Elder Al Kondari Messoria

**A construção de um novo mal:
representações do câncer em São Paulo, 1892-1953**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências
Programa de Medicina Preventiva
Orientador: Prof. Dr. André Mota

São Paulo
2018

Elder Al Kondari Messoria

**A construção de um novo mal:
representações do câncer em São Paulo, 1892-1953**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências
Programa de Medicina Preventiva
Orientador: Prof. Dr. André Mota

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Messora, Elder Al Kondari

A construção de um novo mal : representações do
câncer em São Paulo, 1892-1953 / Elder Al Kondari
Messora. -- São Paulo, 2017.

Dissertação (mestrado) -- Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Medicina Preventiva.

Orientador: André Mota.

Descritores: 1.Neoplasias 2.Oncologia
3.Representação 4.História da medicina 5.Estigma
social 6.Hospitais filantrópicos 7.Institutos de
câncer

USP/FM/DBD-522/17

Existe um antigo ditado
Navajo que diz que uma
coisa só existe enquanto
alguém se lembrar dela.
Dedico esse trabalho à
memória de
Daniel de Lima Soares,
Igor Oliveira Martins,
John Jairo Claro Robles,
Karen Medeiros da Silva,
Kelvin Rocco Stigliani,
entre tantos outros.

Agradecimentos

Não deixo de ler a parte destinada aos agradecimentos nas publicações acadêmicas. Ela revela mais do que o reconhecimento do investigador aos que colaboraram com sua pesquisa, de forma direta ou indireta. Essa parte do trabalho demonstra o próprio percurso do investigador, indica quem ele é e com quem se relacionou. Faço questão de anunciar, então, aqueles que foram determinantes para essa pesquisa existir – correndo o risco de cometer algumas injustiças.

Sou muito grato aos meus familiares. Meu pai, Nelson, nunca faltou quando precisei, e minha mãe, Elenir, sempre foi meu principal apoio existencial. Minha avó, Lourdes, enquanto me assistia escrever sentado horas e horas em frente ao computador, trazia-me frutas, pastéis ou bolinhos de chuva. Hora ou outra rendia-se a bisbilhotar pouco antes de expressar, com certa indignação, “como você escreve difícil”. O que me fazia pensar sobre o propósito de todo esse esforço.

Meus alunos também já me acusaram de algo semelhante. “Você fala de maneira muito correta” tinha, na verdade, a mesma conotação de “difícil” que minha avó atribuíra a esse trabalho. Agradeço também a esses alunos, que foram (e são) em grande medida responsáveis pelo que escrevi. Isso porque – e muito provavelmente você não saiba –, a maioria deles estão ou estiveram hospitalizados, inseridos numa dura rotina de quimioterapias intravenosas, internações, radioterapias e comidas sem sal. Boa parte não têm nem cabelo, em decorrência do tratamento invasivo que o câncer lhes impôs.

Enquanto professor hospitalar da Escola Móvel do Instituto de Oncologia Pediátrica - Grupo de Apoio aos Adolescentes e Crianças com Câncer, me relacionei diariamente com pessoas que sofriam com essa patologia, bem como seus familiares, voluntários e profissionais de saúde responsáveis pelo tratamento. Nesse espaço, dividi com outros professores não apenas o dever de garantir que essas crianças, mesmo gravemente enfermas, fossem escolarizadas, mas também momentos divertidos, boas conversas e angústias. Cito alguns, como João Paulo Leme Ferreira (porque ele pediu), Débora Baccaro, Leonardo Brito e Juliana Nair dos Santos Silva, colegas que se tornaram grandes amigos e a quem agradeço profundamente pelos bons momentos. Pensando bem, creio que todos àqueles que fizeram e fazem parte da escola hospitalar deveriam receber meu reconhecimento, então obrigado! Faço questão de destacar um agradecimento especial para Juliana, ex-professora de biologia, que não apenas leu e corrigiu

parte do meu trabalho (principalmente no tocante a sua área), como me ofereceu apoio extraordinário nesse processo.

A Escola Móvel, que começou como um projeto e hoje é um setor do hospital, foi idealizado e é coordenado pela professora Dra. Amália Neide Covic (Unifesp), quem me ofereceu o livro de Siddharta Mukherjee, pedra fundamental para o começo de minhas pesquisas. Além desse incentivo, foi alguém importante na motivação de meus estudos. Por isso não poderia deixar de citá-la sem agradecê-la.

É importante e justificado deixar claro que essa atividade de pesquisa não teria se desenvolvido sem o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Apesar do que as Ciências Humanas e particularmente a História vem sofrendo em nossa atual conjuntura, esse órgão manteve o auxílio à pesquisa até o fim e, por isso, ofereço não só esse parágrafo como todo o produto de minha atividade investigativa.

Durante a coleta de fontes, estive em muitos lugares onde as pessoas se prontificaram a me ajudar. Cometi a injustiça de não registrar o nome de todos que colaboraram, apenas alguns. Maria Talib Assad, no Museu de Saúde Pública Emílio Ribas, Gustavo Tarelow, Clebison Santos e Maria das Graças Almeida Alves, no Museu Histórico Carlos da Silva Lacaz, e Márcia Maria Rebouças, do Centro de Memória do Instituto Biológico. Aos bibliotecários da Faculdade de Saúde Pública e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; e as pessoas que mantêm em funcionamento o Acervo Histórico da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo e o Arquivo Municipal, minhas mais sinceras gratidões.

Me formei em História na PUC-SP, com o auxílio da Fundação São Paulo, onde fui introduzido aos conhecimentos históricos por professores incríveis, como Dr. Álvaro Allegrette (PUC-SP), Dr. Amílcar Torrão Filho (PUC-SP), Dr. Antonio Rago Filho (PUC-SP), Dr. Eduardo Antonio Bonzatto (UFSB) e Dra. Lucília Siqueira (Unifesp), além de tantos outros que carrego comigo para o resto da vida. Já durante o mestrado, gratifico os professores que garantiram meu amadurecimento intelectual e o rigoroso teor acadêmico deste trabalho. Refiro-me aos professores Dr. Carlos Bertolli Filho (Unesp), Dr. Luiz Antônio Teixeira (FIOCRUZ), Dr. Francisco Assis de Queiroz (FFLCH), Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres (FMUSP), Dr. Luis Antonio Coelho Ferla (Unifesp) e a professora Dra. Rosana Machin Barbosa (FMUSP). Ah, e menciono também o pesquisador Dr. Carlos Henrique Fioravanti, que demonstrou, como poucos, interesse sincero em minha pesquisa, e me apresentou fontes, artigos e recomendações.

No departamento de Medicina Preventiva tive a oportunidade de conhecer pessoas dedicadas em suas pesquisas e comprometidas com o público. Interessados em elaborar

conteúdos relevantes para a sociedade que sustenta a universidade. Dentre tantos, Gustavo Boechat e Gustavo Querodia Tarelow foram os amigos que ao longo desses três anos compartilhei inquietações, conquistas, salas de aula, planos e, eventualmente, substâncias etílicas.

Outras pessoas, que a vida se encarrega de nos presentear, também foram colaborativas. Bruno Tadeu Andrez Silva, amigo de infância e professor de português, calejou os dedos de tanto corrigir minhas crases e retirar minhas vírgulas. "Eu uso muitas porque são gratuitas", argumentei em minha defesa. Larissa Ragaini, por sua vez, diagramou todo meu texto e ouviu pacientemente eu ler e reler diversos parágrafos, para ver se fazia sentido o que estava sendo dito, antes de fazer recomendações preciosas: "pode apagar toda essa parte".

Já esse parágrafo quero dedicar ao mentor que propiciou, por meio de suas lições, a existência desse trabalho. Desde a primeira apresentação do meu projeto, quando ele solicitou que eu me desligasse do departamento e fosse entregar currículo na revista Veja, até hoje, poucos dias antes da entrega desse trabalho, quando recebi elogios de maneira orgulhosa, que percebi o quanto aprimorei meu labor historiográfico. Meu orientador é essa pessoa: alguém presente, crítico, exaltado, engraçado, duro, competente, viciado em café, generoso, aplicado e admirável pelo intelecto privilegiado. Obrigado, prof. Dr. André Mota.

Por fim, se você chegou até aqui, também lhe agradeço, mas ainda há muito pela frente. Que seja útil independente do sentido que você atribuir ao que, a partir daqui, já não é mais meu – apesar de levar meu nome (não esqueça de citar). Grande abraço e boa leitura.

Messora, EAK. *A construção de um novo mal: representações do câncer em São Paulo, 1892-1953* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2017.

Em 1904, o médico Alcindo de Azevedo Sodré publicava no periódico nacional *Brazil Médico* as dificuldades de se conseguir dados epidemiológicos sobre tumores malignos na população, enquanto o cirurgião paulista Arnaldo Viera de Carvalho, no mesmo ano, dissertava sobre as definições das formações cancerosas. Iniciava-se em São Paulo, nesse período, um processo de construção de representações sobre o câncer, a partir da imprensa jornalística, dos anuários estatísticos, dos boletins médicos e de teses doutorais. Carentes de uma especialidade médica voltada para o tratamento exclusivo desse flagelo, restavam aos órgãos públicos registrar o vertiginoso crescimento da mortalidade; paralelamente, os anseios da comunidade hipocrática, na busca de patrocínios para pesquisas e instituições, tal como da população, que queria a cura, ganhavam tonalidade frente a insidiosidade do então chamado "mal da civilização". Não demoraria para que os paulistas, prescindindo da ajuda federal, organizassem uma maneira de enfrentar a doença. Em 1934 seria fundada a Associação Paulista de Combate ao Câncer, uma entidade filantrópica com o propósito de facilitar o diagnóstico precoce, possibilitar sua profilaxia, realizar assistência hospitalar, social e moral, e elaborar pesquisas nos diversos ramos da "cancerologia". Seu fundador, o médico Antonio Prudente, escreveria no ano seguinte o livro "O câncer precisa ser combatido", consolidando um corpo material para essa nova questão de Saúde Pública. Assim, entre 1892, que marca a origem de instituições que transformam o câncer em um problema, e 1953, quando o Hospital A. C. Camargo foi construído e celebrado nos jornais como um grande trunfo contra esse mal, se compõe essa narrativa com o propósito de trazer à tona a história social do câncer em São Paulo.

Descritores: neoplasias; oncologia; representação; história da medicina; estigma social; hospitais filantrópicos; institutos de câncer.

Messora, EAK. *The construction of a new evil: representations of cancer in Sao Paulo, 1892-1953* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”, 2017.

In 1904, doctor Alcindo de Azevedo Sodré published an article in the national medical journal *Brazil Médico*, regarding the difficulties of obtaining epidemiological data about malignant tumors. In that same year, surgeon Arnaldo Vieira de Carvalho gave lectures about the definitions of cancerous formations. Those facts were the inception of the construction of representations about cancer in São Paulo, prompted by the journalistic press, statistical yearbooks, doctor's newsletters and doctoral thesis. Lacking a medical specialty concerned exclusively with the treatment of this disease, all that was left to public services was to register the vertiginous growth of the mortality rates; at the same time, the aspirations of the hippocratic community, in search of sponsors for research and institutions, as well as the population that wanted healing, gained tonality in the face of the insidiousness of the so-called “evil of the civilization”. It would not take long for paulistas, regardless of federal aid, to find a manner of dealing with the disease. In 1934 the Associação Paulista de Combate ao Câncer was founded as a philanthropic entity, whose purpose was to facilitate early diagnosis, enable its prophylaxis, provide hospital, social and moral assistance, as well as to research the various branches of "cancerology". Its founder, doctor Antonio Prudente, would write in the next year the book "Cancer needs to be fought", consolidating a material body for this new issue of Public Health. Thus, between 1892, which marks the origin of institutions that transform cancer into a problem, and 1953, when the Hospital A. C. Camargo was constructed and celebrated in the newspapers as a great asset against this evil, this narrative is composed, with the aim of elaborating a social history of cancer in São Paulo.

Descriptors: neoplasms; oncology; representation; history of medicine; social stigma; hospital, voluntary; cancer facilities.

Índice de Ilustrações

Figura 1 - Representação da Mastectomia Radical de Halsted.	46
Figura 2 – "Cirurgião negro colocando ventosas", 1826.	57
Figura 3 – Estrutura do Serviço Sanitário em 1896.	76
Figura 4 – Rachel, paciente de Arnaldo Vieira de Carvalho,	91
Figura 5 - Esquema da Organização do Instituto "A. V. C"	94
Figura 6 - Frente do Instituto "A. V. C".	95
Figura 7 – Instituto "A. V. C" (Lado).	96
Figura 8 – "Instrumental especializado para aplicações de radium".	96
Figura 9- "Colpostato, estojos de cortiça e saondas especiaes para aplicações de radium"	97
Figura 10 - Alguns aparelhos de radium (tubos, agulhas, placas e filtros)	98
Figura 11 – Mesa de chumbo revestida de madeira para manipulação de radium.	97
Figura 12 - Núcleo original do Hospital Humberto I, em 1911.	102
Figura 13 – Hospital Humberto I e Casas de Saúde Francisco e Ermelindo Matarazzo.	102
Figura 14 - "Alguns aparelhos do Instituto do Radium do H. H. I.º	103
Figura 15 - Panfleto de combate ao câncer da Inspetoria da Lepra e Doenças Venéreas do Departamento Nacional de Saúde Pública.	117
Figura 16 – Panfleto de combate ao câncer do Instituto de Higiene de São Paulo	118
Figura 17 - Divisão do país em sete regiões, conforme proposto por Antonio Prudente.	122
Figura 18 - Divisão gerencial do país, conforme proposto por Antonio Prudente.	123
Figura 19 - Propaganda divulgada no jornal O Estado de S. Paulo, 25 de maio de 1946.	127
Figura 20 e 21 - Radiograma enviado por Gustavo Capanema.	132
Figura 21 - Radiograma enviado por Gustavo Capanema.	132
Figura 22 - Assinatura pelo Interventor Federal, Fernando Costa, da escritura de doação do terreno para o Instituto do Câncer.	134
Figura 23 - Cartaz da APCC indicando onde seria construído o futuro Hospital A. C. Camargo (década de 1940).	135
Figura 24 - Planta do Hospital A. C. Camargo.	138
Figura 25 - Corte do Hospital A. C. Camargo.	139
Figura 26 - Fotografia do Hospital A. C. Camargo em selo doativo.	141
Figura 27 - Sessão inaugural do vi congresso internacional do câncer.	145
Figura 28 - Manual distribuído gratuitamente pelo SPES, 1942.	154
Figura 29 - Cartaz profilático do Serviço Nacional do Câncer, década de 1940.	155
Figura 30 - Cartaz profilático do Serviço Nacional do Câncer, década de 1940.	156
Figura 31 - Cartaz da Rede Feminina de Combate ao Cancer, década de 1940.	158
Figura 32 - Cartaz da Associação de Combate ao Cancer, década 1940.	158
Figura 33 - Cartaz "I want you".	158
Figura 34 - Mastectomia radical, explicada por Antonio Prudente.	162
Figura 35 - Cartaz do Serviço Nacional de Câncer, década de 1940.	166
Figura 36 - Cartaz do Serviço Nacional de Câncer, década de 1940.	167
Figura 37 - Cartaz do Serviço Nacional de Câncer, década de 1940.	168
Figura 38 - Cartaz do Serviço Nacional do Câncer, década de 1940	174
Figura 39 - Cartaz do Serviço Nacional do Câncer, década de 1940.	175
Figura 40 - Cartaz da Associação Paulista de Combate ao Câncer, década de 1940.	176

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Óbitos por câncer e pernilagem.....	80
Tabela 2 - Número de óbitos por doença/ano.....	81
Tabela 3 - Óbitos por câncer segundo espaço	85
Tabela 4 - Semelhanças entre as propostas da Rede nacional contra o Câncer, por Antônio prudente, e o Plano Nacional de Combate ao Câncer, do SNC.....	129

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Óbitos por câncer no Estado e na capital	79
Gráfico 2 - Número de óbitos por doença/ano.	81

Lista de Abreviaturas

Apud.	Citado por
Dr.	Doutor
Ed.	Edição
Et al.	E outros
Ex.	Exemplo
Fig.	Figura
Idem.	Igual
Op. cit.	Obra citada
Prof.	Professor
Rev.	Revista
V.	Volume

Lista de Siglas

A.C. Camargo.	Antônio Candido Camargo
A.V.C.	Arnaldo Vieira de Carvalho
APCC.	Associação Paulista de Combate ao Câncer
CNPq.	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONDEPHAAT.	Conselho de Defesa do Patrimônio Histórico, Arqueológico, Artístico e Turístico
CPDOC.	Centro de Pesquisa e Documentação de História
GRAACC.	Grupo de Apoio ao Adolescente e Criança com Câncer
IAB.	Instituto de Arquitetos do Brasil
INAMPS.	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCA.	Instituto Nacional de Câncer
INCOR.	Instituto do Coração
OMS.	Organização Mundial da Saúde
PSDB.	Partido da Social Democracia Brasileira
SNC.	Serviço Nacional do Câncer
UICC.	União Internacional Contra o Câncer
USP.	Universidade de São Paulo

Sumário

Introdução: O lugar, o método e os tempos.....	12
O lugar: História e Saúde Coletiva.....	12
O método: Roger Chartier e a História Cultural do Social.....	15
O tempo: A querela entre Lévi-Strauss e Fernand Braudel.....	21
 Capítulo 1 - Da noção à existência: uma longa história événementielle sobre as origens do câncer	28
1.1.Práticas terapêuticas contra os tumores ao longo do tempo	35
1.2 Mudanças no horizonte: novas perspectivas e o ruir de uma tradição	42
1.3 Um movimento que passa pelo Brasil: da terapêutica popular à oficial	55
 Capítulo 2 - No escopo do esculápio: a medicina bandeirante visa o câncer.....	65
2.1 Os primeiros relatos sobre o câncer em São Paulo.....	70
2.2 Câncer: uma questão de saúde pública?	74
2.3 Institutos de Tratamento e Pesquisas Científicas	89
 Capítulo 3 - Propostas assistenciais sobre câncer em meio às heranças institucionais paulistas da Velha República	106
3.1 A Associação Paulista de Combate ao Câncer: um projeto de São Paulo para o Brasil .	113
3.2 Litígios nos bastidores de um projeto contra o câncer: consensos e tensões políticas	124
3.3 O Instituto Central do Câncer - Hospital Antônio Cândido Camargo.....	131
 Capítulo 4 - A longa duração: as quatro permanências do câncer	148
4.1 Primeira permanência: Nomenclatura	149
4.2 Segunda permanência: Invencibilidade	159
4.3 Terceira permanência: Individualidade	170
4.4 Quarta permanência: "Estatuto Maldito".....	180
 Considerações Finais	189
Bibliografia	195
Acervos e Fontes primárias	206

Introdução: O lugar, o método e os tempos

O lugar: História e Saúde Coletiva

Por que chamar o câncer de um “novo mal” construído, se se trata de uma doença com mais de dois mil anos? Para um mesmo efeito, poderia ser um “antigo mal” reconstruído. Se bem que soa com estranheza a ideia de que uma doença tão velha movimente, hoje, o que existe de mais avançado no planeta, em termos tecnológicos. Não apenas, mas a percepção de que existe uma inveterada doença desde a antiguidade remete a um continuísmo histórico um tanto quanto incômodo para qualquer historiador, em especial quando permite uma interpretação capaz de delimitar algo semelhante a uma essência, como se o câncer tivesse um cerne que, advinda de tempos remotos, perdurasse até os nossos dias.

A primeira questão também não se sustenta, o câncer não é uma doença com mais de dois mil anos. Às vezes tratamos o câncer dessa maneira, mas consideramos apenas o seu caráter mais superficial, que é o seu nome. Ao longo de milhares de anos, o que se mascara sob sua alcunha sofreu inúmeras alterações: as noções sobre a doença mudaram, seu diagnóstico mudou e sua terapêutica também. Poucas coisas permaneceram, como o seu nome, e tendemos a considerá-las como elementos determinantes na hora de traçar o histórico desse fenômeno, que não chega a ser nem mesmo singular, mas plural no tocante as experiências vivenciadas.

O genérico termo *Karkinos*, herdado da escola hipocrática, foi criado para designar um tipo específico de lesão endurecida ulcerosa que causava morte. Nada além disso. Hoje, a medicina define o câncer como crescimento anormal de um tecido celular, capaz de invadir outros órgãos a nível local ou à distância (metástases). São coisas distintas que não são complementares.

Ainda assim, a valer, podemos considerar, segundo quadros teóricos e a abordagem metodológica sob a qual médicos e cientistas analisam o câncer hoje, que essa doença¹ acomete a humanidade, mas também outros tipos de animais e até mesmo plantas há milhares de anos. Mas estaríamos nos utilizando de noções conceituais e ferramentas tecnológicas do nosso tempo para identificar uma doença também do nosso tempo, no passado.

¹ Não utilizamos “doença” e “enfermidade” como sinônimos. Ao longo desse trabalho, doença equivaleria às entidades mórbidas reconhecidas pela ciência médica numa dada época. “Enfermidade”, por sua vez, pode ser compreendida de duas maneiras: enfermidade enquanto caráter subjetivo – a doença como é experimentada pelo doente e enfermidade enquanto comportamentos socioculturais ligados à doença – a doença como é percebida pela população (LAPLANTINE, 1991:15).

Não há uma essência que define e delimita o câncer, sendo este um objeto que não está fechado em si e, frente a isso, se a medicina compreende o câncer nos termos postos acima, na História o compreendemos como reflexo de um certo número de construções conceituais, organizadas ao redor e por dentro de certos valores históricos, que dão ao conjunto dos enunciados elaborados sobre essa afecção a inefável marca de sua própria época. Por isso o câncer é um “novo mal”. Sua construção conceitual se dá de tempos em tempos, assim como seu diagnóstico, suas características físicas e seu tratamento. Processos que são aglutinados sob seu nome.

Frente a isso, não temos a pretensão de determinar a substância *a priori* dessa patologia e, com efeito, somos contrários a isso. Antes, pretendemos trazer à tona experiências históricas com o intento reflexivo de capturar elementos conceituais e almejar uma interlocução teórica entre os campos da História e da Saúde Coletiva a partir do estudo das representações sobre o câncer e suas vítimas ao longo do tempo. Para isso, cabe-nos uma importante interrogação: qual seria a contribuição prática da ciência histórica ao campo da Saúde Coletiva?

A medicina moderna, com origens na anatomoclínica e com o propósito de localizar “anormalidades” nos tecidos, órgãos, células, genes, enzimas etc, e de definir intervenções, culminou na dissociação da doença enquanto fenômeno também imbuído de dimensões simbólicas. Isso não se deu por acaso. Com efeito, desde meados do século XIX que “a racionalidade que orientou o horizonte normativo da saúde pública passou mais e mais a ater-se a uma racionalidade estritamente científica” (AYRES, 2011: 56) com uma medicina que gradativamente ligou-se ao *curar* ou ao *tratar*, pois seu nascimento moderno está vinculado à transformação do hospital em “instrumento de cura” (MOTA; SCHRAIBER, 2014). Assim, os conceitos de saúde e doença tornaram-se objetivamente antagônicos – se há saúde, não há doença, se há doença, não há saúde.

Na década de 40, Georges Canguilhem, então, elaborou sua crítica: ora, o patológico não significa ausência de normas, mas a presença delas. Não há contradição entre o normal e o patológico, há normas vitalmente inferiores para o segundo caso que impossibilitariam as pessoas de levarem a vida da mesma forma que os considerados sadios. Sobre essa concepção, Michel Foucault, atento aos escritos de seu orientador, lançou-se à empreita de compreender como surgiram os padrões de normalidade impostas pela medicina moderna. Sua crítica terminou por trazer o conceito de “normalidade” para a História.

Temos consciência de que “há que se superar esse biologismo dominante, da naturalização da vida social, da sua submissão à clínica e da sua dependência ao modelo médico hegemônico” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998: 310), porque se por um lado as concepções

atuais de doença estão privilegiadamente pautadas pela perspectiva orgânica, por outro, o ser humano não se define, em sua relação com o mundo, apenas por sua anatomia. Há implícita na dimensão orgânica, uma dimensão simbólica (CZERESNIA et al, 2013: 91-93), e por isso a doença – e mais especificamente o câncer – também pertence à História.

Cecília Donnagelo já nos ensinava que “o conceito de saúde/doença não é sempre igual, ele também é histórico” (2014: 71), enquanto Le Goff defendia que “a doença pertence à história, em primeiro lugar, porque não é mais do que uma ideia, um certo abstrato numa «complexa realidade empírica», e porque as doenças são mortais” (1985: 7-8).

Não obstante, faz-se de suma importância a consideração de que, além de técnica, a prática médica é social. Médicos contribuem decisivamente na reprodução da vida em sociedade, mesmo sem reconhecer o caráter social implícito no exercício de suas ações. “No âmbito de sua ação técnica, esses profissionais se encontram alienados de sua condição de agentes do próprio social” (MOTA; SCHRAIBER, 2014), reflexo de uma pretensa neutralidade quanto aos valores que regem sua prática – imbuída de tecnologias e tecnicismos que potencializam essa condição. A desconstrução dessa percepção torna-se então, inevitavelmente, atribuição da História, que produz conhecimentos sobre a vida social e pode contribuir para levar aos profissionais da saúde os conhecimentos acerca dessa face social de sua prática. “Isso lhes permitirá lidar melhor com a complexidade técnico social de suas atribuições” (MOTA; SCHRAIBER, 2014).

Para isso, não nos propomos a estudar as neoplasias sob uma perspectiva histórica que apenas organiza qualquer marcha superficial de progressos científicos e tecnológicos em relação a essa moléstia, mesmo que seja inegável que os diferentes sentidos do adoecer para cada um dos indivíduos enfermos também esteja relacionado ao êxito assistencial da intervenção médica. Estudar o câncer historicamente constitui-se, antes, em assumi-lo como um eixo para a construção de interfaces, isto é, de encadeamento das relações entre os saberes e as práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições, às representações e às mentalidades (LE GOFF, 1978: 8).

Com base nisso, também não pretendemos elaborar um conhecimento ou narrativa meramente contemplativa ou academicista, porque se é verdade que a História não carrega em si um caráter imediatamente aplicável por ser um estudo de conteúdo identificado como “teórico”, não devemos deixar de considerar que o “objeto da Saúde Coletiva é construído nos limites do biológico e do social e compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde e o estudo da historicidade do saber e das práticas sobre o mesmo. Nesse sentido, o caráter interdisciplinar desse objeto sugere uma

integração no plano do conhecimento e não no plano da estratégia” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998: 309).

Sabemos que as grandes descobertas científicas nunca foram questões de homens isolados, mas de equipes trabalhando as diversas disciplinas e elucidando-se mutuamente. Esperamos doravante contribuir efetivamente com a pluralidade e a democratização do debate sobre o câncer, os enfermos e as práticas médicas e de saúde. Afinal, o problema dos neoplasmas demanda investimentos exorbitantes, movimenta e comove a opinião pública, requer aparelhos tecnológicos de ponta e permite a construção de equipes que trabalham em conjunto: físicos, biólogos, professores, químicos, fisioterapeutas, psicólogos, médicos, farmacêuticos, dentre tantos.

Assim, em consonância com o campo da Saúde Coletiva, que é “fundamentalmente multidisciplinar e admite no seu território uma diversidade de objetos e de discursos teóricos, sem reconhecer em relação a eles qualquer perspectiva hierárquica e valorativa” (BIRMAN, 2005: 15), esperamos que os aspectos históricos do câncer possibilitem reflexões em prol da permanente “reinvenção” dos valores simbólicos e normativos imbuídos nas representações da própria doença, bem como nas próprias práticas de saúde e nos sentimentos peculiares promovidos pela moléstia no indivíduo enfermo.

Queremos que a História apareça, então, “como mais uma voz na construção de uma racionalidade progressivamente comprometida com o desenvolvimento pleno e igualitário das pessoas” (AYRES, 2002: 50). Confiamos que perceber, a partir da narrativa que se elabora nesse trabalho, as distintas temporalidades que circundam essa doença, é poder descobrir permanências para se elaborar estratégias, como ações afirmativas, que promovam rupturas em prol de um bem comum.

Nada obstante, nessa voz aparentemente una da História estão contidas muitas outras, em especial de “grupos que *não deveriam ter voz*” e que são capazes de colocar em cheque esse “sentido da história, uma concepção de progresso inevitável” (MOTA; SCHRAIBER, 2014). Que possamos encontrar nessas vozes e em nossa cultura, os elementos fundamentais para o avanço de nosso pensamento e ação.

O método: Roger Chartier e a História Cultural do Social

A década de 80 do século XX lançou um desafio à história, especialmente para a história das mentalidades produzida pelos *Annales*, na França, e vigorosa nas duas décadas precedentes. A questão epistemológica que ocupava os historiadores estava, de um lado, entre aqueles que se posicionavam em defesa de uma filosofia do sujeito sobre qualquer determinação social,

valorizando a ação individual e, do outro, entre os que pretendiam renovar as análises estruturalistas para fornecer “uma nova chave para a arquitetura da totalidade” (CHARTIER, 1991:175) sob a qual os sujeitos perdiam sua plena autonomia. Frente a isso os intelectuais discutiam uma reformulação na disciplina histórica.

Nesse período o historiador francês Roger Chartier, atualmente professor do *Collège de France*, se debruçou sobre a questão. Fortemente ancorado nas reflexões propostas pelo sociólogo Pierre Bourdieu – que tentava reconciliar essas duas tradições (a filosofia do sujeito e o estruturalismo) –, elaborou um novo projeto para se pensar teórico-metodologicamente a produção historiográfica dentro da então chamada nova história cultural.

O historiador Ronaldo Vainfas e o próprio Chartier identificaram a origem dessa nova história cultural na história das mentalidades dos *Annales*, que abriu caminho para que a produção historiográfica francesa fosse “do porão ao sótão”, metáfora que se referia à menor ou quase nula preocupação despendida à base socioeconômica ou da vida material para descrever os processos mentais, a vida cotidiana e suas representações. O maior expoente dessa tradição foi o historiador Jacques Le Goff, que havia assumido a direção da *L'École des hautes études en sciences sociales* em 1972 e compôs a terceira geração da revista francesa. Geração esta que, deve-se ressaltar, ligava-se à primeira liderada por Bloch e Febvre.²

Le Goff delimitava o campo conceitual das mentalidades em três ideias básicas: 1) O recorte social das mentalidades seria tão abrangente a ponto de dissolver as diferenças inerentes aos estratos sociais de determinada sociedade; seria aquilo que, nas palavras do historiador, “César e o último soldado de suas legiões têm em comum”; 2) Esse campo situa-se preferencialmente sobre o “irracional”, de onde deriva o conceito de “inconsciente coletivo”. Reconhece-se, desse modo, um novo domínio para a história, não mais do consciente e orientada para a ação política, mas do sentimento e do imaginário; 3) A mentalidade está relacionada com o tempo de longa duração de Braudel: “A mentalidade é aquilo que muda mais lentamente. História das mentalidades, história da lentidão na história” (CARDOSO; VAINFAS, 1997: 111).

² A segunda geração dos *Annales*, chefiada por Fernand Braudel, “foi em tudo avesso ao estudo do mental” (CARDOSO; VAINFAS, 1997: 107). A “era Braudel” (1956-1969) caracterizou-se pela produção de grandes obras de história total com ênfase nos aspectos socioeconômicos e suas relações com o meio geográfico. Há também, durante esse período, a penetração do marxismo na produção universitária francesa e apesar de Braudel não ter adotado seus pressupostos teóricos, este foi favorecido pela consolidação da visão globalizante de história dessa geração.

Quanto aos temas tratados pelo campo das mentalidades, destaca-se a preferência por assuntos ligados ao cotidiano e às representações, como por exemplo o amor, a morte, os loucos, os homossexuais, o corpo, enfim, recortes pequenos de um todo social. Engendrava desse modo, em seu estilo, estudos de casos e um certo apego à narrativa em detrimento de explicações globalizantes. Além disso, segundo Le Goff, o estudo das mentalidades aproximaria o historiador do etnólogo, do sociólogo e do psicólogo, permitindo ao historiador das mentalidades acessar um elemento fundamental para as ciências humanas: os métodos estruturalistas.

Entretanto, apesar de estudiosos do porte de Jacques Le Goff, Jean Delumeau, Georges Duby ou Philippe Ariès, a história das mentalidades sofreu muitas críticas: não havia uma delimitação teórica e metodológica restrita no campo das mentalidades (apesar dos esforços), o que tornaria possível a leitura de produções historiográficas que se identificam no mesmo campo de pesquisa, mas seguem percursos metodológicos distintos. Por exemplo, alguns historiadores se preocupavam demasiadamente com a quantidade de fontes que deveriam utilizar para provar um fato (caso de Michel Vovelle) ou que ignoravam por completo esse “quantitativismo” e partiam para abordagens mais qualitativas (como Philippe Ariès, acusado por isso de ser intuitivo por seus críticos). Não havia, portanto, unidade na produção desse campo.

Historiadores marxistas eram reticentes à noção de “inconsciente coletivo” propondo conceitos mais operacionais e menos psicanalíticos, como “imaginário coletivo”³ (CARDOSO; VAINFAS, 1997: 112). E a noção interclassista pressuposta na história das mentalidades foi criticada pelo historiador italiano Carlo Ginzburg, que afirmava o problema de “uma investigação conduzida sobre um pequeno extrato da sociedade francesa [...] tacitamente ampliados até abarcar completamente um século inteiro” (GINZBURG Apud ESPIG, 1998: 159).

Outra crítica feita por Ginzburg diz respeito à preferência pelo irracional apregoado por Le Goff. Ao estudar o moleiro Menocchio,⁴ Ginzburg foi capaz de se debruçar sobre uma complexa reelaboração cultural que pareceria, para qualquer outro, um delírio sem sentido, mas

³ O conceito de “imaginário coletivo” é mais operacional porque se aproxima do conceito de “ideologia” elaborado por Marx. Trata-se de uma formulação dinâmica, que pode ser negativo – quando confere à classe dominada certa passividade e receptividade da ideologia da classe dominante – ao reforçar os sistemas vigentes e instituídos, mas também pode ser considerada como corrente transformadora e de resistência. Por conseguinte, esse conceito não está restrito à longa duração, que é quase inerte (ESPIG, 1998: 163).

⁴ GINZBURG, Carlo. O queijo e os vermes. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

que terminava por possuir uma peculiar racionalidade interna. Assim sendo, a preocupação com o irracional deixaria de lado os componentes racionais presentes em alguns casos.

A noção de que existe uma estabilidade coerente de sentimentos e ideias numa determinada sociedade também não convenceu alguns historiadores. Chartier foi um dos que recusaram o conceito de mentalidade por considerá-lo demasiadamente vago. Mesmo assim Le Goff chegou a afirmar que “por causa de seu caráter vago, a história das mentalidades encontra-se em vias de estabelecer-se no campo da problemática histórica” (LE GOFF Apud ESPIG, 1998: 160).

Diante de tantas críticas que sofria a “história das mentalidades” e do desafio epistemológico lançado à história na década de 1980, historiadores tentaram delimitar um “lugar” para um projeto intelectual mais preciso: uma nova história cultural.

Creio ser possível selecionar três maneiras distintas de tratar a história cultural que, sem prejuízo de outras, permitem distingui-la com alguma nitidez da “antiga” história das mentalidades:

1. A história da cultura praticada pelo italiano Carlo Ginzburg, notadamente suas noções de cultura popular e de circularidade cultural presentes quer em trabalhos de reflexão teórica, quer nas suas pesquisas sobre religiosidade, feitiçaria e heresia na Europa quinhentista.
2. A história cultural de Roger Chartier, historiador vinculado, por origem e vocação, à historiografia francesa — particularmente os conceitos de representação e de apropriação expostos em seus estudos sobre “leituras e leitores na França do Antigo Regime”.
3. A história da cultura produzida pelo inglês Edward Thompson, especialmente na sua obra sobre movimentos sociais e cotidiano das “classes populares” na Inglaterra do século XVIII” (CARDOSO; VAINFAS, 1997: 120).

O perfil geral do conjunto desse novo campo recusa o conceito vago de mentalidades, se preocupa com o popular e valoriza as estratificações e os conflitos socioculturais como objeto de investigação (CARDOSO; VAINFAS, 1997: 119). Como nossa proposta visa compreender as representações do câncer, elegemos como modelo explicativo aquele proposto por Roger Chartier, nomeada por ele de história cultural do social.

Por questões óbvias, o objeto da história cultural é decorrente da definição de “cultura”. Baseado nos escritos de Norbert Elias, Chartier afirma que é possível manipular esse conceito de duas maneiras.

A primeira designa as obras e os gestos que, em uma sociedade, tangem ao julgamento estético ou intelectual. A segunda visa as práticas ordinárias, ‘sem qualidades’, que tecem a trama das relações cotidianas e exprimem a maneira como uma comunidade vive e reflete sua relação com o mundo e com o passado” (CHARTIER, 2002: 93).

Para ele, é na articulação entre essas duas significações que está a possibilidade de se pensar historicamente as formas e práticas culturais, isto é, em identificar o modo como em diferentes lugares e momentos uma realidade social é construída, pensada e dada a ler. O que possibilita essa análise são os conceitos de representação e apropriação.

Primeiro, as representações são compreendidas como classificações e divisões que organizam a apreensão do mundo social como categorias de percepção do real. Essas representações são criadas por setores sociais específicos com interesses particulares, não são neutras e evidenciam tensões porque se pretendem universais – o poder dessa “universalidade” depende do crédito concedido à representação. Não por acaso há denúncias no meio médico sobre possíveis charlatães que prometem a cura do câncer por meios não validados institucionalmente, como massagens, pílulas ou mesmo milagres.

Essas representações produzem estratégias (para a universalização e dominação) e práticas (como leis, terapias, medidas políticas, de religiosidade etc.) que legitimam escolhas. “Nas lutas de representações tenta-se impor a outro ou ao mesmo grupo sua concepção de mundo social: conflitos que são tão importantes quanto as lutas econômicas; são tão decisivos quanto menos imediatamente materiais” (CHARTIER, 1990: 17).

Essa noção, melhor do que o conceito de mentalidade, permite articular três modalidades de relação com o mundo social:

Primeiro, o trabalho de classificação e de recorte que produz as configurações intelectuais múltiplas pelas quais a realidade é contraditoriamente construída pelos diferentes grupos que compõem uma sociedade; em seguida, as práticas que visam a fazer reconhecer uma identidade social, a exibir uma maneira própria de estar no mundo, a significar simbolicamente um estatuto e uma posição; enfim, as formas institucionalizadas e objetivadas graças às quais ‘representantes’ (instâncias coletivas ou indivíduos singulares) marcam de modo visível e perpetuado a existência do grupo, da comunidade ou da classe (CHARTIER, 2002: 73).

Trazendo para a realidade dessa pesquisa, podemos observar que o primeiro quarteto do século XX em São Paulo vê surgir as primeiras instituições especializadas no tratamento de câncer, bem como de ações públicas direcionadas à doença. Eram iniciativas tímidas, mas com propósitos firmes, que traziam à tona um novo problema até então desconsiderado, o câncer, e que se esforçavam para fazê-lo relevante. Novos agentes constituídos de representação e/ou poder irrompem para fazer valer sua realidade entre diferentes grupos sociais, firmando em si (não apenas enquanto indivíduo, mas instituição) a segurança adequada frente ao mal [que se quer] incipiente. Paralelamente o doente por câncer constrói uma imagem de si, um “ser-percebido”,

baseado não apenas em sua própria biologia, mas também nas tensões representativas dessa realidade social.

A partir disso podemos notar uma relação entre o texto (em seus diversos gêneros), seus meios de disseminação (em suas distintas materialidades) e a leitura (com suas muitas interpretações) que ao serem articuladas permitem construir o que está entre as duas significações de cultura: as representações, por um lado, “como incorporação sob a forma de categorias mentais das classificações da própria organização social, e por outro, como matrizes que constituem o próprio mundo social, na medida em que comandam atos e definem identidades” (CHARTIER, 2002: 72).

Chartier dialoga com o estruturalismo não admitido de Foucault,⁵ para quem a “apropriação” dos discursos (ou representações) se dava de maneira quase unilateral. Em seu quadro teórico Michel Foucault considera o discurso como um conjunto de enunciados que constroem uma versão da realidade ao produzir representações sobre certos objetos e conceitos, que, por sua vez, definem o que pode ser dito sobre esses mesmos objetos e conceitos por meio de um sistema de exclusão que incide sobre o discurso: “o que está em jogo na vontade de verdade, na vontade de o dizer, de dizer o discurso verdadeiro – o que está em jogo senão o desejo e o poder?” (FOUCAULT, 1971).

Chartier reconsidera essa avaliação: “A força com a qual os modelos culturais impõem sentido não anula o espaço próprio da sua recepção, que pode ser resistente, matreira ou rebelde” (CHARTIER, 1995: 181-182). Sem pretender, contudo, cair numa hermenêutica que se encerra em si, Chartier retorna ao materialismo, alertando que as modalidades de apropriação dos discursos são práticas de produção de sentido, mas dependentes das relações entre texto, impressão e modalidades de leitura, sempre diferenciadas por determinações sociais, o que coloca em cheque essa “unilateralidade” garantida por Foucault a determinados grupos sociais.

A liberdade de interpretação não é infinita, mas limitada por convenções que regem as práticas de uma comunidade de leituras e pelas formas discursivas materiais dos textos lidos, afinal, a leitura é sempre uma prática encarnada em gestos, espaços e hábitos. Desse modo Chartier equilibra a balança entre estruturalismo e filosofia do sujeito, escapando também da indeterminação interclassista das mentalidades.

A reflexão teórico-metodológica e a prática histórica propostas nesse trabalho estão inseridas nesse campo da História Cultural e enraízam-se em torno de dois polos: de um

⁵ Ciro Flamarion argumenta que não há um diálogo, mas uma verdadeira recusa de Chartier ao conceito de “apropriação” elaborado por Foucault (CARDOSO; VAINFAS, 1997: 123).

lado, do estudo crítico dos textos acadêmicos, jornalísticos, literários e imagéticos, decifrando suas representações e estratégias; de outro, da história social das doenças e das práticas médicas. Acrescento um terceiro, menos enfático, mas fundamentalmente influente, que diz respeito às formas que apreendem os bens simbólicos e que produzem significações diferenciadas. A questão central que justifica essa abordagem é compreender como, em São Paulo entre 1892 e 1953, a circulação multiplicada de representações do câncer enquanto um mal autorizou ou justificou formas de se pensar e agir na conjuntura referida.

Optamos por esse recorte cronológico a partir dos seguintes termos: em 1891 a Constituição brasileira criou uma República Federal que deixou sob responsabilidade estadual a administração de diversas áreas, das quais a da Saúde Pública. Assim foi estabelecido o Serviço Sanitário de São Paulo, conforme a Lei estadual n.º 12 de 1891. No ano seguinte – eleita como recorte cronológico – surgiu o decreto n.º 87, que implementava leis prevendo a organização da Saúde Pública sobre três unidades dirigidas pelo Secretário do Interior: 1) o Conselho de Saúde Pública; 2) a Diretoria de Higiene; e 3) a Seção de Engenharia Sanitária. O ano de 1892, portanto, trata-se de uma opção vinculada a questões político-institucionais.

A data final, 1953, marca a inauguração do Hospital Antônio Candido Camargo, celebrado nos jornais como o grande corolário da luta instituída em São Paulo contra o câncer. A limitação imposta por essa delimitação cronológica está na desconsideração do saber popular sobre a moléstia. Insistimos nesse recorte, entretanto, não apenas pelo valor simbólico dessas instituições, mas por sua atuação objetiva. Foi o Serviço Sanitário de São Paulo que possibilitou que o câncer se tornasse um problema de Saúde Pública no Estado, de maneira oficial e sistematizada, enquanto o Hospital A. C. Camargo não apenas atendia pacientes, como tinha o papel formativo de uma nova especialização, os cancerologistas (por meio das primeiras residências médicas no campo), que disseminavam de cima para baixo uma noção “oficial” sobre a doença e seu tratamento.

O tempo: A querela entre Lévi-Strauss e Fernand Braudel

O tempo não é nada em si, objetivamente, não é mais que uma ideia nossa.

Gaston Roupnel⁶

As décadas de 50 e 60 do século XX, viram rebentar com saliência o que começou como um burburinho entre intelectuais das Ciências Humanas. Dois proeminentes estudiosos, Claude

⁶ BRAUDEL, Fernand. História e Ciências Sociais. A Longa duração. Revista de História, n.º 62, 1965, p. 288.

Lévi-Strauss e Fernand Braudel digladiavam-se sobre a questão do tempo, das estruturas e do saber histórico. Debate que originaria de maneira sistematizada um dos principais fundamentos teórico-metodológicos da produção do conhecimento historiográfico: as distintas temporalidades da história.

Lévi-Strauss, em seu conhecido artigo *História e Etnologia* (1949),⁷ colocava aos historiadores a seguinte questão: o conceito de “estrutura” seria compatível com o saber histórico ou seriam excludentes? Isso porque, segundo o viés do intelectual, a proposta de uma “história estrutural” pareceria contraditória, afinal, o que seria o novo, se não uma novidade aparente, reflexo de desdobramentos de uma realidade fixa e anterior imbricada à estrutura? Assim, a história apenas trazia à tona a “ilusão da continuidade”, enquanto a etnologia oferecia um sistema de tempo descontínuo das diversas sociedades no espaço, sem ilusão alguma.

Por vezes, em seus escritos, *História e Etnologia* chegam mesmo a se opor,⁸ sem desconsiderar o fato de que ambos os saberes privilegiam o conhecimento sobre a vida social para uma melhor compreensão do homem. Contudo, argumenta o sábio estruturalista francês, a história trata de expressões conscientes, enquanto a etnologia trata “das condições inconscientes da vida social”. Desse modo, as crenças, os hábitos, a moral, o direito, e tantos outros traços característicos de qualquer civilização, aparecem sobre uma estrutura inconsciente capaz de ser reconhecida e, após ser trazida à luz, aplicada para se explicar as mesmas instituições e costumes em diferentes sociedades humanas, no espaço e no tempo.

Para se alcançar esse inconsciente, a história se faz necessária porque mostra a superfície da marcha das associações, instituições e dos eventos, servindo, desse modo, de suporte à etnologia para que esta perceba a infindável estrutura subjacente. Lévi-Strauss chega mesmo a recorrer a famosa frase de Karl Marx, “os homens fazem a história, mas não sabem que a fazem”, demonstrando que num primeiro momento há uma justificativa para se estudar a história, mas em seguida, mormente, a etnologia. Assim, objetivo do etnólogo seria atingir um rol de possibilidades inconscientes limitadas para se elaborar uma arquitetura explicativa, científica e não arbitrária da vida social.

O estruturalismo de Lévi-Strauss é majoritariamente anti-histórico. Nele a história se dissolve, inevitavelmente, ao domínio das estruturas permanentes da natureza, e aparece apenas como a superfície de um real oculto, mas cognoscível.

⁷ Publicada posteriormente, em 1958, sob uma maré estruturalista, no clássico *Antropologia Estrutural*.

⁸ Para um resumo da querela entre os dois estudiosos, ver: REIS, José Carlos. *História e Estruturalismo: Braudel versus Lévi-Strauss*. *História da Historiografia*, n. 1. Ago., 2008. p. 8-18.

Fernand Braudel foi o historiador que se dispôs para esse debate e respondeu a Lévi-Strauss em 1958, no artigo publicado na revista dos *Annales ESC*, intitulado “História e Ciências Sociais. A Longa duração”.⁹ Artigo que se tornou posteriormente um dos mais importantes textos para a historiografia contemporânea e obrigatório na formação de todo historiador.

Para Braudel, seria necessário não se deixar levar pelo falso dualismo entre evento e estrutura. Argumenta que há, sem sombra de dúvidas, os eventos relatados num tempo curto que narra “superfícies”, onde estão implícitas a dimensão dos indivíduos e da vida cotidiana. Seria o tempo por excelência dos cronistas e dos jornalistas: incêndios, catástrofes naturais, valores dos produtos, crimes, inundações e tantos outros são os fragmentos desse tempo. Mas se o tempo curto pode englobar todos esses fatos, seria deveras errôneo crer que a história se resume ao *événementielle*, porque “o tempo curto é a mais caprichosa, a mais enganadora das durações” (BRAUDEL, 1965: 265).

Em Braudel o tempo é múltiplo, diferenciado entre si e vinculado às diversas realidades históricas consideradas pelo historiador. Essas durações são capazes de classificar e registrar os fatos, processos e fenômenos históricos. O cerne de sua proposta metodológica consiste na classificação dessas distintas temporalidades, reagrupando-as sobre um esquema triplo: 1) O tempo dos acontecimentos, ou tempo de curta duração; 2) O tempo das conjunturas, ou tempo médio; 3) O tempo das estruturas, ou tempo da longa duração.

Esse modelo de tempos e durações diverso, nega o tempo uno e dominante de uma história tradicional, assim como se trata de uma tomada de posição contra o acontecimento. O novo método da história consiste justamente em “não pensar, unicamente, no tempo curto, não crer que só os atores que sobressaem sejam os mais autênticos; há outros, e silenciosos” (BRAUDEL, 1965: 276).

Frente a isso, o que se articula é uma “dialética das durações”, porque as durações são solidárias umas às outras. “O que interessa apaixonadamente a um historiador é o entrecruzamento destes movimentos, sua inter-ação e seus pontos de ruptura” (BRAUDEL, 1965: 289-90).

Se Braudel reconhece no “tempo dos acontecimentos” um tempo caprichoso e enganador, recusa por outro lado o imobilismo intemporal das estruturas da vida social. Argumenta que há, no lugar das estruturas, um tempo de longa duração. “Certas estruturas, por viverem muito tempo, tornam-se elementos estáveis de uma infinidade de gerações: embaraçam

⁹No Brasil o artigo foi publicado na Revista de História nº 62 em 1965. Trata-se da versão utilizada nesse texto.

a história, incomodam-na, e assim comandam seu fluxo. Outras estão mais prontas a serem destruídas. Mas todas são, por sua vez, sustentáculos e obstáculos” (BRAUDEL, 1965: 268). Como obstáculos, Braudel refere-se aos limites que a humanidade não consegue se libertar: dificuldade de quebrar certos quadros geográficos, certas realidades biológicas, certos limites da produtividade, sujeições espirituais, etc. O tempo de longa duração comanda as artes de viver, pensar e crer. Enfim, trata-se de um quadro resistente, difícil de desaparecer, mesmo contra toda a lógica.

Entre os tempos diferentes da história, a longa duração apresenta-se, assim, como uma personagem embaraçosa, complicada, muitas vezes inédita. Admiti-la no coração de nosso trabalho não será um simples jogo, o habitual alargamento de estudos e curiosidades. Não se tratará mais de uma escolha da qual ele será o único beneficiário. Para o historiador, admiti-lo é prestar-se a uma mudança de estilo, de atitude, a uma mudança de pensamento, a uma nova concepção do social. É familiarizar-se com o tempo mais lento, por vezes, quase no limite do instável. Neste andar, não em outro qualquer, - voltaremos a isso, - é lícito desprender-se do tempo exigente da história, dele sair, depois voltar, mas com outros olhos, cheios de outras inquietações, outras perguntas. Em todo caso, é com relação a estas grandes extensões da história lenta que a totalidade da história pode ser repensada, como a partir de uma infra-estrutura. Todos os andares, todos os milhares de andares, todos os milhares de fragmentos do tempo da história são compreendidos a partir desta profundidade, desta semi-imobilidade; tudo gira em torno dela (BRAUDEL, 1965: 271).

Assim, o historiador não ignora nem o evento nem a estrutura, e em sua análise da mudança, passa do tempo curto ao tempo longo e retorna ao tempo dos acontecimentos. Não há como o historiador fugir para a estrutura a fim de se proteger das intempéries e efemeridades impostas pelo tempo curto. Seu dever é defrontar a “dialética da duração”, articulando as durações e recusando a oposição entre evento e estrutura. De preferência, diz o velho historiador, que isso seja feito em conjunto com outros saberes, porque “se a história é levada, por natureza, a prestar uma atenção privilegiada à duração, a todos os movimentos entre os quais ela pode se decompor, a longa duração nos parece, neste complexo, a linha mais útil para uma observação e uma reflexão comum às ciências sociais. Seria muito pedir a nossos vizinhos que, num momento das suas reflexões, tragam a este eixo suas constatações ou suas pesquisas?” (BRAUDEL, 1965: 291).

No primeiro capítulo abordaremos a história dos meios terapêuticos empregados contra o câncer, assumindo nessa abordagem a existência de distintas temporalidades que podem

compreendê-la. Inicialmente especificaremos um encadeamento de eventos que, mesmo tendo como marco inicial um episódio ocorrido há mais de dois mil anos – a nomeação do câncer pelo mítico ou histórico pai da medicina, Hipócrates –, são característicos de um tempo de curta duração, porque tratam-se de acontecimentos, de descobertas, de decisões instantâneas, de publicações datadas, que se por um lado enchem a consciência dos contemporâneos, por outro não duram muito e mal se veem suas chamas. Três questões fundamentais foram o baluarte para esse capítulo: 1) Os antigos estavam livres do câncer?; 2) Havia distinção entre tumores malignos e benignos?; 3) Que tipo de medidas terapêuticas foram utilizadas contra o câncer ao longo do tempo, no Brasil e no mundo?

Construímos assim, apesar da linearidade cronológica que discorre da antiguidade até o começo do século XX, uma narrativa que não pretende, de forma alguma, atribuir um sentido evolutivo (de melhora) para a história das doenças ou da medicina. Preferimos assumir, antes, a descontinuidade que questiona a trajetória cumulativa das ciências, como nos ensinou Thomas Kuhn (1998), ao demonstrar que a verdade de cada teoria opera apenas no interior de paradigmas próprios.

O segundo capítulo tem a pretensão de abordar a chegada da doença ao Estado de São Paulo para demonstrar como as autoridades, médicos e políticos, lidaram com o assunto. Com efeito, a ideia de “chegada” do câncer, apesar de didática, soa inapropriada, haja vista ter sido mais um processo de construção de um problema, internamente, do que uma epidemia vinda de fora, dos países estrangeiros ou como consequência de algum grupo eleito como bode expiatório. As perguntas que serviram de pedra fundamental para esse capítulo tencionavam saber: 1) O que se falava sobre o câncer até o primeiro quarteto do século XX em São Paulo?; 2) Quando essa doença se tornou uma questão de Saúde Pública?; 3) Que tipo de instituições e pesquisas – se é que existiam – foram construídas e elaboradas para lidar com essa moléstia?

Salientamos, porém, que apesar de trazer à tona uma série de origens institucionais ou atualidades acadêmicas significativas à época, e essenciais para a construção dessa narrativa, não estamos preocupados em elaborar qualquer tipo de história das instituições, que teria como principal diretriz analisar as ideias e práticas coletivas na assistência ou socorro dos doentes, tampouco queremos elaborar uma história “oficial”, sobre as medidas estatais e burocráticas contra uma possível questão social. O principal eixo de nossa análise são as representações que consideram as noções e elaborações sobre o câncer como expressões de símbolos que culminam em providências, sem desconsiderar a materialidade da doença (como seu aspecto e descrições clínicas) e onde está sendo representada (jornais, revistas, teses doutorais, cartazes, etc).

O terceiro capítulo dá ênfase no tratamento social à doença durante o período conhecido como Estado Novo, quando São Paulo estava sob o regime de interventores federais. Compreender o que significou a ditadura Vargas para o Estado de São Paulo, no tocante às questões que envolvem os carcinomas, caracterizou nosso primeiro desígnio nessa parte do trabalho. Em seguida, abordamos a criação de ligas e associações, isto é, iniciativas privadas e filantrópicas de assistência aos doentes, que deram a tônica no impugno ao flagelo (que ganhou, inclusive, um vocabulário com conotações bélicas, como “atacar”, “defender”, “combater”, “invadir”, “inimigo”, etc.). O corolário desse movimento, concluímos, é a fundação do Hospital A. C. Camargo, que marca o limite cronológico desse trabalho, devido à sua relevância na determinação social do que se compreendia por câncer e de seu tratamento.

As perguntas que permitiram a construção dessa narrativa foram: 1) Em São Paulo, o que mudou antes e depois da instauração do Estado Novo no tocante às questões que envolvem o câncer?; 2) Como e quando se originou a Associação Paulista de Combate ao Câncer? Quais foram suas medidas contra a doença?; 3) Havia consensos entre médicos e políticos na maneira de se combater os neoplasmas?

Inevitavelmente nos debruçamos sobre a história do cirurgião Antonio Prudente e sua esposa, a jornalista Carmem Prudente, fundadores da Associação Paulista de Combate ao Câncer e da Rede Feminina de Combate ao Câncer, respectivamente. Outros nomes, como do diretor do Serviço Nacional do Câncer, Mário Kroeff ou do ministro Gustavo Capanema, cuja substancial relevância frente ao que a moléstia representava foi documentada, também são trazidos à tona. Contudo, está longe de nossas pretensões elaborar uma história de pioneirismo ou de grandes vultos. Assim, tanto nesse capítulo como no anterior, são considerações secundárias o valor cronológico atribuído às “primeiras” medidas contra o câncer no país. Não apenas São Paulo, mas o Rio de Janeiro, Minas Gerais e Bahia¹⁰ tiveram papéis relevantes que poderiam ser analisados em rede, sem que um esteja à frente de outro, mas interligados na própria complexidade da História. Interessa-nos, contudo, justificar coerentemente, sob o formato da narrativa que se segue, quais relações propiciaram à experiência paulista a preocupação com a doença para assim denotar sua idiossincrasia.

Por fim, no quarto capítulo, relacionaremos a história *événementielle* com a longa duração: a extensa e difícil história do conhecimento científico e do sofrimento humano

¹⁰ “O câncer era objeto da atenção dos médicos baianos desde a década de 1840”, nos informa Christiane Maria Cruz de Souza, que comprova tal informação a partir das teses doutorais apresentados à Faculdade de Medicina da Bahia. O câncer, porém, permanecia uma doença silenciosa e só ganharia destaque na Bahia em 1936, com a fundação da Liga Bahiana Contra o Câncer em consonância com o I Congresso Brasileiro de Câncer, realizado em 1935, que trouxe visibilidade para a doença, à sociedade civil e às políticas públicas (SOUZA, 2014).

relacionada ao câncer. Foi a partir dessa categoria do tempo que conseguimos identificar permanências históricas, que podem ser notadas em qualquer época ou lugar de maneira muito semelhante umas das outras.

Feito isso, estremamos que cada permanência carrega consigo obstáculos e sustentáculos que, na realidade social, podem ser identificadas a partir da mentalidade – expressa em produções culturais – e das ações dos sujeitos. Como obstáculos, são compreendidos os fenômenos limitados por um contorno que a humanidade foi incapaz de transpassar, e assim a espécie se vê enclausurada dentro desses limites. Sustentáculo, por sua vez, refere-se a tudo aquilo que depende, como amparo fundamental, da permanência referida.

Nos questionamos, então: 1) Quais são as permanências proporcionadas por essa doença?; 2) Como elas se manifestaram no mundo ao longo do tempo e, especificamente, em São Paulo até meados do século XX?; 3) Quais foram suas consequências (sustentáculos e obstáculos)?

Qualquer ruptura sobre uma permanência alteraria sobremaneira a configuração com que se manifestam os sustentáculos e obstáculos na realidade social. No que concerne ao câncer, não seria esse o propósito, afinal? Mas antes, é necessário reconhecê-la e distingui-la.

Capítulo 1 - Da noção à existência: uma longa história *événementielle* sobre as origens do câncer

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

Jean-Charles Sournia¹¹

A paleopatologia – e mais especificamente paleo-oncologia – já demonstrou a existência de diversos casos de neoplasias em antigos fósseis de criaturas humanas e não humanas. Os pesquisadores utilizam-se de ferramentas modernas e análises moleculares para identificar, inclusive, formas de cânceres que deixaram de existir devido a processos evolucionários. Muitos dos chamados “tumores malignos” já foram encontrados em diferentes fósseis espalhados ao redor do mundo,¹² de seres humanos a dinossauros, incluindo algumas categorias de cânceres atuais, como tumor não-Hodgkins, linfomas, carcinomas, neuroblastomas, cânceres de mama e outros (HELPERIN, 2004: 5-8). Com base nessa abordagem, esses pesquisadores buscam aprender sobre as doenças de antigamente, bem como a dieta, as terapêuticas, os hábitos e as viagens dos povos da antiguidade. Contudo, os critérios de identificação das neoplasias que os paleo-oncologistas utilizam são os mesmos da medicina moderna e servem apenas para atestarmos a existência de tumores malignos, desde os tempos mais remotos, sob nossos designativos categóricos atuais – o que se caracterizaria um anacronismo para uma pesquisa fundamentalmente histórica. Questionamo-nos então, como os antigos identificavam essa doença?

Há um certo consenso entre historiadores e outros pesquisadores de que o termo “câncer” surgiu na literatura médica por volta de 400 anos a.C.,¹³ legado dos escritos

¹¹ SOUNIA, Jean-Charles. “O homem e a doença” In LE GOFF, Jacques (org.). As doenças têm História. Lisboa: Terramar, 1985. p. 343-44.

¹² “Examples of possible osteogenic sarcomas in antiquity include a Fifth Dynasty Egyptian femur and humeri, a Neolithic skeleton from Italy, a Swiss Iron Age skeleton with humeral tumor, a femur from a Saxon grave, a fifth-century CE femur from a Visigoth in Spain, and an extensive tumor of a pre-Columbian Peruvian skull” (HELPERIN, 2004: 9).

¹³ Para citar alguns exemplos de pesquisadores que concordam com essa etimologia: entre os historiadores, temos Rui Manuel Pinto Costa (2012), Luiz Antonio Teixeira e Cristina Oliveira Fonseca (2007), Louise Cilliers (2001), L.J. Rather (1996), John M. Riddle (1985), Marie-José Imbault-Huart (1985), Erwin H. Ackerknecht (1958), dentre outros. Já entre os pesquisadores de diversas áreas que compartilham dessa opinião, temos Susan Sontag (1984), Siddhartha Mukherjee (2011), Alanna Skuse (2015) e etc. Vale ressaltar que essa concordância se refere a um designativo linguístico mais sistemático feito pelos gregos sobre o *karkinos*, sem ignorar a existência da doença em outras civilizações da antiguidade. Aliás, a designação que conhecemos hoje, câncer ou cancro, é fruto de uma tradução da terminologia grega para o latim, feita por Aurelio Cornelius Celsus (28 a.C – 50 d.C) (COSTA, 2012:

hipocráticos,¹⁴ que chamaram de *Karkinos*¹⁵ ou *Karkinoma* as lesões ulcerosas endurecidas que se desenvolviam descontroladamente enquanto alimentadas por veias grossas que se assemelhavam às patas de um caranguejo. Mas, assim como a lepra antigamente servia como designação para diferentes afecções cutâneas, o termo *Karkinos* também se referia a um grande número de tumefações ou excrescências suspeitas (COSTA, 2012: 44).

À época, a escola médica grega, ligada ao nome de Hipócrates¹⁶ (460 a.C. – 377 a.C.), visava a se afastar das práticas mágicas dos adivinhos para desenvolver uma medicina racional (mas não científica), isto é, que estabelecesse relações causais para as doenças baseadas na observação para, em seguida, aplicar os remédios adequados. “Desvendar as causas dos fenômenos, compreender o funcionamento do mundo e, a partir daí, prever a sua evolução era a preocupação comum destes sábios e destes filósofos, que, como diz Platão acerca de um dos mais célebres dentre eles, Anaxágoras de Mileto, pretendia «que o Sol é uma pedra e a Lua uma terra», recusando-se a considerá-los como autoridades divinas” (MOSSÉ, 1985:38).

Menosprezavam-se, assim, os esclarecimentos exclusivamente sobrenaturais e indicavam-se novos métodos de se erradicar as moléstias. Primeiro, o *prognosis*, em que o médico deveria interrogar e examinar o doente:

Os doentes apresentam-se de várias formas. Em consequência, o médico não deixará de vigiar nem entre as causas, as que são manifestas, nem as que têm um motivo, nem entre os sintomas, os que devem aparecer segundo o número, par ou

45). Para uma melhor discussão acerca da etimologia do câncer, ver: SKUSE, Alanna. *Construction of Cancer in Early Modern England: Ravenous Natures*. New York: Mcmillan, 2015.

¹⁴ As obras recolhidas sob o título de *Corpus hippocraticum* compreendem sessenta e seis tratados sobre temas relacionados ao corpo humano, acrescidos de um juramento que deveria ser prestado pelo médico da escola de Cós, um diminuto livro de Leis (que serviam de esclarecimento mínimo àqueles que pretendiam iniciar a aprendizagem da arte médica), e um conjunto de cartas e de discursos. Os escritos mais significativos de sua coleção foram compostos entre 420 e 350 a.C, sendo este momento considerado o principal para a formação da doutrina hipocrática. É possível que um ou outro escrito que compõe *Corpus* tenha sido escrito antes ou depois desse recorte, mas o fundamental é que o que dá volume ao *Corpus* é uma coletânea produzida por diversos sábios contemporâneos a Hipócrates, senão do próprio Hipócrates e seus discípulos mais próximos. Em resumo, a datação do *Corpus* é inexata e a autoria dos textos, imprecisa (CAIRUS, 2005: 25)

¹⁵ Devemos ter em mente que o termo não corresponde ao que compreendemos por câncer hoje e também não pode ser compreendido apenas como inchaços, pois o designativo grego para esse caso é *phyma*. Como dito anteriormente, a designação como conhecemos hoje, câncer ou cancro, é fruto de uma tradução da terminologia grega para o latim feita por Aurelio Cornelius Celsus (28 a.C – 50 d.C).

¹⁶ “Tudo o que sabemos, com certeza, sobre Hipócrates”, escreveu Sigerist, “é que ele viveu”. Provavelmente nascido em Cós, sabe-se que “parte importante de sua vida transcorreu nas últimas décadas do século V a.C.; que ele era um ‘asclepiade’, membro de uma espécie de corporação de médicos ligados por laços familiares ou profissionais; que aprendeu os rudimentos da profissão com o pai; que atuou em vários lugares, ensinou medicina mediante pagamento, criou, desenvolveu ou divulgou conceitos inovadores a respeito da arte médica; que escreveu a respeito de assuntos médicos; que desfrutou, em vida, de grande renome; que morreu, possivelmente, durante uma de suas viagens, nas primeiras décadas do século IV a.C., e que pode ter sido enterrado em Larissa, na Tessália” (CAIRUS, 2005: 24). Não se sabe muito sobre o Hipócrates histórico, mas o Hipócrates mítico é bem lembrado.

ímpar; são sobretudo os dias ímpares que são decisivos num sentido ou noutro. É preciso atentar no primeiro dia em que o doente se sentiu mal e procurar onde e porquê o mal teve origem, porque é esse o primeiro ponto a esclarecer (Apud¹⁷ MOSSÉ, 1985:41).

A referência numérica vincula-se a certas especulações pitagóricas: dá-se importância aos dias e aos números para ser racional. Terminada a *prognosis*, inicia-se o diagnóstico, a *diagnosis*.¹⁸ Nesse momento, o médico recorria a um certo catálogo de casos, com observações e testemunhos de outros esculápios, que dispunham de descrições sobre doenças. A partir desses enunciados gerais, o médico atentar-se-ia aos aspectos específicos de seu paciente para erradicar sua moléstia. Para isso, recorria a uma terapêutica fundamentada na teoria dos fluidos:

O corpo do homem contém sangue, fleuma, bile amarela e negra; esta é a natureza do corpo, através da qual adoece e tem saúde. Tem saúde, precisamente, quando estes humores são harmônicos em proporção, em propriedade e em quantidade, e sobretudo quando são misturados. O homem adoece quando há falta ou excesso de um desses humores, ou quando ele se separa do corpo e não se une aos demais (CAIRUS, 2005: 43).

Sob esses termos, a doença significa um desequilíbrio, restando ao médico indicar, àqueles que gozam de saúde, os meios de manter o equilíbrio entre os fluidos (sangue, fleuma, bile amarela e negra), também chamados de humores, e, aos considerados doentes, ajudar-lhes no restabelecimento da harmonia. Entretanto, a complexidade dessa medicina não se limitava aos humores do corpo, mas à toda uma concepção holística da natureza em movimento, isto é, da *physis*.¹⁹ Desse modo, a manutenção do equilíbrio, medida para uma boa saúde, implicava um sistema de compensações avaliadas em função da estação, do ar, da direção do vento, do calor, do frio, da secura, da umidade²⁰ e de tudo aquilo que pudesse colaborar para o corpo estabelecer uma harmonia com a *physis*.

Inscritos nesse quadro, é fácil perceber que os gregos, no tocante aos tumores, não estavam preocupados com a reprodução descontrolada das células, como preocupamo-nos hoje.

¹⁷ O autor cita o tratado *Sobre o Regime nas Doenças Agudas*, “que talvez seja do próprio Hipócrates”.

¹⁸ “Diagnóstico”, nesse contexto, significa “ver através de”, não no sentido prático de se ver, mas interpretativo: “Ver através...”. Refere-se aos temperamentos dos pacientes: fleumático, sanguíneo, melancólico, etc.

¹⁹ Quatro substâncias básicas compõem a *physis*: fogo, água, terra e ar. A *physis* não é algo que está apenas no ser humano, mas em tudo. A *physis* trata-se da ação do universo sobre o corpo e do corpo sobre o universo: há uma relação dialógica e, por isso, empiricista, porque não há intervenções divinas nessa equação.

²⁰ Para uma abordagem mais detalhada e melhor compreensão sobre a medicina hipocrática e a teoria dos humores, ver: CAIRUS, Henríque F. RIBEIRO JR., Wilson A. Textos Hipocráticos: o doente, o médico e a doença. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005; e SINGER, H. E. A history of medicine. Vol II: Early Greek, Hindu, and Persian medicine. New York, Oxford University Press, 1987.

Segundo os escritos do velho asclepiáde (ou de seus conterrâneos e aprendizes), o câncer podia ser compreendido em três graus de magnitude: o *carcinos*, ou tumefação benigna não ulcerada; o *squirrhus* (cirro), que designa o cancro ainda curável; e o *carcinoma*, ou tumor ulcerado, que conduzia inevitavelmente à morte (COSTA, 2012: 45). Quase sempre o *Karkinos* de Hipócrates referia-se aos tumores grandes, superficiais e facilmente visíveis a olho nu, como tumores na mandíbula, no pescoço e na mama. No caso dos *carcinomas* (*Karkinoma*), que incluía os cancos ocultos que não afloravam à superfície da pele, seus Aforismos sugeriam que “occult cancers should not be molested; in attempting to discuss them, they quickly become fatal: when unmolested, they remain in a scirrhus state for a length of time”.²¹

No século II de nossa era, Claudius Galeno²² (131 – 203 d.C.), um médico romano de origem grega e assíduo leitor do *Corpus hippocraticum*, determinou três classificações para os tumores. Segundo ele, existiam os tumores que estavam de “acordo com a natureza”, como inchaços fisiológicos normais, os tumores que “excediam a natureza”, como nódulos que surgem após uma lesão e, por fim, os tumores “contrários à natureza”, dentre os quais o câncer estaria incluso (TU, 2010: 24). Estes últimos eram explicados pela discrasia dos quatro humores corporais e reafirmava a teoria hipocrática.

Galeno esforçou-se em classificar todas as doenças em termos de excesso de fluidos. A inflamação era um inchaço avermelhado, quente e doloroso, o que significava um excesso de sangue na região. Os tubérculos, catarros e pústulas eram considerados frios, brancos e glutinosos, o que concernia à superabundância da fleuma. Icterícia, que resultava na coloração amarelada da pele, mucosas e escleróticas, era representada pela bile amarela. Galeno reservou o oleoso e visguento humor negro para o câncer devido ao rápido emagrecimento, à prostração, à dor irradiante e à morte que sobrevinha aos acometidos pela doença. Não por acaso, esse humor é o mesmo responsável pela depressão (melancolia, do grego *melas*, “negra”, e *khole*, “bile”) e, conforme se solidificava em diversas partes do organismo, o desequilíbrio orgânico se intensificava em consonância com a dor que sentia o enfermo.

²¹ O livro “The aphorisms of Hippocrates” de Elias Marks, escrito em 1817, também descreve esse trecho em latim: “Quibus occulti **canceri** fiunt, eos non curare melius est. Curati enim citò pareunt, Non curati verò longius tempus perdurant”.

²² Filho de uma aristocrata e nascido em Pérgamo (grande centro médico de culto e cura, onde estava sendo construído um templo de Asclépio). Aos 14 anos, estudou filosofia estoica e platônica. Aos 16 anos deu início aos estudos de medicina. Tornou-se médico de gladiadores durante o período que viveu em Roma, no ano de 161 d. C., onde alcançou uma posição conceituada e chegou a ser nomeado médico do filho do imperador Marco Aurélio. Galeno copiava o texto original de Hipócrates e, em seguida, fazia comentários que consistiam em explicações das palavras raras ou passagens mais difíceis. Conservados em grego e em árabe, os comentários de Galeno chegaram à posterioridade latina, guiando e orientando universidades até o século XVIII.

Contudo, chama-nos a atenção o fato de que todos os “inchaços” eram considerados “tumores” que representavam o desequilíbrio humoral do indivíduo doente. O tratado galênico, *De tumoribus praeternaturam*,²³ escrito por volta do ano 192 d.C., não diferencia os sessenta e um tipos de tumores descritos, senão entre as três categorias já citadas, nomeadas *onkos*: os que estão “de acordo com a natureza” (*secundum naturam*), os que “excediam a natureza” (*supranaturam*) e os que eram “contrários à natureza” (*praeternaturam*). O câncer constava nesse último, junto aos abscessos, edemas, quistos, bubões, pústulas, fleimões etc.

Nesse tratado de autoria própria, Galeno discute a definição das inflamações e elabora um verdadeiro manual sistematizado para localização dos tumores.²⁴ Contudo, pelo fato do câncer ser uma doença onde apenas a manifestação é local, a cirurgia acabou desencorajada devido a sua ineficiência. Assim, impelia-se tratamentos gerais, como dietas, drogas ou sangramentos (ACKERKNECHT, 1958: 115). Originava-se um conjunto de noções dogmáticas sobre o câncer e, desse modo, a doutrina galênica tornou-se canônica para a medicina. A noção de que o câncer é uma doença geral, porém de manifestações locais, perdurou por séculos e atravessou toda Idade Média até o século XVIII (IMBAULT-HUART, 1985: 167).

No mundo medieval, a palavra “câncer” também cobriu uma variedade crescente de inchaços em qualquer lugar do corpo. Úlceras purulentas – especialmente no nariz e na boca – eram as mais descritas como cânceres em textos médicos do período. Com efeito, ao longo do tempo, o rótulo foi aplicado indiscriminadamente a gangrenas, tumores, abscessos e feridas de herpes (DEMAITRE, 1998: 609-10).

Alguns esforços foram feitos, contudo, para se delimitar a definição da doença. O médico e cirurgião francês, Guido de Cauliaco (1300-1368), fundamentando-se na nosologia galênica, definiu o câncer a partir de termos morfológicos concretos: “a hard, round, veined, darkish, fast-growing, restless, warm, and painful tumor”. Outros autores adotavam fórmulas etiológicas: Avicenna dizia o câncer como “a melancholic aposteme caused by black bile that is burned by choleric matter or contains burned choleric matter” (Apud^{25,26} DEMAITRE, 1998: 612). Por sua vez, Henri de Mondeville (1260-1320?), em 1318, chamou de corrosões todas as

²³ Tradução em português: “Para além da natureza dos tumores”.

²⁴ Ressaltamos, contudo, que tratou-se de uma preocupação marginal com os tumores como conhecemos hoje. Semautor. Traduzido por D.G. Lytton e L. M. Resuhr, “Galen on Abnormal Swellings” IN *J Hist Med Allied Sci*. 1978 Oct;33(4):531-49.

²⁵ Guigonis de Caulhiaco (Guido de Cauliaco), *Inventarium sive Chirurgia magna*, vol. 1, *Text*, ed. Michael R. McVaugh (Leiden: Brill, 1997), p. 97.

²⁶ Avicenna, *Canon* (n. 1), sig. ee [5rb].

escoriações, inflamações e úlceras “leves”, postulando que “the stated definition of cancer is not appropriate for these, nor is, consequently, the treatment of cancer”.²⁷

Se durante a Idade Média as representações sobre o câncer permaneceram enraizadas no modelo hipocrático-galênico, por outro lado novas metonímias vieram incorporar essas representações. Forma, infiltração/extensão, fixação, degradação dos tecidos, invasão, rastejamento, corrompimento, dentre outros termos, foram utilizados para se explicitar melhor essa doença. O escritor inglês, John Trevisa, em 1398, ilustrava o câncer da seguinte maneira: “Rastejando pouco a pouco, consumindo e corroendo carne e tendão, devagar e sob nossa visão, como se fosse um caranguejo”.²⁸

Segundo Ackerknecht, os práticos medievais estavam divididos quanto à conveniência dos procedimentos cirúrgicos contra o câncer. O historiador da medicina argumenta que “the medieval separation of surgery and medicine certainly did not facilitate progress in our field” (1958: 115). O historiador Luke Demaitre, por sua vez, sugere uma outra perspectiva e, referindo-se ao tratamento do câncer durante a Idade Média, diz que “no other medical phenomenon lay in a domain more fully shared by physicians and surgeons” (1998: 613). Sob seu ponto de vista, em contraste com a febre, por exemplo, que concernia aos físicos, e às fraturas, que dependiam apenas dos cirurgiões, o câncer representava um desafio relativo para ambas as profissões. Tratava-se de um processo no qual a bile negra, após ser queimada ou aquecida, terminava corrompida e grossa, tornando-se resistente à expulsão natural através dos poros ou da sangria. Esse processo explicava também a ocorrência de câncer de mama, fruto de uma “limpeza” insuficiente promovida pela menstruação, que era ineficaz em eliminar a parte deteriorada da bile negra (DEMAITRE, 1998: 617). A consequência desses fenômenos eram os inchaços. Importa-nos saber, frente a isso, quais dessas tumescências eram consideradas “malignas”?

²⁷ “Whatever authors, practitioners, and the common people call cancer, including abrasions, inflammations, light ulcers of the gums or penis, and the like, is not true cancer but should properly be called corrosions: indeed, the stated definition of cancer is not appropriate for these, nor is, consequently, the treatment of cancer” / “*Quidquid auctores practicantes et vulgus vocant cancrum, non est verus cancer sicut excoriationes, supercalefactiones, ulcera levia gingivarum et virge et similium ... immo proprie debent dici corrosiones, nec eis competit cancri diffinitio modo dicta nec per consequens cancri cura*”. Henri de Mondeville, *Chirurgia* (n. 5), p. 329 Apud DEMAITRE, 1998, p. 611.

²⁸ Tradução nossa. Consta no original o seguinte enunciado: “It crepith litil and litil, gnawinge and fretinge fleische and synewis sloulliche to the sight, as hit were a crabbe”. Trazendo para o inglês moderno ficaria mais ou menos da seguinte forma: “It crept little by little, nibbling and corroding flesh and sinew slowly to the sight, as if it were a crab”. Nessa frase notamos novas metonímias que dão à doença um caráter selvagem e mais assustador. John Trevisa, trans. of Bartholomeus Anglicus, *De proprietatibus rerum*, quoted in Juhani Norri, *Names of Sicknesses in English, 1400-1550: An Exploration of the Lexical Field* (Helsinki: Suomalainen Tiedeakatemia, 1992), p. 179 Apud DEMAITRE, 1998, p. 623.

Para responder essa questão, exploro uma breve discussão acerca do sentido do termo “maligno” entre os antigos. Primeiramente, recorro ao historiador John M. Reddle²⁹, que assume a inexistência de um termo elaborado pelos antigos que pudesse ser diretamente associado ao que compreendemos por “maligno” atualmente. Em suas palavras, isso se dava por questões óbvias: os antigos não poderiam fazer os mesmos diagnósticos histológicos para neoplasmos malignos que fazemos hoje. Entretanto, o pesquisador considera que Galeno e os bizantinos, assim como Discorides e Avicenna, descreveram tumores que poderiam ser considerados “malignos” sob o mesmo senso que aplicamos hoje. Afirma que no caso de Galeno, o termo *Karkinos* incluía também as lesões “malignas”. Discorides, por sua vez, utilizava o termo *oidêmatae phumata*, que, provavelmente, também abrangia magnificências. Avicenna não elaborou nenhum termo novo, mas diferenciou os tumores, classificando aqueles que pareciam pequenos brotos arredondados e sólidos, de cor escura e com algum tipo de calor, como sendo, provavelmente, malignos. Assim, o historiador encerra a questão da seguinte maneira: “We can only conclude that their terms had the lexical range to include malignancies in our sense of the term” (RIDDLE, 1975: 322).

Mais recentemente, outros estudiosos também se debruçaram sobre o assunto. Tomo emprestado, então, as palavras de Louise Cilliers e F. P. Retief:³⁰

The word *kêria* occurring in the Hippocratic writings, has been translated as a malignant (Greek: *deina*) cyst. However, **“malignant” does not necessarily carry the modern connotation as in malignant neoplasm.** The original Greek words were *deina* (“fearful”, “terrible” in the sense of something which is to be regarded with awe because it passes human understanding) and *kakoêthês* (“malicious”, “abominable”), and referred to both infective and neoplastic lesions (in modern jargon). The Latin word *vitiosa* (meaning corrupt, vicious), used by Celsus,³¹ is also translated as malignant. The Hippocratic Aphorism VI.4 is usually translated as stating that an ulcer with a peeling edge is malignant (Greek: *kakoêthês*). *Theriomais* often considered synonymous with malignancy but Celsus's original description fits in better with a very severe, spreading infection (RETIEF FP, CILLIERS L., 2001: 208. *Grifo nosso*).

Notamos, frente a isso, que as afecções descritas em grego e latim são, notoriamente, difíceis de serem compreendidas sob uma terminologia moderna, induzindo-nos frequentemente ao erro. De volta à pergunta que nos conduziu a essa questão, podemos assumir

²⁹ Historiador e especialista em História da Medicina, leciona na Universidade do Estado de Carolina do Norte nos Estados Unidos e foi membro do Instituto de Estudos Avançados da Universidade de Princeton.

³⁰ Louise Cilliers faz parte do departamento de Grego-Latim e Estudos Clássicos da University of the Free State na África do Sul, onde é professora. Retief faz parte do departamento de Estudos Religiosos da mesma universidade.

³¹ Os autores referem-se a Aulo Cornélio Celso, enciclopedista que viveu entre 25 a.C. - 50 d.C e escreveu *De Medicina*, fonte sobre o qual os pesquisadores se debruçaram.

que os antigos, sob a mesma noção de magnificência que temos hoje, ocuparam-se dos tumores ditos “malignos”, mas que, à época, o compreendiam a partir de outras conotações. As inflamações que causavam os tumores e foram traduzidas ou compreendidas como “malignas” eram, na verdade, temerosas – porque incompreendidas – ou corruptoras – porque relacionadas à viscosidade da melancolia.

1.1.Práticas terapêuticas contra os tumores ao longo do tempo

Ao longo dos séculos, quem sofre dessa doença foi submetido a quase todas as formas concebíveis de experiência. Os campos e florestas, a farmácia e o templo foram saqueados em busca de algum tipo de alívio para essa doença intratável. Quase nenhum animal escapou de dar a sua contribuição, fosse com pele ou pelo, dente ou unha, timo ou tireoide, fígado ou baço, na vã busca de alívio.

William S. Bainbridge, 1914³²

Os escritos hipocráticos mencionam o caso de uma mulher em Abdera, vítima de um tumor no seio, com sangue esvaindo de seu mamilo e que se tornou presa de sua lesão. O que deveria ser feito nesse caso? Heródoto nos conta que por volta do século VI a.C., Atossa, rainha da Pérsia, foi subitamente acometida por uma doença terrível: um caroço que lhe sangrava no peito, semelhante ao da mulher de Abdera. Ela enfaixou sua mama doente para ocultá-la e sofreu o suficiente antes de permitir que um escravo, de nome Democedes, lhe tratasse o tumor com uma faca.

Vimos, contudo, que nos Aforismos de Hipócrates isso não é recomendado e que os cânceres ocultos não devem ser molestados a fim de prolongar a vida do enfermo. Portanto, Atossa pode ter sido uma exceção – mesmo que não se saiba ao certo o que ocorreu com ela, nem sobre seu tumor, nem como e quando morreu.

No livro Epidemias, de Hipócrates, um paciente descrito com câncer na faringe foi tratado com cautério (RETIEF FP; CILLIERS L., 2001). Aparentemente, Galeno também utilizou de ferro incandescente para cauterizações em tumores superficiais ulcerados (PRUDENTE, 1935).

No tocante às terapêuticas medicinais através das plantas, os alimentos vegetais eram classificados em quentes e frios, e eram indicados conforme a necessidade do indivíduo doente para o restabelecimento de seu equilíbrio. Somente a Hipócrates são atribuídas 230 plantas

³² BAINBRIDGE, William S. The Cancer Problem, New York: The Macmillan Company, 1914, p. 2.

curativas, que influenciaram de forma duradoura a medicina europeia. Galeno, por sua vez, mencionou mais de 450 plantas medicinais, insistindo para a importância de qualquer médico ter sólida bagagem de botânica e de ervanário. Outros nomes importantes, como Dioclésio de Caristo, que codifica as fontes dos ervanários gregos três séculos antes de nossa era, e Crateuas, que completa seu trabalho no século seguinte, também podem ser lembrados. Bem como Plínio, o Velho (23 – 79 d.C.), que elabora o *História Natural*, e o médico Pedânio Dioscórides (40 – 90 d.C.), escritor do *Matéria Médica* (LE GOFF, 1985: 334).

Dentre tantas plantas, sabe-se que algumas foram utilizadas contra tumefações, mas os antigos não deixaram informações precisas sobre preparações, dosagem, frequência ou administração das substâncias a serem indicadas para seus pacientes. Seus escritos serviam de guia para aqueles que já tinham conhecimento na observação de plantas, na preparação de drogas e na prática diagnóstica. Galeno, em seu tratado farmacêutico, empregou três tipos de ervas no tratamento de tumores (que poderíamos incluir, sob nossos designativos, os ditos “malignos”): *akantha(-os) leukê*, *damasônion* e *orchis*³³ (RIDDLE, 1975: 322-23).

Dioscórides, médico e botânico greco-romano, considerado o fundador da farmacognosia, reconhecia na ação das plantas alcaloides um agente importante no tratamento de tumefações e recomendava *Eccballium elaterium* para dissolver inchaços menos graves. Plínio, o Velho, corroborava dessa opinião, recomendando a mesma planta para diversas doenças de pele (RIDDLE, 1975: 325). Outra erva bastante utilizada entre os antigos no combate aos tumores foi a *Ricinus communis* L., hoje popularmente conhecida como mamona.

Não menos importante, também era comum o uso terapêutico do repolho enquanto droga medicinal, por gregos, romanos e medievos. Catão, o Censor (234-149 a.C.), estudioso de história e medicina em Roma, dizia que: “Of the medicinal value of cabbage: It is cabbage which surpasses all other vegetables... It can be used as a poultice on all kinds of wounds and swelling;... it will cleanse suppurating wounds and tumors (*vulnera putida canceresque*), and heal them, a thing which no other medicina can do... An ulcer on the breast and a cancer (*in mammis ulceris natum et carcinoma*) can be heald by the application of macerated cabbage” (Apud³⁴ RIDDLE, 1975: 329). Assim também o indicava Dioscorides, afirmando que quando os repolhos fossem aplicados diretamente sobre os tumores (*oidêmata*), estes seriam encolhidos

³³ A identificação das três é incerta: *Akantha leukê*, pode referir-se a *Acacia albida*, a *Euphorbia antiquorum* ou a *Cnicus arvensis*. *Damasônion* pode ser o equivalente à chamada atualmente de *Alisma plantago* (Tanchagem-da-água) e *Orchis*, pode ser a *Ophrys apifera* (Erva-abelha, erva-aranha ou abelheira) (RIDDLE, 1975: 323).

³⁴ CATO, *On Agriculture*, 156.1.-157.4, ed. and trans. W. D. Hooper and H. B. Ash (Loeb Classical Library) (London: Heinemann; Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press, 1934)

por aqueles. Por fim, para além dos recursos vegetais, Discorides também sugeria que drogas feitas a partir de abelhas poderiam ser efetivas contra o câncer.³⁵

Já durante o *anno Domini*, Roma viu-se tributária do conhecimento estrangeiro, especialmente de gregos e egípcios, e contribuiu pouco no avanço do conhecimento médico ou boticário. Privada pelo cristianismo de recorrer às aproximações racionalistas e naturalistas, a Europa estava fadada à repetição de versões mais ou menos corretas dos magistrais da medicina e dos ervanários antigos (LE GOFF, 1985: 335) – isso porque, nem sempre os copistas e tradutores faziam um trabalho fidedigno.

Durante os séculos IV e V, enquanto o Império Romano declinava, os mercadores sírios navegavam pelo Mediterrâneo. Graças a eles, as obras dos eruditos gregos chegaram ao Oriente Próximo, até a Pérsia, onde havia a escola de Gundeshapur, centro intelectual do Império Sassânida. Lá, ideias terapêuticas gregas, judias, persas e hindus eram permutadas e confrontadas, e os eruditos da medicina árabe enriqueciam seus saberes a partir de novas fontes: a obra de Galeno foi longamente conhecida, difundida e utilizada; os Aforismos, os Prognósticos e as Epidemias de Hipócrates; o tratado de botânica de Dioscórides, as compilações dos sábios bizantinos e outras obras médicas e fitoterapêuticas. Chegado o ano mil, Avicena (980-1037), um dos mais proeminentes representantes da medicina árabe e islâmica,³⁶ enumerava 650 plantas medicinais – um aumento sensível se comparado com Galeno e Hipócrates (LE GOFF, 1985: 335-36).

Mas se é verdade que os sábios árabes procuraram identificar, verificar, completar e corrigir o que encontravam nos livros dos Antigos, também o é que a ciência médica elaborada por esses estudiosos repousou largamente sobre as concepções de Hipócrates, como podemos comprovar a partir do relato de um médico de Bagdá durante o século X:

A primeira vez que tive a ideia de modificar o tratamento da paralisia foi quando a doença atingiu o xeique Abu Ali b. Zara'a. Este era um homem magro, com o espírito vivo, sedentário, passando o seu tempo a estudar, a traduzir, a escrever. Gostava de pratos temperados e picantes, de salgados e de condimentos com mostarda. No final da sua vida, trabalhava na redação de um trabalho sobre a imortalidade da alma no qual refletira durante anos. Tentara também o comércio com

³⁵ Para uma abordagem mais completa no tocante aos medicamentos utilizados pelos antigos e medievos contra o câncer, ver RIDDLE, John M. *Ancient and Medieval Chemotherapy for Cancer*. Isis, Vol. 76, No 3(Sep., 1985), pp. 319-330.

³⁶ “Medicina árabe, dizemos nós. Árabe não só porque seria obra dos árabes – muitos sábios tal como os maiores al-Râzî (Rhazés), al-Madjûsî (Holy Abbas), IbnSînâ (Aviceno) são de origem persa – mas porque a língua árabe foi o seu meio comum de expressão. Medicina «islâmica», dirão alguns: se é verdade que ela se difundiu num império cujo quadro religioso e cultural foi o Islão, alguns dos seus representantes «mais ilustres» foram não muçulmanos, mas cristãos ou judeus” (MICHEAU, 1985: 56).

o país dos Rûms [os Bizantinos], tinha inimigos entre os mercadores sírios, que muitas vezes o haviam criticado, junto do sultão, tendo os seus bens sido confiscados. Devido a estas contrariedades, à exaltação da sua natureza, aos desarranjos devidos à sua alimentação, ao esforço para refletir sobre a sua obra, foi atingido por uma crise aguda de hemiplegia. Devido aos seus conhecimentos, era muito considerado; por isso médicos notáveis procuraram ajudá-lo. Todos quiseram tratá-lo segundo o método ensinado nos livros dos Antigos [isto é, administrando medicamentos quentes]. Mas tomei a palavra para me opor ao que propunham e mostrar-lhes que estavam enganados. Porque esta hemiplegia sobreviera a uma pessoa de temperamento quente. Era necessário por isso tratá-lo com medicamentos emolientes. Foi o que fiz. A doença regrediu e o doente recuperou a saúde (Apud³⁷ Micheau, 1985: 58-9).

No que diz respeito aos tumores cancerígenos, Avicenna propunha que “it may be possible to keep it as it is, so that it will not increase and keep it non-ulcerated. It may happen sometimes that the stating cancer may be cured. But when it is advanced, verily will not”. Em seguida, ao discutir sobre a prevenção dessa doença, afirmava que “as to preventing its (cancer) progress, it can be achieved by... improving the diet and reinforcing the involved organ by the known effective medications...” (Apud ZAID et al, 2010: 203-206). Prova de que o obstinado médico seguia a mesma recomendação vista nos Aforismos de Hipócrates, enquanto no tocante a “envolver o órgão sob medicamentos efetivos”, podemos supor tratar-se de ervas que, se não forem as mesmas indicadas por Galeno ou Dioscórides, ainda precisam ser recuperadas por novas pesquisas.

De volta à Europa cristã,³⁸ é comumente difundido em pesquisas históricas (feitas por não historiadores) a ideia de que, sobre qualquer intervenção terapêutica, os medievos favoreciam a cura pela fé e pelos milagres (LAKHTAKIA, 2014) – pressuposição errônea, porque se para a população medieval, no plano espiritual, era conveniente colocar a alma em harmonia com Deus, obter o perdão dos pecados e a paz interior se dava apenas ritualisticamente antes de qualquer ação terapêutica. Acreditava-se, na verdade, na potencialização da cura sob essas condições. Então, se inicialmente havia um aspecto religioso e espiritual, em seguida este era bem revestido por um tratamento material e preciso: cuidava-se da higiene corporal, da alimentação, das receitas medicamentosas e até mesmo de

³⁷ O autor não cita fonte direta.

³⁸ Nos lugares ocupados pelos árabes a partir da expansão islâmica que teve início no século VII, após a morte do profeta Maomé, e antes da reconquista cristã a partir do século XIII, houve uma maior troca cultural e científica entre o Oriente árabe e o Ocidente Cristão, sobretudo na Sicília, na Itália do Sul e na Espanha. “É aí que, graças às numerosas traduções de obras filosóficas e científicas de árabe em latim, o Ocidente redescobriu a herança antiga, até então conservada em trechos esparsos, enriqueceu-se com métodos e técnicas novas, encontrou as bases de um desenvolvimento decisivo” (MICHEAU, 1985: 55).

intervenções cirúrgicas – a sangria,³⁹ por exemplo, era uma das formas de tratamento em uso, mesmo que não fosse tão generalizada (SAUNIER, 1985).

No específico caso de tratamento de câncer, fazia-se necessário o reconhecimento da afecção – distingui-lo de outros nódulos por meio do diagnóstico – e para isso era necessário considerar quatro sintomas: a rigidez do inchaço, o calor, a dor e a vermelhidão. Não era fácil diferenciar essas características clássicas de outras doenças inflamatórias, especialmente no diagnóstico de cabeceira. Mesmo Galeno já admitia isso, quando afirmava ser o câncer, em sua fase incipiente, tão pequeno quanto as pequenas mudas que “saem da terra e somente são reconhecidas pelos melhores agricultores”. Avicena dizia que o cancro, em sua primeira aparição, era do tamanho de “um pequeno feijão” (Apud^{40,41} DEMAIRE, 1998: 626-7). Assim, quando não resultava em confusão, muitas vezes fazia-se necessário esperar um diagnóstico mais tardio para se ter certeza se se tratava ou não de um câncer.

A principal distinção dos tumores cancerígenos com relação às outras doenças, diziam, estava no seu crescimento estimulado pelo toque. Assim, por sua própria natureza, “the more it is palpated or rubbed and touched, the more its malice and hardness and warmth are increased. It is better, therefore, not to touch it except lightly and without pressure”,⁴² afirmava o cirurgião Guglielmo da Saliceto (1210-1277). Guido de Cauliaco conjecturava a origem do termo *Noli-me-tangere*, ou “Não-me-toque” (que se refere ao câncer, especialmente àqueles na face do enfermo) e concluía que o nome se dava a partir da justificativa de que apalpar a doença a tornaria pior (DEMAIRE, 1998: 628).

O prognóstico para o câncer era geralmente negativo, sendo quase um consenso a impossibilidade de cura, o que fazia dos cuidados paliativos uma medida comum – cuidava-se da limpeza das feridas e da aplicação de narcóticos. Guido de Cauliaco ainda comentou: “fearing hemorrhage and evolution to ulceration, I stick with dietetics on account of the problems [*scandala*] that I have seen” (Apud⁴³ DEMAIRE, 1998: 628). O câncer causava tanto desespero que se tornou uma das principais razões para se recorrer à medicina alternativa.

³⁹ Ambroise Paré (1510-1590) preferia usar a sangria em detrimento de outros recursos. Aceitava cirurgias apenas se o câncer fosse pequeno (IMBAULT-HUART, 1985: 168).

⁴⁰ Galen, *De ingenio sanitatis* (n. 32), fol. 216va. Guido de Cauliaco faz referência a essa passagem, mas a parafraseia livremente: “*Incipit autem quamplurimum obtusae secundum quantitatem cicoris aut fabae, ita quod vix ad modum parvarum plantarum cognoscitur; deinde augetur intantum ut neque puerum lateat*”: *Inventarium* (n. 9), p. 97.

⁴¹ “*In principio est sicut faba parva*”: Avicenna, *Canon* (n. 1), sig. ee [5rb].

⁴² Guglielmo da Saliceto, *Cirurgia* (n. 67), fol. 146rb Apud DEMAIRE, 1998, p. 627.

⁴³ Guido de Cauliaco, *Inventarium* (n. 9), p. 98.

Fezes de pombos, gansos, cabras e até de seres humanos faziam parte da terapêutica em alguns casos.

Certos cirurgiões chegaram a se arriscar na incisão dos tumores, mesmo com medo, persuadidos pelos enfermos mais insistentes. Outros, por sua vez, tiravam vantagem da quantia que estes estavam dispostos a desembolsar para se verem livres da doença. Lanfranco de Milão (1250-1313) denunciou ter visto muitos físicos com o nome de “mestres em cirurgia” prometerem curar completamente pacientes com câncer, levando-os, antes, a uma morte prematura (DEMAITRE, 1998: 631).

De maneira geral, entretanto, vemos prevalecer uma tradição no Ocidente cristão: “Não se deixe influenciar por ninguém, oferecendo-se para operar”, dizia o cirurgião John Arderne, sobre o câncer, em meados do século XIV. “Aqueles que pretenderem curar o câncer cortando-o, içando-o e extirpando-o apenas transformam um câncer não ulceroso em ulceroso [...]”, argumentou Leonard Bertipaglia, um dos cirurgiões mais famosos do século XV na Europa (MUKHERJEE, 2012: 70). No século XVI, Ambroise Paré (1509?-1590), baseando-se no desequilíbrio do humor negro, explicava as metástases como manifestações locais de uma doença geral e indicava a sangria como tratamento, julgando inútil a extirpação, “a não ser quando o cancro é pequeno” (IMBAULT-HUART, 1985: 167-9).

No mesmo século, Andreas Vesalius, a partir de suas incisões em cadáveres humanos em meados de 1540, não conseguiria confirmar a existência da bile negra e teríamos a emergência de conflitos com a teoria humoral de Galeno. No século seguinte, Gasparo Aselli e William Harvey validariam, respectivamente, a existência da linfa (1622) e da circulação sanguínea (1626), trazendo a possibilidade de um novo olhar sobre o funcionamento do corpo – apesar de não representar uma ruptura. Em meados do século XVII o rol de relações causais para a doença se enriquecia. Se os princípios do equilíbrio e da circulação subjacente ao modelo hipocrático-galênico não foram abandonados, contudo, acabaram subvertidos por uma nova representação do corpo que se fundamentava, principalmente, na imagem do congestionamento e do aquecimento, onde não apenas teorias morfológicas tinham expressão, mas explicações fisiológicas também ganhavam vulto.

No caso específico dos tumores cancerígenos, alguns textos médicos relacionavam o lento movimento da viscosa bile negra com a disfunção dos órgãos do corpo, especialmente do baço (onde o humor negro era produzido). Em outras palavras, a ameaça imposta pelas qualidades morfológicas do humor negro (sua lentidão, espessura, tonalidade, temperatura e secura) relacionava-se agora com teorias fisiológicas. Dizia-se, por exemplo, que o baço era

“fraco” por não conseguir atrair ou purgar o sangue (apesar da exata função do órgão na regulação dos humores ser incerta durante o período) (SKUSE, 2015: 32). O resultado de um congestionamento poderia ser um tumor nocivo, quando não fatal.

Gabriele Fallopio fez um admirável estudo sobre os tumores, chegando à conclusão de que superaquecer (*exustio*) a bile amarela, sangue ou fleuma resultaria na produção de melancolia e, por consequência, do câncer. O fluxo seria para ele, contudo, a *causa eficiente* para o surgimento câncer – ele se utiliza de uma categoria elaborada por Aristóteles. “But the cause of the flux is a faulty mixture of the humors (*cacochymia*) due to bad food, as from lentils, turnips, the flesh of cows, asses and oxen, radishes, snails, salty and all bitter foods” (Apud⁴⁴ RATHER, 1978: 17).

Falloppio faz o exercício de distinguir uma variedade de cânceres conforme a profusão de humores negros, já que estes nunca são “puros” e a diversidade de misturas dão o tom do material gerado. Distingue, inclusive, tumores malignos e benignos em diferentes escalas. Quanto mais ou menos maligno,⁴⁵ mais ou menos nocivo para o paciente. “In benign tumors the symptoms are not severe, and such tumors, unless they are irritated, do not greatly trouble men, for pain is not presente or, if it is, is slight”.

O aquecimento do humor negro era visto como um determinante crucial na formação de tumores: “Cirro é formado por uma melancolia natural... mas o Câncer não é produto da natureza, mas de Melancolia escurecida pelo calor”, dizia John Browne, em 1703.⁴⁶ Essa teoria

⁴⁴ FALLOPPIO, Gabrielis. *Opera omnia*, p. 262.

⁴⁵ Fallopio lista os sinais de um câncer maligno: “The signs of malignant cancer (*maligni cancri*), however, are: first, a huge hard tumor, for large tumors are never mild. The second sign is that to the sight the tumor seems single, but to the touch it seems otherwise, for to the sight the skin appears transparent and soft, but to the touch all is hard, and this points to ulceration and corruption of the part. The third sign is irregularity of the tumor, for when the tumor is rounded, small, regular, smooth and symptomless it is benign, whereas irregularity is a sure sign of malignancy even if pain is absent. If [the tumor] stubbornly adheres with widely extended roots this is a fourth sign, for cancer is of two kinds, to wit, separable by pulling and not separable by pulling, or adherent: cancers separable by pulling are those which, when gathered up in the hand and moved about, are not felt to adhere to the adjacent parts: of the adherent tumors almost none can be cured, while of those separable by pulling some are removed. Adherent [tumors], however, are sometimes attached to the muscles and bones, and hence in these a cure is not to be expected. The fifth sign is [the presence of] dilated, swollen veins resembling the legs of a crab, and this I single out from many signs, because from it a malignant cancer is called a “touch me not” (*noli me tangere*), since if its cure be undertaken the man nevertheless dies from this same cancer, hence the task of [curing] malignant [tumor] ought not be undertaken, if you do not wish to receive the name of a bad physician. The sixth sign is a rather ashen color, with something added of black, and also a somewhat lustrous surface. The seventh sign is lancinating pain: for the patients say that they feel as it were a sharp sword or nail passing through the tumor; this is due to an acrid, malignant exhalation derived from the melancholy matter, which begins to putrefy. Such prickings also indicate cancer in the deeper parts. The eighth sign is some heat, sharp and piercing, perceptible to the touch of the physician or patient; this is a sign of extreme malignancy. For when inflammation or erysipelas is combined with a cancerous tumor it becomes extremely malignant and harmful” (Apud RATHER, 1978: 18).

⁴⁶ “*Scirrhus* is made by natural Melancholy ... but Cancer is not bred from natural, but adust Melancholy” (Apud SKUSE, 2015: 34).

chegou mesmo a se tornar predominante, mesmo que sua compreensão tenha sido limitada. Não se sabia, por exemplo, como o aquecimento do humor acontecia. Alguns profissionais descreviam esse processo a partir do fígado ou do baço, argumentando ser influência dos outros humores, do calor do próprio corpo ou mesmo de fatores externos, como a rotina alimentar do indivíduo enfermo. Mas se por um lado não se sabia exatamente a origem desse calor, por outro ele explicava alguns mistérios que cerceavam o câncer, como por exemplo: por que uma doença causada pela bile negra, de qualidade fria e seca, era tão quente ao toque?

Resumidamente, até o final da Idade Média as recentes teorias postulavam que os tumores eram fruto de um fluxo de humores para uma parte onde se acumulavam e sofriam uma série de alterações. O câncer, tal como o cirro, continha atrabílis (humor negro) como um componente fundamental para sua formação, mas que variava em tipo e origem conforme local, aquecimento e mistura com outros humores. O tumor seria uma massa fluida malformada e sua constituição humoral determinaria as medidas clínicas subsequentes. A pilastra fundamental para essas avaliações, a teoria humoral, portanto, persistia e não sofreu grandes alterações até o século XVII.

1.2 Mudanças no horizonte: novas perspectivas e o ruir de uma tradição

Não aprendemos nada, portanto, sobre a causa real do câncer e sua verdadeira natureza. Estamos onde os gregos estavam.

Francis Carter Wood, 1914⁴⁷

O primeiro ataque à doutrina dos quatro humores é geralmente atribuído a Paracelso (1493-1541), que se opunha ao galenismo clássico ou árabe e tentou substituir os quatro humores pelos três princípios dos alquimistas – sal, enxofre e mercúrio, conhecidos como alquimia espagírica ou hermética. “When you see Erysipelas, say there is Vitriol. When you see Cancer, say there is Colcothar⁴⁸” (Apud⁴⁹ RATHER, 1978: 27). Outros nomes também rejeitaram o humoralismo, como o belga Jan Baptista van Helmont (1579-1644), considerado o pai da iatroquímica.

⁴⁷ WOOD, Francis Carter. “Surgery is Sole Cure for Bad Varieties of Cancer”, New York Times, 19 de abril de 1914 Apud MUKHERJEE, Siddhartha. O Imperador de todos os males: uma biografia do câncer. São Paulo: Companhia das Letras, 2012, p. 67.

⁴⁸ Colcotar seria o mesmo que peróxido de ferro ou sulfato de ferro calcinado.

⁴⁹ WALTER, Pagel. Paracelsus. Na Introduction to Philosophical Medicine in the Era of the Renaissance. Basel, Karger, 1982, p. 130.

Os recém-adeptos dessas linguagens abordaram a doença, descrevendo o humor negro como ácido ou amargo. Richard Wiseman, um cirurgião inglês, dizia que não podia aceitar a ideia de que o calor do corpo fosse capaz de aquecer a bile negra e propunha um modelo que integrava conceitos da teoria humoral e iatroquímica, “stating that cancer-causing humours were 'sharp and corrosive' because of some 'error in the Concoction' involving – though in a rather confused manner – 'acid Salts' (Apud⁵⁰ SKUSE, 2015:36).

O físico francês Claude Deshayes Gendron (1663-1750) foi além, propondo que o câncer era “nothing else ... but a change of the Nervous Glandulous Parts, and the Lymphatick Vessels into an uniform, hard, close indissoluble Substance, capable of increasing and being ulcerated”. Desse modo, o câncer não estava relacionado com os humores, mas com uma disfunção nos tecidos da região afetada pela doença. “As these tissues broke down and compressed into a lump, the vessels around them came under increased pressure, causing them to break down in turn, and so on” (Apud⁵¹ SKUSE, 2015: 36).

Tanto Wiseman quanto Gendron alegaram que seus modelos eram baseados em profundas experimentações. Ainda assim, reafirmamos que a grande maioria dos escritos sobre o câncer, em meados do século XVII, aderiu amplamente à teoria que atribuía o câncer ao aquecimento da *atrabilis* ou bile negra, de tal forma que o próprio Gendron manteve-se desconhecido por gerações e seus escritos foram pouco conhecidos à época, já que suas opiniões rompiam com uma tradição de mais de dois mil anos.⁵²

Poucos foram os escritores médicos que ofereceram alternativas reais às explicações neo-galênicas: o já citado, J. B. van Helmont, chegou a elaborar algo fundamentalmente novo, postulando o misterioso “*Archeus*” (uma espécie de espírito) como o agente da doença,⁵³ mas sua abordagem parece ter tido pouco impacto sobre a maioria dos médicos ou leigos preocupados com o câncer (SKUSE, 2015: 36-7).

⁵⁰ WISEMAN, Richard. Several Chirurgical Tratises (second edition). London, 1686.

⁵¹ GENDRON, Claude Deshaies. Enquiries into the Nature, Knowledge, and Cure of Cancers. London, 1701.

⁵² Gendron não escapou completamente às concepções de sua época, mas sua visão “solidística” da natureza da substância do câncer é diferente de seus contemporâneos e só causou interesse aos médicos quando estes passaram a fazer dissecação anatômica em seus estudos (RATHER, 1978).

⁵³ A respeito da patofisiologia do câncer, van Helmont (*Ortus medicinae*, p. 129) diz: “For I have found that in luminous effects of this kind there is a unitary connection at a point, to wit, of the occasional and efficient cause of our Archeus, through which they interpenetrate and radically unite, like lights, without any distinction other than that of relative terms. And now there shall be judgment of concerning external, rabid poisons, like wise of carcinomata and others. For the formal virulent light which springs up in our life is itself living, and hence just as the rabid Archeus takes up, ferment-wise, and external contagion, so also in cancer, going astray, it transport sit self intorages, through which the flesh is damaged topically”. (Apud RATHER, 1978: 28). No tocante a essa afirmação, ao contrário de muitas outras doenças, o câncer parece não ter uma causa externa, mas seria originado pelo próprio interior do indivíduo.

De qualquer maneira, esse é um período de transição que facilitaria a aceitação dos médicos por uma abordagem com elementos distintos dos tradicionais.⁵⁴ Não por acaso, o alemão Daniel Sennert (1572-1637), professor de medicina em Wittenberg, já dizia que nenhum imperito em química poderia reivindicar o título de físico (RATHER, 1978: 29), enquanto sobre o câncer, alegava que era causado por um adusto ou uma forma degenerada de humor melancólico. Segundo Sennert, a bile queimada aderiria às veias e seria incapaz de sair por suas pequenas aberturas devido a sua consistência. Curiosamente, apesar de recorrer aos termos da tradição hipocrática, o autor fundamentava-se em estudos herméticos.

Até o final do século XVII, os humores galênicos, embora em uso, começariam a parecer um tanto quanto pitorescos para os cientistas e a bile negra, como principal matéria para a causa do câncer, vinha sendo substituída por ácidos corrosivos e fermentos da teoria iatroquímica. Mas mesmo esses hipotéticos ácidos e fermentos perderiam credibilidade na abertura do século XVIII e seus lugares na teoria dos tumores seria tomado por um novo fluido, a linfa.

René Descartes (1596-1650), apoiando-se na recém-descoberta do sistema linfático, propôs que a origem do câncer estaria relacionada com a linfa (IMBAULT-HUART, 1985: 167). “The lymph theory further contended that benign tumors were caused by local coagulation of lymph leaked from lymphatic vessels, whereas malignant cancers instead arose from the fermentation and degeneration of lymphs” (JAVIER; BUTEL, 2008). A noção de coagulação local, fermentação e degeneração das linfas ganhou terreno na mesma proporção que a teoria humoral sofria questionamentos e cientistas adotavam gradativamente o método experimental.

Boerhaave, the leading physician of the eighteenth century, regarded cancer as the consequence of local irritation. This point of view seemed confirmed by Pott's (1775) discovery of the scrotal cancer of chimney sweeps, the first occupational cancer ever described. Description of many others has followed like that of the mule spinners, the Schneeberg pulmonary cancer (1879), the bladder cancer of aniline workers (1895), the X-ray cancer (1902-X-ray treatment of cancer was first applied by T. Sjogren in 1899), the bone cancer of dial-makers (1929). Other cancers have been attributed to chronic irritation by gall-stones, ulcers, or lupus. The first special hospital for cancer patients was opened in Rheims in 1740 and lasted till 1840. (ACKERKNECHT, 1958: 116)

Inserido nesse quadro, John Hunter (1728-1793), um cirurgião escocês que viveu na cidade de Londres em meados do século XVIII, defendia que “não é a linfa coagulada e inerte que é a causa [dos tumores], mas uma linfa ativa que «sai» fora dos vasos e que é segregada

⁵⁴ Não seria adequado dizer “nova abordagem” porque apesar dos novos conceitos sobre os elementos, havia uma série de equivalências entre a abordagem humoralista e a iatroquímica.

por tecidos inflamados” (IMBAULT-HUART, 1985: 167). Não por acaso, em seu livro *Lectures on the Principles of Surgery*⁵⁵, argumentava que, no caso de câncer, “the incision must be extended to surrounding parts, and this is not for convenience, but for the sucess of the operation”⁵⁶ (HUNTER, 1839: 333).

Foucault nos ensina que “no século XVIII a doença pertencia tanto à natureza quanto à contra natureza, na medida em que tinha uma essência ordenada, mas que era de sua essência comprometer a vida natural. A partir de Bichat, a doença vai desempenhar o mesmo papel misto, mas agora entre a vida e a morte” (2014: 170). Em outras palavras, a doença deixava gradualmente de ser o desequilíbrio e o acidente para fazer parte da própria dimensão da vida e da morte. Desse modo, as tumefações, consideradas até então “contrárias à natureza” devido a discrasia dos humores, tornavam-se, agora, parte integrante do corpo, do mesmo modo que os tecidos normais de que provinham e através dos quais eram alimentadas. A doença não era mais alheia, mas intrínseca à própria existência.

Sob essa nova perspectiva, apenas uma modalidade de tratamento seria eficiente contra o câncer: a cirurgia. Os alicerces intelectuais da prática cirúrgica de tumores, em meados do XIX, se consolidariam como o principal pilar terapêutico dessa doença. Um dicionário de cirurgia inglês postulava o seguinte:

In treating of cancer, we shall remark that little or no confidence can be placed either in internal or any kind of topical remedies, and that there is nothing, except the total separation of the part affected, upon which any rational hopes of cure can be built (COOPER, 1854).

Essa prática se aprofundaria de tal modo que, já no século XIX, originaria as chamadas mastectomias, verdadeiros testes dos limites da extirpação com o propósito último de eliminar

⁵⁵ Livro escrito por John Hunter provavelmente entre 1785 e 1787, mas publicado por James F. Palmer apenas em 1839.

⁵⁶ John Hunter foi um nome com enorme influência sobre seus contemporâneos e as gerações que o sucederam. Hunter diferenciava “inflamações agudas” como uma resposta salutar positiva às injúrias do corpo, e “inflamação anormal” como um processo que resulta na formação de tumores. Também introduz o termo “linfa coagulável” para caracterizar com mais precisão o componente do sangue capaz não apenas de coagular pelo calor, álcool, e etc, mas coagular espontaneamente sempre que o sangue sai de seus vasos. O cirurgião reserva o termo câncer para tumores circunscritos duros, que crescem mais comumente nos seios, útero, pancreas, lábios e estômago, e tendem a sofrer uma espécie de supuração no centro e ulcerar as superfícies externas. Um tumor desse tipo no início, em um estágio não ulcerado, é chamado cirro. Após ulcerado, trata-se de um câncer incurável, mas, ao invés de “eating away parts and undergoing only a moderate increase in size meanwhile”, sua característica é a proeminente taxa de crescimento, que produz “um fungo esponjoso que não pode ser contido” (RATHER, 1978: 44).

todo e qualquer vestígio do câncer no corpo do paciente (HALSTED, 1894). Sua lógica era simples: se o câncer provém dos *tecidos* [celulares] e é alimentado por esses, deve-se impedi-lo de se alimentar, extirpando-o. Mas quais eram os limites da extirpação? Dizia ele que a “bondade equivocada”, isto é, o receio do cirurgião em desfigurar as mulheres com câncer de mama ou de colocar a vida do paciente em risco, permitia que o câncer reaparecesse. “Limpamos ou tiramos a fossa supraclavicular”, anunciou Halsted numa conferência. Ele não tinha dúvidas de que era preciso ir além dos receios e dos limites do próprio corpo... Cortar fundo, no peito, no pescoço, na clavícula. Ele estava convicto da necessidade dessa punição física, mesmo que por vezes chegava a externar alguma preocupação: “a paciente era uma mulher jovem, que eu detestei desfigurar”. O nome dado a sua técnica, produto de seu raciocínio, chamou-se mastectomia “radical” (Figura 1), considerando o sentido latino de *radical*, “raiz” (MUKHERJEE, 2012: 87-88). Seu objetivo era cortar as raízes do câncer, eliminando todo e qualquer vestígio que possibilitasse seu retorno.

Figura 1 - Representação da Mastectomia Radical de Halsted.

Fonte: Johns Hopkins hospital reports, v. IV, pl. XI. The National Library of Medicine.

Cabe-nos ressaltar que, se por um lado a prática cirúrgica contra o câncer não se distinguia muito no século XVIII e XIX, exceto por suas incisões cada vez mais profundas, o segundo ciclo vivenciou o surgimento de rupturas fundamentais com a medicina tradicional.

Houve uma verdadeira reorganização radical da percepção médica sobre o indivíduo doente, de tal modo que essa ruptura significou para a medicina clínica:

Uma nova distribuição dos elementos discretos do espaço corporal (o isolamento, por exemplo, do tecido, região funcional de duas dimensões, que se opte a massa, em funcionamento, do órgão e constitui o paradoxo de uma superfície interna); reorganização dos elementos que constituem o fenômeno patológico (uma gramática dos signos substitui a botânica dos sintomas); definição das séries lineares dos acontecimentos mórbidos (por oposição ao emaranhado das espécies nosológicas); articulação da doença com o organismo (desaparecimento das entidades mórbidas gerais que agrupavam os sintomas em uma figura lógica, em proveito de um estatuto local que situa o ser da doença com suas causas e efeitos, em espaço tridimensional) (FOUCAULT, 2014: XVII).

Se durante o século XVIII a unidade estrutural dos seres vivos era a fibra,⁵⁷ no XIX a célula ocupou essa posição.⁵⁸ Atualmente, quando o termo “célula” ou “celular” é citado, carrega consigo um *corpus* de crenças que nos induz a compreendê-la tendenciosamente. Na verdade, essa expressão existia muito antes do século XIX, apesar de receber uma conotação distinta: células significaram, durante um bom período, espaços ociosos por onde passavam os fluídos. Outros termos também foram utilizados, dentre os quais “bolhas”, “poros” e “bexigas”,⁵⁹ como sinônimos ou analogias antes do conceito se consolidar. Isso viria a ocorrer apenas a partir de 1838, em virtude da chamada Teoria Celular de Matthias Schleiden (1804-1881) e Theodor Schwann (1810-1882), quando foi elaborada a primeira síntese teórica mais próxima do que compreendemos por célula hoje.

Philippe Pinel (1745-1826) argumentava que as classificações das doenças deveriam levar em consideração as similaridades impressas não apenas nos processos patológicos, mas

⁵⁷ “The whole substance, or all parts of a plant”, escreveu o médico britânico Nehemiah Grew (1641-1712) em 1671, “consist of fibers”. Até meados do século XVIII, a crença de que a substância vegetal e animal era um tecido composto de fibras tinha ganhado aceitação geral. Outro médico, Albrecht von Haller (1708-1777), sustentava que a unidade estrutural final dos tecidos vivos era uma fibra hipotética minúscula o suficiente para ser vista até pelo microscópio mais poderoso (RATHER, 1978: 51-52).

⁵⁸ O microscópio tem um papel fundamental na disseminação dessa noção. É verdade que esses instrumentos estiveram em uso desde meados do século XVII, mas contribuíram pouco para a compreensão de processos patológicos, não apenas pela imperfeição das lentes, mas também pelo grau de oposição ideológica de alguns teóricos. Ver com os próprios olhos, a olho nu, denotava credibilidade. Ainda assim o microscópio abriu um novo universo de possibilidades ainda não nomeadas (ou conceitualizadas) adequadamente por aqueles que viam. Antes, seria necessário aprender a ver. Somente no primeiro quarteto do século XIX que as lentes dos microscópios se tornaram mais precisas e, nas mãos de estudantes curiosos, as novas lentes logo levaram à identificação de um elemento específico, minúsculo, que seria considerado a última unidade de uma estrutura: a célula. Quase imediatamente, como consequência, células foram identificadas como a unidade fundamental do tecido dos tumores (RATHER, 1978).

⁵⁹ *Cella* é uma palavra latina que significa “uma pequena sala” e pessoas de língua latina aplicavam a palavra *Cellulae* às células de seis lados do favo de mel. Robert Hook (1635-1703), observando cortiças no microscópio, utilizou o termo como analogia enquanto notava as paredes espessas das “células” mortas da cortiça. O termo se generalizou a partir de então, apesar de seu sentido original sofrer alterações ao longo do tempo (MAZZARELLO, 1999).

também na semelhança entre as partes onde estas se desenvolviam. François Bichat (1771-1802), pouco tempo depois e admitindo seu débito às investigações feitas por Pinel, deixou de considerar apenas “partes” e identificou 21 tipos de *tecidos* nos órgãos,⁶⁰ descrevendo suas semelhanças e distribuições.

Esse esforço de Bichat foi de suma importância porque deslocava “o princípio básico da anatomia da diversificação das doenças segundo os órgãos atingidos para o isomorfismo dos tecidos” (FERREIRA, 1993: 44). Se por um lado ele não rompia com o vitalismo⁶¹ de Stahl, mantendo-se tão tautológico quanto, por outro compreendia a capacidade do corpo de exercer suas funções vitais de forma mais específica e fragmentada, conforme o tecido correspondente.

Para Bichat, o tecido celular⁶² seria capaz de reproduzir a si mesmo ou crescer após ter sido cortado e, a partir de sua divisão, surgiriam cicatrizes, tumores e cistos. O investigador supunha que, à medida que o líquido se acumulava em uma das células do tecido celular, a parede da célula em expansão tornava-se espessa pela incorporação das células adjacentes, fazendo com que uma espécie de grande saco fechado fosse formado, contendo em seu interior todo potencial secretor limitado por uma parede fibrosa expansiva.

Bichat estava convencido de que as mesmas leis que regiam o crescimento normal dos tecidos também governavam o aumento dos tumores. Justificava-se a origem do câncer em diferentes locais do corpo devido ao fato desse tecido celular ser oblíquo. Além disso, estes forneciam uma base nutritiva vascular e celular que mantinham o crescimento dos tumores. Não por acaso, concluía o jovem investigador: “All tumors, then, are cellular” (Apud⁶³ RATHER, 1978: 58).

⁶⁰ “Bichat’s twenty-one tissue systems are: (1) cellular; (2) nervous, governing ‘animal’ life; (3) nervous, governing ‘organic’ life; (4) arterial; (5) venous; (6) exhalant; (7) absorbent; (8) medullary; (9) cartilaginous; (10) osseous; (11) fibrous; (12) fibrocartilaginous; (13) muscular. Governing ‘animal’ life; (14) muscular, governing ‘organic’ life; (15) mucous; (16) serous; (17) synovial; (18) glandular; (19) dermoid; (20) epidermoid; and (21) pilous (RATHER, 1978: 55).

⁶¹ “O vitalismo, como doutrina médica particular, surgiu pela primeira vez na história no início do século XVIII na forma da doutrina de G. E. Stahl (1660-1734), em oposição às pretensões dos iatroquímicos de construir uma medicina totalmente baseada nos conhecimentos físicos e químicos da época. Stahl propunha a distinção radical entre os conceitos de organismo e o de mecanismo. Todo organismo, ao contrário do artefato mecânico, seria portador do princípio supremo da vida, a *anima*. A *anima* representa a unidade de todo organismo, protegendo-o contra a decadência para qual ele tende. A *anima* provoca os movimentos responsáveis pela manutenção da vida. Quando os movimentos que proporcionam a vida estão alterados no corpo e em seus órgãos, sobrevém a doença. Assim, a dualidade saúde/doença nada mais é que um reflexo da tendência degenerativa do organismo e da capacidade da *anima* de restabelecer a ordem normal dos movimentos tônicos tão rápida e eficientemente quanto possível: a doença é um processo natural” (FERREIRA, 1993: 44-45).

⁶² Para Bichat, “tecido celular” significava um conjunto de células cercados por fibras, nervos e veias.

⁶³ BICHAT, *Anatomie générale*, s.d., p. 159.

Apesar da frase, ressaltamos que não podemos incorrer ao erro de acreditar que a célula era considerada a unidade do tecido. Os tumores eram fibrosos e o que determinava sua configuração era a autonomia do tecido celular, bem como a matéria que o alimentava. Se hoje a célula é considerada esse *locus* de vida independente, Bichat reservava essa posição aos tecidos. Apenas após as três primeiras décadas do século XIX o termo “célula” seria alçado ao patamar de unidade autônoma.

Entre os botânicos, a hipótese corrente de que as plantas seriam um agregado de unidades vivas mais ou menos autônomas, tão minúsculas que só poderiam ser vistas sob a mediação do microscópio, já havia suplantado a crença tradicional na fibra como unidade estrutural. O termo “célula” era aplicado a essas unidades, e não seria novidade, nem mesmo à época, a afirmação de Matthias Schleiden (1804-1881) de que cada célula participa da vida de todo organismo de uma planta, mas seu relato de que “esse peculiar, pequeno organismo, a célula” reproduz a si mesmo era novidade. Theodor Schwann (1810-1882), interessado nas discussões do período, publicou três papers sobre a teoria celular em 1838, sendo um deles intitulado “On the Analogy in the Structure and Growth of Animals and Plants”, com a proposta de aplicar a noção de Schleiden sobre as células vegetais às células animais.⁶⁴

No parágrafo final de um de seus artigos, Schwann ainda sugere que esse novo conceito de célula será muito frutífero para o estudo dos tumores. “Célula” substituiria a concepção até então exercida pela “fibra”, a noção de tecido perderia sua autonomia e os tecidos “normais” ou “patológicos” não passariam de estruturas de células transformadas. Se por um lado a preocupação social com o câncer crescia, por outro sua questão física diminuía em escala – quais seriam, afinal, as células cancerígenas? Essa questão suscitou diversos debates ao longo de todo século XIX.

O início do século XX, por sua vez, foi marcado por uma ampliação das possibilidades terapêuticas, bem como por sua institucionalização.⁶⁵ Em 1900 foi criado, na Alemanha, o German Central Committee for Cancer Research. Dois anos mais tarde, surgiu na Inglaterra o Imperial Cancer Research Fund. Em 1906 foi a vez da Association Française pour l'Étude du Cancer surgir, logo após a Primeira Conferência Internacional contra o Câncer, realizada em Paris. A segunda conferência aconteceria na Bélgica quatro anos depois. Antes, ainda em 1907,

⁶⁴ Para detalhes sobre o estudo de Schleiden e Schwann, ver RATHER, 1978, p. 84.

⁶⁵ Destacamos que por “institucionalização” compreendemos um determinado local que serve como espaço de discussão e construção de um saber legitimado socialmente a partir do diálogo e da disputa entre pessoas, conhecimentos e ideologias, e tem por objetivo último a construção, experimentação e perpetuação de um conhecimento científico dito verdadeiro (OLIVER; FIGUEIRÔA, 2006: 105-115).

a American Association for Cancer Research também seria fundada. Em outras palavras, o interesse pelo câncer se globalizava e ganhava um teor institucional. Em 1923 aconteceu o Primeiro Congresso Internacional do Câncer, em Estrasburgo, França. Tempos depois, em 1935, aconteceria no Brasil o Primeiro Congresso Brasileiro de Câncer.

Nessa mesma época, começaram a surgir nos Estados Unidos e na Suécia, os primeiros centros de radioterapia que conjugavam pesquisas experimentais e tratamento médico (TEIXEIRA; FONSECA, 2007: 19). Antes, contudo, especificamente em 1895, o físico alemão Wihelm Konrad Roentgen (1845-1923) estudava os fenômenos de luminescência, observando que a passagem de corrente elétrica em tubos de vácuo produzia uma radiação capaz de velar uma chapa fotográfica. Com essa poderosa radiação capaz de transpassar corpos opacos, Roentgen resolveu colocar a própria mão entre o aparelho e o papel fotográfico. Foi a primeira imagem do corpo feita com o uso dos raios-X (também conhecidos como Raios de Roentgen). Nela via-se a estrutura óssea detalhada de sua mão.

Roentgen recebeu o Prêmio Nobel em 1901 e, a partir daí, sua descoberta passou a ser estudada por aqueles interessados no campo do diagnóstico de doenças por permitir a visão interna do organismo. No entanto, tratava-se de uma tecnologia de uso precário, porque causava vermelhidão e queimaduras na pele, mas, posteriormente, essas características, consideradas até então negativas, foram ressignificadas como uma nova possibilidade no tratamento do câncer, já que poderiam ser utilizadas na destruição de tumores cancerígenos internos e externos (TEIXEIRA; FONSECA, 2007: 19).

No Brasil, os primeiros aparelhos de raio-X chegaram antes mesmo da virada para o século XX, em São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia. A radiologia e radioterapia, utilizando o raio-X e o rádio, respectivamente, seriam, junto à cirurgia, o segundo pilar terapêutico mais utilizado contra o câncer durante o século XX.⁶⁶ O terceiro seria a quimioterapia – um tratamento à base de substâncias químicas com objetivo de controlar o processo de reprodução celular.

A relevância desse terceiro pilar terapêutico está vinculada ao nome de Sidney Farber, um patologista pediátrico estadunidense que, após anos de estudos avançados de patologia – o que significava certo isolamento em seu laboratório no *Children's Hospital* em Boston –, começou a tratar pacientes em sua maioria eram crianças. No verão de 1947, Farber passou a

⁶⁶ “Na Europa, no início dos anos 1920, a radioterapia começou a se consolidar como tratamento adequado para os cânceres de pele e de colo do útero. A partir do final da Primeira Guerra, essa tecnologia terapêutica se expandiu muito, deixando de ser vista como uma técnica experimental e passando a fazer parte do cotidiano dos dermatologistas e ginecologistas” (TEIXEIRA et al, 2012: 41).

se dedicar em compreender uma variante estranha do câncer, que poucos haviam se arriscado a estudar: a leucemia infantil (MUKHERJEE, 2012).

O patologista testou ácido fólico na doença e percebeu que essas moléculas aceleravam o crescimento de células leucêmicas. Graças a essa experiência, posteriormente, Farber testou compostos antifólico em crianças com leucemia e, em 1948, notou remissões inquestionáveis (FABER et al, 1948). Foi um dos passos mais importantes para o início do tratamento quimioterápico⁶⁷ do câncer em todo mundo (DeVITA, 2008).

A leucemia havia frustrado médicos por mais de um século desde sua descoberta, em 1845, e, após inúmeras análises e primorosas taxonomias sobre células leucêmicas, o veredito era de incurável. Isso porque, diferentemente do que se estava habituado, a leucemia não criava nenhuma crosta ou inchaço, não endurecia a pele ou gerava qualquer deformação imediata. Tratava-se de um câncer líquido, gelatinoso, imperceptível até então. O termo leucemia, de *leukos*, palavra grega para “branco” e *aima*, “sangue”, foi criado por Rudolf Virchow (1821-1902), médico alemão de raízes polonesas, que posteriormente também difundiu o termo *neoplasia*, “crescimento novo”, que ecoaria pela história do câncer.

Como bom patologista, Virchow se dedicou a observar células no microscópio numa época em que quase todas as doenças eram atribuídas aos feitos de forças invisíveis, como histerias, neuroses e miasmas – heranças dos postulados de Thomas Sydenham⁶⁸ e outros. Quando se deparou com o desenvolvimento patológico das células cancerosas no

⁶⁷ Segundo o historiador John M. Riddle (1985: 319), o século XX vivenciou uma “segunda era de quimioterápicos” para o câncer. A primeira diz respeito aos antigos, e a nova era teria início, talvez, em 1938, quando A. P. Dustin publicou um estudo sobre as propriedades antimitótica da colchicina, mas não deixa de considerar outras datas. Afirma que Charles Gordon Zubrod, um importante oncologista estadunidense, conhecido por seu proeminente papel na introdução do uso de quimioterápicos para o câncer, consideraria mais adequado a data de 1935, com a investigação dos efeitos de toxinas bacterianas sobre sarcomas humanos. O historiador também lembra as experiências feitas por Paul Ehrlich em 1908 a partir de tumores transplantados em camundongos que possibilitaram a moderna quimioterapia. Por fim, diz ainda que outros argumentariam que o verdadeiro início da quimioterapia teria sido durante a Segunda Guerra Mundial, com pesquisas sobre o nitrogênio mostarda sendo publicadas logo após a guerra. Sobre essa última versão, a historiadora Ilana Löwy deixou uma crítica pertinente ao afirmar que esse tipo de análise é confortadora, pois transforma um produto bélico num dos principais medicamentos contra o câncer. O que, segundo ela, não corresponderia com a realidade, porque o desenvolvimento dos quimioterápicos teve um percurso mais longo e relacionado a um conjunto de fatores em que se destaca o desenvolvimento dos antibióticos e as bases modernas da indústria farmacêutica, bem como o investimento de grandes somas de recursos para pesquisa biomédica e a ampliação de vítimas da doença (LÖWY, Ilana. *Cancer de chercheurs cancer de cliniciens: trajectoire d’une innovation thérapeutique*. Paris: Editions des archives contemporaines, 2002 Apud TEIXEIRA; FONSECA, 2007: 22). Citamos Sidney Farber como o precursor dos quimioterápicos por dois motivos, mas sem pretensão de encerrar a questão ou de atribuir ao indivíduo qualquer mérito exclusivo e ignorando suas possíveis influências: 1) Pela possibilidade de acesso à fonte primária (o artigo em que ele e outros pesquisadores demonstram as remissões); 2) O fato deste avanço considerável sobre a doença ter se dado justamente sobre a leucemia, uma modalidade inclusa recentemente (em termos históricos) à categoria de “câncer”, mas que é “líquida”, o que impediria qualquer tipo de cirurgia tradicional.

⁶⁸ Sydenham (1624-1689) foi um médico inglês que se dedicou a estudar, dentre outras coisas, a mania, a histeria, a hipocondria e seus respectivos tratamentos.

microscópio,⁶⁹ notou um crescimento desregrado, incontrolável, uma forma nova de multiplicação celular, uma neoplasia.

Virchow foi um grande defensor da origem local do câncer e, com essa postura, estava em consonância com a cirurgia moderna de tumores. Era contrário à teoria das “células cancerosas” (defendidas por Hermann Lebert,⁷⁰ por exemplo), argumentando que estas não apareciam espontaneamente. Considerava a irritação local como a principal causa para a doença, apoiada pela predisposição. No tocante às metástases, dizia que não ocorrem por conta da disseminação celular, mas pela secreção de uma substância, fruto de uma irritação, que estimule o tumor (ACKERKNECHT, 1958: 118).

Tomando emprestado as ideias dos fundadores da Teoria Celular de que todos os organismos vivos eram formados por unidades autônomas chamadas células, ele se baseou em dois princípios para elaborar sua própria teoria: 1) Tal como as plantas e os animais, os seres humanos também são constituídos por células; 2) Células surgem apenas de outras células, isto é, *omnis cellula e cellula*. Frente a isso, Virchow propôs uma hipótese sobre a natureza do crescimento humano:

Se as células nascem apenas de outras células, então o crescimento só poderia ocorrer de duas maneiras: pelo aumento do número ou pelo aumento do tamanho delas. Virchow deu a esses modos os nomes de hiperplasia e hipertrofia. Na hipertrofia, o *número* de células não mudava: em vez disso, cada célula individual simplesmente aumentava de tamanho – como um balão que infla. *Hiperplasia*, por contraste, era o crescimento resultante do aumento do número de células. Todo tecido humano em crescimento poderia ser descrito em termos de hipertrofia e hiperplasia. Em animais adultos, gordura e músculo em geral crescem por hipertrofia. Diferentemente, o fígado, o sangue, o intestino e a pele crescem por hiperplasia – células se tornam células que se tornam mais células, *omnis cellula e cellula e cellula* (MUKHERJEE, 2012: 32).

A explicação de Virchow era convincente o suficiente e levou a uma nova compreensão sobre o crescimento normal, bem como sobre o crescimento patológico. Após sua morte, em

⁶⁹ Em um de seus papers, Virchow escreve sobre a dúvida entre os pesquisadores sobre o uso do microscópio. Ele notou um certo ceticismo entre os físicos mais velhos quanto ao uso do aparelho, mas também viu casos entre os mais jovens. Virchow era cuidadoso, defendia o microscópio, mas não considerava razoável substituir dois mil anos de experiência clínica da noite para o dia por causa de poucas décadas de experiência (questionável) com o microscópio (RATHER, 1978: 101).

⁷⁰ Lebert (1813-1878) definia o câncer como "a near heteromorphic accidental production with a tendency to become generalized (in the body), to become constitutional, and with a tendency to destroy all the tissues it surrounds, whose cells are different from normal cells in the body" (LEBERT, H. *Traité Pratique des Maladies Cancéreuses et des Affections Curables Confundus avec le Cancer*. Paris, J. B. Bailliére, XXI, 1851 Apud KRUSH, 1977: 145). Em 1845, argumentava-se que todas as lesões nos tecidos contêm células mais ou menos específicas para cada lesão envolvida. Assim, o câncer, ou os glóbulos cancerígenos, seriam células distintas de outras espécies de células (RATHER, 1978: 109). Outros pesquisadores, como Charles-Emmanuel Sédillot (1804-1883) e Heinrich Meckel (1821-1856) seguiram essa mesma linha da morfologia específica das células cancerosas. Rudolph Virchow foi o opositor, após a publicação de seu ensaio em 1847.

1902, outras teorias relativas às doenças se desenvolveriam sobre seus postulados.⁷¹ Frente a isso, o câncer, então, seria uma doença de hiperplasia extrema na qual as células adquiriam capacidade autônoma e desenfreada de multiplicar-se, criando massas de tecidos inchados que penetravam os órgãos, prejudicando os tecidos normais. Não suficiente, também existia a possibilidade dos tumores dispersarem-se de um lugar para outro, causando uma emersão da doença em outros locais do corpo – a isso, dava-se o nome de metástase.⁷² Finalmente, a doença ainda se apresentava de múltiplas formas – câncer de mama, no sangue, pele, linfomas, estômago, útero, etc –, todas profundamente conectadas no nível celular. Em todos os casos, os tumores gozavam da mesma característica em comum: proliferação celular patológica irrefreável.

Algo que merece atenção por sua relevância e não poderia deixar de ser citado é que, muitos anos antes do médico alemão chegar em suas conclusões, o cirurgião do hospital St. Bartholomew, na Inglaterra, chamado Percivall Pott, notou a justaposição de dois eventos incomuns: o aumento acentuado nos casos de câncer de testículo em sua clínica e o fato de que aqueles que eram acometidos por essa doença exerciam a função de limpadores de chaminés. Proposta em 1775, essa correlação o deixou alarmado, de modo que, para ele, a doença...

Peculiar a certo grupo de pessoas [...]; quer dizer, o câncer dos limpadores de chaminé. É uma doença que sempre ataca primeiro [...] a parte inferior do escroto, onde produz uma ferida superficial, aberta, de péssimo aspecto, com beiradas duras, levantadas [...] Nunca vi uma delas antes da puberdade, o que, imagino, explica em parte por que é tida, tanto por pacientes como por cirurgiões, como doença venérea; e por que, sendo tratada com mercúrio, logo fica muito irritada (POTT Apud⁷³ MUKHERJEE, 2012: 285-286).

A associação do câncer de testículo à doença venérea não era incomum e perdurou até meados do século XX, em especial no tocante a quem era acometido por ela, isto é, trabalhadores simples e de bairros pobres, como era o caso dos meninos escaldadores de chaminés. Pott, considerando insuficiente essa relação, decidiu ir além e se questionou como

⁷¹ Para citar um exemplo, o pupilo de Virchow, Cohnheim, em 1868 formularia a teoria embriológica da formação de câncer (ACKERKNECHT, 1958: 118).

⁷² Atualmente o termo *metastasis* é utilizado quase que exclusivamente em referência ao desenvolvimento de um novo tumor em diferentes partes do corpo como consequência de uma disseminação via sangue ou linfa. Originalmente, contudo, o termo foi cunhado na antiga Grécia e dizia respeito às manifestações internas e externas, em diferentes partes do corpo, de qualquer doença (RATHER, 1978: 104).

⁷³ POTT, Percivall; EARLES, James. The Chirurgical Works of Percivall Pott, F. R. S. Surgeon to St. Bartholomew's Hospital, a Author, a Method of Curing the Hydrocele by Injection, and Occasional Notes and Observations, by Sir James Earle, F. R. S. Surgeon Extraordinary to the King. London: Wood and Innes, 1808, p. 177.

poderia essa doença, se venérea, ter tamanha propensão em atingir pessoas de um ramo de atividade exclusivo? E por que se irritava com mercúrio, essa possível ferida sexual comum?

Assim, não se limitando a inventar métodos para operar tumores, lançou-se sobre o ramo da epidemiologia para compreender a causa desse câncer. Aprendeu, dessa forma, que micropartículas de fuligem, praticamente invisíveis, penetravam sob a pele e lá ficavam alojadas durante dias até formarem um tipo de verruga que, irritada, tornava-se um problema crônico. Desse modo, Pott vinculou suas suspeitas sobre a causa de câncer no testículo à fuligem de chaminés contidas sob a pele dos trabalhadores.

Essa descoberta teve implicações importantes para a medicina. Muito distante de uma justificativa humoral, era a fuligem a causa desse câncer. Um agente externo, portanto, e não o discrasia dos fluídos, estavam na raiz do distúrbio. Além disso, um pressuposto importante ganhava força: se a causa fosse impreterivelmente externa, então poderia ser evitada. Bastava não permitir que as pessoas fossem expostas aos elementos carcinógenos – o que não seria tão simples assim na Inglaterra no final do século XVIII, repleta de fábricas, carvão e chaminés.⁷⁴

Esses novos ramos de estudos culminaram numa série de pesquisas inéditas que trariam no bojo de suas inovações uma ampliação das questões referentes ao câncer. Fundamentais perguntas se imporiam sobre o mal a partir de então: Seria o câncer causado por uma substância química exógena? Por um elemento intrínseco? Ou por um agente infeccioso?

Após a descoberta de Pott, os primeiros estudos de Virchow e antes das remissões conquistadas pela quimioterapia de Farber, a microbiologia também se consolidaria como um paradigma relevante nos centros acadêmicos. Tanto é que conferências sanitárias internacionais aconteceram ao longo de toda segunda metade do século XIX, sendo que a primeira foi em Paris, em 1851, enquanto outras foram em 1859, 1866, 1874, 1881, 1885, 1892, 1893, 1894 e 1897 e continuaram durante a primeira metade do século XX. A frequência com que aconteceram a partir da década de 80 corresponde ao rápido desenvolvimento da bacteriologia e à importância que a disciplina ganhou na homogeneização das práticas laboratoriais e na luta contra as doenças infecciosas (LÖWY, 2006).

⁷⁴ Exposta essa situação, em 1788 surgiu a Lei dos Limpadores de Chaminés que impedia crianças menores de oito anos de exercer a profissão. Posteriormente, em 1834 a idade foi alterada para 14 anos, e em 1840 para 16, até que em 1875 a profissão tornou-se proibida para meninos e passou a ser rigorosamente policiada para evitar infrações. Pott faleceu na data que surgiu a primeira lei e não viu as mudanças acontecerem na sociedade decorrentes de suas descobertas, mas não demorou para que a epidemia que atingia o testículo dos jovens e adultos desaparecesse em algumas décadas (MUKHERJEE, 2012: 287-288).

Não foram poucas as teorias que apontaram uma relação causal entre câncer e parasitas. “Various forms, and a legion of parasites has been discovered” escreveu o cirurgião estadunidense William Seaman Bainbridge (1914: 118), referindo-se às possíveis etiologias para o câncer. Explicava, em seguida, que a teoria parasitária se baseava em duas categorias: “it is assumed that an external stimulus of some kind causes growth, or it is assumed that some change taking place internally in the cell itself, permits of growth”.⁷⁵ Alguns representantes dessa linha foram Von Langenbeck (1840), que afirmou a contagiosidade do câncer, Gustave Nepveu (1872), que defendia a existência de *micrococcus* no câncer de pele e Gustave Rappin (1886), que cultivou *micrococcus* a partir de 13 cânceres. No Brasil, seus representantes foram Domingos Freire e Pedro Severiano de Magalhães, que publicaram *Premières études expérimentales sur la nature du cancer* (1887) e *Teoria parasitária do câncer* (1888), respectivamente.

1.3 Um movimento que passa pelo Brasil: da terapêutica popular à oficial

Escrever sobre as representações do câncer no Brasil não é tarefa fácil. O primeiro e principal obstáculo que emerge frente a essa ambição é a carência de fontes, especialmente quando nos referimos ao período colonial. Quais registros herdados da América Portuguesa serviriam para se construir um cenário preciso que evidencie as noções, terapêuticas e angustias sobre o câncer nesse período? Manuais médicos, receituários de boticas, pergaminhos jesuíticos, entre tantas outras possibilidades não foram encontrados, e quiçá, talvez, nem mesmo existam. São lacunas proeminentes que nos impedem de iniciar essa narrativa sem a desconfiança de proporcionar incorreções sobre um passado coletivo. Para não correr esse risco apenas nos limitamos a fazer algumas inferências acerca do período brevemente anterior a consolidação da corporação médica no Brasil independente. Em seguida, em solo mais estável, fundada por uma historiografia consolidada e documentação primária, nos lançamos sobre os primeiros registros a respeito dos carcinomas no Brasil.

Tradicionalmente, desde o período colonial até meados do século XIX, o problema do câncer não era exclusivo do saber e da prática médica. Até fins do século XVIII, eram pouquíssimos os físicos, cirurgiões ou boticários existentes, de modo que os doentes buscavam

⁷⁵ William Seaman Bainbridge, em *The Cancer Problem* (1914), ao escrever sobre as teorias parasitárias do câncer, se propunha, na verdade, a sintetizar diversos estudos e teorias etiológicas que envolvessem essa doença. Dentre outros temas, escreve sobre a história, estatística, histopatologia, tratamentos, profilaxia, etc.

ajuda entre os sabedores da arte da magia. Estes conheciam as virtudes de muitas ervas e raízes, além de serem versados no preparo de rituais e mezinhas. Os pajés ameríndios, por exemplo, chupavam as partes ulceradas e doloridas do corpo adoecido e sopravam fumaça de tabaco sobre as feridas do empalamado. Fumigações, massagens, fricções, jejuns e ameaças para afugentar os maus espíritos, causadores da enfermidade, também faziam parte de suas práticas de cura (MIRANDA, 2017).

Já os cirurgiões africanos, diferentemente dos representantes da “medicina erudita”, mantinham diversos gabinetes espalhados pela cidade do Rio de Janeiro, prestando consultas e atendimentos gratuitos à população. Como os remédios requeriam um preparo específico, fornecia os medicamentos apenas mediante pagamento, além de vender apetrechos, como talismãs curativos e amuletos mágicos.

Em uma das representações elaboradas por Debret⁷⁶ (Figura 2) durante sua passagem pelo Rio de Janeiro, o autor nos informa sobre uma cena que acontece em frente à casa de um cirurgião atendendo seus clientes e portando seu instrumento terapêutico. A mulher do “sábio aplicador de ventosas”, da janela, observa o número de doentes dos quais aguarda o pagamento enquanto suas crianças brincam na soleira da porta, que sustenta, pendurados, chapéus e cestos fabricados pelo próprio cirurgião nos momentos de folga. Enquanto atende, o terapeuta carrega consigo um pequeno cavalo marinho no pescoço, “amuleto sagrado, que aos olhos de seus clientes supersticiosos, transforma mesmo seu boné em barrete de doutor” (DEBRET, 1826 Apud LAGO, 2013: 207).

Essas ações curativas, de uma “medicina popular”, faziam seus praticantes correrem o risco de serem punidos por autoridades médicas ou inquisitoriais, apesar do aparato burocrático existente para se determinar condutas terapêuticas oficiais ter sido insuficiente até meados do século XIX.⁷⁷ Isso porque, os terapeutas populares⁷⁸ – isto é, pessoas que ofereciam assistência à saúde (física, mental ou espiritual) sem licença do governo e/ou formação acadêmica – eram procurados por boa parte da população, ricos ou pobres, não apenas porque eram pouquíssimos

⁷⁶ Debret foi um dos mais importantes membros da Missão Francesa que aportou no Brasil em 1816 com o propósito de fundar a Escola de Ciências, Artes e Ofícios, na cidade do Rio de Janeiro, a convite do próprio rei D. João.

⁷⁷ O órgão responsável pela fiscalização das práticas de cura não-oficiais durante o século XVIII era a Fisicatura-mor, responsabilidade que passou a ser das Câmaras Municipais a partir de 1828. Inspecionar a saúde pública (que dizia respeito aos cemitérios, enterros, hospitais, moléstias contagiosas, etc), fazer exames e visitas em lojas de comestíveis, boticas e lojas de drogas, estavam entre suas funções atribuída pelo Ministério do Império (PIMENTA, 2004).

⁷⁸ Diversas profissões estão camufladas sob esse termo: sangradores, curandeiros, curadores, parteiras, benzedeiros e raizeiros seriam alguns. “Terapeutas populares” abrange, portanto, aqueles que fundamentam suas atividades em “crenças religiosas, conhecimentos acadêmicos adquiridos por meio de divulgação como folhetos, livros e periódicos, na experiência com ervas medicinais ou na mistura dessas características” (Idem).

os médicos e cirurgiões na colônia, tampouco por causa dos altos valores que cobravam, mas fundamentalmente porque “havia uma correspondência entre os tratamentos oferecidos pelos terapeutas populares e as necessidades de quem recorria a eles, o que dificultava qualquer tentativa de reprimi-los” (PIMENTA, 2004: 69). Além disso, o câncer era uma doença que a “medicina erudita” era incapaz de curar, o que colaborava para sustentar todo esse mercado alternativo.

Figura 2 – "Cirurgião negro colocando ventosas", 1826.

Fonte: (LAGO, 2013: 207).

Como era usual a falta de ingredientes curativos e o medo da morte se disseminava inevitavelmente entre os cancerosos, o receituário progressivamente passou a ser composto por elementos que estivessem disponíveis para as pessoas em tratamento, assim, a pólvora, o enxofre e até mesmo excrementos de seres humanos ou outros animais passaram a ser utilizados

em composições farmacêuticas.⁷⁹ Por isso a chamada “medicina colonial”⁸⁰ se desenvolvia a partir das condições impostas pelo meio onde era praticada e o manuseio desses elementos era comumente acompanhada por rezas ou fórmulas mágicas, importantíssimas para efetividade do tratamento.

Nesse ínterim, no ano de 1830 a Câmara Municipal do Rio de Janeiro determinou que “nenhum facultativo, boticário, parteira, ou sangrador poderá curar e exercer sua arte dentro do município sem ter apresentado suas cartas na Câmara, onde ficarão registradas ...: o contraventor será multado” (Apud⁸¹ PIMENTA, 2004). Dois anos depois, em outubro, os cirurgiões não se distinguiram mais dos médicos, seus diplomas ganharam equivalência e os primeiros foram englobados pela categoria dos segundos. As faculdades de medicina existentes no Rio de Janeiro e na Bahia, antigas academias médico-cirúrgicas, passaram a conceder o título de doutor em medicina, farmacêutico e parteira, sem o qual não seria mais permitido assistência à saúde. Desse modo, a maioria das categorias de terapeutas populares acabaram desvalorizadas e desqualificadas, enquanto outras, como as parteiras, terminaram dependentes da Faculdade de Medicina.

Porém, há que se destacar a dificuldade em se cumprir a legislação que restringia a diversidade terapêutica no Império. Mesmo na ilegalidade, o ofício de curar era exercido por pessoas com ou sem diploma, até porque a população, de maneira geral, não associava competência com certificado. As variáveis levadas em consideração na hora de escolher um terapeuta poderiam se assentar sobre a recomendação de amigos ou familiares, o valor cobrado pelo tratamento ou mesmo sobre a urgência do caso, tanto quanto qualquer título acadêmico. Desse modo, o monopólio dos médicos acadêmicos sobre as artes de curar não estava garantido. Em 1850, em meio à epidemia de febre amarela, foi criada a Junta de Higiene Pública, que praticou uma fiscalização mais intensa, mas que não deixou de ser criticada por ter “servido de espelho refletor da cega proteção concedida ao charlatanismo, da constante violação às leis do

⁷⁹ Esse não se tratava de um hábito dos índios na América, tampouco dos povos vindos da África. “No universo popular europeu, tinha-se com os excretos uma relação bem diferente da que se tem na atualidade. (...) Através dele, o homem tinha a sensação de que sua materialidade e corporalidade eram ligadas indissociavelmente à terra. O excreto era considerado então como elemento regenerador e propulsor da vida. (...) Se o excreto dá vida à terra cansada, pode também proporcionar a saúde ao homem doente; portanto, ele é vitalizador” (Idem: 71).

⁸⁰ O saber médico europeu terminou acrescido à experiência indígena e africana, de modo que os fundamentos terapêuticos dos três continentes confluíram para o que chamamos de “medicina colonial”, isto é, “o conjunto de conhecimentos, hábitos e práticas nascidos a partir do convívio assíduo entre as três culturas” (Idem: 23).

⁸¹ Códice 49-3-8, Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro.

país e finalmente da nossa vergonha perante as nações estrangeiras civilizadas”, conforme publicação da Gazeta Médica em 1862 (Apud⁸² EDLER, 2014: 57).

Foi necessário um movimento interno, da própria corporação médica, para que seu projeto profissional entrasse em voga. A partir de meados do XIX, com o triunfo da medicina de base experimental no Velho Continente e da disciplina que surgiu como seu corolário, a bacteriologia, se difundiu a crença de que as instituições voltadas à pesquisa e ensino médicos nacionais precisavam de reformas que estivessem de acordo com o que vinha ocorrendo na Europa. Assim, certos consensos teórico metodológicos sobre o próprio conhecimento médico começaram a ser construídos, e um conjunto de ideias passaram a fazer parte do discurso reformista: era preciso um novo tipo de profissional, especialista, empenhado na resolução de questões sanitárias específicas, com longos períodos preparatórios com dedicação exclusiva, o isolamento em laboratórios, a separação formal das disciplinas e a autonomia didático-pedagógica das faculdades (que preservava a formação do médico da lógica clientelista⁸³).

É desse modo que as novas elites médicas⁸⁴ difundiriam uma visão unificada dos progressos no campo de saber e, considerando a si mesmos como vetores da civilização europeia nos trópicos, combinariam o ideal universalista do método experimental europeu e convenceriam a opinião pública ilustrada, em especial os dirigentes políticos, sobre a necessidade de um programa investigativo voltado para ocorrências nacionais que somente um especialista poderia solucionar.

⁸² Nota publicada no artigo da Gazeta Médica, 01/10/1862, p. 101.

⁸³ Era comum que o médico, enquanto profissional liberal, terminasse cooptado pela oligarquia senhorial. Isso abria espaço para os terapeutas populares, já que os diplomados em medicina disputavam em torno dos poucos cargos públicos distribuídos sob a lógica do patronato. Os interesses corporativos dos médicos terminavam subordinados aos interesses e valores que sustentavam o *status quo*, isto é, a hierarquia, o poder político centralizado, a escravidão, a cidadania limitada e todos outros valores que mantinham uma ética de favores e resultava numa sociedade patrimonialista e clientelista. “Pouco espaço havia, portanto, para a afirmação de uma ética profissional sedimentada em instituições orientadas por critérios como competência, habilitação técnico-científica, concursos e carreira pautados por um sistema meritocrático” (EDLER, 2014: 55-56).

⁸⁴ A partir de 1826, quando D. Pedro I passou aos diretores das escolas médicas a atribuição de outorgar as cartas de cirurgião e cirurgião formado, além do poder de polícia sobre o exercício da medicina, e mais enfaticamente em 1830, quando a Câmara Municipal do Rio de Janeiro determinou que nenhum terapeuta popular poderia exercer sua prática de cura sem apresentar carta registrada, começou a se constituir uma elite médica na Corte. Não se tratavam dos melhores médicos do período, mas de uma elite que concentrava diferentes tipos de poderes institucionais em suas mãos. Sob controle das autoridades do governo imperial, seus membros eram antigos professores das Academias Médico-Cirúrgicas, que posteriormente se tornaram Faculdades de Medicina, alguns clínicos ou cirurgiões dos hospitais militares e da Santa Casa de Misericórdia, e outros diplomados em universidades nacionais e internacionais. No último quarteto do século, a nova elite médica – menos cooptada, mais liberal e com uma autopercepção de si como vanguarda –, ambicionava “uma reforma radical tanto na formação dos novos escultápios – o que se daria através de um ensino que privilegiasse a especialização – quanto no desenvolvimento de um programa de pesquisas voltado para temas nacionais” (Idem: 113), contrapartida necessária para prosperidade da credibilidade e legitimação da profissão.

Durante a década de 1870, os consensos a respeito dos critérios de cientificidade na produção de conhecimento e prática médica já estavam bem difundidos, bem como a defesa da institucionalização dos novos campos disciplinares. Os médicos já podiam se considerar como parte de um estrato social que, seguindo uma ética de serviço, se relacionava com a sociedade em geral, enquanto ao poder público restava assistir o aumento da força de barganha do profissional em medicina, que fundamentava sua atuação em sua capacidade técnica e de organização coletiva. Assim, eram ampliados os espaços institucionais de atuação das diversas especialidades médicas, graças a eficácia em convencer os dirigentes políticos do Império (EDLER, 2014).

A essa altura, o câncer já era objeto de atenção de alunos e professores do ensino superior, que em virtude da ausência de uma terapia definitiva, estudavam o diagnóstico da doença e o tratamento paliativo. Em 1843, por exemplo, na Faculdade de Medicina da Bahia, Antônio José Ozório apresentou uma tese sobre o câncer de útero para se tornar professor substituto da seção de cirurgia. Nela, Ozório identificava o câncer clinicamente através da cor, consistência, formato e odor, como também considerava o relato de dores, palidez ou perda de peso do paciente. Entretanto, segundo o médico, “nenhum sinal característico era percebido no primeiro estágio da doença, e os evidentes eram comuns a outros tipos de afecções uterinas” (SOUZA, 2014: 59), o que fazia do câncer uma doença silenciosa, difícil de identificar clinicamente e escassa para qualquer alarde que chamasse atenção do poder público ou da sociedade. Para piorar, concluía seu estudo afirmando que mesmo após uma intervenção cirúrgica, a doença poderia voltar a se manifestar. Denominava essa recidiva de “diátese cancerígena” ou “predisposição ao câncer”.

Na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, diferentemente da Bahia, onde os tumores eram do interesse da cadeira de Ginecologia, o estudo do câncer estava relacionado à cadeira de Dermatologia e Sifilografia (SOUZA, 2014: 62). As teses formuladas nessa escola, em meados do século XIX, incorporavam uma série de fórmulas não específicas para a terapêutica da doença: drogas vegetais, como cicuta e beladona, uma série de dietas distintas e até mesmo sangrias.

A extração de tumores, recurso mais utilizado – em especial a mastectomia e a histerectomia radicais – também era estudado, apesar dos insucessos. A cauterização dos tumores superficiais tornou-se uma medida indicada. No tocante à prevenção, “as medidas propostas se vinculavam ao âmbito mais geral das noções da medicina da época, que tinham na

dietética e na abstinência de fortes emoções suas principais indicações” (TEIXEIRA et al, 2012: 26).

As revistas médicas brasileiras, como *Brasil Médico*, *Revista Médica de São Paulo* e *Gazeta Médica da Bahia*, também começaram a publicar trabalhos sobre o câncer, poucos, que se resumiam a traduções de artigos estrangeiros e algumas proposições nacionais que reforçavam o que as teses defendiam. Como esses periódicos médicos eram, inclusive, importantes instrumentos corporativos na difusão de um novo programa médico, na afirmação de uma consciência profissional e na delimitação de áreas de conhecimento (EDLER, 2014) – porque esse era um momento de construção da credibilidade do médico –, conforme a preocupação com o câncer aumentava, o mesmo se refletia nos espaços dedicados ao tema nessas revistas.

Algumas dessas divulgações buscavam oportunidades terapêuticas a partir do desenvolvimento da medicina dos micróbios, e assim vemos surgir novos caminhos com o uso de produtos biológicos contra a doença e novas estratégias para se identificar seu agente etiológico, isto é, seu micro-organismo causador. Foi nesse contexto que se destacou as produções de Domingos Freire, citado anteriormente.

De maneira geral, a medicina e a saúde pública brasileira se beneficiaram do desenvolvimento da microbiologia, atuando com novas terapêuticas, como os soros e as vacinas, as medidas de isolamento de portadores de doenças contagiosas, os diagnósticos bacteriológicos, o combate aos mosquitos e bactérias e os manuais de higiene. Mas, antes de se firmar como uma área crível do conhecimento científico experimental, a microbiologia passou por tensões e controvérsias.⁸⁵

No Brasil, a introdução da perspectiva parasitária foi problemática: os entusiastas da microbiologia precisavam por um lado obter reconhecimento das instituições hegemônicas no cenário internacional, por outro conquistar lugar e legitimidade no cenário interno, onde higienistas e clínicos que não tinham familiaridade com a bacteriologia, mas povoavam os centros acadêmicos, dificultaram essa tarefa. Além disso, atores “profanos”, isto é, leigos no

⁸⁵ Bruno Latour, com o propósito de demonstrar seu método de análise, estuda as controvérsias entre Pasteur e Pouchet. O autor opta por dar uma “segunda chance” para Pouchet provar sua teoria da “geração espontânea” de animálculos. Pauster, o “vencedor” dessa história, argumentava (e demonstrava) que se há seres microscópicos dentro de um frasco com água, é porque foram trazidos pelo ar. Pouchet se opunha, demonstrando que as criaturas nascem espontaneamente. Ambos utilizaram métodos experimentais para defender cada qual seu ponto, mas Pauster foi o vencedor. Por quê? Latour demonstra que pesou na balança questões que estão além do laboratório, que não se resumem apenas à cultura ou à ideologia, mas, principalmente, ao que ele chama de “rede”. Latour demonstra-nos também, indiretamente, que o “pasteurismo” não foi tão hegemônico quanto estamos habituados a pensar. Para mais informações, ver LATOUR, Bruno. “Pasteur e Pouchet: heterogênesse da história das ciências” in Elementos para uma história das ciências. III Volume. Terramar.

âmbito da ciência, também intervinham no desenrolar das controvérsias que permeavam a abordagem bacteriológica em espaços específicos na imprensa jornalística (BENCHIMOL, 1999).

Como a partir de 1850 o Brasil sofreu com uma grande profusão de doenças transmissíveis, endêmicas e epidêmicas, o que justificou a criação da Junta de Higiene Pública, os tumores malignos também passaram a ser abordados sob a perspectiva bacteriológica. O professor de Química Orgânica e Biológica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Domingos José Freire Junior, ao observar o sangue de um portador de câncer, visualizou vários bacilos de extremidades arredondadas, parecidos com os da febre tifoide e proclamou, a partir de sua atividade experimental, a descoberta do agente microbiano causador do câncer.

Freire publicou seu estudo sobre o “moderno problema” em 1887, intitulado *Premières études expérimentales sur la nature du cancer*. Não demoraria para os jornais repercutirem o assunto, A Província de São Paulo de 27 de abril de 1889, dizia que Domingos José Freire Junior deveria “ser reverenciado junctamente com os Jenner, Davaine, Pasteur e Koch”, porque além de contribuir ativamente contra a febre amarela, todos sabiam “como foram acolhidos na Europa as suas reclamações sobre a descoberta do micróbio producteur do cancer”.

Posteriormente, em *Novas investigações sobre o micróbio do câncer* (1892), Freire procurou demonstrar que os neoplasmas tinham cura, bastando a inoculação do soro de animais previamente imunizados com culturas do bacilo causador do mal. Para o diretor do Instituto Bacteriológico, o principal ingrediente nesse soro era a toxina alcaloide produzida pelo micróbio. Três anos depois ele passou a tratar pacientes com sua fórmula:

Posso garantir que quando a moléstia está no seu começo a cura é a regra, e que em casos já adiantados, 50% podem ainda talvez escapar. (...). Eu previno os doentes de que recorram o mais cedo possível ao meio curativo que criei, e do qual a soroterapia não é mais do que uma modificação (FREIRE Apud⁸⁶ BENCHIMOL, 1999: 245).

Freire fez parte da primeira geração de bacteriologistas e protagonizou uma série de disputas com médicos na Academia e, nos jornais, com o público “leigo”. Após sua morte, em 1899, acabou esquecido, substituído pela geração seguinte de bem-sucedidos bacteriologistas, liderados por Oswaldo Cruz, mas que não deram tanta atenção aos carcinomas.⁸⁷

⁸⁶ *Revue Médico-Chirurgicale du Brésil*, nov.-dez. 1895.

⁸⁷ Para mais informações, Jaime Larry Benchimol se dedicou a estudar parte da vida de Domingos Freire em seu livro, *Dos micróbios aos Mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*, 1999.

Mesmo que as iniciativas de Freire não tenham reverberado para a história do câncer, outros médicos alcançaram certo destaque. É o caso de Hilário de Gouveia, que em 1872 diagnosticou e tratou um tumor maligno no olho direito de uma criança. Muito posteriormente, após o paciente ter se casado, sua esposa concebeu dois filhos portadores do mesmo tipo de câncer do pai. Em 1886, Hilário de Gouveia publicou uma comunicação na Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, correlacionando câncer e hereditariedade. Sua análise é tida como a primeira sugestão da base hereditária do câncer. Outro grande feito se deu no campo da cirurgia, quando no ano de 1900, o médico Arnaldo Vieira de Carvalho, da Santa Casa de Misericórdia, extirpou com sucesso o estômago de uma paciente com câncer do piloro. Essa cirurgia é celebrada pela história da medicina brasileira como uma prova da capacidade dos cirurgiões brasileiros (TEIXEIRA et al, 2012: 33).

Ainda assim, a despeito do desenvolvimento da bacteriologia e da evolução terapêutica propiciada pela técnica cirúrgica ou pela radioterapia (no final do século XIX foram registrados aquisições de aparelhos de radiologia por médicos baianos e cariocas), os acometidos pelo câncer ainda permaneceriam algum tempo sem avanços reais em seu tratamento. A terapia das diversas formas de câncer continuava dependente da ablação de órgãos atingidos e, nos casos onde o tumor não pudesse ser retirado, restavam apenas medidas paliativas para atenuar o sofrimento do paciente.

Segundo o “Formulário e guia Médico Chernoviz”, que foi um manual médico muito popular no Brasil em fins do século XIX,

O único tratamento racional do câncer confirmado é a ablação ou a destruição do tumor. Extrai-se com bisturi, destrói-se pela cauterização (...). Os cancros das vísceras não podem ser atingidos por instrumentos cortantes nem por substâncias cáusticas. Nesses casos restam só os meios paliativos que têm por fim acalmar as dores (CHERNOVIZ, 1904 Apud⁸⁸ TEIXEIRA et al, 2012: 30).

Nesse cenário, o câncer continuava sem um tratamento seguro e eficaz. A cirúrgica – especialidade médica mais próxima dos tumores à época – tinha êxito apenas em garantir uma pequena sobrevida aos doentes. A terapêutica medicamentosa, se não piorasse o desventurado enfermo, era indiferente. Quando o doente se tratava de um sujeito abastado, tinha a oportunidade de buscar tratamento em clínicas privadas ou, em casos mais graves, o atendimento ocorria em sua própria residência, mas que normalmente se resumia a cuidados

⁸⁸ CHENOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. Formulário e guia médico. Paris: Livraria de A. Roger e F. Chernoviz, 17. Ed., 104.

paliativos. Com efeito, mesmo após a medicina figurar como exemplo de cientificidade, a grande maioria dos doentes, quando não eram atendidos nos hospitais da Santa Casa de Misericórdia, lançavam sua sorte aos curandeiros.

A narrativa que se desenrolou até aqui é notadamente factual e aparentemente progressiva. Sem limitações geográficas, desconsideramos os avanços e recuos da história, seguindo num ritmo mirabolante em direção ao começo do século XX. Foi uma opção consciente, com o propósito de abordar diversos eventos de “curta duração” que tinham no câncer seu nexos associativo. Dezenas ou centenas de acontecimentos que por vezes não passaram de centelhas pífias ou refulgentes, mas que marcaram o desenrolar de uma história *événementielle*. Resta-nos agora, para o próximo capítulo, restringir nosso recorte geográfico para responder a seguinte questão: quando e como o câncer se tornou um problema no Estado de São Paulo?

Capítulo 2 - No escopo do esculápio: a medicina bandeirante visa o câncer

Vejamos a que jogo sinuoso os vae levar a extranha enfermidade, tão sinistra como caprichosa em sua natureza e em sua história.

Dr. Alvaro Ramos, 1911⁸⁹

Em *São Paulo: sinfonia da metrópole* (1929), documentário de Rodolfo Lustig e Adalberto Kemeny, temos a oportunidade de acompanhar o cotidiano paulista na década de 1920. Trata-se de um filme mudo, mas que não falha em transmitir sua mensagem ao nos apresentar São Paulo como um Estado harmonioso, sem conflitos ou tensões. Nem mesmo na sua capital, onde as dinâmicas sociais eram pujantes e as contradições aparentemente agudas, a sinfonia perdia seu tom. No começo do século XX a cidade compunha-se de tantas almas quanto aspirações, tantas fatalidades quanto venturas, tantas igrejas quanto cemitérios ou tanta miséria quanto pompa. Contradições que constituem o que faz parte da vida de qualquer metrópole, mas no caso de *São Paulo: sinfonia da metrópole*, o que dir-se-ia dicotômico nada mais era do que caminhos tortuosos que guiavam progressivamente para um destino já manifesto (FERLA, 2006).

Pouco antes dos jovens acordarem cedo para ir à escola, ansiosos por instrução, o comércio abria suas portas. Compra, vende e troca em grandes feiras organizadas pela cidade ou em ruas voltadas para o comércio atacado e varejo. Enquanto os pais trabalhavam, a juventude sentava-se enfileirada para que os mestres lhes depositassem conhecimento. Mesmo durante a recreação do jardim de infância, a mocidade inspecionava a si mesmo e seus colegas para que nada de errado fosse feito. No ensino superior, por sua vez, a Escola de Odontologia prestava serviço à população e seus alunos: atendia gratuitamente os cidadãos que assim desejassem para que seus estudantes aprimorassem suas técnicas.

Os bancos abriam às nove horas da manhã. Descontos, ágio e cambio faziam parte da rotina da vida financeira na cidade. Incontáveis registros eram feitos nas máquinas pelas datilógrafas, enquanto homens engravatados aguardavam, em fila, para serem atendidos pelo caixa no Banco do Brasil.

Conhecida como “metrópole do café” devido à prosperidade da lavoura cafeeira, sacas de “ouro verde” eram comercializadas aos montes, enquanto fileiras e mais fileiras de

⁸⁹ RAMOS, Alvaro. “Secção permanente d’o cancro”. Archivos brasileiros de medicina, Anno 1, Março, 1911, p. 160.

trabalhadores de diferentes regiões do Brasil e do mundo compunham, nas fazendas, os principais produtores. O café era uma das alavancas do progresso paulista.

Em São Paulo considerava-se a instrução uma das principais armas contra a criminalidade, por ser não apenas preventiva como regenerativa. Nas instituições prisionais, quando uma autoridade soprava seu apito, todos os detentos sabiam que era hora de coletar o material e abrir o caderno para a aula. Nela aprendiam não apenas o que a ciência e a linguagem seriam capazes de ensinar, mas também os preceitos religiosos do catolicismo que, apesar de não ser obrigatório, era fundamental para a regeneração.

Disciplina era a palavra de ordem. A vida social, dentro ou fora do presídio, dependia desse ingrediente. O movimento da cidade era dinâmico, mas regrado, e essencialmente produtivo. Sob essa ideologia, as instituições não sofriam nenhum deslocamento ou contraponto. Qualquer visitante seria capaz de notar as maravilhas que a cidade prodigamente oferecia: jardins encantados, monumentos arquitetônicos ou titãs de cimento armado.

O desenvolvimento científico apenas comprovava os avanços que a vida social na pauliceia evidenciava. O Instituto Butantã cultivava diversas espécies de ofídios e aracnídeos, extraíndo-lhes o veneno para fins medicinais. Trazia à tona, desse modo, as benesses que as instituições seriam capazes de produzir a partir daquilo que era, naturalmente, prejudicial.

Qualquer traço de rusticidade na cidade havia sido domado pelo homem capaz de subjugar a natureza à sua vontade, transformando as coisas mais rudes em forças de progresso. A soberba da cidade era notável por qualquer transeunte de mesma pátria ou estrangeiro. Não demoraria para que São Paulo, enquanto uma metrópole formidável e ciclópica, estivesse na vanguarda dos maiores centros de atividade do mundo.

Ao menos assim esperavam Lustig e Kemeny, depois de elaborarem essa sequência de imagens que tecem um verdadeiro culto à modernidade. Em uma cena icônica, São Paulo figura entre as maiores metrópoles mundiais, ladeada nos quatro cantos da tela por Berlim, da Porta de Brandenburgo, Paris, da Torre Eiffel, Nova York, da Estátua da Liberdade e Londres, da gigantesca roda gigante à beira do Tâmis. No centro, o Anhangabaú. Era evidente que a capital não devia nada a nenhum grande centro urbano porque era a própria oficina do progresso.

Não vemos, contudo, nesse documentário, as iminentes contradições desses pretensos avanços: os milhares de seres desenraizados que foram trazidos da Europa forçosamente através do Atlântico, negociados por “agentes de imigração” com preços fixos em suas cabeças. Pessoas que eram despejadas em pontos infectos de endemias tropicais, sem qualquer

assistência ou recurso, reduzidos assim à submissão de seus algozes - patrões e máquinas -, e postos a competir com aqueles que eram recém-egressos da escravidão.

Muitos desses que vinham à São Paulo como uma “segunda chance” – uma válvula de escape às penúrias que sofriam em terra natal, já que essa experiência urbanizadora prometia possibilidades inéditas –, terminaram fatalmente iludidos pelos discursos que enalteciam o “ouro verde”, a “sociedade livre” e a “economia competitiva”. Dessa forma, o capitólio predito esbarrava violentamente contra a realidade restrita da monocultura extensiva e, apesar das ações automatizadas e da magia dos rituais políticos de massa transcenderem a tradição dos poderes oligárquicos coloniais, que, inevitavelmente, foram reduzidos pela dinâmica alomórfica da metrópole, ainda assim o passado escravista recente latejava nos grupos sociais, nas relações hierárquicas e nas atitudes discriminatórias, de tal modo que os transeuntes, estrangeiros ou nacionais, pobres, pretos, mestiços ou “caipiras”, homens e mulheres, o populacho, enfim, não tinham direitos de qualquer espécie (SEVCENKO, 1992).

Entre tensões, contradições, discursos e realidade, estava dado o estranhamento intrínseco das pessoas ao rápido processo de metropolização, que dificultava inclusive a construção de uma identidade fiel à urbe.

São Paulo não era uma cidade nem de negros, nem de brancos e nem de mestiços; nem de estrangeiros e nem de brasileiros; nem americana, nem europeia, nem nativa; nem era industrial, apesar do volume crescente das fábricas, nem entreposto agrícola, apesar da importância crucial do café; não era tropical, nem subtropical; não era ainda moderna, mas já não tinha mais passado. Essa cidade que brotou súbita e inexplicavelmente, como um colossal cogumelo depois da chuva, era um enigma para seus próprios habitantes, perplexos, tentando entendê-la como podiam, enquanto lutavam para não serem devorados (SEVCENKO, 1992: 31).

Próximo do final do filme aparece a silhueta de um homem com chapéu de palha observando o pôr do sol sobre a cidade. É a única representação humana que evoca um contato mais estreito com a natureza. A ausência dessa figura não se dá por acaso, afinal, dentre os exemplos mais populares de caipira,⁹⁰ à época, está o personagem literário criado por Monteiro Lobato, Jeca Tatu – um representante caboclo interiorano, de hábitos promíscuos e sem

⁹⁰ De maneira geral, havia três tendências estéticas na literatura nacional para representar o tipo rural: a romântica, a (neo)naturalista e a modernista. Na primeira, elementos como autenticidade e proximidade da natureza consistem nos mais valorizados; nas (neo)naturalistas e modernistas o tema da preguiça aparece como o grande elemento distintivo. A caricatura do homem rural brasileiro se dá a partir dessas tendências (HOCHMAN, 2000: 321).

possibilidade de se integrar ao mundo civilizado –, que resume o que a elite paulista acreditava ser um dos males do Brasil.

Lobato define Jeca como “um Piraquara do Paraíba” e faz críticas às representações do caboclo na literatura romântica – que exalta a força do cidadão rural e sua comunhão com a natureza quando afirma: “Pobre Jeca Tatu! Como és bonito no romance e feio na realidade!” (HOCHMAN, 2000: 321). Contudo, após ter contato com intelectuais que participaram da campanha em prol do saneamento do Brasil, entre 1916 e 1920, Monteiro Lobato parece ter mudado de ideia sobre o pobre caipira.

Diversas doenças foram reveladas à nação após os relatórios das viagens dos cientistas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior (THIELEN et al, 1991), o que permitiu que Lobato encerrasse seu fatalismo afirmando que “o Jeca não é assim, está assim”. Era apenas um doente. Tanto Lobato quanto outros jornalistas, literatos ou estudiosos, passaram a acreditar na reabilitação do homem interiorano, do qual emergiria uma raça forte.

O Jeca “de agora”, descrito por Monteiro Lobato em vários artigos no jornal O Estado de S. Paulo em 1918, não representava um simples regenerado das ações sanitárias e formulações farmacológicas, mas o próprio passado restaurado, a estampa da estirpe bandeirante. Forte e robusto, ele não receberia humildemente as novas posturas que lhe dariam saúde, para cuidar de sua rocinha e de sua família. Era o desbravador de outras terras, distinguindo-se dos de fora, produzindo muito mais que seu vizinho imigrante e obtendo um potente telescópio americano para acompanhar o trabalho em sua propriedade (MOTA, 2005: 50).

Os órgãos de saúde pública organizados em São Paulo desde fins do século XIX estenderam-se por todo o interior do estado, erradicando parte das moléstias, higienizando e diagnosticando, na medida do possível, os ambientes insalubres. Todas as doenças deveriam ser expurgadas para que o velho Jeca Tatu fosse salvo. Desse conjunto de ações, nasceram qualidades que desaguiariam num outro Jeca, o mensageiro do Biotônico Fontoura – usando botas, falando inglês –, subindo também ao panteão dos heróis do saneamento no Brasil e, principalmente, em São Paulo. Percorrendo uma *via crucis* paródica, mais do que mero garoto-propaganda, o novo Jeca era símbolo de independência e força para purificar todos os males e doenças (MOTA, 2005).

A elite paulista e seus simpatizantes afirmavam que quem chegasse ao solo paulista logo constataria as singularidades da história do estado corporificadas em seus habitantes, em suas cidades e, sobretudo, em suas instituições médicas e de saúde pública. Os estrangeiros que aportassem em terras bandeirantes deveriam ter as melhores impressões da organização

médico-sanitária realizada pelos serviços de higiene. Segundo os dirigentes, não poderia ser de outro modo, pois o estágio de desenvolvimento de um país era julgado pela expansão de sua instrução pública, que era o preparo para o futuro da nação, e pelo rigor de seus cuidados higiênicos, uma vez que a saúde dos habitantes garantia o presente e preservava o futuro (MOTA, 2005).

Naquele momento, como expressão maior daquela história em construção, as instituições científicas e de saúde pública recebiam os louros por suas pretensas conquistas. De acordo com os médicos paulistas, os rígidos princípios da higiene refletiam-se na qualidade dos serviços prestados, nos estabelecimentos sanitários e em hospitais de todo o estado e da capital. Malgrado os “diversos tropeços e os óbices administrativos e práticos, o Serviço Sanitário, órgão estadual de centralização das políticas sanitárias e higiênicas, tornou-se o centro das atenções médicas e sanitárias do país” (MOTA, 2005: 53).

No estudo da institucionalização das ciências médicas em São Paulo, destacamos os cursos e aulas que ocorriam na Santa Casa de Misericórdia, bem como a ampla veiculação de periódicos médicos (SILVA, 2014), como os *Annaes Paulistas*, a *Gazeta Clinica* e o *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia*. Desse modo, “com uma colaboração sempre variada e interessante, publicando trabalhos de real valor, a imprensa médica de S. Paulo se vai impondo nos demais centros de cultura do Brasil e que queira Deus lhes comunique o gérmen desse entusiasmo pelo trabalho e pelo progresso que se nota nos homens e nas cousas do grande Estado do Sul” (GAZETA CLÍNICA, 1920: 43).

Entre os temas discutidos nessas publicações, um deles referente a uma doença considerada um mal que a modernidade trazia à São Paulo, ganhou enlevo e espaço dileto nas narrativas de médicos e profissionais da saúde: o câncer aparecia na cena urbana. Se por um lado essa doença seria uma entidade abstrata a qual o homem deu um nome (LE GOFF, 1985: 7-8), por outro era representado como uma criatura vil, com existência própria, sorrateira e sempre à espreita de sua próxima vítima.

Eis mais uma contradição no universo paulista, se o papel da medicina era evidente num processo que concorreria para a esperança de vida, também a observação contrária era, simultaneamente, válida. A saúde da população degradava-se.

2.1 Os primeiros relatos sobre o câncer em São Paulo

A tuberculose foi considerada uma insidiosa e implacável ladra de vidas. Agora é a vez do câncer ser a doença que não bate à porta antes de entrar.

Susan Sontag⁹¹

Não raro, em fins do século XIX, o câncer aparecia nas páginas do jornal *A Província de São Paulo* em duas categorias hegemônicas e uma terceira ocasional. A primeira dizia respeito aos obituários: Prudência, crioula livre de 36 anos, foi vítima de um câncer no seio em dezembro de 1878. Assim também foi Dona Joaquina Alves de Siqueira, no mês e no ano seguinte. Já Dona Maria Rosa de Campos faleceu antes, vítima de câncer no estômago, em fevereiro de 1878; Maria Eugenia Vaetéphae sofreu com um cancro nos olhos e faleceu em setembro, enquanto Maria Natividade e Paulo Ventusonte travavam uma luta no hospital da Misericórdia em novembro, mas não sobreviveram. Dia a dia o jornal noticiava o falecimento dos cidadãos em um espaço dedicado exclusivamente aos obituários. Imperiosamente, o câncer aparecia de tempos em tempos. Essa doença e a morte eram sinônimos nesse espaço.

A segunda categoria refere-se às metáforas. Graças a elas, num distante sábado de setembro de 1879, Martinus Hoybr argumentava, furioso, sobre as possíveis decisões do governo no tocante à economia do país: “O papel-moeda do Brasil é o seu verdadeiro cancro financeiro, e pasma ver que tantos estadistas ilustres, que se têm sucedido na pasta da fazenda, reconhecendo quanto tem de pernicioso e imoral esse expediente ou sistema monetário, hajam no entanto transigindo com o monstro e nenhum passo sério tenham dado para a sua extinção” (*A PROVÍNCIA DE SÃO PAULO*, 20/09/1879).

Outro autor, este anônimo, se mostrava revoltado com o conservadorismo da política brasileira. Defendia reformas nas leis de um regime “caduco, imperfeitíssimo e acanhado” e acusava os legisladores que ganharam a simpatia do imperador de travar o progresso. Por fim, desaba todo seu rancor sobre o “vasto organismo brasileiro”, mas lhe dá a solução: é preciso “cortar o mal pela raiz. [...] Extirpem o cancro; cauterizem a chaga; depurem o corpo, transfundam-lhe o sangue novo que abunda em outras compleições sabias e robustas” (*A PROVÍNCIA DE SÃO PAULO*, 17/01/1878).

Mais um anônimo, agora sob a alcunha de *O Vigilante*, denunciava que o município de S. João do Rio-Claro, “um dos mais belos da província e de maior futuro, suportava em seu seio esse cancro devorador, o que é devido, quer a inercia das autoridades, quer a desfaçatez de

⁹¹ SONTAG, Susan. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984, p. 9.

certos indivíduos que fazem das casas de jogos seu principal e único meio de vida”. Prometia frente a isso não descansar “enquanto não vermos extinto este fatal cancro social” (A PROVÍNCIA DE SÃO PAULO, 22/12/1876).

Há diversos outros exemplos: “o cancro da escravidão” ou o “cancro do elemento servil”, o cancro da imigração “que corrói nosso progresso” (A PROVÍNCIA DE SÃO PAULO, 05/03/1879) – referindo-se à imigração chinesa, enquanto se mostra favorável à imigração europeia –, o casamento entre parentes, também um “cancro que lançou raízes profundas na sociedade brasileira, e difícil será extirpa-lo completamente e de uma só vez” (A PROVÍNCIA DE SÃO PAULO, 11/12/1878), dentre tantos outros.

Nessa época – e ainda hoje – o câncer já era notório por atacar partes do corpo. Em fins do século XIX e começo do século XX, os casos mais evidentes estavam restritos ao estômago e à mama, mas bexiga, cólon, reto, próstata, testículo, olhos e pulmões também eram alvos da doença. O reconhecimento do câncer em algumas dessas partes poderia ser embaraçosa e suscitar sentimentos de vergonha. Vergonha, aliás, é um elemento comum na história do câncer. Mesmo Atossa, que foi rainha da Pérsia há mais de dois mil anos, enfaixava sua mama doente para ocultá-la de seu marido e súditos, por pudor. O pior, contudo, não estava apenas no sentimento moral do indivíduo enfermo, mas na possível dispersão da doença que ocorria por meio da metástase.

Metastasis é um termo utilizado quase exclusivamente para se referir ao desenvolvimento de novos tumores como consequência da disseminação, via sangue ou linfa, de células específicas derivadas de um primeiro tumor para alguma outra parte do corpo. Originalmente, entretanto, o termo referia-se ao deslocamento de qualquer doença. Um dicionário médico americano de 1842 descreve metástases como sendo uma “alteração no lugar de uma doença; atribuída pelos Humoristas pela translocação de uma substância mórbida para uma parte diferente da que ocupava previamente; e pelos Solidistas, pelo deslocamento da irritação” (RATHER, 1978: 104).

Não é por acaso, portanto, que a utilização metafórica do câncer, nesse momento, dizia respeito a sua topografia: o receio de seus utentes estava na dispersão ou proliferação, não da doença, mas de hábitos, ideias, instituições ou práticas consideradas obscenas ou inadequadas. Fundamentando-se na terapêutica médica indicada no período, os usuários da metáfora clamavam pela extração do tumor simbólico. “Tenho fé que o governo, compreendendo plenamente seu dever, dará um sábio desfecho a isso, extirpando de uma vez por todas o cancro que já ia se enraizando horripelmente em nosso país”, publica um autor referindo-se aos

negócios jesuíticos no Brasil (27/04/1875). Em um caso distinto, mas utilizando o mesmo recurso conotativo, *Um que os conhece* (assim assinalou o autor em sua postagem) questiona-se se os membros do Partido Liberal não deveriam promover uma “extração ao cancro”, referindo-se ao conselheiro José Bonifácio,⁹² “elemento de desastrosa epidemia” e discordância no seio do partido (05/05/1878).

A terceira categoria que aparece no jornal nesse momento, ainda de maneira ocasional, dizia respeito aos métodos de tratamento para o câncer. Primeiro, há que se saber, a produção literária científica do século XVIII e do começo do século XIX era escassa no Brasil, além de ser profundamente influenciada por uma medicina colonial (RIBEIRO, 1997), que considerava em sua esfera uma confluência de tradições culturais (indígenas, europeias e africanas) que tinham em comum a visão mágica do corpo e sua suscetibilidade à ação de forças holísticas. A possibilidade de cura das doenças estava nas mãos de raríssimos físicos (médicos) que vinham de Portugal e, para solucionar esse problema de escassez, foi necessário que os governantes portugueses tornassem legítimo, por meio de licenças, a intervenção dos práticos, benzedores, sangradores, parteiras, aplicadores de ventosas e boticários para curar os males da população.

Após a independência do Brasil, as ações de saúde e de regulamentação da medicina deixaram de ser responsabilidades da Coroa portuguesa. As câmaras municipais das diversas regiões do país assumiram essa atividade administrativa, e agiam de acordo com os interesses e necessidades locais definidos pela classe senhorial de cada região. Durante esse período, as medidas de saúde se resumiam à vacinação antivariólica em períodos de epidemias, ao controle da entrada de escravos doentes nas cidades, à expulsão dos leprosos das áreas urbanas e a certas medidas de higiene (como a destruição do lixo ou cremação de ervas) (ESCOREL, TEIXEIRA, 2008: 3).

Em meados do XIX, o governo instituiu um modelo centralizado para as atividades de saúde, atuando na normatização dos serviços, repassando recursos e executando ações. Entretanto, foi incapaz de trabalhar em conjunto com as províncias e esse formato se mostrou ineficiente, com exceção do município da corte. Interessa-nos, contudo, o percurso paralelo promovido a partir de 1808, graças à origem das escolas médico-cirúrgicas da Bahia e do Rio de Janeiro, quando o saber erudito tendeu a se afastar gradativamente das práticas populares (EDLER, 2014). O curandeirismo passou a ser reprimido e os processos curativos envolvendo rituais mágicos tornaram-se alvos de desconfiança do poder institucional. No entanto, as raízes

⁹² Provavelmente o autor se referia ao neto de José Bonifácio, o “Patriarca da Independência”.

de muitas crenças já estavam profundas o suficiente no imaginário da população, de tal modo que em fins do século XIX ainda era notável a origem sincrética de algumas proposições terapêuticas.

Sendo assim, um denunciante no jornal *A Província de São Paulo* publicou uma nota em formato de crônica contra a “oculística” praticada pelos padres, que, além de ganharem montantes de dinheiro sobre o sofrimento humano, prometiam a cura de doenças a partir de métodos não validados pela medicina que se oficializava. Dentre os casos tratados, encontra-se de tudo um pouco, desde sangue que escorre pelo nariz, icterícia, cólicas, úlceras, hemorroidas, esterilidade, até câncer – todos casos descritos em receitas médicas, nos informa o autor, contidas num livro que os padres baseavam suas terapêuticas. Especificamente contra o cancro, devia-se utilizar uma pomada feita de cabeça de carneiro (sem que os chifres fossem empregados), mas se o câncer fosse no rosto, havia de se fazer “uma mistura de cinco grãos de arsênico, vinte e cinco grãos de vermelhão e uma pitada de pós de sapatos” (30/03/1876). De modo algum essas medidas excluía a necessidade das rezas que os sacerdócios médicos empregavam e, assim, os padres acompanhavam seus pacientes diariamente.

Médicos (ou autointitulados médicos) também se arriscavam em conter a doença. “Dr. José Lassala y Mercader”, formado no exterior, mas aprovado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, conforme ele mesmo informa, se dispôs a oferecer seus serviços para atender pacientes com câncer e sífilis, indo à casa do doente, desde que na cidade de Campinas ou arredores. Seu tratamento, contudo, era homeopático, não cirúrgico (11/12/1875). Trata-se de um dado relevante, haja vista que, em fins do século XIX, o câncer fazia parte de um leque de doenças cuja responsabilidade social não estava ancorada em nenhuma instituição específica, de tal modo que cabia ao próprio enfermo se preocupar em buscar tratamento. Este se dava, normalmente, em sua casa, na cabeceira, sendo tratado com remédios domésticos e homeopáticos.

Muitas vezes, quando a debilidade forçava o doente a buscar ajuda, nem sempre eram os médicos os primeiros a serem procurados. O processo curativo passava, antes, pelas mãos dos padres, dos curandeiros, dos feiticeiros, das rezas, amuletos, charlatões e etc., confiando-se relativamente pouco nas possibilidades curativas da medicina científica. Não por acaso havia muita dificuldade em se colher dados numéricos sobre a moléstia.

Pelo fato do câncer se constituir como uma patologia relativamente incomum (em parte devido à dificuldade em coletar seus dados) e sem características de rápida propagação como são as doenças transmissíveis por contágio ou infecção, nem de grande número de óbitos, apesar

de seu aparecimento de tempos em tempos no obituário do jornal, os casos de doentes por câncer são vistos como episódios pessoais de desfecho previamente sabido – a morte inefável.

Com efeito, o câncer se tornaria um fenômeno social preocupante apenas quando houvesse uma concordância de sua percepção e classificação por diversas instâncias coletivas. Sua aceitação exigia que houvesse uma estrutura social específica para lidar com suas consequências e arbitrariedades, forçando, desse modo, uma reação pública e institucional. É durante o alvorecer do século XX, em São Paulo, que vemos surgir oportunidades para se fazer do câncer uma questão de saúde... pública.

2.2 Câncer: uma questão de saúde pública?

A clínica, por mãos de cirurgiões e de médicos, tace a cada dia a ríspida verdade: a demografia toma-lhe o peso e avisa; sábios e humanistas, movidos a igual fervor, dão alarme aos poderes..

Dr. Alvaro Ramos, 1911⁹³

O aspecto mais sinistro da situação do câncer é a enorme quantidade de charlatanismo e de incompetência de numerosos médicos que fecham os olhos ante a gravidade do mal, em um momento em que um inteligente tratamento oferece ainda uma encorajadora esperança.

Honorio Fabbri, citando Hoffman, 1929⁹⁴

A partir de 1840, o café havia se tornado o principal produto de exportação do Brasil. Altamente rentável, a lavoura cafeeira migrou do Vale do Paraíba até o Oeste Paulista, onde seria possível sua expansão produtiva por conta da terra roxa da região e da crescente mão de obra imigrante trazida para preencher os cafezais. Essa expansão deu origem a um grupo com poder econômico o suficiente para disputar com outras oligarquias agrárias o domínio político do país.

São Paulo sofreu uma intensa expansão urbana e um grande desenvolvimento socioeconômico graças a esse movimento. Entretanto, o crescimento demográfico pujante, intensificado pela imigração, trouxe ao Estado problemas de saúde com elevados índices de doença, do interior à capital, das quais algumas desconhecidas. Epidemias de malária no interior, de febre amarela em cidades como Santos e Campinas, ou mesmo de varíola em São

⁹³ RAMOS, Alvaro. “Secção permanente d’o cancro”. Archivos brasileiros de medicina, Anno 1, Março, 1911, p. 160.

⁹⁴ FABBRI, H. O Problema Hygienico do Cancer, These Doutoral, Faculdade de Medicina de São Paulo, 1929, p. 101.

Paulo, além de febre tifoide, peste bubônica e outras infecções gastrointestinais que se tornaram endêmicas em várias regiões paulistas já em fins do século XIX (RIBEIRO, 1993: 36-37).

Em 24 de fevereiro de 1891 foi promulgada a nova constituição após a proclamação da República e nela, mais uma vez, o governo central transferiu para os municípios e estados as atribuições relacionadas à Saúde Pública. Como vimos, já havia um problema no repasse de recursos às províncias durante o Império, mesmo nos momentos de crise epidêmicas, e o sentimento das oligarquias locais, infladas por seu potencial econômico, não as deixou sob uma condição de passividade frente às recusas de repasse da União. Em 1892, pouco tempo depois das atividades de saúde serem descentralizadas novamente, o governo de São Paulo investiu numa vasta reforma sanitária. Em junho desse ano, o então presidente do Estado, José Alves de Cerqueira César, impelido pela oligarquia cafeeira e a opinião de médicos e analistas de que as epidemias na região eram efetivamente um entrave ao progresso, criou o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo para combatê-las.

O Serviço Sanitário deveria atuar em todo o estado, mas, já no ano seguinte, em consonância com a diretriz republicana, alterou o escopo de suas funções, deixando os poderes municipais responsáveis pelas atividades locais. Sob sua competência permaneceu a coordenação e fiscalização das atividades realizadas fora da capital, cabendo uma atuação direta somente em momentos de crises epidêmicas. A nova instituição tinha como principal instância a Diretoria de Higiene, responsável pelo cumprimento das posturas e normas sanitárias. Somava-se a ela um conjunto de laboratórios⁹⁵ responsáveis pelas práticas que garantiam a manutenção da salubridade no estado de São Paulo (SCOREL, TEIXEIRA, 2008: 3).

Em 1896, o Serviço Sanitário sofreu pequenas alterações e a Diretoria de Higiene passou a ser chamada de Diretoria do Serviço Sanitário e suas seções auxiliares ganharam autonomia. O organograma abaixo sistematiza a configuração do Serviço.

⁹⁵ Submetida à Secretaria de Estado do Interior, o Serviço Sanitário “compunha-se de um Conselho de Saúde Pública, responsável pela emissão de pareceres acerca da higiene e salubridade pública e de uma Diretoria de Higiene, responsável pelo cumprimento das normas sanitárias, auxiliada pelas seções: Laboratório Farmacêutico, Laboratório de Análises Químicas, Laboratório Bacteriológico e Instituto Vacinogênico” (RIBEIRO, 1993: 27).

Figura 3 – Estrutura do Serviço Sanitário em 1896.

Fonte: (CAMARGO, 1934 Apud⁹⁶ RIBEIRO, 1993: 29).

É somente a partir desse momento que o câncer poderia se tornar um problema de Saúde Pública em São Paulo de maneira oficial e sistematizada. Mas qual a concepção de Saúde Pública do período?

Ainda em 1896 foi criada a Sociedade Promotora de Imigração (SPT) com o objetivo de promover a imigração estrangeira em larga escala para o Estado de São Paulo – nela reuniam-se grupos de agricultores que se encarregavam da política imigratória. Durante a última década do século XIX, cerca de 600 mil trabalhadores imigrantes tiveram suas viagens subsidiadas pelo Estado.⁹⁷ O propósito dessa política era fazer com que grande parte dessa multidão fosse absorvida pelas fazendas de café para atuação laboral, mas também criava uma oferta de trabalhadores superior às necessidades da lavoura. Desse modo, mantinha-se a taxa salarial baixa devido à grande concorrência.

Uma consequência imprevista foi justamente os graves problemas sociais que a forte expansão demográfica trouxe e que passaram a exigir maior intervenção do Estado. Assim, por meio de instituições recém-criadas, o governo se preocupava com o crescimento urbano, o fluxo de estrangeiros, a carência de moradias, as condições insalubres, bem como com as epidemias

⁹⁶ CAMARGO, Ana M. F. Os impasses da pesquisa microbiológica e as políticas de saúde pública (1892-1934), 1984.

⁹⁷ “A população do Estado de São Paulo passou de 837.354, em 1872, para 1.384.753, em 1890, e para 2.282.279, em 1900. (...) Pode-se dizer que, até 1920, a imigração foi a principal responsável pela expansão demográfica” (RIBEIRO, 1993: 20).

que assolavam a capital e as cidades interioranas. Como em fins do século XIX e início do XX a tradição escravista ainda imperava numa sociedade que foi dependente dessa instituição por séculos, a organização do Estado era tímida no que dizia respeito às questões que envolvia a saúde e higiene da população. É nesse contexto de constituição do mercado de trabalho “livre” que o Estado assume a responsabilidade de montar uma infraestrutura institucional para manter sob controle os problemas colocados pelo número extraordinário de homens, mulheres e crianças vindos de outros países.

Após a reforma de 1896 verifica-se uma tendência à elevação dos gastos com saúde. Foram contratados um maior número de inspetores sanitários, desinfetadores, medicamentos, etc. A Diretoria do Serviço Sanitário recebeu um aumento de 107% no ano de 1897, enquanto o Serviço Geral de Desinfecção aumentou seus recursos em 104% (RIBEIRO, 1993: 30). Cito esses dois órgãos porque eram os principais responsáveis pelo combate às epidemias.

Vale destacar outro elemento constitutivo da preocupação com a saúde pública. O caráter contagioso das doenças que assolavam o Estado impunha a “necessidade de uma autoridade capaz de agir sobre todo o território e sobre todos os seus indivíduos, impedindo que localidades e pessoas imputassem custos aos demais, necessitando, assim, restringir liberdades individuais, alterar direitos de propriedade e violar autonomias políticas” (HOCHMAN, 1998: 48).

A partir do começo do século XX o movimento sanitarista transformou os efeitos negativos da transmissibilidade das doenças em uma sociabilidade sustentada na saúde e na higiene da população. Como as epidemias tornavam-se um problema coletivo crescente, soluções individuais e locais seriam ineficazes, de tal modo que os mais ricos e sadios precisavam se preocupar com os mais pobres e doentes, não por uma atitude ética ou moral, mas fundamentalmente porque a ameaça e o receio do contágio os tornara solidários, obrigando uma reorganização social (HOCHMAN, 1998: 58). Essa noção, contudo, não era apenas uma questão de classe, mas também territorial.

As instituições de saúde pública que surgiram em São Paulo baseavam-se em duas grandes concepções sobre a origem das doenças. O Serviço Geral de Desinfecção ligava-se à concepção miasmática, enquanto o Instituto Bacteriológico, à microbiana. “A polaridade – miasma e micróbio – estava presente na estrutura dos serviços de saúde pública, caracterizando o momento de transição em que a velha concepção não foi de todo abandonada e a nova não foi de todo aceita” (RIBEIRO, 1993: 35). Essas concepções sugeriam a ideia de que uma localidade poderia, por distintos mecanismos de transmissão, atingir negativamente as demais.

Dessa forma, o conhecimento médico deveria ser utilizado para impedir os efeitos negativos dos surtos epidêmicos e do potencial contagioso de cada doença, do mesmo modo que a “interdependência sanitária” (HOCHMAN, 1998), isto é, o sentimento de comunidade vinculada aos riscos que as doenças ofereciam, demandava o aumento das responsabilidades do Poder Público e governamental em saúde.

É sob essa conjuntura que o câncer aparece como uma questão a ser considerada, mas isso não acontece de maneira imediata. Com efeito, o primeiro estudo sobre a incidência do câncer no Brasil foi apresentado no II Congresso Médico Latino-Americano, em Buenos Aires, por Alcindo de Azevedo Sodré, e depois publicado na revista especializada *Brazil Medico*, em 1904. Sodré salientava as dificuldades de se obterem dados estatísticos sobre a doença no país e argumentava que não havia tantos registros oficiais, exceto nas capitais. Justificava os poucos casos que se deram em âmbito nacional justamente pelo fato do câncer ser uma “doença da civilização”, comum apenas nos países mais desenvolvidos (TEIXEIRA; FONSECA, 2007: 27).

A missão empreendida no solo paulista atrás de dados estatísticos referentes ao câncer também esbarrou na imprecisão dos registros, “pois que a especificação da *causa mortis* nos registros civis do interior dos Estados raramente se esclarece com atestado médico e não pode aspirar o mínimo alcance nosológico, a não ser como cifra morta, obituária apenas”, afirmou Olympio Portugal⁹⁸ (O ESTADO DE S. PAULO, 1909). Essa ausência de clareza nas estatísticas sobre a doença, dos casos de óbito às vítimas enfermas, era endossada por mecanismos diversos.

Há na estatística paulista um defeito que necessita corrigir. E’ o grande volume de casos de câncer sem especificação de sede. Esse é um defeito que está nas mãos dos médicos remediar, pois que é costume passarem o atestado de óbito dizendo victimados por câncer, sem afirmarem a sede dele (ANNUARIO DEMOGRAPHICO, 1914: 39)

No ano seguinte, Olympio Portugal lançaria um novo estudo sobre a frequência das neoplasias em São Paulo, publicando no periódico *O Brazil Medico* sob o título “O problema do câncer”.⁹⁹ Nele, Portugal se esforçava para demonstrar que a mortalidade pela doença no

⁹⁸ Colaborador do jornal *O Estado de S. Paulo*, formou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, tornou-se membro da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e fez parte do chamado “grupo do Arnaldo”, “médicos que foram inflamados e imbuídos pelos ideais do insigne professor e líder, a fim de se desenvolver a cultura médica em São Paulo” (BEGLIOMINI, [s.d.]).

⁹⁹ 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.

Estado de São Paulo estava crescendo e fazia diligência para que medidas fossem tomadas frente ao risco iminente, ainda mais pelo fato do câncer ser, sob sua análise, uma doença possivelmente contagiosa.

Aqui na capital paulista a mesma linha ascensional. Nos sucessivos quinquênios de 1894-1898, de 1899-1903, de 1904-1908 a mortalidade subiu de 205 a 318 e 450, por 10 mil habitantes e nos últimos três anos que falarão por miúdo no próximo escripto, a mortalidade do câncer na cidade cresceu de 80 a 128 e 143, dando o coeficiente de 2,79, 4,26 e 4,76 (RAMOS, 1911: 160).

Também segundo os anuários estatísticos demográficos do Estado de São Paulo, o câncer crescia gradualmente (Gráfico I e Tabela I), mas não era representado como um problema de saúde pública. Em 1901, nem sequer chegou a ser citado no caderno de registros, senão como uma doença ínfima perdida entre tantas outras sem relevância. O mesmo vale para os anuários de 1906 e 1907, nos quais a doença não aparece entre as que afligem o Estado. Só em 1910 há um subcapítulo intitulado “Câncer e outros tumores malignos” e, apesar de classificada como moléstia geral, a descrição e os dados sobre o câncer estão no capítulo sobre a peste,¹⁰⁰ mostrando quão confusa ou indeterminada era a classificação desse mal.

Gráfico 1 - Óbitos por câncer no Estado e na capital.

Fonte: *Anuario Demographico* (São Paulo, v. 24, 1917).

¹⁰⁰ Segundo o *Dicionário de Termos Médicos* (1944), peste “foi nome genérico de epidemia e ainda o é na linguagem vulgar. No livro do Pe. Cardim, peste é varíola. Em medicina, em regra, peste é a bubônica oriental ou negra, produzida pelo bacilo de Yersin”.

Tabela 2 - Óbitos por câncer e pernilagem.

<i>Anos</i>	<i>População</i>	<i>Total de óbitos por câncer</i>	<i>Coeficiente por 1.000 habitantes</i>
1901	286.000	66	0.23
1902	286.000	68	0.23
1903	286.000	84	0.29
1904	286.000	100	0.34
1905	286.000	89	0.31
1906	286.000	80	0.27
1907	300.000	128	0.42
1908	300.000	143	0.47
1909	300.000	117	0.39
1910	314.000	153	0.48
1911	358.00	156	0.43
1912	400.000	200	0.50
1913	480.000	201	0.41
1914	485.000	197	0.40
1915	500.000	255	0.51
1916	584.901	272	0.56

Fontes: *Annuario Demographico* (São Paulo, v. 17, 1910: 45); *Annuario Demographico* (São Paulo, v. 23, 1916: 91); e FABBRI, 1929.

Podemos contestar os índices crescentes da tabela acima, principalmente porque entre 1901 e 1906 os anuários não registram nenhuma mudança na população. Entre 1907 e 1909 há uma nova sequência de repetições. Ainda assim os coeficientes por pernilagem indicam um aumento no número de mortes que, reais ou não, serviam a um propósito retórico. São Paulo sofria com questões evidentemente mais urgentes, como a febre amarela, a malária, o tracoma, a tuberculose, dentre outras já citadas. Ao compararmos quantitativamente a mortalidade dessas doenças ou suas sequelas com aquelas causadas pelo câncer (Gráfico 2¹⁰¹ e Tabela 2¹⁰²), e

¹⁰¹ No eixo das abscissas temos o número de óbitos e no eixo das ordenadas temos as doenças pesquisadas.

¹⁰² O quadro demonstra, de maneira comparativa entre os anos de 1906 e 1907, o número de óbitos de algumas doenças que causaram impacto na população, na política e na economia do Estado de São Paulo. Acrescentamos ao final da tabela o câncer, que não consta na publicação original.

assumindo estes como os principais critérios para se combater uma afecção, o câncer seria realmente de menor relevância. Não obstante, em São Paulo há uma espécie de compromisso pelo alto.

Gráfico 2 - Número de óbitos por doença/ano

Tabela 3 - Número de óbitos por doença/ano na capital

<i>Doenças</i>	<i>1906</i>	<i>1907</i>
<i>Câncer</i>	80	128
Syphilis	262	219
Dysenteria	292	274
Febre typhoide	436	398
Grippe	528	1.010
Malária	984	969
Coqueluche	1.026	746
Sarampão	2.027	740
Tuberculose	2.229	2.291

Fontes: *Annuario Demographico* (São Paulo, v. 14, 1907: 35).

A capital paulista posicionava-se como baluarte de iniciativas modernizadoras e, sob a compreensão de seus administradores, tinha consciência do elevado alcance moral e econômico em zelar pela saúde da população. Não por acaso, São Paulo foi o primeiro Estado que norteou a organização sanitária nos seus domínios, de acordo com as modernas conquistas científicas do período (MOTA, 2005: 55). Consideravam-se bem-sucedidos na empreitada de erradicar moléstias e higienizar ambientes insalubres e essa avaliação decorria do nível tecnológico do projeto médico-sanitário paulista, isto é, da capacidade de formação de médicos e especialistas, do padrão da aparelhagem, da quantidade de pesquisas e estudos realizados, e do que consideravam o sustentáculo de todo esse processo: o próprio ser paulistano e sua “paulistanidade”.¹⁰³

É sob esse ideário que a “medicina bandeirante” entrava em ação com o propósito de regenerar a pátria pela eliminação da doença – doença como sinônimo não apenas de distúrbios biológicos compreendidos a partir de uma concepção de normalidade datada, mas também de preguiça, falta de higiene, maus hábitos ou costumes. Recuperariam, desse modo, o “filho paulista” que carrega consigo “as insígnias de suas origens bandeirantes do século XVII e XVIII” (MOTA, 2005: 47).

Enquanto pretensa “locomotiva da nação”, a capital do Estado se via como metrópole industrial e epicentro nacional do desenvolvimento científico. São Paulo equiparava-se, portanto, aos grandes centros urbanos do globo – ao menos assim queriam seus representantes. É dessa maneira que somos apresentados ao documentário *São Paulo: sinfonia da metrópole*, um verdadeiro ode à modernização. Esse é também um dos motivos pelo qual os debates sobre os tumores malignos aconteciam em São Paulo, afinal o câncer era a “doença das grandes civilizações”.

¹⁰³ Para traduzir a ideia de “paulistanidade”, recorreremos ao discurso de um sujeito histórico que passou pelas esferas política, como deputado estadual, e acadêmica, como ocupante da cátedra de História da Civilização Brasileira da então Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo. Referimo-nos a Alfredo Ellis Junior, historiador e autor de um importante trabalho para a historiografia paulista, agraciada com o título de “Raça de gigantes”. Adotando a ideia dos “traços paulistas” como responsáveis pelo progresso, o velho catedrático descreve que: “Onde os bandeirantes não viam peias para as suas empresas temerárias, moldou a rudeza nos espíritos paulistas e os adaptou à produção de somas fantásticas de energias, para poder domar obstáculos que se lhe antepunham. Dessa adaptação à luta constante contra os elementos naturais resultou, na psicologia paulista, essa grandeza de iniciativa nas suas empreitadas, que parecem imbuídas de uma inconsciência temerária, que foi o caso do sucesso. Com essa inconsciência da relatividade do esforço empregado, e com essa soma de energias desenvolvidas, **venceram todos os obstáculos**, bateram os jesuítas, enxotaram os castelhanos, descobriram metais e pedrarias e colonizaram o sertão gigante. Esse potencial de eficiência só poderia ser atingido depois de uma adaptação ao solo com seus acidentes e sua vegetação intransponível. Desse solo formidavelmente vestido e fantásticamente acidentado que os paulistas logo se habituaram a vencer, teria nascido a força bandeirante” (ELLIS JUNIOR, 1926: 353. *Grifo nosso.*).

Em tese apresentada à Faculdade de Medicina de São Paulo intitulada *O problema hygienico do cancer*, Honório Fabbri (1929) coleta dados estatísticos sobre as neoplasias buscando notificações na França, na Grã-Bretanha e País de Gales, na Alemanha, Itália, Suíça, Bélgica, Hungria, Áustria, Espanha, Dinamarca, EUA e Argentina, resumindo-se esta última à cidade de Buenos Aires. Em seguida, passa a comparar a mortalidade dos referidos países com a de São Paulo, cobrando dos poderes públicos medidas contra a doença.

Ora, estando a capital da província alinhada ao panteão dos grandes centros urbanos do planeta, por que não se dedicar à pesquisa dessa afecção emergente? À decifração de seus enigmas implicaria a expectativa de glória e de ganhos imediatos. Frente a isso, médicos que pouco sabiam sobre os mecanismos dessa patologia começaram a se lançar na empreitada para descobrir os enigmas do mal que havia chegado à pauliceia. Formava-se, assim, um campo habitado por especialistas que passaram a se “autodenominar ‘cancerologistas’, aprendendo sobre a patologia nos gabinetes clínicos e em precários laboratórios e buscando esclarecimento nos compêndios editados na Europa e, pouco depois, nos Estados Unidos” (BERTOLI FILHO, 2002: 85).

Foi Arnaldo Vieira de Carvalho quem obteve, em 1900, o primeiro êxito no Brasil na extirpação total de um estômago atacado por um câncer do piloro¹⁰⁴ (Apud¹⁰⁵ TEIXEIRA; FONSECA, 2007: 27) e, em seguida, também seria o primeiro clínico paulista a escrever sobre o assunto, publicando um artigo em que rejeitava o designativo “cancro” em favor de “tumores malignos” ou “câncer”, definindo-o como entidade mórbida específica e de caráter hereditário e, ainda, resultante da proliferação desordenada das células do organismo (BERTOLLI FILHO, 2002).

A autoridade do renomado médico “determinou que suas ideias fossem seguidamente reiteradas pelos seus pares”, de tal modo que nos círculos clínicos da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, implantada em 1913, já se produzia conhecimento específico acerca dos neoplasmas ou sofisticavam-se técnicas terapêuticas desde as primeiras turmas, mas isso não se traduzia necessariamente em resultados práticos satisfatórios, especialmente para aqueles que sofriam com a doença.

¹⁰⁴ “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” (TEIXEIRA; FONSECA, 2007: 27). Segundo o próprio Arnaldo Vieira de Carvalho, seria a quarta.

¹⁰⁵ GUIMARÃES, Antonio da Paula. Arnaldo Vieira de Carvalho. Biografia e Crítica. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, [1967], 2vs.

Diversas receitas terapêuticas copiadas de pesquisas estrangeiras eram prescritas contra o cancro. Injeções de cálcio e magnésio, “oxigenação” dos tecidos comprometidos, o uso de insulina nos casos de câncer de pele ou mesmo composições arsênicas e sulfato de cobre diluído. Entretanto, poucas dessas medidas foram acompanhadas clinicamente para se estabelecer um consenso de confiabilidade (BERTOLLI FILHO, 2002: 85). Os médicos que haviam se formado na Europa, durante a década de 1910, incentivavam a aplicação de procedimentos radioterápicos.

Os primeiros aparelhos de raios-X chegaram antes mesmo da virada para o século XX, em São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia. Gabinetes radioterápicos foram criados e “as comunicações apresentadas à Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e à Academia Nacional de Medicina mostravam que a nova técnica foi recebida com interesse no que tange à sua função diagnóstica, sendo mencionada em várias dessas comunicações” (TEIXEIRA; FONSECA, 2007: 23), mas seu uso terapêutico foi restrito. O médico Antonio de Mello, em artigo publicado em 1908, referia-se à radioterapia como uma técnica limitada para o tratamento do câncer:

Os agentes químicos e físicos até hoje não conseguiram produzir a cura radical do câncer. Será lícito 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 há casos 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. (BRAZIL MEDICO, 1908 Apud TEIXEIRA; FONSECA, 2007: 21)

Houve também, durante esse período, o aumento no número de pesquisas sobre a doença e, apesar de muitas se restringirem apenas à verificação das ideias que irrigavam os debates em outros países, trouxeram à tona questões sanitárias relativas ao câncer em São Paulo. Alguns estudiosos, por exemplo, tentavam compreender a “caprichosa concentração da moléstia em zonas prediletas” no Estado a fim de elaborar uma “geografia do câncer”, como faziam outros países, dentre os quais Alemanha, França e Suíça, capazes de perceber a emergência do câncer em suas respectivas cidades. “O dr. Kolb que, com tal objetivo, estudou a fundo o solo e o subsolo da Baviera, lhe assinalou uma zona de câncer ao norte dos Alpes, de Viena a Genebra” (O ESTADO DE S. PAULO, 12/11/1909). Na Itália, o câncer assombrava o norte do país; na França também, acrescido de algumas cidades do Leste.

Contudo, essa “regionalidade do mal”, quando muito ampla, incorria a incertezas. Conforme a análise se aprimorava, acompanhamos um movimento concêntrico de continente para país, de país para cidade (Tabela 3), de cidade para o bairro e a rua, até finalmente chegar no ponto mínimo considerado, a casa. Chamadas pelo médico Alvaro Ramos de “casas do câncer” ou “casas malditas”, elas representavam verdadeiros riscos para a saúde pública.

Não mais do que três anos foram despendidos com esse viés de pesquisa em São Paulo devido a “deficiência de minúcias indispensáveis em registros hospitalares” (RAMOS, 1911: 163), porém alguns resultados foram alcançados.

Tabela 4 - Óbitos por câncer segundo espaço

<i>Espaço</i>	<i>1906</i>	<i>1907</i>	<i>1908</i>
Urbanos	62	100	110
Extra urbanos	18	28	33

Fontes: (RAMOS, 1911: 163).

Dentro dos óbitos urbanos, apenas 201 casos tiveram sua procedência especificada e ficaram restritos à 146 ruas e praças de um total de 744 consideradas. Entre os 201, 65 casos de um único distrito condensaram-se em 38 ruas próximas, 28 casos em 19 ruas próximas entre si, e, finalmente, 37 casos em outras 19 ruas próximas entre si. Cada vez mais estabelecendo relações entre o local e a doença, o pesquisador vai afunilando seus resultados.

O que se vae ler avulta, porém, sobre os demais factos e é de força a talhar fundo na convicção, tanto mais que esse jogo estranho de factores obedece a observação de três anos apenas.

– No triênio repetiram-se 2 óbitos de câncer três vezes numa só casa! E esses casos são decompostos de molde a excluírem a herança como fator etiológico. De acordo com eles, o Dr. ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO, a quem atrás aludimos, tem observações pessoais de reincidência da moléstia também na mesma casa.

(...) Nem herança, nem parentesco e sempre a mesma localização visceral! (RAMOS, 1911: 164-165)

Essa teoria, afinal, serviria como diretriz sanitária para se enfrentar a concentração localista dos neoplasmas malignos?

Os casos de S. Paulo aí estão. Não demos nomes nem números das ruas notificadas com o estranho fenômeno, para não oprimir com um perigo litígio o descuido de pessoas talvez seguras de qualquer mal. O aviso, no entanto, aí fica. Se o poder sanitário que, na campanha da febre amarela, arrastou com ânimo deliberado um passo que lhe valeu glórias e benemerências; se o poder sanitário do Estado concluir pelo expurgo das casas notificadas e, a exemplo de Paris, notificar por sua vez os casos a ocorrer, como acontece para as moléstias infectuosas, - o aviso aí fica. (RAMOS, 1911: 164-165)

Sem desconsiderar que a “natureza endêmica do câncer ainda é objeto de ardente controvérsia”, essa perspectiva persistiria durante todo primeiro quarteto do século XX, haja vista que a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas,¹⁰⁶ surgida em 1919, incluía entre suas atividades a desinfecção nos domicílios onde tivesse havido óbito de câncer devido à possibilidade de contágio (TEIXEIRA, 2010).

Frente a isso, enquanto uma doença possivelmente infectocontagiosa, o câncer (e os cancerosos) era um risco à população. Não suficiente, ainda um perigoso mercado terapêutico se instalava sob o comando de charlatães. Motivos consideráveis, segundo médicos e cientistas, para que houvesse apoio governamental nas medidas contra a doença.

A syndicancia dos maus methods de tratamento, por parte de indivíduos não qualificados sob o ponto de vista medico, é o dever do Estado, como também da classe medica, que deveria manejar mais corajosamente a solução de um mal em que via de aumento (FABBRI, 1929: 101. *Grifo nosso*).

Assim sendo, pesquisadores pressionaram governantes para fazer do câncer uma questão de Saúde Pública, porque, se por um lado essa doença era percebida sob lentes confusas que faziam com que pacientes acometidos pela “sífilis, tuberculose, úlcera, leishmaniose a até mesmo hemorroidas e fimose fossem erroneamente diagnosticados como vitimados pelo câncer e, em contraste, permitindo que pacientes acometidos por carcinomas não fossem identificados” (BERTOLLI FILHO, 2002: 86), por outro era unânime entre os estudiosos que o câncer tem sido “uma moléstia que só se revela ao exame diagnóstico em grau bastante adiantado” (FABBRI, 1929: 72), quando o ideal para combatê-lo é identificá-lo com rapidez (ALMEIDA JUNIOR, 1923) e, portanto, fazia-se necessário que os poderes públicos efetivassem medidas profiláticas à mortalidade da doença.

¹⁰⁶ Inspetoria instituída pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), criado em 24/12/1919. Esse Departamento inaugurou uma nova etapa no desenvolvimento de políticas de saúde pública e de saneamento no Brasil. Para mais informações ver HOCHMAN, Gilberto. A Era do Saneamento: As bases da política de Saúde Pública no Brasil. Hucitec: São Paulo, 1998.

Outro aspecto de relevância trazido à tona pelos pesquisadores para convencer os governantes sobre a questão do câncer, era o prejuízo que a doença causava aos cofres públicos. Os dados estatísticos do período apontavam para o fato da doença ser mais comum nos adultos, sendo a incidência de morte maior nesse público. Do mesmo modo, “está fora de toda dúvida que é nessa idade que a vida humana tem maior valor, pois, é então que todos os indivíduos se dedicam mais activamente às várias ocupações profissionais” (FABBRI, 1929: 35). Cada brasileiro adulto, constata o pesquisador, vale em torno de “dez contos”.

Durante o anno de 1927, registraram-se, nesta cidade, 496 obitos por cancer. Tomando por base o valor de dez contos por pessoa, teriamos que esses obitos corresponderiam a um prejuizo de 4.960 contos de reis. Porem, não é só isso: devemos considerar, também, que antes de fallecer, o canceroso passa por um periodo mais ou menos longo de soffrimentos, durante o qual sua capacidade productiva vae diminuindo até extinguir-se de todo, no dia em que é obrigado a guardar o leito. Não devemos, entretanto tomar em consideração somente essa diminuição e extinção de capacidade productora: o canceroso requer uma assistencia das mais dispendiosas: visitas medicas, tratamentos chirurgicos, irradiações, assistencia de parentes (que para isso são obrigados a desviar-se parcialmente de suas ocupações), estadias em hospitaes, medicamentos, alimentação especial, etc. Cremos que não exaggeramos, se calculamos que a media despendida para esse tratamento orça em tres contos de réis, o que, multiplicado pelos 496 obitos, dá 1.488 contos de réis. Esta quantia, sommada com a que calculámos antes, perfaz um total de cerca de 6.500 contos de réis, que seria o prejuizo causado pelo cancer, durante o referido anno de 1926, somente para a cidade de S. Paulo (FABBRI, 1929: 36).

Desde o início da República, os presidentes dos Estados brasileiros adotaram, como medida administrativa, a publicidade de relatórios referentes a seu governo para prestar contas sobre seus principais atos realizados no ano. As doenças tinham um espaço reservado nessas apresentações e, em 1926, finalmente, o câncer aparecia no relatório paulista. Àquela altura, mesmo o público “leigo” sabia da doença e o único consenso entre os distintos setores sociais se dava sobre o aspecto imediatamente fatal dela: aqueles que eram acometidos por câncer estavam fadados a uma passagem terrena mais curta e geralmente bastante sofrida. O relatório dizia que “por toda a parte é crescente o seu obituário”, sendo esse um problema enorme para São Paulo, porque o aumento da mortalidade da doença “não reflete a melhoria sanitária que afeta e reduz os outros coeficientes de morbidade ou mortalidade”. O que fazer frente a esse quadro?

Em fevereiro de 1920, a Câmara Municipal de São Paulo recebeu o projeto do vereador Mário Graccho Pinheiro Lima. “Fica o prefeito autorizado a contribuir em nome do município, com a quantia de 10:000\$000 para a fundação do Instituto do ‘Radium’ de S. Paulo, promovida pela Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo”. Ideia colhida da última sessão da

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, apresentada pelo “benemérito medico e notavel cirurgião dr. A. Vieira de Carvalho” (O ESTADO DE S. PAULO, 22/02/1920: 3).

Convicto dos promissores resultados para “nossa terra”, Graccho argumenta que os grandes centros europeus já se preocupam com a cura das “moléstias cancerosas” pela aplicação do *radium*. Refere-se a Londres como um exemplo e afirma que São Paulo não pode ficar atrás da Capital Federal, nem da “visinha e progressista” República do Uruguai, que também tomou medidas contra a doença.

Assim sendo, muito e muito dispendiosa será a aquisição de uma ínfima quantidade de radium para o futuro instituto de S. Paulo.

Grande cidade, primeira capital provinciana do paiz, avançando resolutamente para uma população de um milhão de habitantes, tem São Paulo o dever de ir se preparando para dar combate a toda a sorte de moléstias que aparecem e se intensificam com o crescer das populações muito principalmente o cancer, cuja mancha negra nas nossas estatísticas demographos-sanitarias começa a nos inquietar seriamente (O ESTADO DE S. PAULO, 22/02/1920: 3).

A iniciativa de se angariar recursos para construir o Instituto do Radium e formalizar o combate contra o câncer culminou, em 1921, na criação do Instituto “Arnaldo Vieira de Carvalho”, cuja inauguração atrasou devido ao falecimento do médico, homenageado em junho de 1920.

“Fica fundado nesta Capital o Instituto “Arnaldo Vieira de Carvalho”, destinado ao tratamento do cancro e doenças outras por meio do radium, dos raios X e dos agentes physicos em geral e á investigação scientificas relativas, não só ao problema do cancro, como ao dos agentes physicos empregados no seu tratamento” (PORTUGAL, 1936: 9).

Esse seria um dos primeiros centros especializados no tratamento do câncer no Brasil. O primeiro foi o Instituto do Radium de Belo Horizonte, inaugurado em 7 de setembro de 1922 durante os festejos do centenário da independência, e que mais tarde ainda recebeu a visita da própria Marie Curie acompanhada de sua filha Irène, em agosto de 1926. Apesar de fundado anteriormente, o Hospital Instituto do Câncer “Arnaldo Vieira de Carvalho” abriu suas portas apenas em 5 de novembro de 1929, funcionando de maneira independente em terreno cedido pela Santa Casa de São Paulo – e que persiste até hoje, funcionando regularmente como hospital especializado em tratamento do câncer, conveniado ao SUS. Antes de 1929, porém, os atendimentos aconteciam numa pequena enfermaria dentro da própria Santa Casa.

2.3 Institutos de Tratamento e Pesquisas Científicas

O mundo assiste, attonito, o desenrolar da imensa tragédia, sentindo-se sem garantias, dada a ignorancia das suas causas primeiras. E o homem lança as suas suplicas áquella mãe, que não se cansa de velar por elle, que já lhe deu tantas e tantas garantias em situações semelhantes, que já o protegeu contra inimigos encarniçados: A SCIENCIA.

Antonio Prudente, 1936¹⁰⁷

“A doente Rachel, com 46 annos de idade, natural de S. Paulo, cozinheira, foi por mim examinada pela primeira vez no dia 25 de Março de 1900”, começava a descrever um de seus casos, Arnaldo Vieira de Carvalho. “É uma mulata fraca, quase cachetica e que refere sofrer, há longos annos, do estomago, sofrimentos esses que se aggravaram nos últimos seis mezes”.

Ao examiná-la, não demorou para que o médico, após palpação, percebesse a existência de um tumor, “do tamanho de um ovo de perú” e, frente a isso, “o exame da paciente, o histórico, a symptomatologia gástrica me levaram desde logo a convicção de se tratar de um caso de tumor maligno do pylôro, e me resolveram a intervir com brevidade, fazendo uma gastro-enterostomia”.

Logo após a primeira incisão, contudo, Arnaldo percebeu se tratar de algo mais grave do que pressupunha, de tal modo que uma cirurgia simples não seria o suficiente e, assim, optou por “uma gastrectomia total”, isto é, a extirpação total do estômago.

Toda a operação durou cerca de uma hora e 20 minutos e, “ao terminal-a, a paciente estava em deplorável estado; o pulso quase imperceptível, a respiração superficial, suores frios e viscosos lhe cobriam a pelle”. Ela estava “mergulhada no mais profundo schock”, mas ao menos estava viva.

Arnaldo acompanhou o estado da paciente nos dias que se seguiram e, medindo pulso, temperatura, respiração, gramas de urina, etc, foi avaliando sua melhora. Após os sete primeiros dias, descreveu que Rachel se encontrava em “estado geral magnifico” (Figura 4). Ao final do caso, Arnaldo pontuou:

Ao apresentar-vos esta preliminar de observação da, segundo penso, primeira gastrectomia total feita no Brasil, outra mira não tenho além do interesse scientifico. Sou dos que pensam não haver mérito em ser o primeiro a repetir uma operação, comquanto rara. Os processos e as dificuldades chirurgicas não variam segundo latitude. Em todo caso, no interesse bibliografico, julgo conveniente registrar mais este caso que vem elevar a quatro o numero das gastrectomias totaes, com sucesso, registradas na magistral obra de Hartmann e Terrir sobre o assumpto e publicada no fim de 1899 (CARVALHO, 1900).

¹⁰⁷ PRUDENTE, Antonio. O cancer precisa ser combatido, 1936, p. 5.

Uma década depois, o então diretor da Faculdade de Medicina e da Santa Casa de Misericórdia, Arnaldo Vieira de Carvalho, apresentou à Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo a ideia de fundar um serviço na capital com quantidade suficiente de *radium* para atender “às necessidades imediatas da nossa população hospitalar e geral” (PORTUGAL, 1936:5). Isso se deu quando cirurgião – que já havia se confrontado com a doença – declarou estar impressionado com os sucessos terapêuticos alcançados na Europa.

O médico Eduardo Rabello já havia trazido o novo elemento químico para o Brasil e fundou, no Rio de Janeiro, o Instituto de Rádio e Eletrologia da Faculdade de Medicina. Os doentes que viviam em São Paulo, contudo, viam-se obrigados a ir até a capital do país para usufruir dessa terapêutica (MOTT et al, 2011). Quando Rabello apresentou o tema na tribuna da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Arnaldo Vieira de Carvalho não esperou para propor, na seção de 19 de fevereiro de 1920, uma campanha para a construção de um instituto especializado, quando lhes disse:

E’ 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 que a Europa nos manda dizer a propósito de seu tratamento por meio de radium, correu-me de levantar aqui a ideia de tomarmos a iniciativa da fundação do instituto de rádio de São Paulo (Apud¹⁰⁸ TEIXEIRA; LANA, 2012: 113-114).

¹⁰⁸ GUIMARÃES, Antonio da Paula. Arnaldo Vieira de Carvalho. Biografia e Crítica. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, [1967], 2vs.

Figura 4 – Rachel, paciente de Arnaldo Vieira de Carvalho, após ter seu estômago completamente removido.

Fonte: (CARVALHO, 1900: 57-59)

Fonte: Anúncio no jornal O Estado de São Paulo de 30 de junho de 1920, publicado após o falecimento do médico paulista.

no Diário Oficial – e, por fim, firmou contrato com a Santa Casa, onde funcionou primeiro como enfermaria, depois com edifício próprio.

Em 1922 as primeiras dotações de rádio chegariam ao Instituto e, gradualmente, a entrada do elemento químico no país foi se tornando mais fácil, porque mobilizou políticos e empresários nessa causa, como o jornalista Assis Chateaubriand e o filantropo Guilherme Guinle, presidente da Companhia Docas de Santos (TERRA, 1925).

O governo, então, encaminhou Oswaldo Portugal para estudar o problema do *radium* na Europa e nos Estados Unidos durante um ano, divulgando o que foi estudado aos médicos interessados para colocarem em prática as propostas a favor do Instituto. A ideia lograva vencer com relativa facilidade, graças “á sempre valiosa generosidade do povo paulista e o prestígio incomparável de Arnaldo Vieira de Carvalho” (O ESTADO DE S. PAULO, 20/07/1939), mas uma catástrofe viria se abater sobre a criação do Instituto: a morte do médico que o idealizara.

Infelizmente o dr. Arnaldo sobreviveu, apenas, de alguns meses, ao lançamento do plano que ideara, órfão ao nascer do seu cuidado e a que emprestaria as excepcionais qualidades do seu espírito empreendedor. O primeiro impulso, porém, já estava dado (PORTUGAL, 1936: 6).

Com o falecimento de Arnaldo em 1920, sua vaga foi ocupada por Ovídio Pires de Campos, agora diretor da Faculdade de Medicina, e Diogo de Faria, designado diretor clínico da Santa Casa de Misericórdia. Rafael Penteado de Barros tornou-se secretário. Reconstituída a comissão, foi elaborado o Estatuto da Fundação que determinou três medidas iniciais: primeiro nomeou o Instituto de “Arnaldo Vieira de Carvalho” em homenagem ao seu idealizador, em seguida promoveu reconhecimento jurídico para a organização – registrado em 8 de novembro de 1921 no Primeiro Cartório de Notas de São Paulo, com publicação

Foi por meio de um acordo com a administração da Santa Casa de Misericórdia que a diretoria do Instituto conseguiu parte do terreno para construir um prédio de três pavimentos. A Santa Casa se comprometeu a custear as despesas de hospitalização dos doentes pensionistas e ficou responsável pela parte administrativa. O Instituto, por sua vez, não apenas levantaria o edifício como assistiria gratuitamente os doentes, pagaria a equipe administrativa e técnica e assumiria a direção científica da Fundação. A partir de 1929, a Faculdade de Medicina encerraria esse tripé organizacional, fazendo do hospital uma escola. Nas dependências do Instituto, foi instalado o serviço de Otorrinolaringologia da Faculdade de medicina, sob a chefia do catedrático Paula Santos, que teria a responsabilidade de entrosar a Santa Casa, o Instituto e a Faculdade. Em contrapartida, “os médicos do Instituto utilizavam as instalações para operações mais complexas, como eletro cirurgias, e exames histopatológicos” (MOTT et al, 2011).

Essa aproximação com a Faculdade posteriormente rendeu a rubrica ao Instituto, ratificada pelo governador Armando Salles, de Instituição Complementar e Centro Científico articulado com a Universidade de São Paulo (DECRETO ESTADUAL n. 6.283, de 25 de janeiro de 1934) – a consequência imediata desse benefício foram novos planos de estudos que não se restringiam à medicina, mas alcançavam também o departamento de física da Universidade. Em 13 de outubro de 1936, o Instituto foi considerado de utilidade pública federal (DECRETO n. 1.146).

Erigido pelo arquiteto Ramos de Azevedo (1851-1928) e inaugurado em 1929, o prédio contava com um serviço de hospitalização no primeiro andar com um total de vinte leitos para ambos os sexos, além de secretaria, portaria, sala de espera, fotografia e consultórios. No térreo estava o serviço de “Electrotherapia”, “Oto-Rhino-Laryngologia” e “Radiodiagnostico”, mas também um espaço destinado às “Irmãs de Caridade, da Congregação de S. José, (...) o pessoal subalterno, enfermeiros e serventes”. No segundo andar estavam os laboratórios, biblioteca, sala de conferência e quartos particulares.¹⁰⁹ A quantidade de *radium* que o Instituto continha nesse primeiro momento era de 357,50 miligramas, além dos instrumentos para aplicações, como mesas de chumbo para manipulá-lo, tubos, agulhas ou cofres para guardá-lo.¹¹⁰

¹⁰⁹ Posteriormente, em 1942, uma reforma e a construção de mais um andar foram feitas pelo engenheiro Olavo Franco Caiuby.

¹¹⁰ Quase vinte anos depois, o Instituto permanecia fazendo apelos a sociedade de São Paulo, que a acudia prontamente. Em 1946, com a cooperação da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP) e do alto comércio de Santos, o Instituto recebeu uma nova partida de radium, orçada em Cr\$ 500.000.00, compradas diretamente dos Estados Unidos. Dessa forma a porção total desse elemento no Instituto tornou-se, à época, 1

Figura 5 - Esquema da Organização do Instituto “A. V. C”.

Fonte: (PORTUGAL, 1936)

Os recursos terapêuticos utilizados no Instituto baseavam-se na aplicação do *radium*, raios X e cirurgia, que por sua vez formavam seções dentro do hospital, chefiadas cada qual por médicos especializados. A seção de “Radium em Geral e Dermatologia” era chefiada por Oswaldo Portugal, de “Radiotherapia e Eletrotherapia”, chefiada por Livramento Barreto, de “Cirurgia Geral e Gynecologia”, o chefe era Ayres Netto, de “Oto-Rhino-Laringologia”, o já citado Paula Santos, enquanto a seção de Urologia era chefiada por Raul Vieira e, finalmente, o “Laboratorio de Anatomia Pathologica e Analyses Clinicas” tinha como chefe Altino Antunes. Até 1934, 30 médicos, entre chefes de seção, assistente e encarregados do serviço trabalhavam no local.

O Instituto mantinha-se com sua própria renda, proveniente do tratamento de doentes pagantes, de doações feitas por filantropos e dos auxílios concedidos pelo governo – e permanece assim até hoje, com dificuldade¹¹¹. Entre 1929 e 1934 milhares de doentes foram

grama e 237 miligramas, sendo a maior quantidade de radium em utilização no Brasil (O ESTADO DE S. PAULO, 30/04/1946).

¹¹¹ Quando movimentos de combate ao câncer surgiram no Brasil a partir da década de 1930, o Instituto cooperou independentemente de iniciativas públicas ou privadas. Em 1953 adquiriu a primeira bomba de cobalto, enquanto na década seguinte já estava equipado com quatro aparelhos de radioterapia, uma bomba de cobalto Theratron Junior e equipamentos para cirurgia especializada. Em 1961, conveniado com a Secretaria de Saúde, o Instituto era responsável pelo diagnóstico precoce em Unidades Sanitárias criadas no território paulista. A partir de 1972

matriculados no hospital, somando um total de 29.756 pessoas. Nem todos sofriam de câncer porque também eram feitos atendimentos sobre outras moléstias – em especial àquelas que se beneficiavam com o tratamento do rádio –, mas cancerosos eram maioria nas seções de “Radium em Geral e Dermatologia”, “Cirurgia Geral e Gynecologia” e na seção de “Radiotherapia”. A hospitalização era reservada apenas aos portadores de tumores, desde que não ficassem muito tempo (e não ficavam mesmo) e fossem tratáveis, caso contrário eram removidos e destinados para o “Asylo de Invalidos” (PORTUGAL, 1936: 17).

Figura 6 - Frente do Instituto "A. V. C".

Fonte: (PORTUGAL, 1936).

tornaram-se serviços hospitalares as cirurgias plásticas e de reconstrução, em 1979 o prédio foi considerado Patrimônio Histórico (tombado pelo CONDEPHAAT, de acordo com o que dispõe o Art. 142 do Decreto n. 13.246, de 16 de março de 1979) e, em 1981, surgiu a seção de quimioterapia.

Mas se essa narrativa parece verticalmente ascendente no tocante a estrutura hospitalar, o início dos anos 90 foi financeiramente catastrófico para o Instituto, que terminou fechado. Apenas após intervenção da Secretaria de Saúde e de uma mudança de estratégia gerencial, que passou a atender convênios e o Sistema Único de Saúde, que suas portas foram reabertas. Em 2017, entretanto, nova crise afetou profundamente a entidade que desde abril se viu obrigada a reduzir seus leitos de 73 para 44, bem como diminuir pela metade o número de cirurgias de alta complexidade. Atualmente, aqueles que buscam cuidado no hospital terminam reencaminhados para a Secretaria Municipal de Saúde que, por sua vez, tenta redirecioná-los para outras organizações que possam oferecer tratamento (ITAQUI, 2017). Essa situação se dá a partir do Limite Orçamentário imposto pela prefeitura de São Paulo durante a gestão do político João Dória (PSDB).

Como último recurso, o atual presidente do Instituto “Arnaldo Vieira de Carvalho”, Sérgio Innocenzi, decidiu recorrer ao Ministério da Saúde, ao que o ministro, o engenheiro Ricardo Barros, respondeu: “pare de gastar e pare de atender”. O secretário municipal da Saúde, Wilson Pollara, no que lhe concerne, diz que o Instituto, enquanto entidade privada, é prestador de serviço da prefeitura. Assim, se “eu o contrato para fazer 130 cirurgias, esse é o dinheiro que tenho”, mas “ele abre a porta do hospital, faz 450 cirurgias e vem me cobrar? Não podem fazer mais do que eu estou contratando” (CARDOSO, “Hospital dispensa pacientes com câncer por falta de grana” Agora [São Paulo, SP], 13 de abril de 2017).

Figura 7 – Instituto "A. V. C" (Lado).

Fonte: (PORTUGAL, 1936)

Figura 8 – "Instrumental especializado para aplicações de *radium*".

Fonte: (PORTUGAL, 1936)

Figura 9- "Colpostato, estojos de cortiça e saondas especiaes para aplicações de radium".

Fonte: (PORTUGAL, 1936)

Figura 10 – Mesa de chumbo revestida de madeira para manipulação de *radium*.

Fonte: (PORTUGAL, 1936)

Figura 11 - Alguns aparelhos de *radium* (tubos, agulhas, placas e filtros)

Fonte: (PORTUGAL, 1936)

Além do Instituto, outro hospital especializado na luta contra o câncer apareceria em São Paulo para prestar assistência gratuita à população. Em 1928 seria criado, dentro do Hospital Humberto I e Casa de Saúde Francisco e Ermelindo Matarazzo, o Instituto de Radium, graças aos investimentos do “Conde Matarazzo”, que à época já era considerado um dos homens mais ricos – se não o mais rico – do país. O serviço foi organizado pelo médico italiano Carlos Pedrazzi, que em 1931 retornou à Itália e foi substituído por Oswaldo Portugal.

Esse hospital faz parte de um empreendimento originado graças aos esforços da Sociedade Italiana de Beneficência,¹¹² isto é, de uma organização preocupada com a situação dos imigrantes italianos em São Paulo, que se constituiu pouco antes do fim da Monarquia, quando a cidade contava com pouco mais de 25 mil habitantes e a comunidade italiana ainda não era expressiva.

¹¹² Sociedade Italiana de Beneficência em São Paulo, fundada em 1878, foi a entidade que mais se destacou nesse empreendimento, mas outras agremiações italianas também colaboraram. “Das 111 entidades estrangeiras em São Paulo na primeira década do século XX, 77 eram italianas, segundo uma publicação do Departamento do Trabalho de 1912” (MOTT et al, 2011).

O desejo de fundar um hospital acompanha a associação desde sua origem, fundamentalmente devido à ausência de uma política governamental voltada para a assistência da população, mas o empreendimento requeria uma soma de recursos muito alta. Assim, a Sociedade fez funcionar, num primeiro momento, apenas uma pequena enfermaria no bairro do Bexiga, habitado por uma população quase exclusivamente de origem italiana. Não demorou para que a pequena casa de saúde, projetada pelos engenheiros italianos Luigi Pucci e Giulio Micheli, se mostrasse inadequada frente ao mirabolante ritmo de crescimento demográfico da capital e terminasse vendida, em 1899, para o Governo do Estado de São Paulo, que a transformou numa escola, a antiga Escola Estadual Maria José.

A partir de 1901, com a criação do Fundo de Emigração pelo governo italiano e a contribuição financeira de 350 contos de réis, além dos subsídios do governo brasileiro (em função de um acordo entre os dois países para melhorar as condições de assistência aos imigrantes, ratificado no protocolo De Martino-Cerqueira, de 1897), a Sociedade Italiana de Beneficência em São Paulo pôde inaugurar o Hospital Humberto I, construído por Giulio Micheli na Alameda Rio Claro, em 14 de agosto de 1904.

As dificuldades de mantê-lo, contudo, se davam pelo crescimento vertiginoso do número de indigentes e pacientes de baixa renda, atendidos gratuitamente num hospital que não oferecia restrições de “raça, cor ou credo” aos imigrantes. Em seu primeiro ano de atividade, o Hospital Humberto Primo internou 710 doentes, dos quais 625 eram pessoas carentes e apenas 85 pensionistas. O número total de consultas foi de 6.956. Nesse período, São Paulo já constava com 273 mil habitantes.

Frente a demanda crescente, veio a somar as contribuições pessoais e de organizações coletivas de italianos, subsídios do governo da Itália e do Brasil e, principalmente, o apoio financeiro do Conde Francisco Matarazzo (1854-1937). Fundou-se, assim, a Casa de Saúde Francisco Matarazzo, anexo ao hospital – projetada pelo arquiteto Giovanni Battista Bianchi (1885-1942) –, onde funcionaria clínicas para o atendimento de pacientes particulares, “para que o preço da saúde dos ricos reverta em benefício da saúde dos pobres”, defendia o Conde Matarazzo (CENNI, 1975: 305). Desse modo, a renda serviria para subvencionar o atendimento gratuito do hospital. Posteriormente, em 7 de junho de 1925, um novo anexo foi construído, também sob demanda do empresário italiano, acrescentando o nome de Ermelino Matarazzo à Casa de Saúde em homenagem ao seu filho, que morreu num acidente automobilístico.

Não suficiente, em 1920 o Conde ainda ampliou o hospital com instalações de raio X, Paulo Siciliano doou uma cozinha a vapor para o hospital, e Francisco Matarazzo Júnior (1900-

1977), construiu um gabinete de fisioterapia. Parte dos recursos também eram angariados em feiras paroquiais e festivais beneficentes, o que permitiu que os leitos nas enfermarias – que em 1922 já somavam 120 – fossem ampliados gradativamente. Dona Virgínia Matarazzo, cunhada de Francisco, não deixou de ser solidária e ofereceu a construção de uma enorme capela,¹¹³ com as proporções de uma verdadeira igreja, no terreno do complexo hospitalar.

Com um corpo clínico formado por uma maioria de médicos italianos,¹¹⁴ apenas dois destoavam do grupo: os paulistas Celestino Borroul e Ovídio Pires de Campos, ambos ligados a Faculdade de Medicina de São Paulo e preocupados com a questão do câncer em São Paulo. O Instituto do Radium foi fundado em 1928 dentro do complexo hospitalar, mesmo ano em que o Conde Francisco Matarazzo assumiu a presidência da Sociedade Beneficente por meio de eleições, o que resultou em grandes frutos para o Hospital Humberto I: em 1929 novos prédios foram erguidos, cozinha moderna, lavanderia, rouparia e refeitório para empregados. Em 1931, Antonio de Camillis financiou a construção da Clínica Pediatria Amélia de Camillis, voltado para o atendimento de crianças, que começou suas atividades em 1936, data em que foi lançada a pedra fundamental do prédio que se tornaria uma maternidade,¹¹⁵ doada pela Condessa Filomena Matarazzo.

Com a morte do Conde em 1937, o Governo Federal, sob o Decreto n. 2.214, de 27 de dezembro de 1937, considerou o hospital de utilidade pública, levando em consideração a qualidade dos atendimentos e os serviços prestados pela Sociedade Beneficente. Isso trouxe novos investimentos para a Casa de Saúde, que possibilitou a ampliação das seções de indigentes, como o chamado “pavilhão de 2ª classe”, nomeado Pavilhão Vittorio Emanuele III (MOTT et al, 2011).

Nessa época, o Instituto do Radium do Hospital Humberto I contava com 354,00 miligramas de *radium* distribuídos em 67 aparelhos, entre tubos, agulhas, células e placas.¹¹⁶

¹¹³ O responsável pela projeção da Capela de Sant Lúcia é desconhecido.

¹¹⁴ Dos quais destacaram-se Felice Buscaglia, Giovanni Sodini, Carlo Giulio Spera, Giuseppe Cioffi, Oscar Brandi, Giovanni Priore, Giacomo Define e Alfonso Splendore. O primeiro diretor clínico do hospital foi Carlo Comenale (MOTT et al, 2011).

¹¹⁵ Projetada inicialmente por Francisco Verrone e, posteriormente, por Mario Calore. Ambos engenheiros que trabalhavam para a família Matarazzo, projetando edifícios industriais.

¹¹⁶ Até 1938, era o Instituto do Radium do Hospital Humberto I que continha a maior quantidade de radium do Brasil, que chegou a totalizar uma grama (O ESTADO DE S. PAULO, 27/12/1938), ultrapassado posteriormente pelo Instituto “Arnaldo Vieira de Carvalho”. No ano seguinte o jornal anunciava orgulhosamente que o estado de São Paulo possuía um total de 2,261 gramas, sendo a maior porção em um só lugar do Brasil, distribuídas entre os dois hospitais e o departamento de física da Universidade de São Paulo. “Por essa quantidade de radium pode-se bem avaliar da importância que tem assumido, em São Paulo, o combate ao cancer. Pelo seu preço elevadíssimo e pelo seu valor como arma terapeutica, essa quantidade de radium constitui um índice excelente de progresso medico de São Paulo” (O ESTADO DE S. PAULO, 10/01/1939).

Era bem equipado e também chegou a matricular muitos doentes. Entre 1932 e 1935 foram 4.525 pacientes fichados (PORTUGAL, 1936: 24). Não foram encontradas estatísticas anteriores, de 1928 até 1931.

Na década de 1940, o hospital foi nacionalizado em razão da Segunda Guerra Mundial, mas o governo interviu em sua administração por um curto período de tempo. A maternidade Condessa Filomena Matarazzo foi inaugurada e a fachada do Hospital passou por uma ampla reforma. Seu nome foi alterado para Hospital Nossa Senhora Aparecida e Casas de Saúde Matarazzo e em 1948 foi publicado o primeiro número da *Revista do Hospital Nossa Senhora Aparecida*. Na década de 1950 a família Matarazzo passou a controlar todo o nosocômio e seu nome foi novamente alterado, agora para Sociedade de Beneficência Hospital Matarazzo. Nos anos 90 o hospital seria renomeado mais uma vez pouco antes de encerrar suas atividades.¹¹⁷

¹¹⁷ Em finais da década de 1970 e durante os anos 1980, conforme os empreendimentos da família Matarazzo declinavam economicamente, como o caso da Fiação e Tecelagem Matarazzo, que foi à falência em 1982, o Hospital também era acometido por uma intensa crise financeira. Em 1984, a gravidade da situação levou a Sociedade de Beneficência Hospital Matarazzo, proprietária de todo complexo hospitalar, decidir pela demolição das estruturas a fim de reaproveitar o largo terreno de 25.419m². Sem sucesso, essa atitude levou à abertura do processo de tombamento do conjunto arquitetônico pelo Conselho de Defesa do Patrimônio Histórico, Arqueológico, Artístico e Turístico (CONDEPHAAT) em 1985, conforme resolução SC. N. 29/86; livro de tombo histórico: inscrição n. 255, 23/01/1987, pp. 67-68 (MOTT et al, 2011).

Sem comprador e enredado em agudas dificuldades financeiras, o hospital foi descredenciado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e terminou fechado por seis meses – esse instituto era a política pública de saúde que vigorava antes do Sistema Único de Saúde e foi extinto em 1993, quem usufruía desse serviço eram apenas os trabalhadores que contribuía com a previdência social. Foi o Governo Estadual quem reabriu a instituição, participando de sua gestão, com auxílio dos funcionários e da comunidade italiana. Foi quando, num novo suspiro de alívio ilusório, surgiu a Fundação Hospital Ítalo-brasileiro Umberto I. Entretanto, como a mudança de nome não apagava a enorme dívida da instituição, o hospital terminou abandonado e não recuperou sua credibilidade de outrora, de modo que a Vigilância Sanitária decretou fim a suas atividades, com alegação de que já não era mais possível continuar com atendimentos terapêuticos em razão das condições inadequadas e insuficientes de operação. Em 1993 o Hospital Umberto I encerrou todas suas atividades.

A partir de então, uma série de investidas foram feitas a fim de transformar o antigo prédio. Em 1996 a Caixa de Previdência dos Funcionários do Banco do Brasil comprou a propriedade, sem fazer alterações nela. O desuso e descaso com o espaço foi motivo para que grupos sem-teto ocupassem o lugar dois anos depois. Em 2005 foi vetada a construção de um *shopping center* e *flat* no local e, posteriormente, a Fundação Zerbini, administradora do Instituto do Coração (Incor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo não conseguiu instalar um centro de excelência em transplantes de fígado e medula no local. Apenas em 2011, a construção e suas dependências foram compradas pelo grupo Allard, pelo valor de 117 milhões de reais, com o propósito de se erigir um hotel, lojas, restaurantes e parques no espaço. Essa transformação não se deu sem o aval do Ministério Público e do Tribunal de Justiça, que extinguiu a ação civil pública que impedia novas construções no antigo hospital. Assim, as reformas estão sendo dirigidas pelo arquiteto francês Jean Nouvel, que anunciou 2018 como o ano de reinauguração do espaço (VEIGA, “Antigo Hospital Matarazzo começa sua transformação” Estadão, 8 de abril de 2016).

Figura 12 - Núcleo original do Hospital Humberto I, em 1911.

Fonte: (MOTT et al, 2011)

Figura 13 – Hospital Humberto I e Casas de Saúde Francisco e Ermelindo Matarazzo, a que pertence o Instituto do Radium do H. H. I.

Fonte: (PORTUGAL, 1936)

Figura 14 - "Alguns aparelhos do Instituto do Radium do H. H. I.º (Tubos, agulhas, cellulas e placas), conservados em gavetas de chumbo.

Fonte: (PORTUGAL, 1936)

Conforme a estrutura e o aparato terapêutico contra o câncer se sofisticavam, pesquisas ganhavam espaço na academia. Funcionando desde 1913, a Faculdade de Medicina de São Paulo, mais tarde incorporada pela Universidade de São Paulo, mostrou interesse em desvendar os mistérios em torno dessa doença desde suas primeiras turmas. Entre 1919 e 1929 foram publicadas seis teses doutorais sobre o assunto¹¹⁸ e uma comunidade de especialistas começou a tomar forma: auto definidos “cancerologistas formados”, reforçaram os empenhos em monopolizar o atendimento aos tumorosos (BERTOLLI FILHO, 2002: 86).

O resultado dessas e outras pesquisas sobre o câncer, especialmente aquelas dedicadas à biologia dos tumores, impuseram a substituição de processos empíricos de tratamento por diretrizes pautadas pela observação clínica e pelo estudo experimental. Em sua tese doutoral, o médico paulista Custodio Cardoso de Almeida Junior (1923) explicava que os estudiosos de neoplasias malignas passaram a se dedicar às pesquisas que buscavam identificar modificações dos humores no organismo afetado. Estes são revelados pelos meios físicos, químico-físicos e biológicos com o propósito de capturar o que de específico existe nos doentes por câncer em comparação com pessoas sadias.

¹¹⁸ Dos seguintes títulos e autores: COMPARATO, S. Electro-coagulação no tratamento dos tumores accessiveis e a sua technica operatoria, 1919. GALVÃO, A. B. A formação de anticorpos para os bacillos typhicos na leucemia experimental, 1920. ALMEIDA JUNIOR, C. C. Das pesquisas hematologicas, serologicas e urologicas na diagnose das neoplasias malignas, 1923. OLIVEIRA, A. B. Importancia do conceito de ULCERA-CANCER EM CIRURGIA GASTRICA, 1926. QUEIROZ, C. P. Estudos sobre o cancer: indicacoes clinicas e experimentais, 1926. FABBRI, H. O Problema Hygienico do Cancer, 1929.

Essas pesquisas seguiam três vias principais: a hematologia, a serologia e a urologia. O propósito seria descobrir as alterações que o organismo sofria em um fenômeno constante do corpo para justificar a existência da doença. Assim, por exemplo, a partir das análises hematológicas ou urológicas feitas em laboratório, seria possível notar se a resistência globular havia diminuído, algum tipo de fermento anormal no estômago ou rins; se o tempo de coagulação sanguínea estava alterado; se a taxa de albumina ou a densidade do sangue mantinham constância; se a alcalinidade do soro sanguíneo aumentou ou sua viscosidade diminuiu; se a proporção de glóbulos brancos por milímetro cúbico variava, dentre outras.

A serologia, por sua vez, fundamentava-se na criação e testes experimentais de soros com o propósito de gerar anticorpos necessários contra o câncer ou ao menos identificá-lo precocemente. Os testes eram feitos em animais, em especial ratos, galinhas e macacos. Nessa linha, destacamos o nome de Carlos Botelho Filho, chefe do laboratório do Prof. Hartmann, no Hôtel Dieu de Paris e criador da “Reação de Botelho”,¹¹⁹ técnica utilizada para se chegar, por meio da junção de soros sanguíneos e soluções fisiológicas, a um diagnóstico mais preciso do câncer a fim de combatê-lo desde o início.

A apesar de tantos esforços, contudo, Almeida Junior conclui que nenhuma dessas vias “chegou a resultados que possam fazer considerar uma ou outra das reações como realmente específica para o diagnóstico dos tumores malignos”. Mesmo assim, é “justamente visando conhecer essas especiais condições do organismo que naturalmente envolvem as grandes questões da etiologia e pathologia dos tumores que os estudiosos continuam as suas pesquisas com essas reacções” (ALMEIDA JUNIOR, 1923).

Três anos depois, Carlota Pereira de Queiroz,¹²⁰ que começou seu estudo na Faculdade de Medicina em São Paulo e o terminou no Rio de Janeiro, veio somar informações referentes

¹¹⁹ “A technica inicial da reação de Botelho era demasiado simples. Consistia ella somente em juntar partes iguaes de sôro sanguíneo e da solução physiologica para depois começar a verificação. Tomando ½ cc. dessa solução Botelho juntava a ella 2cc. de uma solução acética formoláda (100,0 de solução acética 5% mais 1 cc. de formol). Depois de agitar fortemente juntava 0,7 cc. de uma solução iodo iodurada, na proporção de uma gramma de iodo metallico e duas de iodureto de potássio para 210 de água distillada.

Si depois de agitada a mistura ella se mantiver transparente, o sôro não é de um canceroso. Nos casos positivos a turvação é evidente. No caso de se formar apenas ligeira turvação deve-se juntar mais 3/10 de cm³ da solução iodo iodurada e agitar fortemente. Si a turvação desaparecer o sôro é normal, si persistir será canceroso” (QUEIROZ, 1926: 115).

¹²⁰ “Carlota Pereira de Queiroz (1892-1982) pertenceu a uma prestigiosa família das elites paulistas. Educadora nos anos 1910, médica desde 1926, ela foi a primeira deputada federal do País (1933-1937), tendo assinado a Constituição de 1934 ao lado dos outros 252 deputados, todos homens. Além de ter alcançado um destaque social indiscutível, ocupando espaços de poder, ela atravessou fronteiras separando o masculino do feminino, penetrando em campos sociais quase ou totalmente ocupados por homens, como a medicina e a política, e marcados por uma cultura masculina expressa em códigos de comportamento e de linguagem, de cumplicidade e de rivalidade”. Outras informações biográficas sobre Carlota Pereira de Queiroz, disponível em SCHPUN, Mônica Raisa. “A

ao câncer. Defensora convicta da teoria infecciosa,¹²¹ não ignorava outras linhas de pesquisa sobre a doença. Todavia, “no que diz respeito ao cancer nada ha de definitivo que possa servir de base a uma luta”, porque “quem estuda a sua etiologia perde-se no emaranhado de teorias que a esse respeito têm sido publicadas”. Essa constatação, entretanto, não minava sua esperança num horizonte mais seguro. Para ela, “é o laboratorio que hade resolver ainda, como em todos os outros exemplos que apontamos, a maneira pela qual se hade iniciar uma luta scientifica contra o cancer. Só elle poderá prever, prevenir e cural-o futuramente (1926: 256).

Essas pesquisas demonstram um verdadeiro interesse de ampliar o campo médico em direção ao câncer, e ocorrem paralelamente ao interesse de fazê-lo relevante perante a opinião e as instituições públicas. Com um olhar privilegiado de hoje, lançado ao passado, sabemos que isso ocorreu, mas em São Paulo, esse processo se deu menos por meio de investimentos governamentais e mais graças à filantropia de ordens religiosas, colônias de imigrantes e fundamental do dinheiro da própria população. Foi assim que o câncer se fez como um objeto de preocupação de uma Saúde Pública que era privada, especialmente a partir de 1930.

Nesse período, o médico paulista Antonio Prudente Meireles de Moraes enxergava no avanço das pesquisas um despertar importante para se formalizar uma luta efetiva contra a doença. Considerou um ato quase heroico dos “abnegados” pesquisadores que, mesmo sem apoio material ou estímulo de uma organização especializada, estudavam o problema do câncer nos laboratórios; ou mesmo de instituições que se ocupavam do tratamento do câncer lutando com dificuldades enormes e tendo seus esforços pouco compensados por não receber o apoio de uma organização geral, forte e racional. Desse modo, o médico paulista – em consonância com um movimento nacional e internacional – redirecionaria seus esforços para esse objetivo e, em 1934, seria fundada a Associação Paulista de Combate ao Câncer (APCC), tema do capítulo a seguir.

médica Carlota Pereira de Queiroz e seus colegas: amizades e relações profissionais num meio predominantemente masculino” in NOGUEIRA, Yara (org.). *História da saúde: olhares e veredas*, São Paulo: Instituto de Saúde, 2010.

¹²¹ “Tudo nos leva a crêr que o elemento morbigeno não é a cellula. Ella, no cancer, não passa de um agente passivo, que sofre as consequências de uma influencia externa e as traduz em alterações, que nada mais representam do que o modo porque ella costuma reagir a agentes extranhos. Não ha uma cellula cancerosa especifica. Ha células tumoraes de aspecto o mais variado que parecem lutar contra um inimigo que as persegue, restindo ora mais, ora menos, porque não ha uniformidade alguma nas alterações que elas apresentam. (...) As células cancerosas não se confundem. Mas, não é uma cellula isolada que revela um processo. E’ sempre um conjunto de células, um tecido, um tumor, em que ellas vêm aglomeradas sem que haja um caracter uniforme para todas ellas. Ora é o núcleo, ora o protoplasma que as define, ora são elementos extranhos que nelas se encontram. E’ que a cellula cancerosa parece encerrar muitas vezes inclusões, tanto no núcleo como no protoplasma. Dir-se-ia que se trata de parasitas enkystados” (1926: 95-97). Honorio Fabbri, por sua vez, discordaria de Carlota e citando Beatrix Tedesco-Polack, afirma que insucesso na busca pelo agente infeccioso se dá por um único motivo: “Se não ha reacção especifica para o cancer, é porque o cancer, sem duvida, não é uma molestia especifica, no sentido habitual da palavra” (FABBRI, 1929: 74).

Capítulo 3 - Propostas assistenciais sobre câncer em meio às heranças institucionais paulistas da Velha República

Até este momento, na luta contra o cancer, toda a prophylaxia consiste no estabelecimento de um diagnostico precoce. Quer dizer que teremos de lutar contra um inimigo frente a frente, mas sem chegar a vel-o as mais das vezes e sem conhecer a sua linha de ataque, pelo que podemos esperar dele toda a traição. Mas, mesmo assim precisamos nos defender da sua presença e lançamos mão de todos os recursos para eliminá-lo.

Carlota Pereira de Queiroz, 1926¹²²

Até os anos 20, o Serviço Sanitário se dispunha a elaborar regulamentos para as habitações e medidas de arruamentos nas cidades e, posteriormente, no campo. Tinha o propósito de definir o cotidiano desses espaços, em sua estrutura, bem como os hábitos de seus habitantes. A saúde e a higiene da população seriam alcançadas, pretensamente, por meio da coerção. Não por acaso, Merhy chama essa fase de atuação do sanitarismo de “campanhista/policial”, porque “valoriza a contaminação como causa geral e usa como instrumento de ação a engenharia, a polícia e a campanha sanitária, verticalmente administrada” (CAMPOS, 2002: 46).

O Serviço de Desinfecção tinha posição central no combate às doenças nesse período. Vinculado às concepções miasmáticas, o órgão fiscalizava, isolava, vacinava e desinfetava pessoas e locais, especialmente quando as condições etiológicas da doença eram desconhecidas e seu quadro epidemiológico era alvo de debates, como no caso do câncer.

Esse serviço perdurou até 1925 e, durante esse período, devido às controvérsias que circundavam a doença, os domicílios onde tivessem havido óbito de câncer eram rigorosamente higienizados, assim como doentes desse flagelo eram comumente reencaminhados ao Hospital de Isolamento.

Em 1922, o médico Geraldo Horácio de Paula Souza assumiu a direção do Serviço Sanitário e, junto a ele, uma nova configuração de gestão foi proposta. Contrário ao modelo de saúde baseado no policiamento e nas campanhas sanitárias, Paula Souza propunha a formação de uma rede ambulatorial geral e única de serviços fundamentada, principalmente, na educação sanitária. Para ele, a “vida moderna”, essencialmente urbana, trazia consequências trágicas para a sociedade em termos de saúde/doença, de tal modo que a Higiene, enquanto ciência, seria o

¹²² QUEIROZ, C. P. Estudos sobre o cancer: indicacoes clinicas e experimentais, These Doutoral, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1926, p. 266.

meio mais eficaz para solucionar os problemas trazidos pela modernidade (CAMPOS, 2002: 50-51).

As políticas de saúde se efetivariam, então, não mais pela coerção da polícia, ou da campanha sanitária forçosa, mas fundamentalmente pela divulgação e prática da higiene, que atingiriam a população por intermédio da educação sanitária e da persuasão, possibilitadas pelos Centros de Saúde e por educadoras sanitárias espalhadas regionalmente.

Inspirado no modelo americano dos *Health Centers*, difundidos pela Fundação Rockefeller e pela Escola de Higiene e Saúde Pública da Universidade John Hopkins de Baltimore, onde Paula Souza cursou seu doutorado a partir de 1918, o Código Sanitário foi reformado em 1925 para colocar em voga essa organização (RIBEIRO, 2004: 342), dando destaque ao indivíduo (enquanto sujeito ativo num processo coletivo de saúde e doença) e trazendo medidas inovadoras até então.

Centros de Saúde seriam espalhadas por toda a cidade e as educadoras sanitárias se incumbiriam de ensinar os preceitos básicos de Higiene para a população. A reforma, entretanto, não durou mais do que dois anos no papel, quando Paula Souza deixou a direção do Serviço Sanitário em 1927, mas parte de suas ideias permaneceram em vigor dentro da estrutura estabelecida, em especial no tocante à existência dos serviços ambulatoriais que se efetivaram através dos Centros de Saúde ou Postos de Higiene que foram criados e expandidos.

Contudo, essa reforma ficou em situação desfavorável em relação ao modelo que veio a seguir, chamado por Merhy de “vertical permanente especializado”,¹²³ “pois além de não ter espaços institucionais consolidados no interior do executivo estadual, ‘portava’ um ideário próximo dos projetos liberal-democráticos que estavam ‘em baixa’ nesse momento. A ausência desses espaços ocorreu porque a reforma de 1925 não se consolidou, e porque os seus opositores tinham adeptos no interior do aparelho de Estado mesmo antes de 1930, como era o caso de

¹²³ “Pode-se aqui, rapidamente, dizer que o modelo “vertical permanente especializado”, na sua concepção tecno-assistencial das ações sanitárias, tomava a visão clínica da doença com o marco referencial, a partir do enfoque da corrente “bacteriológica” quanto à causalidade do processo coletivo da saúde e da doença, constituindo, assim, uma determinada concepção de problemas de Saúde Pública como objetos das ações em saúde coletiva. Entendia a organização dos serviços como um complexo de órgãos públicos que, em função de problemas específicos de Saúde Pública expressos em epidemias, endemias e pandemias, procurava dar conta de todas as dimensões dos objetos que elegeram de forma a controlá-los no âmbito individual e coletivo. Tinha como finalidade a promoção e a proteção da saúde do conjunto da população, e não a cura individual de cada doente. Isto, se ocorresse, seria como consequência e não por ser seu objetivo. (...) o modelo atuava em função de uma causa etiopatogênica específica, a partir de uma leitura biologizante do processo saúde/doença, adotando as ações médicas e as de educação como elementos que se associavam para um conjunto de intervenções, animado pela estratégia campanhista e de polícia sanitária. [Esse modelo] procurou desmontar, completamente, qualquer herança burocrático-administrativa que Paula Souza havia deixado” (MERHY, 1992: 116-117).

Waldomiro de Oliveira, que foi o diretor do Serviço Sanitário Estadual entre 1927 e 1930” (MERHY, 1992: 151) e se identificava com o modelo de Arthur Neiva.¹²⁴

Essas considerações institucionais são relevantes porque reverberavam na percepção e nas medidas propostas contra o câncer no período. Assim, por exemplo, o médico Honorino Fabbri, ainda no final da década de 20, publicava sua tese doutoral sobre “O problema hygienico do cancer” na Faculdade de Medicina de São Paulo, em que defendia, dentre outras coisas, que o câncer é uma “moléstia do progresso”. Frente a isso, a população precisaria ser instruída para ser capaz de se auto avaliar aos menores sinais de risco e, assim, possibilitar o médico especializado de providenciar um diagnóstico precoce – já que o câncer só seria curável no início. Defendia, por fim, a criação de um Instituto do Câncer, que teria por “finalidade não só a therapeutica do mal, mas também estudal-o, organizar estatísticas, crear e desenvolver a propaganda entre o povo, etc” (FABBRI, 1929: 106).

Após a chamada “Revolução de 1930”, que derruba a oligarquia cafeeira e a República Velha, o movimento revolucionário entrega o governo do Estado de São Paulo por um mês ao interventor José Maria Whitaker para “desmontar” a estrutura do governo vigente até então. Há, a partir disso, uma grande sucessão de interventores, bem como rotação de diretores no Serviço Sanitário.¹²⁵

Os primeiros a assumirem a direção do Serviço Sanitário durante essa nova fase política, foram Antonio de Almeida Prado (27/10/1930 a 11/12/1930) e Francisco Salles Gomes Júnior (12/12/1930 a 5/3/1931). O segundo teria sua gestão marcada pela desvinculação do Serviço Sanitário da Secretaria dos Negócios do Interior, que seria subordinada à recém-criada Secretaria da Educação e Saúde Pública sob o Decreto n. 4.891 de 13/2/1931.¹²⁶ Segundo

¹²⁴ Artur Neiva (1880 - 1943) foi um médico sanitarista que vinha de uma formação mais presa às experiências do modelo “campanhista/policial” e enxergava nos serviços especializados a própria finalidade das ações sanitárias. Sua presença no Serviço Sanitário entre 1916 e 1922 marca o processo de alteração do modelo anterior, impresso por Emílio Ribas, e que iria influenciar diretamente o que viria a se instaurar no pós-1930, sendo brevemente interrompido apenas pelas reformas de Paula Souza, em 1925. Neiva defendia que os serviços especializados se organizassem a partir de cada problema particular, considerados como um fenômeno coletivo da saúde e da doença. Belisário Pena também era defensor desse projeto. É a partir de suas ideias que surgirão, a partir da década de 1930, uma organização de serviços verticais permanentes especializados (MERHY, 1992).

¹²⁵ “A orientação dos serviços de saúde pública seguia o Código Sanitário do Estado de São Paulo, elaborado na gestão de Arthur Neiva no Serviço Sanitário, de 1918, e reformado na gestão de Geraldo Horácio de Paula Sousa, em 1925. Depois de 1930 não se estabeleceu uma orientação planejada de saúde pública para a Cidade e nem para o Estado. A falta de continuidade manifestou-se no próprio período de permanência dos secretários responsáveis pela pasta e dos diretores do Serviço Sanitário, chamado posteriormente de Departamento de Saúde Pública. Em média, os secretários permanecerem nos cargos 203,81 dias e os diretores da saúde pública 312,21 dias entre 1930 e 1947” (RIBEIRO, 2004: 344).

¹²⁶ “Enquanto o Decreto 3.876 [de Paula Souza], de 1925, foi estudado durante três anos, recebendo a influência das discussões prolongadas ... na Câmara de Deputados e no Senado estaduais, o Decreto 4.891 foi elaborado sem discussões públicas, saindo abruptamente, conhecido apenas pelas autoridades sanitárias que o elaboraram, do

Mascarenhas (1949), esse decreto determinou uma nova estrutura organizacional para o setor, com a criação de novos serviços especializados voltados para problemas específicos de saúde pública e que perdurariam como marco, conforme argumenta Merhy (1992), até 1968, quando finalmente um novo modelo estrutural seria proposto – mas já fora de nosso escopo de análise.

Em seguida, foi a vez do sanitarista João de Barros Barreto tomar posse da diretoria do Serviço Sanitário (6/3/1931 a 26/7/1931), e então o Dr. Francisco Borges Vieira (27/7/1931 a 20/11/1931), amigo de Paula Souza; Eloy Lessa (21/11/1931 a 24/11/1931); Arthur Costa Filho (25/11/1931 a 26/5/1932); José Augusto Arantes (27/5/1932 a 1/10/1932); Eloy Lessa (2/10/1932 a 31/12/1932); Francisco Sales Gomes Júnior (1/1/1933 a 26/7/1933); novamente Eloy Lessa (27/7/1933 a 23/8/1933) e Octávio Gavião Gonzaga (24/8/1933 a 21/5/1935). Esse último, por um período mais longo, promoveu algumas alterações relevantes, como a elevação da Inspeção de Profilaxia da Lepra à categoria de Departamento de Profilaxia da Lepra, a regulamentação da Comissão de Assistência Social, a transferência do Serviço de Higiene Escolar (antiga Inspeção de Educação Sanitária dos Centros de Saúde) do Departamento Estadual de Educação para o de Saúde, a organização do Instituto Clemente Ferreira, entre outras. Em seguida foi indicado para direção, novamente, o Dr. Francisco Borges Vieira (22/5/1935 a 23/5/1937) e Eloy Lessa (25/4/1937 a 4/5/1938), gestão que testemunhou a instauração do Estado Novo, em novembro de 1937. No ano seguinte, o Serviço Sanitário terminaria extinto e, em seu lugar, o Departamento de Saúde do Estado seria criado, renomeado Secretaria da Saúde dez anos depois (CAMPOS, 2002: 56-57). Essas mudanças representaram apenas continuidades com outras nomenclaturas.

Com efeito, o Estado Novo não exprimiu uma ruptura radical em relação à agenda dos anos precedentes e a ênfase das políticas federais permaneceu sendo a luta contra as grandes endemias rurais e epidemias que ameaçavam a população.¹²⁷ Por outro lado, houve um “intenso

secretário do interior e do interventor federal que, quiçá, nada mais fez do que opor a sua assinatura ao mesmo” (MASCARENHAS, 1949).

¹²⁷ Entre a República Velha (1930) e o Estado Novo (1937), segundo Merhy (1992), há uma disputa entre os projetos de política para a Saúde Pública em São Paulo. São dois os principais, chamados de “rede local permanente” e “vertical permanente especializado”. O primeiro, proposto por Paula Souza, supunha a formação de uma rede única de ações sanitárias, distinta das ações médicas. Medicina e Saúde Pública eram tratados como campos distintos: existem ações médicas e ações sanitárias. As ações médicas, quando implicavam na prevenção de doenças e na promoção ou proteção da saúde, podiam ser consideradas como parte das ações sanitárias, caso contrário eram medidas técnicas pontuais e curativas, mas sem efeito coletivo. Esse modelo supõe “uma relação entre a ação estatal e os setores sociais, que se dá através dos serviços de saúde, assentada sobre uma organização social que trata dos diferentes problemas coletivos de saúde a partir de uma visão causal para qual esses problemas são produto de uma única causa básica, tratada como questão individual (ausência de uma consciência sanitária). Assim, esse modelo exige a organização de uma sociedade que trate das questões sanitárias dentro dos parâmetros liberais” (MERHY, 1992: 203). O “movimento permanente especializado”, por sua vez, entendia a clínica como elemento-chave para organização do conjunto das ações sanitárias. Seus adeptos atuavam como médicos

processo de organização, profissionalização, despolitização, burocratização e centralização das atividades de saúde e saneamento vinculadas ao Ministério da Educação e Saúde Pública” (HOCHMAN; FONSECA, 1999: 90), o que contrastava com a perspectiva campanhista, voluntarista e fragmentada dos anos 10 e 20.¹²⁸

Cabe destacar, contudo, que em São Paulo a infraestrutura sanitária foi organizada e prestada pelos governos municipais e estaduais, de modo que a União exerceu pouca influência direta em seus dispositivos, mesmo durante a década de 1930. Assim, o Serviço Sanitário foi responsável pela estrutura básica dos serviços públicos de saúde em todo Estado de São Paulo e possibilitou trazer o câncer para a agenda de preocupações em saúde. Com a consolidação de implantação do modelo tecno-assistencial “vertical permanente especializado” (que não extinguiu outras correntes), entre 1930 e 1937, deu-se, ainda, o modo como o combate à doença se organizou.

Durante esse período, na primavera de 1933, Antonio Prudente publicaria seu primeiro artigo sobre o câncer no jornal O Estado de São Paulo. Nele, trouxe à tona o fato de que, no

especializados nos diversos campos da medicina e, desse modo, organizavam-se em grupos de interesses específicos. As medidas tecnológicas variavam conforme a natureza clínica e epidemiológica do objeto. Assim, esses projetos se distinguiam na maneira como concebiam e/ou construíam seus objetos das ações de saúde, bem como pela maneira de se organizar institucionalmente para efetivar tais ações. Por outro lado, se assemelhavam quando viam as ações coletivas de saúde como distintas das ações individuais e concordavam com o fato de que o campo da Saúde Pública não se misturava com o da assistência médica individual – devemos considerar que nesse período também se desenvolveu o setor da Previdência Social, com a criação de uma nova forma de inserção da Assistência Médica nas políticas públicas do setor saúde.

¹²⁸ Castro Santos (1985) discute o rompimento do Estado Novo com o caráter idealizador de reconciliação e conagração do território nacional por meio da saúde pública. Segundo o pesquisador, após a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, em 1930, a bandeira da reforma sanitária perde sua conotação ideológica para ser transformada num projeto governamental. Deixa de haver uma ideia motriz e uma atividade quase “missionária” por parte dos sanitaristas no sertão para dar lugar a uma burocracia despolitizada que culmina no esfacelamento da força simbólica desse movimento. Durante o período varguista o projeto de construção da nacionalidade por meio da incorporação dos sertões é interrompido, já que os sanitaristas são deslocados para áreas fronteiriças em expansão, de pouca demografia, poupando o regime de enfrentar as oligarquias estabelecidas no grande sertão. Vargas, na verdade, teria praticado uma política de barganhas nos territórios de dominação coronelista, o que impediu o avanço do movimento sanitaria nas terras. Não satisfeito, Castro Santos ainda argumenta que a atuação das políticas públicas se voltou para as cidades, já que nestas havia “militância sindical”, com o propósito de integrar e controlar os trabalhadores urbanos. Nesse quadro, deixa de haver contestação política do operariado urbano e reivindicações no campo, onde os coronéis garantiam a *pax* oligárquica, de modo que a ideologia de redenção dos sertões terminou exaurida. Paiva (2003), por sua vez, estudando o caso do sanitaria Noel Nutels, defende que esse esvaziamento ideológico do movimento sanitário não ocorreu plenamente. Segundo o pesquisador, os médicos consideravam que o tratamento do corpo, a primazia da saúde e da higiene teriam como consequência natural o fim de outras mazelas sociais. Essa concepção de saúde, que é entendida numa relação intrínseca com todas as outras questões sociais, não foi alterada instantaneamente, mesmo após a burocratização imposta pelas medidas varguistas, que se traduzia na tecnicidade e diversificação do corpo de funcionários para as principais cadeiras do Estado. A permanência dessa noção seria perceptível a partir da análise dos planos de ação dos médicos diretamente responsáveis pela execução das políticas sociais na área de saúde pública da época e estes ambicionavam, ainda, salvar a população e a cultura do interior do país. Assim, a ruptura política (de centralização) da Revolução de 1930 e do Estado Novo não encerrou os debates sobre a inserção do sertão na constituição da nacionalidade.

Brasil, apesar do recrudescimento mundial acerca do tema, ainda engatinhávamos no tocante à questão, fundamentalmente porque o “mysterio que nos envolve ainda quanto á origem do cancer empresta ao caso um aspecto de insolubilidade, desanimando a maioria dos médicos, que considera inutil as tentativas a esse respeito” (O ESTADO DE S. PAULO, 13/10/1933: 6). Ainda assim, mesmo que a causa etiológica não estivesse esclarecida, o comportamento da moléstia frente aos agentes terapêuticos propostos seria observável, de modo que um dos fatores essenciais para possibilitar a cura seria a educação do povo para que este pudesse compreender a necessidade do diagnóstico precoce e do tratamento que, por parecer exagerado, fazia com que os doentes fugissem dele.

Após essa primeira consideração, em seu texto, Prudente se dispõe a iniciar uma campanha contra o “desconhecimento quase completo por parte do nosso povo a respeito das questões referentes ao cancer”, para fazer desaparecer “preconceitos estupidos e muitas vezes prejudiciaes”. Seu propósito, enfim, seria “demonstrar a perfeita curabilidade [da doença] quando tratada a tempo”.

O primeiro passo de sua iniciativa era didático. Lançou uma série de cinco artigos publicados no jornal intitulados, todos, “O problema do câncer”, com caráter educativo. Apenas no primeiro explicou a origem etimológica da palavra, a distinção entre tumores malignos e benignos, o que seriam metástases, o fato de um tumor poder ser microscópico ou de dimensões enormes, e chegou mesmo a dar uma definição fechada sobre o câncer: “é um tumor, isto é, uma neo-formação cellular. Se elle se assenta na pelle, reproduz mais ou menos anarchicamente os elementos da pelle; se elle é dependência [sic] de um osso, mostrará infalivelmente a sua origem, e assim sucessivamente para todos os orgams e tecidos do organismo”, além disso, tem “propriedades invasoras” com enorme “poder de reprodução, o que explica a multiplicação cellular intensa e consequentemente o desenvolvimento rapido do cancer” (O ESTADO DE S. PAULO, 13/10/1933: 6).

Num segundo artigo, Prudente divulga os pesquisadores e médicos que se debruçaram sobre o câncer para compreender seu componente etiológico. Cita autores como Virchow, Borrel, Warbug, dentre outros grandes nomes internacionais, para explicar as diversas teorias que objetificaram a doença. Em seguida descreve as afecções que poderiam se transformar em câncer, tais como cicatrizes, verrugas, caries e papilomas, mas também fatores externos que favoreceriam a origem do mal. Sua conclusão, entretanto, mantém muitas dúvidas abertas: “não se conseguiu ainda averiguar um responsável único pela molestia, talvez mesmo por se tratar,

no caso, de um complexo de circunstancias que determina o seu aparecimento” (O ESTADO DE S. PAULO, 31/10/1933: 3).

Seu terceiro artigo abordou uma série de estatísticas sobre a doença, em especial as distribuições etnográficas, compreendidas, na realidade, como o “grau de civilização dos diferentes povos”. Assim, segundo Prudente, “podemos afirmar que o cancer é mais comum nos paizes civilizados do que [ilegível] dos povos primitivos” (O ESTADO DE S. PAULO, 09/11/1933: 4), ou que o sexo tem influência sobre o câncer, haja vista a frequência ser muito maior nas mulheres do que em homens. Não deixa de relacionar a doença às profissões que os operários exercem em diferentes lugares e também aproveita para atacar os defensores da contagiosidade dessa moléstia que, fundamentados nas teorias que determinam as chamadas “ruas ou casas do câncer”,¹²⁹ espalham terror e preconceito entre os populares.

Seu quarto¹³⁰ e quinto artigos, dizem respeito aos sintomas, ao modo como a doença evolui e às causas de morte, mas também à frequência, à profilaxia e, por fim – na verdade, todo esse percurso analítico conflui para essa conclusão –, Antonio Prudente defende uma organização anticancerosa em São Paulo. Segundo o médico paulista, “a única organização útil no momento actual, no sentido de facilitar ao doente a assistência medica, é a franceza”.

Nós poderíamos fazer coisa semelhante, principalmente no Estado de S. Paulo onde o meio já comporta tal organização. Aliás o nosso Serviço Sanitario está tão bem aparelhado que não seria difícil conseguir para todo o Estado, aproveitando mesmo material e funcionários, uma organização perfeita, não só no ponto de vista de pesquisa e tratamento, como também no que se refere á propaganda anti-cancerosa.

Seria necessario para isso um Instituto Central em São Paulo ligado a uma Associação de luta contra o cancer, e vários centros anti-cancerosos localizados no interior do Estado. (...).

Estou certo que com o auxilio da propria população e fazendo parte do Serviço Sanitario do Estado em pouco tempo estaríamos na altura dos paizes mais avançados (O ESTADO DE S. PAULO, 07/01/1934: 6).

Desse modo, identificamos os interesses de Antonio Prudente em consonância com a tendência que se vulgarizava do modelo “vertical permanente especializado” do Serviço Sanitário, entendido como órgãos públicos que agiam sobre problemas específicos de Saúde Pública, controlando-os em escala individual e coletiva a partir de atendimentos especializados

¹²⁹ Assim eram chamadas as concentrações da moléstia em zonas prediletas, como casas ou ruas. Estudiosos dessa linha se esforçavam para elaborar uma “geografia do câncer” com o propósito de identificar áreas evitáveis e assim prevenir a população de riscos. Em São Paulo, o médico Alvaro Ramos divulgou seus estudos sobre o tema, disponíveis nos Arquivos Brasileiros de Medicina de 1911.

¹³⁰ O ESTADO DE S. PAULO, 18/11/1933.

e tendo, enfim, a finalidade de promover a educação sanitária e a proteção da saúde – sem excluir definitivamente a estratégia de polícia sanitária.

Assim, Prudente propõe ao Governo do Estado instituir uma “Inspeção de Combate ao Câncer”, da mesma maneira que havia para a lepra, doenças venéreas e tuberculose, de modo que centros anticancerígenos estivessem submetidos a essa “Inspeção”. Entretanto, entre os membros do governo, “infelizmente, não se cogita da criação desse novo departamento do Serviço Sanitário” (PRUDENTE, 1936: 172), restando, em vista disso, que a luta contra o câncer fosse dirigida pela iniciativa privada, por uma sociedade composta de médicos e leigos. Prudente imediatamente assumiu essa missão e, dessa forma, estava em vias de se tornar realidade a entidade filantrópica¹³¹ nomeada Associação Paulista de Combate ao Câncer (APCC).

Cabe-nos lucubrar sobre o fato de que, como indica a história do período, para que o câncer fosse considerado uma questão de saúde pública em São Paulo, a articulação – repleta de proselitismos e debates – entre órgãos do governo, centros de pesquisa e associações filantrópicas era tão importante quanto a própria morbidade e mortalidade da doença. A morte causada por câncer não seria o suficiente, apenas, para a edificação dessa moléstia como uma questão social. Seria necessário um liame, papel que coube a Antonio Prudente, um de seus principais políantes.

3.1 A Associação Paulista de Combate ao Câncer: um projeto de São Paulo para o Brasil

A minha ideia foi apenas esclarecer o grande público, para que o mesmo saiba existir uma organização que pretende proteger a coletividade, na medida do possível, contra um dos mais terríveis males da humanidade e que, tanto o Governo Federal quanto o Governo do Estado, desejam entregar-lhe a direção da luta no setor a S. Paulo.

Antonio Prudente, 1944¹³²

No cenário internacional, a década de 1930 traria uma série de novidades nas questões

¹³¹ Filantropia se difere da caridade, já que não carrega em si a virtude da piedade. Trata-se, antes, de uma atividade laica e de “utilidade social”. Para ser posta em prática, necessita da reunião de pessoas que “participam de um mesmo movimento de expressão e de identidade do doador: elas se remetem às convicções, o situam em um espaço social, o inscrevem no seio de um grupo de relações”. Esse esforço, contudo, não se trata da expressão de um mero interesse individual, mas conta fundamentalmente com “a presença de uma ética social internalizada que impulse as ações cooperativas”. SANGLARD, Gisele. Laços de sociabilidade, filantropia e o Hospital do Câncer do Rio de Janeiro (1922-1936). História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, supl.1, jul. 2010, p.127-147.

¹³² O ESTADO DE S. PAULO, 27/06/1944.

referentes ao câncer. O ano de 1933 marcaria a data do primeiro Congresso Internacional de Câncer, em Madrid (Espanha), evento que levou a fundação da União Internacional de Combate ao Câncer, com sede em Genebra (Suíça). Em 2010 esse organismo seria renomeado para União Internacional pelo Controle do Câncer (UICC), permanecendo, até hoje, como a principal organização mundial não governamental de combate à doença. Trata-se de uma entidade que promoveu e promove pesquisas e discussões com o objetivo de construir uma agenda internacional e unir a comunidade contra o câncer.

Em consonância com esse movimento internacional e, no caso do Brasil, também devido a desatenção do poder público, foram criadas diversas ligas e associações que se opunham ao flagelo. Em 1934 surgiu a Liga Brasileira contra o Câncer no Rio de Janeiro, criada por Ugo Pinheiro Guimarães - que mais tarde ainda dirigiria o Serviço Nacional do Câncer (SNC) - com o propósito de “difundir no meio leigo o conhecimento sobre a prevenção contra a doença (...); obter donativos que possibilitassem a aquisição de rádio para montagem de uma rede de postos anticancerosos no país; e potencializar a produção de conhecimento no campo da cancerologia” (TEIXEIRA et al, 2012: 50).

Dois anos depois foi a vez da Liga Bahiana Contra o Câncer ser fundada pelo ginecologista baiano Aristides Maltez, que reuniu os sócios da Sociedade de Ginecologia da Bahia, onde exercia o cargo de presidente de honra, para garantir os fundos necessários à fundação da entidade, que tinha a finalidade de “promover a qualificação dos profissionais de saúde, difundir informações sobre a doença e angariar fundos pecuniários para construir o Instituto de Câncer da Bahia” (SOUZA, 2014). Por fim, em 1935 a cidade do Rio de Janeiro ainda sediou I Congresso Brasileiro de Câncer realizado no país.

Em São Paulo, o órgão civil que assumiria esse compromisso missionário – porque propagandista de uma causa que se incumbia de uma luta epopeica – seria a Associação Paulista de Combate ao Câncer, fundada em 1934 pelo médico Antonio Prudente¹³³ quando, num banquete oferecido pela sociedade paulistana ao Prof. Antonio Cândido de Camargo, por motivo de sua aposentadoria compulsória na cátedra da Primeira Cadeira da Clínica Cirúrgica, no Esplanada Hotel, seu discípulo propôs, por aclamação, a indicação de seu mentor para a presidência da futura instituição (MIRRA, 1993: 5).

Nascido em 8 de julho de 1906, na cidade de Piracicaba, neto do primeiro presidente

¹³³ Os primeiros estatutos sociais da APCC foram registrados em 19 de julho de 1936 e a 1ª Assembleia Geral Extraordinária foi realizada em 22 de agosto de 1939, quando foi dada a posse à sua primeira Diretoria, presidida pelo Prof. Antonio Cândido de Camargo (MIRRA, 1993: 5).

civil do país, filho de Antônio Prudente de Moraes e Maria França Meireles, Antonio Prudente Meireles de Moraes era um aluno muito dedicado, com boas notas desde o colégio (São Bento) até a faculdade. Enquanto estudante de Medicina, tornou-se pupilo dos professores Celestino Bourroul e Antônio Cândido de Carmargo, formando-se pela Faculdade de Medicina de São Paulo em 1928. Assim que se formou, foi estudar técnicas cirúrgicas na Alemanha com o professor Franz Keysser, que utilizava bisturis elétricos no tratamento de tumores considerados inoperáveis. Voltou em 1931 para se tornar professor assistente de Técnica Cirúrgica na Faculdade de Medicina e, posteriormente, em 1935, professor catedrático de Cirurgia Reparadora e Plástica da Escola Paulista de Medicina.

Pouco antes, em 1933, publicou uma série de cinco artigos no jornal O Estado de São Paulo, como vimos acima, e que, dentre outras coisas, evidenciaram sua perplexidade diante das obscuridades referentes ao câncer. No ano seguinte se tornou vice-presidente da Liga Pan-americana de Luta Contra o Câncer e, finalmente, fundou a Associação Paulista de Combate ao Câncer (APCC), cuja primeira presidência seria exercida por Antonio Candido de Camargo, seu ex-professor na Faculdade de Medicina de São Paulo. Dizia Prudente que “o Programa dessa ‘Associação’ representa as necessidades do Estado no problema do cancer” (1935: 176).

Insistimos em chamar a atenção para o fato de que não é novidade, historiograficamente, o esforço político para se fazer do Estado de São Paulo um exemplo de progresso sanitário, racial e econômico para o resto do país (MOTA, 2005) e, não por acaso, uma organização de combate ao câncer seria pensada com exclusividade para essa federação. Como “durante os anos 1930, a ação estatal contra a doença foi quase nula” (TEIXEIRA et al, 2012: 48), restou aos paulistas, prescindindo da ajuda federal, organizarem autonomamente seu sistema de saúde. Assim, dizia Prudente, “o problema do cancer em nossa terra só pode ser resolvido dentro das condições de vida de cada unidade federativa e de acordo com as possibilidades materiaes e intelectuais dessas mesmas unidades” (1935: 168).

Para isso, a organização anti-cancerosa de São Paulo precisaria preencher os seguintes requisitos:

- 1.º) Facilitar ao máximo o diagnóstico precoce e o reconhecimento dos estados pre-cancerosos.
- 2.º) Possibilitar a prophylaxia dos tumores e o tratamento ideal dos diferentes casos de neoplasias malignas.
- 3.º) Realizar assistência hospitalar, social e *moral* de todos os cancerosos.
- 4.º) Proceder a pesquisas nos diversos ramos da cancerologia, inclusive o controle estatístico da morbilidade e mortalidade por cancer e dos resultados obtidos pelos diferentes *methodos therapeuticos* empregados (PRUDENTE, 1935: 172).

Como a necessidade de um diagnóstico precoce para o tratamento fazia parte do consenso médico, essa organização ficaria responsável por sanar os dois grandes problemas que obstaculizavam a profilaxia no Estado: “a completa ignorância, por parte dos leigos, dos dados relativos á moléstia, e a deficiência de conhecimentos com respeito ao cancer, por parte dos médicos, dentistas, pharmaceuticos, parteiras, enfermeiros, etc” (PRUDENTE, 1935: 171), já que São Paulo carecia de uma propaganda popular de sucesso e do incremento do ensino da Cancerologia.

A propaganda “anti-cancerosa”, segundo o médico paulista, deveria vulgarizar certos conhecimentos que facilitariam a descoberta precoce da moléstia. Era preciso fazer com que a população soubesse quais eram os primeiros sintomas do câncer e que ele seria tratável, se descoberto em tempo. “Deve-se ainda mostrar a acção dos agentes cancerígenos e a influencia da hereditariedade” (PRUDENTE, 1935: 173), sem exacerbar o que Prudente chamou de “*cancerophobia*”. Mas a novidade de sua proposta não estava no conteúdo e sim no método de divulgação.

Os cartazes podem ser symbolicos ou conterem advertências concisas, taes como: “O cancer é curável quando tratado em tempo”; “Não espere que o cancer se desenvolva”, etc.

Do mesmo modo os pamphletos, que podem também conter esclarecimentos sobre os signaes reveladores das afecções malignas.

A imprensa é um optimo auxiliar na luta contra o cancer, podendo publicar conselhos sucintos ou mesmo pequenos artigos educativos.

O cinematographo pode também contribuir com a sua parcela, fazendo projectar conselhos nos intervalos dos filmes, sendo mesmo util a confecção de uma pellicula sobre o cancer

E o mesmo valor tem, hoje, o radio (PRUDENTE, 1935).

Prudente reclamava do fato de no Brasil somente a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas e o Instituto de Higiene de São Paulo emitirem panfletos a respeito do câncer (Figuras 15 e 16). A segunda, aliás, até promoveu a educação da população por meio de educadoras sanitárias, mas se restringiu apenas a um bairro de São Paulo, o que se revelou insuficiente para mudar o hábito dos populares. Mesmo o jornal “O Estado de São Paulo” chegou a publicar alguns escritos de Prudente e outros médicos preocupados com as neoplasias, mas que “não encontraram echo na classe medica paulista”.

Figura 15 - Panfleto de combate ao câncer da Inspetoria da Lepre e Doenças Venéreas do Departamento Nacional de Saúde Pública (Década de 1930).

Fonte: (PORTUGAL, 1936)

Figura 16 – Panfleto de combate ao câncer do Instituto de Higiene de São Paulo (Década de 1930).

Fonte: (PORTUGAL, 1936)

Por fim, mas não menos importante, não eram apenas os cidadãos leigos que precisavam ser educados quanto aos riscos da doença e, uma vez criado um centro de tratamento, este também poderia constituir um lugar de ensino de Cancerologia para os médicos.

Além da aprendizagem feita no curso universitário, nas cadeiras de Anatomia Pathologica, Pathologia e Clinicas, onde apenas se estuda uma face da questão, faz-se necessária uma cadeira de Oncologia, onde se amalgamasse e aumentassem os conhecimentos adquiridos, completando-os com noções exactas sobre o problema social e questões puramente de ordem cancerologica (PRUDENTE, 1935: 178).

Com o propósito de concretizar essas ambições e como membro fundador da APCC, Prudente de imediato colocou-se à disposição de arrecadar fundos para um hospital voltado especificamente ao tratamento do câncer. O primeiro passo, contudo, foi acumular dados sobre a doença. Em 1935 lançou o livro “O câncer precisa ser combatido”, abordando diversos aspectos sobre os tumores, desde sua história, teorias etiológicas, diagnósticos e prognósticos até dados estatísticos-demográficos, consolidando em corpo material, desse modo, a luta de todos os paulistanos contra o câncer.

Antonio Prudente foi hábil o suficiente para aglutinar o interesse de grandes filantropos para sua causa, mas sua esposa foi ainda melhor: Em 1946, Carmem Prudente fundou a Rede Feminina de Combate ao Câncer, uma organização que promoveu eventos festivos de diversas ordens e “manteve um cadastro contendo o número telefônico de grande parte da elite paulistana, cujos membros eram mensalmente convidados a contribuir para a campanha¹³⁴ em prol de um hospital na cidade. A adesão à entidade era tal que ela conseguiu reunir em suas hostes mais de 25 mil mulheres” (TEIXEIRA et al, 2012: 51) e deu início a um movimento que se espalhou por todo país.¹³⁵

¹³⁴ “A Rede Feminina da campanha é chefiada pela srta. Carmen Prudente de Moraes, que tem como auxiliares as sras. Iris Andrade Arié e Nair de Barros, respectivamente, secretaria e tesoureira. As divisões da rede são chefiadas pelas seguintes senhoras: Alice Meireles Reis, Alice Aron, Amelia Eliston, Luisa Keffer, Carmen Meira, Carmen Prudente, Deborah Zampari, Dinorá Meireles de Oliveira, Ema Azevedo Castro, Evarista Salcã, Fany Jordão, Gilda Costa Villaboim, Gisela Cardoso, Helena Revoredo, Heloisa Guinle Ribeiro, Iris Andrade Arié, Ivone Arlé Levi, Julieta Ferraz, Laura Melo, Lili Louwenstein, Cléa Rezende, Lucia Carvalho Aguiar, Lucilla Amorim, Luisete Ferraz, Madeleine Perillier, Maria Lopes Sacramento, Mariangela Matarazzo, Maria do Carmo Macedo Soares, Mariela Prudente de Moraes, Marjorie Prado, Maria Stela Arantes, Evelin Nadar, Nadir Penteado Ortenblad, Nair de Barros, Nenê Costa, Odete Silveira Vieira, Zaira Araujo e Zuleika Cibelli” (O ESTADO DE S. PAULO, 01/05/1946: 10).

¹³⁵ Na década de 1950 seriam contabilizadas diversas Ligas Femininas em todo país, a saber, a Rede Feminina da Sociedade Piauiense de Combate ao Câncer, Rede Feminina do Instituto do Câncer do Ceará, Ciclo Feminino de Cooperação contra o Câncer da Liga Norte-Rio-Grandense contra o Câncer, Rede Feminina Núcleo d Combate ao Câncer de Santa Casa de Misericórdia de Maceió, Rede Feminina do Hospital de Cirurgia de Aracajú – Recife, Rede Feminina da Liga Bahiana contra o Câncer, Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer do Espírito Santo, Rede Feminina da Liga Fluminense contra o Câncer, Rede Feminina da Liga Campista Norte-Fluminense de Combate ao Câncer, Rede Feminina da Associação Paulista de Combate ao Câncer, Liga Feminina

Carmem de Revorêdo Annes Dias nasceu no calor de dezembro de 1911, em Natal. Era a segunda filha entre os cinco do casal Carolina Revorêdo Barros e Heitor Annes Dias. Estudou em Paris e em Porto Alegre e, quando tinha treze anos, tornou-se secretária particular de seu pai, que era médico. Diferentemente de Antonio Prudente, “antipático e grandalhão”, o carisma de Carmem não era contido em sua baixa estatura e ela soube usar isso em favor de sua causa.

O casal se conheceu numa viagem à Berlim, na Alemanha, em 1938. Carmem acompanhava seu pai, então médico pessoal de Getúlio Vargas e chefe da comitiva brasileira de médicos que visitaram centros de medicina germânicos, do qual Antonio Prudente fazia parte. Este não deixou de se atentar às virtudes da jovem secretária e, já na viagem de volta, durante um jantar, Prudente entregou por baixo da mesa um livro de sua autoria para Carmem, onde deixou um bilhete declarando seu amor e desígnio: “Que Deus nos una para sempre e que nosso pensamento seja um só: a luta contra essa doença terrível”.¹³⁶

Foram precisos apenas dois meses após esse evento para que ambos formalizassem o casamento na Igreja do Rosário, Rio de Janeiro. União determinante para a construção do Hospital do Câncer em São Paulo, pois agregou a experiência em Medicina do cirurgião Antonio Prudente, então com 32 anos, com a capacidade de comunicação de Carmem, de 27 anos. A partir desse momento o casal tornar-se-ia referência no combate ao câncer pelo país.

Paralelamente à união matrimonial do casal Prudente, a situação política no Brasil era caracterizada pela postura autoritária do governo sob a administração de Getúlio Vargas que, utilizando como pretexto um possível golpe comunista no país, fechou o Congresso Nacional e deu início ao período ditatorial.

Em consonância com a diretriz centralizadora, “que tomava por base a intensificação do poder normativo do ministério em relação às ações estaduais” (Apud¹³⁷ TEIXEIRA; FONSECA, 2007: 73), a saúde pública sofrera algumas alterações, dos quais, em especial, a partir de 1940, foram instaurados 13 serviços nacionais relacionados ao controle de doenças específicas que eram consideradas prioritárias na época. Dentre esses serviços, estava o Serviço

de Combate ao Câncer da Associação Sul-Rio-Grandense de Combate ao Câncer, Rede Feminina do Instituto Borges da Costa de Belo Horizonte, Rede Feminina da Associação de Combate ao Câncer do Brasil Central, Uberaba (MG), Rede Feminina da Associação Matogrossense de Combate ao Câncer, Rede Feminina da Associação Campo-grandense de Combate ao Câncer (MS) e Rede Feminina da Liga Paranaense Contra o Câncer (TEIXEIRA et al, 2012: 90-91).

¹³⁶ “Sonho do Casal Prudente”, acessado em 11/10/2017: <http://www.accamargo.org.br/nossa-historia/>.

¹³⁷ 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.

Nacional de Câncer, submetido ao Ministério da Educação e Saúde que, por sua vez, era órgão integrante do Departamento Nacional de Saúde, e que incorporou definitivamente a doença na pauta das ações de saúde pública para todo o país (DECRETO-LEI n. 3.643, de 23 de setembro de 1941).

Seu primeiro diretor foi o médico Mário Kroeff, que cumpria essa mesma função no Centro de Cancerologia entre os anos de 1938 e 1941. Este centro nada mais era que um primeiro esboço institucional da União no combate ao câncer no país e que, em seguida, sofisticou-se o suficiente para se tornar o SNC. Pouco tempo depois, contudo, “a pedido pessoal do Sr. Presidente da República”,¹³⁸ Antônio Prudente também se esforçou para projetar sua luta em âmbito nacional e, em carta endereçada ao Ministro de Educação e Saúde, Gustavo Capanema,¹³⁹ escreveu o seguinte:

De acordo com o que ficou resolvido entre nós, na audiência que V. Excia me concedeu a 26 de dezembro de 1942, consequente aos entendimentos que havia tido, dias antes, com o Sr. Presidente da República, envio-lhe o projeto de uma “REDE NACIONAL CONTRA O CANCER” (PRUDENTE, A. [Carta], 31 jan. 1943, São Paulo [para] CAPANEMA, G., Rio de Janeiro).¹⁴⁰

Três dias antes, Antônio Prudente havia se reunido com Getúlio Vargas para tratar sobre a questão do câncer. Em carta endereçada ao presidente, lhe informou que ao Governo caberia apenas os gastos para a manutenção de Unidades de tratamento propostos em seu projeto. Além disso, o seduzia dizendo-lhe que pediria ao comendador Martinelli que fizesse uma doação diretamente a ele, de tal modo que Getúlio poderia aproveitar a propaganda para a Campanha contra o Câncer (PRUDENTE, A. [Carta], 31 jan. 1943, São Paulo [para] VARGAS, G., Distrito Federal).

Segundo Prudente, “a necessidade da organização dessa Rêde se impõe diante do abandono quase total em que se encontram os portadores de cancer”, contudo, “seria uma utopia

¹³⁸ “Ultimamente, a pedido pessoal do Sr. Presidente da República, elaborei um plano geral de organização anti-cancerosa para todo o País, que denominei de Rede Nacional contra o câncer e no qual está detalhadamente estudado o problema do Estado de São Paulo. Esse plano foi aprovado em princípio, excetuando-se apenas o aproveitamento das Faculdades de Medicina, cujas atividades, segundo as instruções do Governo Federal, não devem ser dispersadas em problemas de caráter medico-social como o do Câncer” (O ESTADO DE S. PAULO, 27/06/1945).

¹³⁹ Gustavo Capanema Filho (1900 – 1985) foi Ministro da Educação e Saúde entre 1934 e 1945 durante o governo Vargas, mas antes formou-se em Direito na Faculdade de Direito de Minas Gerais, tornou-se vereador em Pitangui e presidente de Minas Gerais. Posteriormente ainda seguiu na carreira política, como ministro, deputado estadual e senador, encerrando sua carreira política em 1979.

¹⁴⁰ Cartas oficiais entre Antonio Prudente, Gustavo Capanema, Getúlio Vargas, Mario Kroeff e outras autoridades encontradas no fundo Gustavo Capanema do Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil da Fundação Getúlio Vargas, CPDOC.

organizar uma luta contra o câncer excessivamente centralizada” devido à distribuição demográfica desigual no território nacional. Assim, o combate contra à doença deveria se dar sob o formato de uma rede que abrangesse todas as regiões do país, mas formado por Unidades (PRUDENTE, s/d: 2).

Dividiu, frente a isso, o país em sete regiões e, considerando seus dados estatísticos demográficos, propôs em quais cidades deveriam ser criados centros de tratamento e quais teriam institutos – também terapêuticos, mas hierarquicamente superiores aos centros, por ter um caráter gerencial –, sendo o mais importante o Instituto Nacional de Câncer, que seria fundado no Distrito Federal.

Figura 17 - Divisão do país em sete regiões, conforme proposto por Antonio Prudente.

Fonte: PRUDENTE, Antonio. Rêde Nacional Contra o Câncer. Projeto apresentado ao Exmo. Snr. Presidente da República e ao Exmo. Snr. Ministro da Educação e Saúde, São Paulo, s/d, p. 28.

Figura 18 - Divisão gerencial do país, conforme proposto por Antonio Prudente.

Fonte: PRUDENTE, Antonio. Rêde Nacional Contra o Câncer. Projeto apresentado ao Exmo. Snr. Presidente da República e ao Exmo. Snr. Ministro da Educação e Saúde, São Paulo, s/d, p. 28.

3.2 Litígios nos bastidores de um projeto contra o câncer: consensos e tensões políticas

Eles foram contemporâneos, tiveram assim, meio que uma disputa. Um era diretor do Serviço Nacional e outro era daqui. Como aqui estava emergindo como uma potência em câncer, né, logo os egos batiam.

Dr. Antônio Pedro Mirra¹⁴¹

O principal argumento de Antonio Prudente para convencer Getúlio e seu ministro, Gustavo Capanema, escorava nos módicos gastos públicos que o projeto requeria, especialmente em comparação com outras doenças. Fundamentava sua aposta na comoção – seja o apelo sentimental causado por uma doença insanável ou o medo gerado por ela – que o câncer seria capaz de suscitar entre aqueles que conhecessem suas consequências. O cardeal J. B. Montini, secretário substituto de Estado do Vaticano, dizia este se tratar de um “flagelo que é causa de tantas misérias e sofrimentos em toda a parte e que frequentemente se revela incurável” e, não por acaso, o papa Pio XII chegou a conceder para a Associação Paulista de Combate ao Câncer a “benção apostólica” (O ESTADO DE S. PAULO, 06/11/1949: 10)

Assim, Prudente alvitrava que os fundos necessários para a realização da “Rede Nacional contra o Câncer” fossem obtidos, num primeiro momento, por meio do apelo à generosidade do povo (que seria conquistada, por sua vez, conforme a doença e seus efeitos fossem divulgados entre a população), propondo, desse modo, uma “Campanha Nacional contra o Câncer” sob a epígrafe expressa pelo próprio Presidente da República: “é preciso, antes de mais nada, alarmar o povo”.

Em cada cidade que constitue a séde de uma Unidade da Rêde, deverão ser organizadas duas comissões. A primeira será formada por médicos e elementos representativos da localidade, sob a Comissão Executiva local da Campanha. A segunda será integrada apenas por senhoras, tendo por fim o trabalho de solicitação e arrecadação de donativos” (PRUDENTE, s/d: 13).

O irrefreável médico paulista ainda garantiu a doação inicial de um grande patrício, o Comendador Martinelli, que posteriormente se concretizaria em cinco milhões de cruzeiros (MARTINELLI, J. [carta], 29 dez. 1943, Rio de Janeiro [para] VARGAS, G., Distrito Federal). Metade desse valor foi destinado à Associação Paulista de Combate ao Câncer, em São Paulo, e outra à Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos, do Rio de Janeiro, ambas seriam vinculadas, então, à Campanha Nacional contra o Câncer. Por fim, o médico paulista se ofereceu para exercer a função de “Diretor-técnico” da Campanha, “cuja ação será extensiva a

¹⁴¹ Aluno do primeiro curso de residência do Hospital A. C. Camargo.

todo o território nacional”.

Não demorou para que um decreto fosse escrito pelo presidente Getúlio Vargas, que daria início a uma Campanha Nacional que iria:

- a) Angariar os fundos necessários para a construção de instalação dos Institutos de Cancer e Centros de Tratamento, que constituem as Unidades da REDE NACIONAL CONTRA O CANCER, cujo plano foi adotado pelo Governo Federal;
- b) Organizar e executar a propaganda popular contra o cancer, divulgando conhecimentos que facilitem o diagnóstico precoce dessa doença.¹⁴²

É verdade, contudo, que uma “campanha contra o câncer” já havia sido estabelecida em 1941, junto ao decreto-lei que anunciava a criação do Serviço Nacional do Câncer, mas que desconsiderava o aspecto voluntariado e contributivo da população. Assim, ao SNC competia organizar, orientar e controlar, em todo o país uma campanha investigativa, epidemiológica, profilática e terapêutica da doença, bem como de “vigilância dos doentes após tratamento” e “asilamento dos cancerosos necessitados”, mas a ideia de angariar fundos a partir da comoção social causada pela doença, talvez pela particularidade do *modus operandi* paulista, foi de Antonio Prudente.¹⁴³

Esse aspecto da Campanha pode ser notado com maior frequência a partir de 1946, quando a APCC deu início, em primeiro de maio, a uma série de eventos públicos e exposições que explicavam sobre a doença e formas de preveni-la, instituindo, a partir disso, uma ação permanente de arrecadação de donativos em São Paulo.

Um importante marco dessa “primeira barreira contra o terrível flagelo em sua marcha arrasadora” (O ESTADO DE S. PAULO, 24/05/1949: 10) foi a inauguração da Exposição “anti-cancerosa” na Galeria Prestes Maia. Aberta ao público todos os dias, das 13 às 22 horas, exibia “todas as armas de que dispõe o médico moderno para combater o insidioso mal” (O ESTADO DE S. PAULO, 01/05/1946: 10) e, ao longo de três anos, recebeu mais de 30 mil visitantes, arrecadando quase 16 milhões de cruzeiros (O ESTADO DE S. PAULO, 17/05/1949: 9).

No recinto da exposição, diversos médicos e especialistas explicavam aos presentes o que é o câncer e como se propagava, ao mesmo tempo que faziam exposição sobre as diversas

¹⁴² Documento sem número preciso, localizado no Fundo Gustavo Capanema, página 147, do CPDOC. O decreto data de 1943, mas talvez nem mesmo tenha sido sancionado, possivelmente devido os problemas que emergiriam entre Prudente e Kroeff. Independentemente disso, foi posto em prática seu aspecto de arrecadação monetária, mas com outros fins administrativos determinados pelo SNC.

¹⁴³ Diferenciamos a partir de iniciais minúsculas e maiúsculas, a campanha contra o câncer de 1941, da Campanha contra o Câncer proposta por Antônio Prudente.

peças anatômicas com lesões cancerosas exibidas na galeria. O mesmo espaço ainda abrigava uma sala de projeção, onde eram exibidas fitas educativas a fim de “facilitar ao leigo a compreensão do que vem a ser o cancer” (O ESTADO DE S. PAULO, 17/05/1949: 9).

Na Galeria também eram vendidos ingressos para diversos outros eventos. No Pacaembu, o time de futebol do São Paulo F.C. enfrentava o S. C. Corinthians para que o dinheiro do público fosse revertido para a Campanha. Automóveis, geladeiras e rádios eram rifados entre a população, enquanto bailes de gala, desfile de chapéus e filmes de cinema tinham seus ingressos vendidos com o mesmo fim contributivo. Clubes, como dos rotarianos, igualmente fizeram parte desse movimento, divulgando cartazes, folhetos e boletins educativos contra a moléstia. Escolas realizavam enormes gincanas, mobilizando seus alunos na arrecadação de dinheiro e grandes empresas ou empresários tinham seus nomes divulgados em listas nos jornais ao lado das cifras de suas doações. A partir de 1946, ano após ano acontecia a chamada “Corrida do Caranguejo” entre as senhoras e senhoritas da Rede Feminina de Combate ao Câncer. Nela, quem levantasse a maior quantia em donativos era premiada com um caranguejo de ouro, platina, brilhante e rubis, oferecido pela Casa Hanau.¹⁴⁴

Antonio Prudente chegou a criar o “dia de trabalho” e o funcionário que doasse o valor correspondente a um dia de expediente, caso fosse acometido por um câncer no futuro, seria tratado gratuitamente no hospital que seria construído com os fundos da Campanha. O médico Humberto Torloni (1924-2017), então estudante de medicina do quarto ano na Escola Paulista de Medicina e premiado com uma bolsa de estudos¹⁴⁵ da APCC por angariar mais recursos para a causa, narrou o seguinte sobre o evento:

Com essa moeda de troca fui às fábricas. Contava sobre a campanha de arrecadação para o chefe do departamento de recursos humanos da fábrica e ele me autorizava a falar no refeitório na hora do almoço. Não era preciso dar nada na hora, era só falar com o chefe do RH e autorizar a doação. Eu voltava em três meses para recolher o dinheiro. Também usei a rede escolar, conversava com as professoras, a diretora e as crianças. Esse trabalho me custou três segundas épocas, porque tinha de

¹⁴⁴ Fundada em 1862, a Casa Hanau, então na rua São Bento, era considerada a “mais tradicional e importante de todos os estabelecimentos de comércio joalheiro, por atacado, da capital paulista” no começo do século XX (BERNARDI, 2000: 41)

¹⁴⁵ Segundo o próprio médico: “Era uma bolsa para fazer especialização em anatomia patológica. Depois que treinei aqui, fui para os Estados Unidos. Prudente conhecia um dos melhores patologistas dos Estados Unidos, Lauren Vedder Ackerman, e me mandou para o Saint Louis, Missouri, na Universidade de Washington” (TORLONI Apud MARCOLIN; FIORAVANTI, 2014). Os jornais também anunciaram sua vitória: “Deverá seguir dentro de alguns dias para os Estados Unidos, a fim de fazer um estágio num dos seus maiores centros de cancerologia, o dr. Humberto Torloni, o primeiro vencedor da bolsa de estudos oferecida pela Associação Paulista de Combate ao Cancer ao estudante de medicina que obtivesse a maior quantia em donativos. O médico vencedor, quando estudante em 1946, no início da campanha, disputou com vários colegas o prêmio instituído pela A.P.C.C., conquistando-o angariando mais de 300 mil cruzeiros” (O ESTADO DE S. PAULO, 24/05/1949: 10).

estudar, trabalhar à noite e ainda recolher dinheiro. Chegou o último dia da campanha. A sede da tesouraria era na rua Benjamin Constant, onde ficava o consultório do Antonio Prudente. A gente tinha de deixar o dinheiro recolhido lá com o tesoureiro (TORLONI Apud¹⁴⁶ MARCOLIN; FIORAVANTI, 2014).

Dos quase 16 milhões de cruzeiros arrecadados entre 1946 e 1949 com a Campanha, parte desse dinheiro foi empregado na instalação de duas Clínicas de Tumores, uma no Hospital Santa Cruz, na própria capital – onde médicos e estudantes de medicina, nos informa Humberto Torloni, eram preparados e treinados enquanto o Instituto Central (Hospital Antonio Candido de Camargo) era construído – e outro na Santa Casa de Misericórdia de Santos.

Em São Paulo a “Campanha contra o Câncer” promovida pela APCC “lançou o toque de reunir para dar combate à insidiosa molestia, recebendo da população paulista, mesmo dos elementos mais modestos, a mais decidida cooperação” (O ESTADO DE S. PAULO, 24/05/1949: 10) e, desse modo, com diferentes segmentos sociais efetivamente sensibilizados e estimulados, em fins da década de 1940, o câncer já havia se tornado um inimigo comum a todos.

Figura 19 - Propaganda divulgada no jornal O Estado de S. Paulo, 25 de maio de 1946.

¹⁴⁶ TORLONI, Humberto. Humberto Torloni: nos bastidores da oncologia. Revista FAPESP, São Paulo, ed. 215, fev. 2014. Entrevista concedida a Neldson Marcolin e Carlos Fioravanti.

A Campanha acontecia em todo o país, sendo uma iniciativa do Governo Federal e do Serviço Nacional do Câncer, mas que foi mobilizada por diferentes grupos organizados em cada unidade da Federação. Isso porque, nos informa Prudente, “na discussão desse plano ficou estabelecido que a luta contra o Cancer nos Estados deve ser realizada, de preferência, por instituições particulares, com o auxílio de subvenções federais e estaduais” (O ESTADO DE S. PAULO, 27/06/1945).

Enquanto a Associação Paulista de Combate ao Câncer realizava essas ações em São Paulo, no Rio Grande do Sul coube à Sociedade Médica de Combate ao Câncer, dirigida pelo professor A. Saint Pastous, fazê-lo. Na Bahia quem assumiu esse compromisso foi a Liga Baiana contra o Câncer, enquanto no Ceará, como não havia uma associação voltada exclusivamente para essa questão, alguns entusiastas ansiavam por se inserir nesse movimento, como é o caso do médico Haroldo Juaçaba, que não perdia a oportunidade de trazer a temática do câncer à tona em discussões de agremiações médicas locais (ARAÚJO NETO; TEIXEIRA, 2018).

As medidas propostas pelo cirurgião Antonio Prudente, a “Rede Nacional Contra o Câncer” e a “Campanha Nacional contra o Câncer”, entretanto, não deixaram de causar um certo rebuliço entre os membros do recente órgão da União até então responsável por combater a doença em escala nacional, em especial no seu diretor, Mario Kroeff.

Com um programa aparentemente prescrito no Plano Nacional de Combate ao Câncer, proposto pelo Serviço Nacional do Câncer, o então diretor interino do órgão, Sérgio Barros de Azevedo, escrevia às autoridades governamentais que as pretensões estipuladas pelo projeto de Antônio Prudente, “em linhas gerais coincide com o programa já estabelecido”, de tal maneira que o médico paulista “naturalmente não está em pleno conhecimento de nosso programa e de nossas atividades que continuam a ser exercidas intensivamente e com os maiores sacrifícios” (AZEVEDO, S. B. [Carta] 3 mar. 1943, Rio de Janeiro [para] BARRETO, J. B.,¹⁴⁷ Distrito Federal). Além disso, em parecer sobre o plano de Prudente, Barros de Azevedo explica que o programa de ação nacional elaborado pelo SNC não foi enviado ao Ministro Gustavo Capanema por não contar com a deferência do Diretor do Serviço, então ausente do Brasil, mas que não deixava de ser um projeto que cuidou “do financiamento, por maneira mais pratica que a sugerida pelo Dr. Antonio Prudente” (AZEVEDO, S. B. [Carta] 4 mar. 1943, Rio de Janeiro [para] CAPANEMA, G., Rio de Janeiro).

¹⁴⁷ João de Barros Barreto, em 1943, exercia o cargo de Diretor do Departamento Nacional de Saúde no Rio de Janeiro, D. F.

Mário Kroeff, que estava nos Estados Unidos para um intercâmbio científico, ao saber do “Plano Prudente” encaminhado à Sergio Barros, escreveu uma longa carta para o ministro Gustavo Capanema, que se inicia e se encerra numa declaração de desânimo e desilusão, criticando as considerações do médico paulista, apresentadas justamente no período em que ele estava ausente do país e, principalmente, por se chocar com os interesses do próprio SNC.

Agora, porém, as notícias telefônicas, vindas do Brasil sobre os planos de Vossa Excelencia, trouxeram-me pessoalmente a desilusão dos homens e a convicção de que é precário o nosso esforço ao bem público, quando depende de outrem. Permita confessar a Vossa Excelencia que considero a reforma do Serviço Nacional do Cancer, feita durante a minha ausência, uma desconsideração ao seu diretor e uma ingratidão à minha pessoa, dados os serviços que tenho prestado aos doentes e ao meu país, através da medicina (KROEFF, M. [Carta] 9 mar. 1943, Nova York [para] CAPANEMA, G., Rio de Janeiro).

Tabela 5 - Semelhanças entre as propostas da Rede nacional contra o Câncer, por Antônio prudente, e o Plano Nacional de Combate ao Câncer, do SNC.

Rede Nacional Contra o Câncer	Plano Nacional de Combate ao Câncer
Construção de um Instituto Nacional de Câncer	Construção de um Instituto Central de Câncer
Divulgação de propaganda anticancerosa por todo o país	Intensa campanha de propaganda e de educação
Criação, em outros centros do país, de institutos regionais ligados às faculdades de medicina locais	Instalação de centros anticancerosos nas capitais, de preferência anexos aos hospitais gerais
Formação de técnicos e especialização de médicos ligados à Rede Nacional Contra o Câncer, bem como do público leigo	Educação de profissionais não médicos; educação dos médicos não especializados; e criação de cursos de aperfeiçoamento

Fonte: ANDRADE, Rômulo de Paula; LANA, Vanessa. Médicos, viagens e intercâmbio científico na institucionalização do combate ao câncer no Brasil (1941-1945). História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.17, supl.1, jul. 2010, p. 121.

Para tentar amenizar esse impasse, a Associação Paulista de Combate ao Câncer foi incorporada – após assembleia na própria Associação – à “campanha nacional contra o câncer” sob Decreto-lei n. 5.889, de 19 de outubro de 1943, ficando subordinada ao SNC. Antonio Cândido de Camargo, então diretor da APCC, chegou a enviar o Estatuto¹⁴⁸ da Associação para

¹⁴⁸ Estatuto da Associação Paulista de Combate ao Câncer está contido em 7 páginas e dividido em 27 artigos. Em resumo, “com sede e fôro nesta Capital de São Paulo e ação em todo o território nacional, associação civil de utilidade pública e intuítos não econômicos, com o capital realizado de 100:000\$000, e tem por fim intensificar por todos os meios ao seu alcance o combate contra o cancer (art. 4.0 dos estatutos). A duração da Associação será de 90 anos. Será administrada por uma Diretoria composta de um Presidente, dois Vice-Presidentes, um Secretário

que fosse aprovado pelo Presidente da República, contudo, como os incômodos não foram todos sanados, Mário Kroeff se esforçava para manter as rédeas da situação. Em correspondência privada ao ministro Gustavo Capanema, mas que “pensando, entretanto, devia sêr em caráter oficial”, o diretor sugere restrições ao projeto de estatuto da APCC:

No artigo 1º da “Associação Paulista de Combate ao Cancer” onde se lê “com ação em todo o território nacional” leia-se “subordinada ao Serviço Nacional de Cancer”.

No artigo 4º, letra b, onde se lê “Instituto de Câncer”, leia-se “Instituto Paulista de Cancer” ou “Instituto Regional de São Paulo”.

(...) esse título Instituto de Cancer, poderia futuramente acarretar colisões de nomenclatura e dualidade de atribuições, pois que ao Serviço Nacional de Cancer cumpre executar e controlar a luta contra o cancer em todo território nacional (KROEFF, M. [Carta] s/d, Rio de Janeiro [para] CAPANEMA, G., Rio de Janeiro).

O que se evidenciava nas tensões entre esses médicos, não era uma disputa de concepções quanto às questões que se relacionavam ao câncer, haja vista a semelhança dos projetos, mas quem assumiria o protagonismo nas ações de combate ao flagelo em território nacional. Vale ressaltar, contudo, que nem São Paulo, tampouco o Distrito Federal, estavam próximos de solucionar seus problemas no tocante aos carcinomas.

Durante a colação de grau da turma de 1940 da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o médico e então interventor federal, Adhemar Pereira de Barros, enquanto paraninfo, discursava para o público discente. Nessa ocasião, o futuro governador do Estado de São Paulo listava o “drama médico paulista”, de modo que os ouvintes apreendessem sobre os obstáculos que enfrentariam após a formatura. Dentre os principais elementos que compunham a lista de Adhemar Pereira, estava o “câncer e a falta de qualquer assistência hospitalar específica” (MOTA; SCHRAIBER, 2009: 350). Até meados da mesma década, a concretização dessa demanda emergiria no horizonte.

Geral, um Secretário Interino e um Tesoureiro, cabendo ao Presidente representar a Associação em Juízo ou fora dê-le. – Os estatutos só poderão ser reformados, quer no tocante a administração, quer quanto a qualquer outro de seus dispositivos, pela Assembléia Geral, e como estabelece o seu art. 17.0. A Associação se extinguirá quando a Assembléia Geral, especialmente convocada para esse fim, assim o deliberar por maioria de dois terços dos associados presentes. E no caso de extinção o seu patrimônio será entregue ao Governo do Estado de São Paulo, de acordo com o Decreto n. 10.352, de 21 de junho de 1939. Os sócios não responderão subsidiariamente pelas obrigações contraídas pela Diretoria, Conselhos ou qualquer dos seus membros”. Diário Oficial do Estado de São Paulo, terça-feira, 29 de agosto de 1939, número 198, ano 49, página 43.

3.3 O Instituto Central do Câncer - Hospital Antônio Cândido Camargo

O Instituto do Cancer não é apenas um Hospital. Mais, muito mais do que isso, é um centro de coordenação medico social dos elementos dessa luta contra a morte.

Georges Ariá, 1945¹⁴⁹

Eram duas as instituições do Estado de São Paulo voltadas exclusivamente para a questão do câncer, ambas de caráter filantrópico. A primeira, o Instituto “Arnaldo Vieira de Carvalho”, foi incorporado à “Campanha contra o câncer” em 1945 para ser, a partir de então, “subvencionado pela União e pelo Estado de São Paulo”.¹⁵⁰ A segunda, a Associação Paulista de Combate ao Câncer, nessa altura, já havia recebido do Governo do Estado de São Paulo a direção da luta contra o terrível flagelo.

Graças à Campanha, as doações recebidas estavam na casa dos milhões de cruzeiros e cresciam vertiginosamente. O próprio Getúlio Vargas, “que muito se empenha na solução do premente problema nacional”, sugeriu então ao Interventor Fernando Costa, a assinatura de um decreto autorizando a compra, pelo Estado, do Hospital Alemão.¹⁵¹

Quando o mundo estava em plena Segunda Guerra Mundial, em 28 de janeiro de 1943, o presidente dos Estados Unidos, Franklin Roosevelt se encontrou com o presidente brasileiro, com quem conversou sobre a participação do Brasil na guerra contra os alemães. Os americanos precisavam de uma base aérea em Natal como ponto de apoio para ações militares na África e, para isso, ofereceu alguns benefícios econômicos para o Brasil, que soaram atrativos ao presidente Vargas. Juntando-se, então, aos países que formavam o bloco dos aliados, o Hospital Alemão, como pertencente aos “súditos do eixo”, sofreu uma dura intervenção: a enfermeira-chefe, Gerda Ziefer, foi presa por sua postura resistente de oposição,¹⁵² a direção foi substituída por médicos nomeados, a instituição recebeu outro nome (Associação Hospital Oswaldo Cruz) e terminou em liquidação sob administração do Banco do Brasil, de modo que poderia ser entregue à APCC para que a organização providenciasse as reformas e instalações necessárias

¹⁴⁹ O ESTADO DE S. PAULO, 10/10/1945: 8

¹⁵⁰ Decreto-lei sem data precisa, encontra-se no Fundo Gustavo Capanema, página 315, do CPDOC.

¹⁵¹ Desde o início do Estado Novo, a política nacionalista de Vargas determinou, sob Decreto n. 383, de 18 de abril de 1938, que associações e agremiações fossem definidas como “estrangeiras” ou “nacionais”. Anos depois, as “estrangeiras” sofreriam uma série de restrições: seriam obrigadas a mudar o nome, atribuir presidência a um brasileiro e ter uma diretoria composta pela maioria de brasileiros. Assim o Hospital Alemão passou a se chamar Associação Hospital Rudolf Virchow e, em seguida, Hospital Oswaldo Cruz.

¹⁵² Sua prisão foi manchete no jornal “A Gazeta” de 23 de julho de 1942: “A enfermeira alemã foi presa”. Informação recolhida em artigo publicado por BERLOGI e SANNA (2015).

e o transformasse no Instituto Central de Câncer¹⁵³ (O ESTADO DE SÃO PAULO, 27/06/1945).

Figura 20 e 21 - Radiograma enviado pelo Interventor Federal de São Paulo ao Ministro de Educação e Saúde, Gustavo Capanema.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E NEGÓCIOS INTERIORES POLÍCIA CIVIL DO DISTRITO FEDERAL DIRETORIA GERAL DE COMUNICAÇÕES E ESTATÍSTICA RADIOGRAMA		GCH1938 02.05		CARIMBO DA ESTAÇÃO POLÍCIA CIVIL DO DISTRITO FEDERAL 1945	
DE: SÃO PAULO		NR. 4	Pls. 136	Dt. 1	Hr. 13,36
RECEBIDO DE: PYN 9		As. 16	Por	PECEGO	
Endereço	MINISTRO GUSTAVO CAPANEMA R I O				
Assinatura	CONSIDERANDO O ALTO INTERESSE DO PROBLEMA DO CANCER E CONHECENDO O TRABALHO DESENVOLVIDO POR ESSE MINISTERIO SOBRE ESSA IMPORTANTE QUESTAO VGTENHO AO PRASER DE COMUNICAR A VOSSENCIA QUE GOVERNO SAO PAULO VG INTERESSADO EM COLABORAR PROGRAMA DESSE MINISTERIO VG DESEJA INSTALAR IMEDIATAMENTE INSTITUTO CANCER VG NESTA CAPITAL VG APROVEITANDO HOSPITAL OSWALDO GRU				
Texto	CRUZ VG ANTIGO HOSPITAL ALEMAO VG QUE SE ACHA ATUALMENTE SOB ADMINISTRACAO BANCO BRASIL PT TENHO HONRA COMUNICAR VOSSENCIA QUE VG NESTA DATA VG ESTOU ME DIRIGINDO MINISTRO FAZENDA PRESIDENTE BANCO BRASIL DEMONSTRANDO INTERESSE DESTE ESTADO ADQUIRIR REFERIDO HOSPITAL CUJO PAGAMENTO DEVERA SER REALISADO TOMANDO SE COMO BASE A AVALIACAO JA FEITA POR AQUELE ESTA

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E NEGÓCIOS INTERIORES POLÍCIA CIVIL DO DISTRITO FEDERAL DIRETORIA GERAL DE COMUNICAÇÕES E ESTATÍSTICA RADIOGRAMA		CARIMBO DA ESTAÇÃO E DATA			
DE:		NR.	Pls.	Dt.	Hr.
RECEBIDO DE:		As	Por		
Endereço					
Assinatura	BELECIMENTO DE CREDITO PT SOLICITANDO VALIOSA COLABORACAO VOSSENCIA VG SENTIDO APRESSAMENTO SOLUCAO ASSUNTO ENVIO LHE CORDIAIS SAUDACOES PT				
Texto	FERNENDO COSTA INTERVENTOR FEDERAL				

¹⁵³ “A denominação ‘Instituto Central’ foi escolhida por ser dominante, à época, a ideia da necessidade da criação de várias ‘Clínicas de Tumores’, que deveriam ser sediadas nas principais cidades do Estado, ocorrendo, entretanto, apenas duas – Santos e Campinas, ambas de efêmera duração” (MIRRA, 1993: 5-6).

A transferência do Hospital “Oswaldo Cruz” à APCC, entretanto, nunca aconteceu. O Decreto Federal n. 16.992, de 26 de outubro de 1944 devolveu o hospital à associação mantenedora sem impor qualquer condição, antes mesmo do fim da Segunda Guerra. Após o conflito, Gerda Ziefer pôde sair da prisão – onde havia organizado, durante o período de detenção um serviço de assistência médica para as presas doentes¹⁵⁴ – e voltou para a Alemanha. A não concretização dessa oferta, entretanto, não se traduziu num obstáculo para a Associação que, no dia 9 de outubro de 1945, recebeu a doação de um terreno pelo Governo do Estado de São Paulo.

Para se formalizar o donativo, estiveram no palácio dos Campos Elíseos, o Interventor Federal Fernando Costa, junto do Secretário da Educação e Saúde Pública, bem como o vice-presidente da APCC, Luis do Rego, e os diretores do Instituto do Cancer de Buenos Aires, Angel Roffo, Elfonso Gandolfo e Bernado Guilhe, entre outros. Antonio Prudente não pôde comparecer, estava nos Estados Unidos,¹⁵⁵ mas presente “em espírito e comoção, vendo o desenvolver da grande obra que aqui iniciou”.

Doando-nos hoje este terreno, o Governo de São Paulo materializa as nossas aspirações, demonstrando sua alta compreensão dos nossos problemas médicos sociais. Nessa gleba, será erigido, com a ajuda de Deus e a boa vontade dos homens, o futuro Instituto do Cancer de São Paulo. (...) Agradecendo ao Sr. Interventor Federal e ao Governo de São Paulo, a generosa dádiva, torna publico o agradecimento dos 10.000 cancerosos existentes no Estado, velhos e moços, homens e mulheres, ricos e pobres, dessa multidão de todas as raças, seitas, classes, que sofre e que vê no futuro Instituto do Cancer de São Paulo, uma esperança para o lenitivo de seus sofrimentos e para a emancipação dos homens desse mal milenar e implacável (O ESTADO DE S. PAULO, 10/10/1945: 8).

¹⁵⁴ Revista informativa do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, p. 14. Acessado em 19/10/2017: <https://hospitaloswaldocruz.org.br/wp-content/uploads/2017/02/Revista-HAOC-Abr-Mai-Jun-2013.pdf>

¹⁵⁵ Durante seu intercâmbio científico - patrocinado pelo Governo Federal, a fim de “realizar pesquisas e trabalhos sobre o problema do câncer” (Carta de Capanema para GV- página 322 CPDOC) -, o Ministro Capanema lhe havia solicitado recolher “o maior número possível de dados, informações e estudos, que possam permitir-nos imprimir aos trabalhos profiláticos e assistenciais empreendidos rumos cada vez mais seguros” (*carta CAPANEMA PARA PRUDENTE*, CPDOC 323, 3 ago. 1945). Incumbido dessa missão, aos estadunidenses, o médico paulista não deixou de declarar que “o Brasil está movendo uma guerra contra o cancer, assim como promovendo uma campanha para possível cura de todos aqueles que já são portadores dessa terrível molestia” (O ESTADO DE S. PAULO, 10/10/1945).

Figura 22 - Assinatura pelo Interventor Federal, Fernando Costa, da escritura de doação do terreno para o Instituto do Câncer.

Fonte: O Estado de São Paulo, 10/10/1945: 8

Em 1947, a Câmara dos Deputados do Congresso Nacional decretou, em projeto assinado pelo Sr. Diógenes Magalhães (DECRETO n. 409, 1947), a concessão de um milhão de cruzeiros para a Associação Paulista de Combate ao Câncer, como auxílio para a construção do Hospital Antônio Candido de Camargo, que recebera esse nome em homenagem ao principal mentor de Antonio Prudente, falecido em janeiro daquele mesmo ano. Entretanto, a construção exigia uma enorme soma de dinheiro, além das dispendiosas instalações, de modo que a Campanha precisaria permanecer com novas estratégias de arrecadação.

Assim, frente a essas conquistas, não demorou para que, “afim de que o povo de São Paulo possa colaborar mais intimamente com os abnegados idealizadores da patriótica iniciativa”, fosse lançada a Campanha do Tijolo e do Cimento. “Cada tijolo custa 30 centavos e uma saca de cimento 33 cruzeiros e noventa centavos. Qualquer pessoa poderá doar quantas unidades estiver ao seu alcance, bastando que se dirija à Exposição do Mês do Câncer, na Galeria Prestes Maia (O ESTADO DE S. PAULO, 10/05/1949:10).

Figura 23 - Cartaz da APCC indicando onde seria construído o futuro Hospital A. C. Camargo (década de 1940).

**DEFENDA-SE DO
CANCER!**

A CAMPANHA DO CANCER DE 1946
Rendeu Cr.\$ 7.793.609,30
O TERRENO PARA O FUTURO INSTITUTO CENTRAL
Custou Cr.\$ 2.400.000,00
A AQUISIÇÃO DE RADIUM E APARELHOS
Custou Cr.\$ 1.027.130,60
Restam Cr.\$ 4.366.478,70
São necessários Cr.\$ 20.000.000,00 para completar o Instituto Central com o Hospital "Antonio Cândido de Camargo"

RUA VERQUETO
RUA JOSÉ GETÚLIO
RUA TAMANDARÉ

NESTE TERRENO
SERÁ ERGUÍDO O
INSTITUTO CENTRAL

**ACOMPANHE NOSSO TRABALHO E COOPERE NA
LUTA CONTRA O CANCER**

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE COMBATE AO CANCER
Alameda Barão de Limeira, 540 - 2.º andar - Fone 5-1408 - São Paulo
Campanha patrocinada pela Seção de Propaganda e Educação Sanitária

Fonte: Museu de Saúde Pública Emília Ribas.

Não somente, durante uma apresentação em mesa redonda televisionada pela TV Tupi em 1952, junto com outros especialistas, Prudente declarou ser necessária a soma de vinte

milhões de cruzeiros para o equipamento e manutenção do hospital durante três meses após sua inauguração. Frente a isso, o Deputado Scalamandre Sobrinho, em discurso na Assembleia Legislativa de São Paulo e em entrevista ao “Diário da Noite”, defendeu a hipótese de que essa quantia pudesse ser votada entre seus pares e de que o valor do selo médico usado em atestados, que custava dois cruzeiros, fosse aumentado para cinco cruzeiros, revertendo a verba arrecadada com essa medida, metade para a Associação Paulista de Medicina e outra metade dividida em partes iguais entre o Instituto “Arnaldo Vieira de Carvalho” e o Hospital A. C. Camargo, em favor dos doentes sem recursos.¹⁵⁶ Esse projeto, contudo, não foi votado.¹⁵⁷

Em 1952, quem presidia a Associação Paulista de Combate ao Câncer era o médico e professor Celestino Bourroul, que promoveu um grande jantar no restaurante “Sears” com os maiores investidores particulares da instituição – industriais, comerciários e pessoas de posses. Estes eram chamados de “comandos” e “oficiais”, porque recebiam patentes conforme o grau de participação financeira entre os “Comandos Contra o Cancer”. O propósito também era arrecadar fundos para manutenção e aparelhamento do Hospital. Prudente, então presidente do Conselho Técnico da entidade, narrou para os ouvintes a origem da APCC, nascida “praticamente do nada, para se tornar a detentora de um patrimônio superior a 80 milhões de cruzeiros”. Contudo, 80% dos doentes de câncer eram indigentes e necessitavam de amparo total, de modo que mesmo essa quantia era considerada escassa, já que “os indigentes de São Paulo custavam cerca de 80 mil cruzeiros por mês”. O médico paulista não deixou de agradecer a generosidade do povo, já que “os governos estadual e federal pouco contribuíram para tão grande obra, pois não chegaram sequer a doar 10% do total das doações da população paulista, as quais ultrapassaram a casa dos 30 milhões de cruzeiros” (O ESTADO DE S. PAULO, 22/05/1952: 11).

A essa altura, a construção do Instituto Central do Câncer já estava a todo vapor e o arquiteto responsável pelo projeto chamava-se Rino Levi,¹⁵⁸ que estava elaborando sua primeira obra hospitalar – de muitas encomendadas posteriormente. Ambicionava algo distinto

¹⁵⁶ Discurso proferido em sessão de 27 de março de 1952. Acervo da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo.

¹⁵⁷ Foi analisada documentação legislativa até 1956, três anos após a inauguração do hospital.

¹⁵⁸ Rino Levi (1901-1965) foi um arquiteto brasileiro de destaque entre 1920 e 1960. Chegou a participar do concurso para o plano de Brasília e lecionou na Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo. Sua assinatura (Rino Levi Arquitetos Associados), de configuração moderna, está em diversas residências e edifícios, teatros, cinemas, escolas, bancos, centro esportivos, garagens, projetos urbanísticos, indústrias e hospitais, no Brasil e no exterior. Parecia ter estreita relação com Antonio Prudente pois, além de assinar o Hospital A. C. Camargo (1947), também projetou três apartamentos para o médico paulista, dois em 1944, sendo um na Rua Helvétia, em São Paulo, e outro na Rua Pêro Correa da Silva, em São Vicente. O terceiro, em 1948, está localizado na Rua Avanhandava, todos no Estado de São Paulo (ARANHA, 2008).

das formas pré-estabelecidas convencionais, em formato E ou H, como no complexo da Faculdade de Medicina, e argumentava que seu projeto não deveria seguir o que estava sendo feito até então.

O projeto [elaborado em 1947] para o Hospital do Câncer, iniciado em 1948¹⁵⁹, também ordenou suas funções e circulações por três blocos interligados, adotando a distribuição segundo sua compreensão de projeto ideal. Nesse caso, a separação do ambulatório do serviço de internação do hospital, localizado na lâmina vertical, foi feita por meio da construção de uma ala independente de menor altura, solução que procurou poupar o uso cada vez maior de elevadores, adotando rampas para o fluxo dos pacientes. Dessa forma, fazia-se, também, a separação dos públicos pagante e não pagante. Na parte mais baixa do terreno, os arquitetos mantiveram serviços de facilidades para médicos e enfermeiras. Para manter a flexibilidade dos espaços internos, foram adotadas paredes leves compostas por divisórias, forro liso, modulação de aberturas e câmaras de ar contínuas entre as lajes do piso e do forro (COSTA, 2011: 53).

A separação dos volumes, dispostos independentemente sobre o declive no terreno, sanava algumas questões preocupantes para os médicos, como a circulação de ar e a iluminação das salas. A opção por lâminas permitiu a entrada do ar cruzado, de modo que estivesse sempre renovado, já que o mau cheiro das lesões ulceradas podia gerar um certo desconforto e até fobia entre os pacientes e a população. A iluminação natural também estaria garantida devido à disposição decrescente dos blocos e da utilização de *sheds*.¹⁶⁰ Prudente chegou a estudar o assunto na França, descrevendo suas impressões em palestra no Instituto de Arquitetos do Brasil:

Eles [os franceses] acham que o problema da iluminação é um problema ligado ao da contaminação cirúrgica. Foi [...] mas hoje não é mais tanto, porque o uso dos antibióticos, o nível ou a porcentagem de infecção que os cirurgiões têm é mínimo, de modo que já não há aquele cuidado tão especial em relação à iluminação que era considerada um elemento contaminante (PRUDENTE Apud¹⁶¹ COSTA, 2011: 55).

Essa mudança no conceito sobre a propagação da doença possibilitou alterações nas estruturas dos hospitais e, desse modo, diferentemente do sistema pavilhonar tradicional e optando por um edifício mais compacto e de vários andares, com vantagens que repousavam sobre a circulação de pessoas e serviços, calefação, limpeza e iluminação, Rino Levi imprimia

¹⁵⁹ O processo de tombamento foi suspenso pelo CONDEPHAAT. Processo SC n. 33.187/95, publicado no Diário Oficial do Estado de 20 de julho de 2000, p. 49.

¹⁶⁰ SHEDS: “Originalmente, termo inglês que significa alpendre. No Brasil, designa os telhados em forma de serra, com um dos planos em vidro para favorecer a iluminação natural. Bastante comum em fábricas e galpões”. Acessado em 24/10/2017: <http://www.ecivilnet.com/dicionario/o-que-e-shed.html>.

¹⁶¹ INSTITUTO de Arquitetos do Brasil. Departamento de São Paulo. Comissão de Planejamento de Hospitais. São Paulo: IAB, 1954.

as características modernas sobre as obras hospitalares paulistas. De fato, o monobloco apresentava muitas vantagens sobre a estrutura pavilhonar, principalmente no tocante à economia de tempo e dinheiro: menos gastos com terreno e menor tempo de circulação de médicos e pacientes, possibilitado pelos elevadores ou rampas. As instalações hidráulicas, térmicas, de esgoto ou eletricidade encontram-se mais concentradas, e a distância da poeira e dos ruídos fica garantida nos andares mais altos do prédio.

Figura 24 - Planta do Hospital A. C. Camargo.

Fonte: LEVI, 2001.

Figura 25 - Corte do Hospital A. C. Camargo.

Fonte: LEVI, 2001.

De volta ao restaurante “Sears”, Prudente informava que o Hospital teria capacidade para 210 leitos gratuitos e 90 leitos para pacientes pagantes.¹⁶² Cada leito custava três mil cruzeiros por mês, e assim o Hospital necessitava de “mantenedores de leito”, que contribuíssem mensalmente com essa importância. Os únicos que seriam capazes desse investimento estavam na indústria e no comércio, ou entre pessoas abastadas de São Paulo.

O primeiro leito foi logo acolhido pela Companhia de Melhoramentos Norte do Paraná, mas o Jockey Club Paulista não ficou nada atrás e comunicou a entidade que subscreveria 25 leitos por mês, no valor de 75 mil cruzeiros mensais. Em seguida, o sr. José Burlamaqui de Andrade, dono de quatro companhias, anunciou que cada uma de suas firmas assumiria a responsabilidade financeira por um leito e ele, pessoalmente, por outros três, totalizando 21 mil cruzeiros mensais. Madame Rosita, famosa modista à época, e Giulio Savi Scarpone, concessionário do restaurante onde ocorria o evento, também subscreveram um leito cada um. O Sesi, por sua vez, se comprometeu com a confecção de todos os uniformes do Hospital, que seria recebido por Carmem Prudente pela Federação das Indústrias de São Paulo (O ESTADO

¹⁶² Segundo Renato Anelli, a obra foi concluída com 169 leitos gratuitos e 45 leitos para pacientes pagantes (LEVI, 2001).

DE S. PAULO, 22/05/1952: 11), enquanto a firma Atlante S/A, doou para ser instalado no Hospital um consultório dentário completo, no valor de Cr\$78.000,00 (O ESTADO DE S. PAULO, 04/07/1952: 11).

Após essa comunicação, saudada com vivas e salva de palmas pelos presentes, o evento se encerrou com a nomeação das novas chefias dos “Comandos Contra o Cancer”,¹⁶³ até a próxima reunião, que ocorreria no mês seguinte.

Paralelamente, na Rede Feminina, ocorria a expedição nomeada “Toalha Mágica”, que consistia na divisão de um longo tecido em 32 partes e distribuído entre as esposas dos “comandantes” e “oficiais”. Em posse da toalha, as senhoras precisavam buscar assinaturas para seus pedaços, sendo que cada rubrica valia mil cruzeiros, podendo cada pedaço conter 30 nomes. Essa estratégia também colheu bons frutos e novas toalhas, a preços mais acessíveis, começaram a ser produzidas pela Rede Feminina (O ESTADO DE S. PAULO, 28/05/1952).

Como consequência desses esforços, a Associação Paulista de Combate ao Câncer junto à Rede Feminina de Combate ao Câncer, em 23 de abril de 1953, inaugurou o Hospital Antônio Candido Camargo.

¹⁶³ Descrevemos o segundo jantar no restaurante “Sears”, e listamos os novos comandos: Paulo Andrade, José Burlamaqui Andrade, Herman Moraes Barros, Francisco Garcia Bastos, Albino A. Figueredo, Marco Gasparian, Luis Junqueira Gonzaga, Armenio Gasparian, Eduardo Jafet, André F. Montoro, Romeu Montoro, Rafael Noschese, Rodolfo Ortenblad, Antonio Prudente, Karam Simão Racy, Hugo Sergio, Jaime Nogueira Silva Telles, Antonio Tacla, Afonso Vidal, José Geraldo Pinto Vaz e Decio Fernandes de Vasconcellos (O ESTADO DE S. PAULO, 22/05/1952: 11). No encontro seguinte, ocorrido em julho do mesmo ano, novos leitos foram adotados, sendo os responsáveis: Monções – Construtora e imobiliária, Marcel Modas Ltda, Casa Anglo-Brasileira, Fun[ilegível]rasil, Grasil S/A – Industria e Comércio, Serviço Social da Industria, Industria de Chocolate Kopenhage, Três Leões Cia. De Com. Nd. E Representações, Celencine Caldas Sarkis, Luiz P. Monteiro e Jean Claude Heymanh, todos com um leito cada. “Pelos melhores resultados apresentados, passaram a detentores das flâmulas: branca, o “comandante” Jayme Nogueira Silva, pelo maior número de leitos obtidos – 16; encarnada, o “comandante” dr. Rodolpho Ortenblad, pela maior soma de donativos na semana” (O ESTADO DE S. PAULO, 04/07/1952: 11).

Figura 26 - Fotografia do Hospital A. C. Camargo em selo donativo.

ESTE É O MAIOR HOSPITAL DE CANCER DA AMERICA DO SUL QUE V. AJUDOU A CONSTRUIR

Instituto Central - Hospital A. C. Camargo da Ass. Paulista de Combate ao Cancer - R. José Getúlio, 211 - S. Paulo

NÃO PERMITA QUE SE FECHÉ ESTE HOSPITAL
CONTRIBUINDO PARA SUA MANUTENÇÃO

Coopere com o LIONS CLUBE DA MOOCA na sua presente CAMPANHA CONTRA O CANCER enviando o seu donativo com o CUPÃO abaixo.

Deslaque e envie este cupão á C. P. 5171 - São Paulo

Declaro contribuir com a quantia de Cr\$
valor do incluso cheque a favor da)
que está á disposição da) As. P. de C. ao C.

NOME (legível)
ASSINATURA
ENDEREÇO
CIDADE

CAMPANHA DO LIONS CLUBE DA MOOCA

Fonte: O Estado de São Paulo, 06/10/1956

Considerada “uma grande vitória da iniciativa privada no campo da saúde, em nosso Estado”, o anúncio de sua inauguração foi tratado com muito entusiasmo pelo jornal, já que vinha para “inaugurar uma nova era para solução do câncer no Brasil”.

Em sua inauguração estiveram presentes o governador Lucas Nogueira Garcez e sua esposa, Carmelita Garcez, o cardeal Carlos de Vasconcelos Mota, o vice-prefeito, representando Janio Quadros, Porfírio da Paz, o diretor do Serviço Nacional do Câncer, Mario Kroeff, e outras autoridades, além de um numeroso público. Foi Maria Carmelita Leme Garcez, junto de Carmen Prudente, quem cortou a fita simbólica, inaugurando o prédio, logo após a benção do cardeal arcebispo. Antonio Prudente tomou a palavra, então, e dirigindo-se a todos, disse: “A inauguração deste Instituto constituía um anseio do nosso povo, uma aspiração de

muitos que contribuíram para sua realização” para em seguida render homenagens aos que morreram no decorrer de toda campanha para a construção do hospital, em especial ao seu professor e mentor, Antonio Candido de Camargo (O ESTADO DE S. PAULO, 25/04/1953: 11).

Essa inauguração, porém, não significou o fim dos problemas. “O programa da APCC está longe de estar cumprido”, informava Prudente aos ouvintes, “este Instituto para poder realizar a sua missão, deverá ainda ser ampliado”. O médico paulista acusava a falta de auxílio do município, de sete e meio milhões de cruzeiros, pela incompletude do hospital, mas não deixava de exaltar o fato de que o Instituto Central do Câncer era, agora, uma realidade. Segundo O Estado de São Paulo, “na opinião de técnicos nacionais e estrangeiros”, o Hospital poderia ser “considerado como uma vitória da arquitetura funcional brasileira”.

Com o funcionamento do Instituto Central, a Associação Paulista de Combate ao Câncer “estará apta a formar especialistas no combate ao terrível mal, em número suficiente não só para São Paulo, mas para todo o Brasil e mesmo para outros países” (O ESTADO DE S. PAULO, 25/04/1953: 11). Prevendo esse objetivo, foi construído um centro residencial, anexo ao Instituto, com capacidade para 35 médicos, que fariam estágio durante 40 meses, divididos em dois períodos: no primeiro os médicos frequentariam todos os departamentos (cirurgia, radioterapia, patologia, técnico-social, administração, assistência e medicina), qualquer que seja o ramo que pretendessem especializar-se; no segundo período os médicos se dedicariam exclusivamente à especialização escolhida.¹⁶⁴

Ainda assim e apesar de todas as conquistas, Prudente realmente tinha razão quando dizia que os problemas persistiriam. O deputado Hilário Torloni, irmão do médico Humberto Torloni, se mostrava furioso com o dirigente da Companhia de Gás de São Paulo, que “há cinco meses dorme nessa Companhia”. O Hospital não tinha o gás canalizado, o que gerava uma série de obstáculos, principalmente na cozinha e nos laboratórios. O deputado, enfurecido, questionava: “Qual a desculpa que a Companhia de Gás apresentará ao povo de São Paulo para justificar tal demora criminoso? [...] Que será necessário para convencer aos dirigentes daquela Companhia paleolítica da necessidade urgente de efetuar a ligação do gás no Hospital do

¹⁶⁴ A primeira turma de residentes formados no Instituto Central, em 1955, foi constituída pelos médicos: Antonio Pedro Mirra, Antonio Ribeiro de Amorim, Arthur Oscar de Souza e Sá, Clibas Corrêa, David Heiz-Erlich, Isidoro Dreicon, José Batista da Silva Neto, José Leite de Figueiredo, José Roberto Barreto Lins, Luciano Angelo Calvis, Normando de Bellis, Paulo Barbosa Caldas, Radion Schweler Barbosa, Salvador Antonio Sabino, Silvio de Freitas Cavalcanti e Walter Affonso de Carvalho. O primeiro chefe de residentes foi Alfredo Abrão. A maior parte desses médicos tornaram-se titulares do Hospital A. C. Camargo (MIRRA, 1993: 6).

Câncer?”.¹⁶⁵

Além de questões cotidianas como essa, os problemas financeiros prosseguiram. “As somas imensas que se têm gasto no Hospital e em todas as secções em que se desdobre o admirável empreendimento, tem vindo quase que unicamente do bolso popular. As subvenções oficiais são esporádicas e limitadíssimas”, afirmava o Deputado Osny Silveira, em defesa do seu Projeto de Lei N. 583, de 1954, que concedia seis milhões de cruzeiros à APCC. Quebrando a praxe da Assembleia, de não apresentar nenhum projeto visando à outorga de subvenção a qualquer instituição porque cada uma disporia de uma importância, “o governo do Estado não pode, de modo algum, ficar ausente desse problema”, afirmava, eufórico, o deputado que havia lido no dia anterior a matéria da “Fôlha da Tarde”, intitulada “Titânica luta contra a morte num hospital que vive por milagre”.¹⁶⁶

No ano seguinte, novamente, em sessão ordinária no dia 5 de maio de 1955, o deputado Carlos Kherlakian anunciava a situação financeira “verdadeiramente calamitosa” do Hospital A. C. Camargo. Em 1956, o deputado Gomes dos Reis acumulou, junto aos professores de São Paulo, a importância de 750 mil cruzeiros, destinada a ser entregue a Antonio Prudente, para que este pudesse instalar a primeira bomba de cobalto que viria “suavizar as dores daqueles que sofrem do mal do câncer”.¹⁶⁷ Rino Levi, novamente, foi quem projetou o edifício para que o recipiente fosse acoplado ao hospital.

É importante ressaltar, entretanto, que nem sempre o apoio era concedido. O Instituto Central tinha um departamento chamado “Quitandinha”, onde vendia mercadorias doadas em benefício dos indigentes por ela sustentada. Carmem Prudente, acompanhada por seu marido em visita às obras do IV Centenário de Fundação da Cidade de São Paulo, teve a ideia de instalar uma pequena “Quitandinha” de artigos brasileiros típicos para os visitantes do evento. Carmem, então em novembro de 1953, escreveu uma carta para Francisco Matarazzo Sobrinho, Presidente da Comissão das comemorações, solicitando autorização para ocupar uma das lojas no local. A devolutiva dizia que ela poderia ocupar, desde que pagasse mil cruzeiros mensais¹⁶⁸, valor considerado inviável pela APCC.

¹⁶⁵ Discurso proferido em sessão de 26 de agosto de 1953. Acervo da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo.

¹⁶⁶ Discurso proferido em sessão de 1 de julho de 1954. Acervo da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo.

¹⁶⁷ Discurso proferido em sessão de 22 de junho de 1956. Acervo da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo.

¹⁶⁸ Carta de Carmem Prudente, São Paulo, 27 de novembro de 1953. Carta de resposta de Matarazzo, São Paulo, 9 de janeiro de 1954. Arquivo Histórico Municipal.

Quando Francisco Matarazzo renunciou ao cargo de presidente da Comissão,¹⁶⁹ assumiu em seu lugar Guilherme de Almeida e, em março de 1954, outra carta foi enviada ao novo presidente, dessa vez assinada pelo médico Henrique Melega, então Diretor da Campanha. Menos ambiciosos, pediam um abatimento de 50% no preço de locação a ser cobrado pelo referido espaço, certos de que “as personalidades que compõem a nova Comissão haverão de compreender nossa finalidade”. Em abril chegou a resposta: pedido indeferido.¹⁷⁰ Nem tudo era possível em nome da beneficência e da luta contra o câncer.

Com ou sem um *stand* de vendas próprio da APCC, ocorreria no Parque Ibirapuera o IV Centenário de Fundação da Cidade de São Paulo. Muitos dos organizadores desse evento fizeram parte do histórico episódio de 1932, quando São Paulo foi derrotado pelas forças federais que, do ponto de vista paulista, representavam as regiões “inferiores” do país. Entretanto, o que se pretendia com essas comemorações era produzir a memória de uma vitória, “a vitória de São Paulo sobre suas rivais regionais e sua afirmação como um modelo para a nação” (LOFEGO Apud¹⁷¹ WEINSTEIN, 2015: 231).

Em 1954, São Paulo oferecia a si mesmo como evidencia de que nações como o Brasil tinham potencial para fazer parte do mundo industrializado. São Paulo já havia se tornado a maior cidade do país, passando o Rio de Janeiro em população, e a quantidade de indústrias no Estado era maior do que qualquer outro lugar da América Latina. Esse fenômeno merecia um programa maciço de comemorações, espetáculos e eventos culturais que marcassem não apenas o quarto centenário da fundação de São Paulo, mas seu notável triunfo (WEINSTEIN, 2015: 231).

Dentre esses eventos, estava o VI Congresso Internacional do Câncer, que ocorreu no Pavilhão das Indústrias do Parque Ibirapuera entre os dias 23 e 29 de julho. A consonância dessas solenidades não foi mera coincidência, porque não seria, afinal, São Paulo, “com efeito,

¹⁶⁹ O Carnaval de fevereiro de 1954 era prometido pelo Serviço de Divertimentos Populares como o mais espetacular da história de São Paulo. Contudo, se traduziu em um verdadeiro desastre. Certos artistas de samba e escolas não conseguiram aparecer como planejado, possivelmente devido à falta de investimento da comissão organizadora, que tinha um fundo limitado – sem total apoio do prefeito Jânio Quadros. Para piorar, os espectadores aguardavam, sob forte chuva, a apresentação de belas paradas e carros decorados, que terminou atrasando ainda mais por causa do mal funcionamento dos equipamentos. Quando a situação foi normalizada, boa parte do público já havia dispersado. Esse desastre exacerbou a relação ruim de Matarazzo Sobrinho com a administração municipal e, sob pressão do prefeito, Matarazzo renunciou ao cargo. Guilherme de Almeida foi escolhido no seu lugar, mas sem muita oportunidade para mudar o que já havia sido feito até então devido o pouco tempo restante até as comemorações (WEINSTEIN, 2015: 234-236).

¹⁷⁰ Carta de Henrique Malega, São Paulo, 25 de março de 1954. Carta de resposta de Guilherme de Almeida, São Paulo, 13 de abril de 1954. Arquivo Histórico Municipal.

¹⁷¹ LOFEGO, Silvio Luiz. IV Centenário da Cidade de São Paulo: uma cidade entre o passado e o futuro. Annablume, 2004.

a unidade da federação mais flagelada pelo morbo terrível? E por que será? É que São Paulo expia o amargo gravame da civilização” (O ESTADO DE S. PAULO, 09/06/1946).

O V Congresso havia ocorrido em Paris, em 1950, quando o Brasil lançou sua candidatura para sede do próximo, juntamente com a Grã-Bretanha. Antonio Prudente foi o proponente e, à época, já contava com um grande capital simbólico como vice-presidente da União Internacional Contra o Câncer. No ano das comemorações, o médico paulista não apenas trouxe delegados de 52 países e cerca de mil congressistas, como tornou-se, enfim, Diretor do Serviço Nacional do Câncer, publicando o resumo de todo Congresso numa edição especial da Revista de Cancerologia, em agosto de 1954.¹⁷²

Figura 27 - Mesa presidencial na sessão inaugural do vi congresso internacional do câncer.

Fonte: Revista Brasileira de Cancerologia, agosto de 1954.

¹⁷² Estão na fotografia, da esquerda para direita: 1) representante do general Estillac Leal, comandante da região; 2) Paulo Antunes, secretário da saúde do Estado de São Paulo; 3) Joseph Maisin, presidente da União Internacional contra o Câncer; 4) Luiz Nogueira Garcez, governador do Estado de São Paulo; 5) Antonio Prudente, presidente do Congresso; 6) Mario Pinotti, Ministro da Saúde; 7) Ministro Bolitreau Fragozo, representante do Ministro das Relações Exteriores.

Foi Miguel Couto Filho (1900-1969), primeiro Ministro da Saúde após a separação do Ministério de Educação e Saúde, quem nomeou o cirurgião paulista, em 23 de janeiro de 1954, para o cargo de Diretor do Serviço Nacional do Câncer. Durante sua gestão, além de trazer o VI Congresso Internacional do Câncer para o Brasil, o que representou uma inserção dos pesquisadores brasileiros numa questão de interesse global,¹⁷³ instituiu maio como o mês de Campanha em todos os Estados da federação, assim como fazia desde 1946 à frente da APCC, e deu início à construção de três novos hospitais: em Uberaba, Curitiba e Porto Alegre. Sua experiência frente à diretoria, contudo, foi curta, porque em agosto do mesmo ano Vargas cometeu suicídio e as mudanças do governo Café Filho interferiram no exercício de Prudente que terminou substituído por Ugo Pinheiro (CARVALHO, 2006: 138-139). O médico voltaria ao cargo, posteriormente, em 1961-1963.

Em 17 de setembro de 1965, o trecho da rua José Getúlio, no bairro da Liberdade, onde estava localizado o Hospital A. C. Camargo foi renomeado para Prof. Antonio Prudente. Essa foi a homenagem que a Câmara Municipal, em projeto apresentado por Marcos Melega, prestou ao prestigiado cirurgião paulista que havia falecido naquela tarde.

Carmen Prudente assumiu a presidência do Hospital do Câncer, além da Rede Feminina que havia fundado. Manteve contato diário com empresários e outros possíveis doadores, sempre empenhada em expandir o hospital e seu atendimento. Mas nem apenas com dinheiro era possível ajudar e, assim, criou o “Batalhão Cor de Rosa”, uma teia de voluntários que faziam um pouco de tudo: apoiavam emocionalmente os pacientes, acompanhavam os doentes nos exames, recolhiam doações, etc. Por tantas assim, em 1980, Carmen chegou a receber o Prêmio Saint-Vincent de “Mulher do Ano”, na Itália.

No dia 3 de junho de 2001, a Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, sob o projeto de lei n 329, de 2001, decretou que se denominaria Fundo Social “Carmen Prudente”

¹⁷³ “Seria em 1954 que nos projetamos aos olhos do mundo, com a realização, em São Paulo, do VI Congresso Internacional de Câncer, sob a brilhante dinâmica presidência do Professor Antonio Prudente, ao qual compareceram quase 1000 congressista”, escreveu Jorge de Marsillac, em 1960 (MARSILLAC, Jorge de, Finalidades e Fundamento das Clínicas de Prevenção e Diagnóstico do Câncer, Revista Brasileira de Cancerologia, vol. 17, n° 21, 1960, p.16 Apud Carvalho, 2006: 171-172). Foi também nesse evento que Prudente escolheu Humberto Torloni para ser secretário da mesa sobre padronização da nomenclatura dos tumores. “Tive que traduzir um manual com nomes de tumores e o código”, informou Torloni. “O presidente da mesa era um americano chamado Harold Stewart, mas tinha representantes de vários países. (...) Em 1957, Stewart me escreveu para avisar de uma reunião em Oslo, na Noruega, a pedido da OMS. Quem patrocinava a União Internacional contra o Câncer, a UICC, uma agência não governamental. O congresso da UICC obrigou a OMS a correr com a normalização da classificação internacional dos tumores e o Stewart me indicou para o novo congresso”. Humberto Torloni foi o representante brasileiro na padronização do código internacional para as neoplasias. TORLONI, Humberto. Humberto Torloni: nos bastidores da oncologia. Revista FAPESP, São Paulo, ed. 215, fev. 2014. Entrevista concedida a Neldson Marcolin e Carlos Fioravanti.

de Solidariedade o Fundo Social de Solidariedade do Estado de São Paulo (FUSSESP) e, desde 2003, leva seu nome o Complexo Ambulatorial dentro do próprio Hospital A. C. Camargo, especialmente voltado às mulheres em tratamento de tumores de mama e ginecológicos. Aos 89 anos de idade, Carmem Annes Dias Prudente havia falecido no Rio de Janeiro.

Independentemente de qualquer disputa política, o que se evidenciou ao longo dessa narrativa é que público e privado se misturavam, em São Paulo, para sustentar uma verdadeira guerra contra essa dispendiosa doença.

Em 31 de dezembro de 1973, a Associação Paulista de Combate ao Câncer, reformando amplamente seus estatutos, transformou-se na “Fundação Antonio Prudente”, cujos regimentos sociais foram registrados em março de 1974. Durante a década de 1970, o Hospital se via em déficit tanto pelo aumento da demanda quanto pela falta de repasse do Poder Público. Mantinha convênio com o INPS, recebia doações particulares e fazia atendimento privado. Para solucionar essa situação, planejou-se a construção de um novo prédio em terreno anexo, com nove andares e que começou a ser construído entre 1973 e 1979, mas equipado apenas 4 anos depois de pronto, devido a dificuldades financeiras (MOTT et al, 2011).

A Fundação mantinha todo o Instituto Central, composto pelo Hospital A. C. Camargo (que desde 1961 era considerada instituto complementar da Universidade de São Paulo), a Escola de Cancerologia Celestino Bourroul e o Centro de Estudos e Centro de Pesquisas Básicas Haroldo Levy (ex-presidente da APCC).

Tanto o Hospital A. C. Camargo,¹⁷⁴ quanto sua mantenedora, a Fundação Antonio Prudente, persistem até hoje. O câncer também.

¹⁷⁴ Atualmente o Hospital atende convênios, clientes particulares e o Sistema Único de Saúde.

Capítulo 4 - A longa duração: as quatro permanências do câncer

O cancro é a enfermidade mais terrível, e de tal condição que basta o nome para assustar, e pôr em consternação, e penalidade aos enfermos, e ainda aos cirurgiões.

Antonio Gomes Lourenço, 1774.¹⁷⁵

A longa duração, conforme explicitada na introdução desse trabalho, se manifesta a partir da pesquisa histórica. Trata-se de uma categoria de tempo elaborada por Fernand Braudel que, ao debater com Lévi-Strauss, explica que o saber histórico não necessariamente exclui o conceito de estrutura, mas o compreende como um imaginário permanente, quase imutável, que influi diretamente na realidade social. Não se trata de uma completa estagnação, mas de uma mudança vagarosa e arrastada.

Assim, Braudel divide o tempo em três grandes categorias que coexistem e dialogam: 1) O tempo dos acontecimentos, ou tempo de curta duração; 2) O tempo das conjunturas, ou tempo médio; 3) O tempo das estruturas, ou tempo da longa duração.

Se no primeiro capítulo abordamos uma série de eventos factuais e enquadrámos esses episódios na primeira categoria de tempo, tencionamos agora nos lançar sobre a longa duração para capturar sintomas que se mantêm praticamente estáveis geração após geração, independentemente da conjuntura, e apreender, desse modo, a idiossincrasia dessa manifestação na experiência paulista. Cabe-nos rememorar que as permanências históricas acabam sendo sustentáculos ou obstáculos de um determinado hábito cultural, que impedem sua superação.

Desse modo, além de depreender as permanências relativas ao câncer, ansiamos por elencar os sustentáculos e obstáculos ocasionados pelas neoplasias em São Paulo. Para isso, selecionamos, a partir de nossa investigação, quatro elementos que julgamos fundamentais sobre os carcinomas e que podem ser notados em diferentes épocas e lugares, sem grandes mudanças, senão em sua superficialidade: 1) sua nomenclatura, 2) sua invencibilidade, 3) sua individualidade e 4) o “estatuto maldito” que o acompanha.

¹⁷⁵ O Estado de S. Paulo, 18 de março de 1925, pág. 4.

4.1 Primeira permanência: Nomenclatura

Práticos e físicos utilizaram diferentes termos para se referir ao câncer ao longo da história: *canker*, *cancrum*, *crancri*, *cancer*, *kanker* e *chancre* foram alguns dos nomes encontrados. Nem todos referiam-se a um conjunto idêntico de sintomas, por vezes denotando tumores cancerosos e em outros casos feridas graves ou permanentes. O ponto de divergência entre as diferentes nomenclaturas empregadas é difícil de identificar com precisão em termos práticos, mas é certo dizer que todos derivam da mesma raiz etimológica, do grego *karkinos* (*Καρκινός*) ou “caranguejo”.

Foi Galeno quem explicou a metáfora do “caranguejo”, utilizada por Hipócrates. Referindo-se ao câncer de mama, ele explicou que este aparece comumente “in a shape and form similar to a crab, and we see the veins, like its legs, extending from both sides”.¹⁷⁶ Avicenna, séculos depois, iria além das características morfológicas e acrescentaria uma outra semelhança entre o câncer e o caranguejo: o comportamento. Para o médico persa, o câncer é tenaz, tal qual o caranguejo, para segurar ou se prender ao órgão. “The Latin elaboration became more suggestive in emphasizing the predatory character of both tumor and animal, as clinging to its 'prey' with 'a fierce tenacity' (DEMAITRE, 1998: 622).

Uma definição figurada e pré-moderna descrita no *Oxford English Dictionary* endossa essa imagem ao dizer que o câncer é “algo que desgasta, corrói, corrompe ou consome vagarosa e secretamente” o corpo. Durante o século XVI, um inglês (chamado Thomas Paynell) afirmou que “o câncer é um melancólico apostema que come partes do corpo”. No projeto de enciclopédia de Novalis (1772-1801) escrita por volta de 1798, o câncer é definido da mesma forma que a gangrena, como “parasitas emplumados – eles crescem, são engendrados, segregam, comem, etc”. Susan Sontag, uma escritora estadunidense que foi vítima de câncer em 2004, descreveu a doença como “uma gravidez demoníaca” justamente porque essa “substância está viva, como um feto com sua vontade própria” (SONTAG, 1984: 15-20).

Ao longo de gerações, temos algo em comum sob o designativo etimológico dessa doença: a percepção de que o corpo está sendo consumido. Essa caracterização é sustentáculo de uma noção imediata: o caráter ontológico do câncer. A permanência do nome sustenta a ideia

¹⁷⁶ “*In mamillis quidem sepe vidimus cancro similem effigiem atque formam unde et nomen ex similitudine accepit: nam sicut illi pedes ita et huic vene protense ex utraque parte cernuntur*” (GALENO, *De febris ad Glauconem* (n. 35), fol. 241ra. Apud DEMAITRE, 1998:620)

de que a doença tem uma existência autônoma, independente do corpo onde ela ocorre. O câncer seria, então, uma moléstia milenar com biografia própria.¹⁷⁷

O tumor que no começo o incomodava, depois o apavorava, agora tinha adquirido direitos próprios. Não era mais o tumor que fazia parte dele, mas ele é que fazia parte do tumor (SOLJENITZINE, 1969: 382).

Foi dessa forma que Alexandre Soljenitzine, em Pavilhão dos Cancerosos, descreveu o estado de alguém acometido pela doença. Como se a identidade de qualquer pessoa esvaísse frente ao inexorável crescimento de um tumor famélico, de modo que sua história se confundisse com a da própria doença. John Green ilustra um caso semelhante, quando narra a história de Hazel Grace, uma jovem adolescente que sofria com um câncer de tireoide, no momento em que ela e Augusto Waters, seu futuro namorado, conversavam:

— E aí? Qual sua história? – Ele perguntou, sentado do meu lado, a uma distância segura.
 — Já contei minha história para você. Fui diagnosticada quando...
 — Não, não a história do seu câncer. A sua história. Seus interesses, passatempos, paixões, fetiches etc (GREEN, 2012).

Essa noção não se alterou ao longo do tempo, fundamentalmente porque o câncer estava associado, num primeiro momento, exclusivamente ao crescimento de um tumor, isto é, sua camada mais superficial, rígida e avantajada: o caranguejo sob a areia percebido por Hipócrates. Embora a compreensão sobre os neoplasmas tenha se alterado profundamente conforme o próprio caminhar da história, a ideia de que o paciente era “invadido” por uma substância estranha permaneceu. Nesse caso, partículas que se multiplicavam incontrolavelmente no corpo do sujeito, causando um bloqueio de suas funções vitais, capaz de diminuí-lo, e fazendo-lhe enrugar ou encolher, para enfim lhe tomar de assalto sua identidade e história.

A implicação imediata do caráter ontológico do câncer está em sua analogia como uma criatura. Essa correspondência influenciou abertamente no modo como as pessoas acometidas pela moléstia seriam diagnosticadas e tratadas. Em 1687, por exemplo, o prático William Salmon reportou o caso de um médico que curou seu paciente entregando-lhe uma bebida feita a partir de vermes capturados em velhos troncos de madeira. Após passar manhãs e tardes

¹⁷⁷ Não por acaso, em 2010 o médico Siddhartha Mukherjee lançou o livro *The Emperor of All Maladies: A Biography of Cancer*, lançado no Brasil pela Companhia das Letras dois anos depois, como *Imperador de Todos os Males: Uma biografia do Câncer*.

bebendo a substância medicinal, uma criatura escura, semelhante a uma minhoca ou lombriga, de muitas patas, veio à tona a partir do tumor ulcerado. Após esse evento, o câncer foi curado rapidamente (SALMON, 1687 Apud¹⁷⁸ SKUSE, 2015: 67-68).

Esse posicionamento não representa todo leque de crenças acerca dessa doença, mas se trata de uma das abordagens desse espectro, e que ocupa uma posição central. O uso de novas tecnologias, como o microscópio, que permitiu a descoberta de um mundo de criaturas invisíveis aos olhos, proveu a oportunidade prática de reforçar essa noção. Muitos sábios permitiam-se basear na teoria do “câncer-verme” e, não por acaso, trabalhos sofisticados de cirurgia divulgavam esse entendimento, como no caso do “Course of Chirurgical Operations Demonstrated in the Royal Garden at Paris”, de 1733:

Some believe that the ulcerated Cancer is nothing else but a prodigious Multitude of small Worms, which by little and little devour all the Flesh of the Part: What made room for this Opinion, is, that with the *Microscope* we have sometimes discerned some of these insects in Cancers; and that putting a bit of Veal on the Ulcer, the Patient has felt less pain; because say they, these Worms then feeding on the Veal, leave the patient at rest for some time (DIONIS, 1733: 249).

O impacto na terapêutica sob essa compreensão se dava nos seguintes termos: quando o câncer era percebido como uma doença geral, os médicos tinham receio de inquietar a moléstia, de “incomodá-la” com intervenções objetivas, porque isso a faria agir com maior rapidez. O próprio pai da medicina recomendou algo nesse sentido, quando em seus aforismos escreveu que cânceres não deveriam ser molestados, caso contrário tornar-se-iam fatais (MARKS, 1817). Em seguida, quando imperou a ideia de que os carcinomas eram doenças locais, prevaleceu a noção de que a substância precisava ser extraída imediatamente do corpo do indivíduo antes que o consumisse até a morte. Estava fora de questão mimar o paciente, como defendia Halsted no final do século XIX. Se um corpo estava sob ataque, sendo invadido, o único tratamento seria o contra-ataque. “Para males desesperados, só remédio enérgico, ou nenhum”, escreveu Shakespeare em Hamlet.¹⁷⁹

No século XX a terapêutica para o câncer chegou a ganhar conotações militares, “a radioterapia usa as metáforas da guerra aérea: os pacientes são ‘bombardeados’ com raios tóxicos. E a quimioterapia é a guerra química, usando venenos.¹⁸⁰ O tratamento objetiva ‘matar’

¹⁷⁸ SALMON, William, *Paraieremata, or Select Physical and Chirurgical Observations*. London, 1687, p. 378.

¹⁷⁹ Cena III. Acessado em 16/11/2017: <http://www.ebooksbrasil.org/eLibris/hamlet.html>.

¹⁸⁰ “As drogas do tipo mostarda nitrogenada (os chamados agentes alquilantes), como a ciclofosfamida (Citoxan), constituem a primeira geração dos medicamentos usados contra o câncer. Seu emprego na leucemia, que é caracterizada por uma produção excessiva de glóbulos brancos imaturos e depois em outras formas de câncer, foi

células cancerosas” (SONTAG, 1984: 83), afinal, “se não matamos o tumor, matamos o paciente” (MOLONEY, 1997 Apud¹⁸¹ MUKHERJEE, 2012: 176).

Seu caráter ontológico hostil, que culmina em uma zoomorfização agressiva, e seu aspecto, que dependendo da gravidade pode assumir um visual disforme no corpo do doente, foram os elementos determinantes sobre o qual a noção de “malignidade” ganhou terreno e a natureza “vil” do câncer foi disseminada. A dor causada pelos neoplasmas também pode ser considerada um elemento decisório tanto para seu diagnóstico quanto para fundamentação de seu caráter maligno, quiçá, punitivo, e o caranguejo permaneceu comumente associado à aflição de suas vítimas.

O nome alegórico que perdura há milênios e seus sustentáculos, que possibilitaram a difusão da ideia de que nosso corpo está sendo consumido por um pernicioso inimigo externo, obstaculiza uma maneira depurada de pensamentos metafóricos sobre esse fenômeno biológico específico. O próprio nome da doença, dita em voz alta, é considerada como a violação de um tabu, como se o termo “câncer” mascarasse um nefasto poder místico.

Entre os registros de um curso de cancerologia oferecido pela Universidade do Rio de Janeiro, estavam o do então médico e reitor Leitão Cunha, que divulgava um registro acerca da origem etimológica do termo “câncer”, trazendo à tona, conforme a comprovação histórica nos garantiria, a mesma zoomorfização da moléstia:

[...] corresponde em vernáculo a caranguejo, teria sido preferida pelos antigos no dizer de NYSTEN, ou porque lhes tenham parecido comparáveis às patas de um desses crustaceos as veias e demais vasos dilatados que ameúde irradiam da ulceração blastomatosa, ou porque tenham suposto que um animal parasito devorasse os tecidos interessados (CUNHA, 1935: 5).

Durante o primeiro quarteto do século XX, a doença era geralmente identificada por sua sede topográfica no corpo do indivíduo doente, e assim eram representados nos primeiros anuários estatísticos demográficos de São Paulo (câncer da cavidade bucal, do estômago, do fígado, do peritônio, do seio, dos órgãos genitais, do intestino, etc), posteriormente, quando as

sugerido por uma inadvertida experiência na guerra química em fins da Segunda Guerra Mundial, quando um navio americano, carregado com gás de mostarda, explodiu no porto de Nápoles [na verdade, em Bari] e muitos marinheiros morreram, mais em consequência da redução letal de glóbulos brancos e plaquetas, isto é, envenenamento da medula, do que das queimaduras ou da ingestão de água do mar” (SONTAG: 1984:83-84).

¹⁸¹ MOLONEY, William C; JOHNSON, Sharon. *Pioneering Hematology: the Research and Treatment of Malignant Blood Disorders – Reflections on a Life’s Work*. Boston: Francis A. Countway Library of Medicine, 1997.

instituições de Saúde Pública já estavam consolidadas no Estado de São Paulo, a Seção de Propaganda e Educação Sanitária (SPES) do Departamento de Saúde do Estado de São Paulo – do qual voltaremos a falar em breve – elaborou um manual sobre o câncer (distribuído gratuitamente) com o propósito de atualizar o leitor e deixá-lo “a par das investigações contemporâneas” feitas sobre a moléstia.

As representações sobre o câncer, nesta publicação de 1942, atribuíram novas designações aos tumores, não mais pela região, mas pelo tipo histológico do tecido neoformado, acrescido da terminação “oma” (tumor). Assim, por exemplo, um tumor que se originasse no músculo formado por um tecido conjuntivo receberia o nome de “sarcoma” (“sarco”, carne), se maligno, ou, se benigno, “fibroma” (tumor no tecido fibroso), “condroma” (tumor no tecido cartilaginoso), osteoma (tumor no tecido ósseo), lipoma (tumor no tecido gorduroso) e mixioma” (tumor no tecido mucoso).

Esse processo possibilitou uma variação enorme de nomenclaturas que, atualmente, somam quase duzentas nomeações. Fato que à época já era considerado um problema, porque tantas novas designações apresentavam “dificuldades e imperfeições explicáveis pela heterogeneidade do processo mórbido e, pelo desconhecimento da etiopatogenia dos cânceres” (PINTO JUNIOR, 1942: 25). Não obstante, essa multiplicidade de nomenclaturas terminou aglutinada sob a designação “câncer”, justificada cientificamente por uma característica comum: o crescimento desordenado e incessante de um grupo de células do organismo vivo.

Apenas as leucemias tornaram-se exceção:

As células das leucemias reproduzem tipos celulares definidos, não degeneram e nem se apresentam monstruosas, caracteres esses infalíveis nas células cancerosas. O que parece é que na leucemia haja uma hiperplasia de glóbulos brancos, que não tendo tempo de evoluir, aparecem no sangue sob formas primitivas. (...)

Há leucemias lymphoides, myeloides, de células indiferentes, monocyticas, phasmacellulares (...) mas, em todas ellas há um tipo celular definido, o que não se observa no cancer. A hyperplasia póde ser motivada por um agente infeccioso, mas, leucemia não é cancer (QUEIROZ, 1926: 231).

Ainda assim, eram os cancerologistas que comumente se debruçavam sobre as leucemias e, não por acaso, chamavam-na “câncer do sangue”. Desse modo, atribuíam o reconhecimento científico e social de um modelo/representação sob o designativo “câncer” a uma disfunção nas células sanguíneas.

De qualquer maneira, seja do ponto de vista mais superficial, como o topográfico, mais interno e microscópico, como o histológico, ou ainda mais profundo e estatístico, como o hematológico, em todas as formas de abordagem clínica a percepção permanente de que o corpo estava sendo consumido era notória. Não por acaso, a nomenclatura de um flagelo aparentemente ahistórico, porque imutável, e suas consequências (sustentáculos e obstáculos), também se manifestavam no Estado de São Paulo.

A capa do livro divulgado pelo SPES em 1942 (Figura 28) apresenta um zoomorfismo comum da doença: um caranguejo atravessado por uma ponta aguda, como de uma flecha. Já um dos cartazes¹⁸² do Serviço Nacional do Câncer (Figura 29), dirigido pelo médico Mario Kroeff, nos presenteia com a figura de um crustáceo gigante que, sobrevoando a cidade, agarra indistintamente seus cidadãos, fazendo com que sangue verta de suas vítimas; enquanto o outro (Figura 30) nos apresenta um caranguejo apunhalado por uma pessoa portando uma faca ou bisturi. Ao fundo, nuvens escuras e um avião de guerra, que remete à ideia de bombardeiro e luta contra um mal (seja a doença ou os nazistas).

Figura 28 - Manual distribuído gratuitamente pelo SPES, 1942

Fonte: Museu de Saúde Pública Emílio Ribas.

¹⁸² Retirados de COSTA, Manuela Castilho Coimbra; TEIXEIRA, Luiz Antonio. As campanhas educativas contra o câncer. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 1, p. 223-241, July 2010.

Figura 29 - Cartaz profilático do Serviço Nacional do Câncer, década de 1940.

Fonte: Acervo Mário Kroeff.

Figura 30 - Cartaz profilático do Serviço Nacional do Câncer, década de 1940.

Fonte: Acervo Mário Kroeff.

O médico Antonio Costa Pinto Junior, autor do manual do SPES, argumenta no livro que esse tipo de divulgação científica poderia conduzir ao terror ou à “cancerofobia” que, segundo sua própria análise, é um receio útil, porque traz o doente ao médico. Segundo ele, apenas provocando a emoção nos cidadãos que se produzirá uma reação eficaz, além de que “está provado que o medo, uma simples fobia, não mata ninguém” (1942: 15). Sua opinião era corroborada por Carlos Prado, que ao escrever no jornal *O Estado de S. Paulo* algumas “Considerações sobre o Cancer”, dizia ser “necessário criar e manter, no seio da população, este espírito de alarme” (16/06/1946). Por fim, defendia o mesmo o professor José Morais de Camargo, para quem “Dizer que a fobia provoca o cancer é concordar com o rei Cippus, que amanheceu com chifres por que, assistindo uma tourada, com ela sonhou, durante toda a noite. É preferível essa fobia sem o cancer, do que o cancer sem a fobia (O ESTADO DE S. PAULO, 16/06/1946).

A Galeria Prestes Maia, que desde 1946 mantinha uma exposição sobre o câncer no centro da capital graças à iniciativa da Associação Paulista de Combate ao Câncer, exercia esse papel de disseminação do pavor, como um dínamo do pânico, de modo que, narra Carlos Prado, “muitos amigos meus, que visitaram a exposição, saíram de lá persignando-se, horrorizados, descobrindo um tumor maligno em cada sítio do corpo. Hoje, muitos deles, acossados pelas lendas e pelos números da Exposição, correram aos clínicos, aos radiologistas, aos cirurgiões e de lá voltaram cheios de paz e de euforia” (O ESTADO DE S. PAULO, 16/06/1946).

Com um sentido semelhante, que atribui um caráter ontológico, zoomórfico e de terror ao carcinoma, a Rede Feminina de Combate ao Câncer produziu um cartaz (Figura 31) onde uma mulher nua, completamente indefesa, sofre a ofensiva de um monstruoso caranguejo, mas com uma mensagem clara: “Ajudem a combater o cancer. Alistem-se”. Ideia que é reforçada pelo cartaz divulgado pela Associação Paulista de Combate ao Câncer (Figura 32) na mesma época, onde Antonio Cândido de Camargo, então presidente da entidade, numa postura que lembra muito o icônico pôster do Tio Sam (Figura 33) arrolando homens e mulheres para um esforço de guerra, é retratado recrutando pessoas no combate a um inimigo que, na década de 1940, já havia se tornado comum a todos os paulistas.

Essa campanha, que assume o vocabulário e uma estética belicista, se dá não apenas com o propósito de convocar a população para um diagnóstico precoce, mas também de incentivo e doação financeira. Assim, podemos ler na parte inferior do cartaz: “Ofereça um dia do seu trabalho para a guerra contra o CANCER”.

Figura 31 - Cartaz da Rede Feminina de Combate ao Cancer, década de 1940.

Fonte: Museu de Saúde Pública Emílio Ribas.

Figura 33 - Cartaz da Associação de Combate ao Cancer, década 1940.

Fonte: Museu de Saúde Pública Emílio Ribas.

Figura 32 - Intitulada "I want you", a icônica figura foi bordada durante a Primeira Guerra Mundial, nos Estados Unidos, e retrata o Tio Sam convocando a população para esforços de guerra.

Fonte: Nacional Museum of American History.

Por fim, Machado de Assis ilustra bem o sustentáculo e o obstáculo da permanência dessa nomenclatura, quando nos evidencia que não tinha mais jeito, Brás Cubas perderia sua mãe e todos da família já estavam a par da situação – exceto a própria enferma, que não podia saber que padecia de um câncer no estômago (“*nós temíamos avisá-la do fim*”). Tio João estava muito abatido com a situação, enquanto a irmã de Brás, Sabina, já não se aguentava de cansaço pela falta de sono. Todos continham os soluços para não alertar a progenitora do fim, apesar dela mesmo sentir algo roê-la dolorosamente, dia e noite. “*Quando rói, rói; roer é seu ofício*”. “Longa foi a agonia, longa e cruel, de uma crueldade minuciosa, fria, repisada, que me encheu de dor e estupefação”, nos informa o protagonista do romance machadiano. “Uma criatura tão dócil, tão meiga, tão santa, que nunca jamais fizera verter uma lágrima de desgosto, mãe carinhosa, esposa imaculada, era força que morresse assim, tratada, *mordida pelo dente tenaz* de uma doença sem misericórdia? Confesso que tudo aquilo me pareceu obscuro, incongruente, insano...” (ASSIS, 2009: 53-54).

O termo “câncer” perdura, assim, como o “duelo do ser e do não ser”, diria Machado de Assis.

4.2 Segunda permanência: Invencibilidade

Conhecido desde a antiguidade, o câncer tem uma longa história científica repleta de informações a respeito de seu diagnóstico e terapêutica, mas que evidencia, por fim, a impotência da medicina diante desse problema. Em 1923, o médico alemão Goerg Groddeck emitiu uma opinião fatalista sobre o assunto. Em seu livro *The Book of the It*, escreveu:

De todas as teorias formuladas a respeito do câncer, só uma, na minha opinião, sobreviveu à passagem do tempo, a saber, a de que o câncer leva, através de estágios definidos, à morte. Com isso, quero dizer que o que não é fatal não é câncer. Daí podem concluir que eu não alimento nenhuma esperança de um novo método de cura do câncer... só dos muitos casos de doenças chamadas de câncer, mas que, na realidade, só são assim chamadas (Apud SONTAG, 1984: 26).

Da mesma forma, em março de 1937, a revista *Fortune* dos Estados Unidos publicou o artigo *Cancer: The Great Darkness*, alertando que há mais de três mil anos o câncer é conhecido da profissão médica e por mais de 3 mil anos a humanidade bate à porta da profissão médica pedindo uma “cura” (FORTUNE, 1937: 112-114).

É claro que entre a fatalidade de Groddeck e a expectativa de “cura”, os seres humanos tomaram atitudes perante sua enfermidade buscando tratamento e compreensão, seja no âmbito científico, com o uso de soros, vacinas, medicamentos e cirurgias, ou na esfera sobrenatural, sob a eficácia da magia, das orações com bruxas, milagreiros, curandeiros, exorcistas, *etc* (LE GOFF, 1985: 7). Em ambos os casos, a resistência impassível à cura de uma patologia funesta gerava terror e desestabilidade social ao enfermo:

- Vão, sim, vão cortar [os seios]! Na sexta-feira...
 E soltou um gemido que penetrou Dyoma até a alma.
 Ele não podia ver-lhe o rosto banhado em lágrimas. Mechas dos seus cabelos cobriam-lhe os olhos. Cabelos macios, ondulados.
 Dyoma ficou à procura de palavras, mas nada lhe ocorreu. Limitou-se a apertar-lhe a mão com força. Tinha mais pena da moça do que jamais sentira de si mesmo.
 - Para que continuar a viver? – Soluçava Asya (SOLJENITZINE, Livro II, 1969: 135).

Tamanho horror à insuperável obstinação dos tumores malignos suscitou, inclusive, mitos e fábulas sobre o assunto. Um dos exemplos mais curiosos trata-se da história de Zohauk, soberano da Pérsia.¹⁸³ Dizem os escritos que ele era um governante sanguinário e de temperamento cruel. Tinha dois terríveis cânceres nos ombros, sobre os quais os fabulistas se debruçaram para representar como serpentes. Segundo o poeta Ferdowsi (940-1020), Zohauk foi convencido pelo próprio diabo a assassinar seu pai, Murdas, e, em seguida, comer sua carne, o que seria considerado um dos pecados mais terríveis para se cometer. Como recompensa pelo seu feito, Satanás beijou-lhe os ombros e, onde seus lábios tocaram, surgiram cânceres que, por sua vez, deram origem a serpentes sibilantes. O demônio, então, alertou Zohauk de que o câncer seria mortal para ele, a não ser que as serpentes fossem alimentadas com cérebros humanos – caso contrário elas se alimentariam do próprio Zohauk. O soberano acabou adotando esse único remédio para manter-se vivo, fazendo com que a Pérsia se esvaziasse temerosa (MALCOLM, 1867: 18-19).

A despeito da historicidade da própria morte ou do falecimento, podemos considerar que desde a antiguidade (tornando-se fundamentalmente mais agudo a partir do século XIX) “o câncer representa o arquétipo da nossa impotência no controle da doença e da morte” (IMBAULT-HUART, 1985: 165). A persistência do câncer é um obstáculo ao conhecimento

¹⁸³ É difícil especificar o período exato do governo de Zohauk, contudo a fábula que se segue foi registrada pelo poeta persa Ferdowsi, que viveu em meados do século X.

científico e à medicina, ao mesmo tempo que é sustentáculo ao terror e aos mitos construídos sobre a doença e os doentes.

No Brasil, como não poderia ser diferente, também ocorreram manifestações dessa permanência histórica. Em novembro de 1935, quando acontecia o Primeiro Congresso Brasileiro de Câncer no Brasil, promovido pela Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, um de seus palestrantes decretava que “o conhecimento da existencia do cancer, como sendo todo tumor maligno, vem de remotas eras” (BRIGGS, 1936). No mesmo ano e do mesmo modo, entre os registros de um curso de cancerologia oferecido pela Universidade do Rio de Janeiro, estavam o do então médico e reitor Leitão Cunha, afirmando haver referências sobre essa doença na literatura pérsica, “bem como no papiros de EBERS,¹⁸⁴ que data de alguns séculos antes da éra Cristã”. Tempos depois, no ano de 1946, Mário Kroeff, então diretor do Serviço Nacional, em conferência sobre o câncer realizada na Argentina “explicó la evolución del conocimiento humano respecto a la enfermedad, comenzando por la medicina em Egipto, Grecia, Roma, passando luego a la Edad Media y las distintas etapas historicas, hasta llegar a nuestros dias” (KROEFF, 2007: 269).

Em São Paulo, Antônio Prudente, médico formado pela Faculdade de Medicina de São Paulo, também afirmava que “os tumores malignos são conhecidos desde a mais remota antiguidade” e argumentava que estudiosos encontraram tumores ósseos em múmias no Egito e na Índia, enquanto na Grécia antiga Hipócrates já havia descrito “algumas localizações do cancer taes como no utero, estomago e seio” (PRUDENTE, 1935: 13).

Prudente nos rememora a teoria dos humores que atribui à bile negra a causa para o câncer e nos informa que Galeno foi o único que ousou extirpar e cauterizar um tumor com ferro incandescente. Como cirurgião, ele recorria ao mesmo recurso, mas utilizando de complexidades importadas da Alemanha, como a “electro-coagulação” (COMPARATO, 1919) ou “electro-cirurgia” (KROEFF, 1936), ambas ações de propriedades térmicas que ao entrar em contato com os neoplasmas dos tecidos superficiais, os coagulava e destruía por meio da cauterização. Contra uma doença milenar, médicos se serviam de uma técnica também milenar, mas imbuída de sofisticacões tecnológicas que garantissem maiores sucessos.

Esse refinamento, entretanto, não alterou o perduro da invencibilidade da doença. Assim, o principal aspecto dessa representação do câncer enquanto uma afecção advinda de

¹⁸⁴ Um dos mais antigos “tratados médicos” que foram herdados da antiguidade, datado de aproximadamente 1550 a.C e atualmente em exposição na biblioteca da Universidade de Leipzig, foi produzido no Antigo Egito, possivelmente durante o reinado de Amenophis I (1536 a.C).

“remotas eras” despenha justamente sobre sua terminologia (como discorrido no tópico anterior) e sua capacidade de prevalecer apesar de toda e qualquer intervenção terapêutica. Como diria um médico paulista, “a ideia de que o cancer é uma molestia incuravel está de tal modo arraigada no espirito publico que, para elle, o seu diagnostico corresponde a uma verdadeira condenação á morte” (FABBRI, 1929: 101-102). Opinião já emitida pelos jornais: “- É cancro/então é incurável. – Curou-se? Então não era cancro” (NOTICIARIO, 1867: 155 Apud¹⁸⁵ SOUZA, 2014: 60).

Diferentes técnicas de tratamento foram testadas sobre a doença e gabinetes radioterápicos chegaram a ser construídos em São Paulo e no Rio de Janeiro antes mesmo da virada do século. Os aparelhos de raios-X que chegavam da Europa causavam entusiasmo nos círculos acadêmicos e sua função diagnóstica foi mencionada diversas vezes em comunicações apresentadas à Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e à Academia Nacional de Medicina (TEIXEIRA; FNOSECA, 2007: 23). Contudo, seu uso terapêutico permaneceu restrito e assim o câncer prevalecia como uma espécie de existência infundável que ainda no alvorecer do século XX obstruía as possibilidades medicinais, limitando a comunidade hipocrática ao recurso cirúrgico, “*ablatio una cum partibus sanis*”,¹⁸⁶ em que as partes enfermas eram separadas das saudáveis, causando inevitavelmente terríveis sequelas aos combalidos, quando não a própria morte.

Figura 34 - Mastectomia radical, mesma técnica de Haslted, explicada por Antonio Prudente.

Fonte: PRUDENTE, Antonio. “Critério atual no tratamento do câncer da mama” in *Revista Brasileira de Cancerologia*, set. 1947, p. 16-18.

¹⁸⁵ NOTICIARIO. Novo tratamento para o cancro. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, n. 1, p. 155, 1867

¹⁸⁶ Explicava-nos o médico Álvaro Ramos: “Posto que os neoplasmas surjam como affecções locaes, no estado actual da sciencia, ‘*ablatio una cum partibus sanis*’ [separação das partes saudáveis], praticada com diagnostico precoce, é ainda a therapeutica efficaz para a maioria dos casos”. RAMOS, A. *Archivos brasileiros de medicina*, Set. 1911, p. 432. *Tradução nossa*.

Desse modo, o câncer representava para os médicos que começavam a se preocupar com esse assunto não apenas um enigma, mas um verdadeiro obstáculo ao avanço pretensamente inexorável da medicina. “Apesar dos avanços da medicina, a terapêutica do câncer não evoluíra, ficando ‘onde estava d’antes, na ineficácia da medicina, e na fallibilidade da cirurgia” (NOTICIÁRIO, 1867: 155 Apud SOUZA, 2014: 60). Daí sua representação como uma doença milenar: trata-se de uma alusão à sua inconveniente grandiosidade jamais vencida. “Em resumo, o cancro é uma vergonha para a cirurgia contemporânea” (CORRESPONDENCIA, 1892: 137 Apud¹⁸⁷ SOUZA, 2014: 60).

Em S. Paulo, como em todas as cidades modernas, os óbitos pelo câncer augmentam de um modo desolador. Revestindo-se de múltiplas fôrmas, vai se propagando por toda a parte sem que a sciencia tenha podido até agora descobrir a causa desse terrível flagelo que vai pouco a pouco solapando tanta vida preciosa, e não tendo encontrado também os meios de extirpal-o, nem ao menos de diminuir os seus estragos (Annuario Demographico, 1917: 192).

Frente ao risco que o câncer representava e à desvendada falência da medicina para detê-lo, desde fins do século XIX formas alternativas de tratamento circulavam nos anúncios dos jornais paulistas. “O notável farmacêutico que acaba de fazer uma verdadeira revolução na farmacopeia brasileira com a descoberta do medicamento *A baunina*, preconizado para a cura do câncer, acha-se atualmente na capital” (A PROVÍNCIA DE SÃO PAULO, 04/05/1895). O remédio “Carobeba do Dr. Carlos Bettencourt” também poderia ser adquirido para curar “afecções cancerosas” (CORREIO PAULISTANO,¹⁸⁸ 1890), mas as alternativas não se resumiam a bebidas medicamentosas. “Massagem contra todas as moléstias crônicas, como paralisias, nevralgias, reumatismos, beribéri, elefantíases, tumores, obesidade e câncer” (A PROVÍNCIA DE SÃO PAULO, 27/10/1897). Está com câncer de estômago? Tenha “o prazer de experimentar as Pílulas do Abbado Moss” (25/07/1920). Até mesmo o “micróbio do câncer” aparecia nas páginas dos jornais paulistas. Em publicação nomeada “O organismo Feminino e suas perturbações”, o auto intitulado Doutor Felber vendia o fermento de uva do professor Jacquemiui:

O perigo das perturbações orgânicas na mulher começa logo que aparece a inflamação, ou seja, desde que o sangue começa a ferver. A motrite simples e a

¹⁸⁷ CORRESPONDENCIA. Liga contra o cancro. Circular á classe medica. Gazeta Médica da Bahia, Salvador, n. 24, p. 136-140, 1892.

¹⁸⁸ Correio Paulistano – 1890, Edição 10234, página 4 (Hemeroteca Digital).

leucorrhéa [sic] persistente dão lugar à infecção e transformam os tecidos normais em tecidos enfermos. É o câncer, cuja origem microbiana foi perfeitamente demonstrada, é o fibroma que, como indica seu nome, converte um tecido flexível em tecido duríssimo (O ESTADO DE S. PAULO, 01/04/1907).

Caso nenhuma dessas terapêuticas funcionasse, bastava visitar a “Drogaria Silva Gomes, onde se verificam curas de câncer, sífilis e tuberculose” (O ESTADO DE S. PAULO, 20/10/1907), ou recorrer à “aplicação de raios” por clínicos sem treinamento institucional ou mesmo por “curiosos” que compravam aparelhos de raio-X anunciados em jornais (O ESTADO DE S. PAULO, 09/09/1902). O resultado nesse último caso, contudo, eram vítimas entre os enfermos e, por vezes, entre os próprios terapeutas (BERTOLLI FILHO, 2002: 86).

Em 1926 o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária do Departamento Nacional de Saúde Pública¹⁸⁹ emitiu uma nota considerando um hábito pernicioso e inveterado, muito comum entre a população, a consulta terapêutica com leigos. “Este perigo é tanto maior quando se trata de doenças de marcha insidiosa e traiçoeira como a tuberculose, o câncer, a sífilis” (O ESTADO DE S. PAULO, 29/04/1926). Isso porque, para esses males, existiam inúmeras drogas consideradas inadequadas, que iam de pílulas e comprimidos, até xaropes e elixires, e que “causavam desgraça nos incautos”. Não por acaso esses fabricantes e vendedores charlatões que procuravam tirar vantagem das “pobres vítimas, sem o menor escrúpulo de consciência”, precisavam ser combatidos.

É curioso o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária emitir nota sobre o câncer ao lado da tuberculose e da sífilis. Foi Carlos Chagas, sanitarista que chefiava o Departamento de Saúde Nacional, quem ordenou que todos os casos de óbitos de doentes por câncer fossem obrigatoriamente comunicados aos Serviços Estaduais de Lepre e de Doenças Venéreas. Isso implicava a noção infectocontagiosa dos tumores malignos e abria um foco de debate entre os cancerologistas (BERTOLLI FILHO, 2002: 86). A missão entre os higienistas, contudo, estava dada: reconhecer a “ádua tarefa de educação e propaganda para erradicar certos hábitos e costumes prejudiciais do público” e convencê-lo de que não há como erradicar a doença sem assistência médica e criterioso controle por parte do profissional competente (O ESTADO DE S. PAULO, 29/04/1926).

¹⁸⁹ O Serviço de Propaganda e Educação Sanitária (SPES) se estruturou a partir de 1923 e, apesar de ser produzido e divulgado em âmbito nacional, eram os departamentos estaduais de saúde os responsáveis pelo seu desenvolvimento. O SPES publicava desde meados da década de 1920 folhetos, boletins, cartazes e pôsteres para divulgar hábitos de vida saudáveis e combater endemias (MARQUES et al, 2017).

Nesse contexto, em São Paulo, diversas medidas foram tomadas para sustentar o discurso higienista, como por exemplo a difusão de conhecimentos sanitários: a bacteriologia, higiene pessoal, dietética, higiene infantil, parasitologia, dentre outras, tornaram-se disciplinas nos cursos de nível Médio para professores primários e no Instituto de Higiene Paulista; além disso, manuais, livros e folhetos, de teor propagandístico, eram distribuídos entre pessoas e instituições, produzidos especialmente por novas organizações fundadas com o propósito de divulgar os preceitos sanitários e atualizar aqueles interessados nos avanços científicos do campo da saúde. O já citado Serviço de Propaganda e Educação Sanitária (SPES), estruturado organicamente a partir de 1923, foi um dos expoentes desse processo (MARQUES et al, 2017: 398-399).

Entre 1939 e 1952, o SPES organizou e publicou uma coletânea – composta de 21 volumes de 14 centímetros de largura por 20 de altura, com mais de três mil páginas e sem periodicidade definida – para difundir entre a população uma “consciência sanitária”. No oitavo volume, de 1944, algumas páginas foram dedicadas “A imoralidade do curandeirismo” (título do capítulo) e, nele, Raul de Polillo afirma que “em medicina, há dois princípios fundamentais: o primeiro é o de proporcionar, ao enfermo, energias orgânicas bastantes, para que ele possa resistir ao mal que o ataca; o segundo é o de se investigar a causa da doença, para, a seguir, a eliminar. Quando a ciência nada consegue com isso, não será o curandeirismo, anti-higiênico e boçal, o meio de cura” (POLILLO, 1944: 34-35).

Em consonância com esse discurso, o Serviço Nacional do Câncer também elaborou materiais (Figura 35 e 36) com o propósito de fazer com que a população recorra ao conhecimento do médico especialista antes de confiar sua saúde nas mãos de curandeiros ou charlatões.

Figura 35 - Cartaz do Serviço Nacional de Câncer, década de 1940.

Fonte: Acervo Mário Kroeff.

Figura 36 - Cartaz do Serviço Nacional de Câncer, década de 1940.

Fonte: Acervo Mário Kroeff.

Figura 37 - Cartaz do Serviço Nacional de Câncer, década de 1940.

Fonte: Acervo Mário Kroeff.

Não era apenas o receio e a invencibilidade da doença que sustentavam esse mercado terapêutico ilegal. A própria ignorância dos “doutores” sobre o assunto fomentava a diligência da população pela informalidade. A Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, após uma reunião presidida pelo médico Oswaldo Portugal, debateu sobre as análises clínicas que eram erroneamente feitas no Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho. “Doentes com as mais diversas lesões como tuberculose, papillomas e principalmente blastomycose, sempre com o mesmo diagnostico de cancer” (O ESTADO DE S. PAULO, 17/07/1931: 4).

Para o médico Honorio Fabbri, “o aspecto mais sinistro da situação do câncer é a enorme quantidade de charlatanismo e de incompetência de numerosos médicos que fecham os olhos ante a gravidade do mal” (1929: 101). Desse modo...

A syndicancia dos maus methodos de tratamento, por parte de indivíduos não qualificados sob o ponto de vista medico, é o dever do Estado, como tambem da classe medica, que deveria manejar mais corajosamente a solução de um mal em que via de augmento.

E' nos grato recordar que aqui em S. Paulo alguma cousa já se está fazendo neste sentido, com a recente criação do Sindicato Medico. Se ha alguém que não creia na sua utilidade, ahi tem uma prova convincente de que está enganado.

Em resumo: a criação de cursos especializados de cancerologia, em nossas Faculdades, trataria essa enorme vantagem: tornar o medico mais apto a estabelecer o diagnostico precoce do terrivel flagello e, ao mesmo tempo, o instruiria sobre o tratamento mais efficaz que deveria empregar, ou seja, beneficiaria o doente ao mesmo tempo que seu renome estaria salvaguardado (FABBRI, 1929).

A Associação Paulista de Combate ao Câncer, capitaneada pelo cirurgião Antonio Prudente, não mediu esforços para implantar a disciplina de cancerologia nas faculdades de medicina, ao mesmo tempo que oferecia palestras e cursos extracurriculares em espaços cedidos para a entidade. Contudo, foi apenas após a construção do Hospital A. C. Camargo em 1953, que finalmente foi implantado uma residência médica em “cancerologia”, com a primeira turma formada em 1955.

Como representante nacional dessa tendência, o cirurgião Mário Kroeff elaborou um longo texto em dezembro de 1952, publicado na Revista Brasileira de Cancerologia, para responder a seguinte questão: “O ensino da cancerologia deve ser ministrado nas universidades?”. Para o primeiro diretor do Serviço Nacional do Câncer, esse campo de conhecimento não seria menor do que qualquer outro. Na verdade, “enquanto outras doenças que já constituíram objeto de ensino especializado nas Universidades vão diminuindo seus coeficientes de mortalidade, o câncer se conserva imutável e aumenta até, segundo a interpretação das estatísticas”. Assim sendo, o valor social do ensino da cancerologia não

deveria nem mesmo ser enaltecido, “bastando considerar o que representa o câncer nos índices de mortalidade mundial” (KROEFF, 1952: 90).

Kroeff radicaliza sua opinião ao afirmar que, tamanha a complexidade da cancerologia, conteria, ainda, “especializações dentro da própria especialidade médica”, haja vista a necessidade do preparo especial do médico para o ato cirúrgico ou para a radioterapia, feita pela aplicação do *radium* ou raios X. “No tratamento, então, é que se credencia a cancerologia como especialização” (KROEFF, 1952: 89).

Apesar de todas as medidas tomadas contra a doença até 1953 – a origem de instituições, a formação de especialidades, o combate ao charlatanismo e a ignorância do profissional médico, a sofisticação técnica da cirurgia, a disseminação de aparelhos de Raios X ou a importação de *radium* dos Estados Unidos –, a “invencibilidade” do câncer perdurava, assim como o obstáculo que esse labéu impôs à medicina.

4.3 Terceira permanência: Individualidade

Em 6 de julho de 1321, o papa Clemente VI havia publicado uma bula que condenava o assassinato dos judeus. “La peste – declaraba el Papa –, no es fruto de acciones humanas, sino de conjunciones astrales o de la venganza divina” (GINZBURG, 1991: 66-67). Durante o século XIV, milhões de pessoas foram vítimas da peste bubônica; enquanto os galeões genoveses ancoravam nos portos da Sicília repletos de novas mercadorias, traziam também, nas adegas de suas embarcações, ratazanas pretas, portadoras do bacilo da peste.¹⁹⁰ Essas criaturas, contudo, não foram os primeiros alvos da população raivosa acometida pela enfermidade, mas judeus, “bruxas”, leprosos e muçulmanos.¹⁹¹ Esse movimento culminou numa letalidade de proporções desmedidas compelindo até mesmo a intervenção papal, que, ao emitir uma bula autuando os homicídios, tinha esperanças de findar a matança desregrada. Víamos que o público buscava invariavelmente um bode expiatório alheio à comunidade atingida para se atribuir a

¹⁹⁰ O historiador Robert Delort relativiza o monismo causal da peste. Segundo o autor, as ratazanas já tinham se estabelecido na Europa medieval há muitos séculos, antes da grande epidemia de 1348. Argumenta que a peste bubônica exige menos o rato que a pulga, que parasita não apenas as ratazanas, mas também se instala nas roupas das pessoas e em seus forros interiores e, desse modo, passa de um a outro indivíduo, inoculando a peste (1985: 110).

¹⁹¹ A ratazana passou a ser legitimamente suspeita apenas em fins do século XIX e início do XX, quando a peste se irradiou quase simultaneamente, em 1889 e 1897, em Bombaim e na África do Sul respectivamente, em 1900 na Califórnia e chegando no seu apogeu em 1911 na Manchúria. Apenas durante essas ocasiões que foi provada a responsabilidade dos roedores. (DELORT, 1985: 114).

responsabilidade pela desgraça social. Essa experiência medieval acabou custando a vida de dois mil judeus, grande parte lançados no ardor das fogueiras.

Atribuir culpa a outrem, estrangeiro ou marginal, também acontecia no caso dos cancerosos, já que a enfermidade era percebida como contagiosa, mas de modo um pouco diferente: não eram grupos estranhos ao público majoritário que serviam de “bode expiatório”, mas indivíduos da própria comunidade que sofriam exclusões.

Em 1738 na França, Jean Godinot, cânone e vigário-geral de Saint-Chapelle em Paris, fez uma doação de 14.000 *livres* para a administração do hospital Saint-Marcoul para manter em segurança perpétua dois pobres que sofriam com câncer. O hospital estava situado em uma grande área verde com ar fresco e era comumente reservado aos pacientes com escrófula. O administrador do hospital então, ao receber a oferta, argumentou:

Scrofula is a scirrhus tumour which you recover from, but cancer is a hard tumour, full of melancholic and silted blood, which is so incurable that, according to doctors, it is the worst disease that affects man. These two types of disease are infectious, therefore they infect each other. The individual affected by scrofula, in this weak state is very susceptible to poor air, and far from getting better, runs the inevitable risk of being at any moment infected by an incurable disease (PINELL, 2002: 2).

Antes de serem recusados, os dois doentes de câncer haviam tentado permanecer no hospital de Rheims, cidade natal de ambos, mas terminaram expulsos porque este se localizava no epicentro da cidade. Por manter proximidade com a vizinhança local, não seria possível cuidar desses pacientes sem perturbar a população que via a nocividade dos enfermos no fedor que produziam suas feridas. O argumento não era mera desculpa, já que o parecer médico do período considerava que qualquer coisa que contribuísse para a produção de ar poluído, como no caso do ‘mau cheiro’ ou da peste, era uma fonte de infecção e uma verdadeira ameaça para qualquer pessoa exposta.

Frente a isso, seja o sujeito doente por câncer ou um grupo de enfermos, terminavam incriminados ou expulsos porque isso “proporcionaba la ilusión de poder hacer algo para frenar la epidemia” (GINZBURG, 1991: 65). Mas o câncer carrega consigo essa assinatura que o diferenciou da peste: enquanto os culpados pela segunda são grupos ou categorias estrangeiras ou distintas do público majoritário, quem leva a culpa pela primeira é o próprio enfermo. O câncer é sempre uma doença do indivíduo.

Tanto a rainha Aquemênida Atossa no século V a.C., quanto a rainha-mãe Ana de Áustria no século XVII ou o burocrata Pavel Nicolayevich na URSS de meados do século XX, sentiam-se sós diante de seus infortúnios. Todos sofriam de câncer; Atossa escondia-se de todos, Ana de Áustria ansiava pela morte que, atrasada, a fazia sofrer assombrosamente, e Pavel tentava se distrair pensando em suas obrigações fora do hospital.

Por mais que filhos e mulher chorassem e ficassem preocupados, o tumor continuava crescendo como uma parede a separá-los, e do lado onde se encontrava, êle estava sozinho.

Pensar na família não trouxe consolo a Pavel Nicolayevich, que procurou distrair-se pesando nos assuntos políticos, negócios do Estado (SOLJENITZINE, 1969: 31).

Essa condição é ao mesmo tempo sustentáculo e obstáculo de um mesmo fenômeno: o processo de individualização da culpa promovido por uma noção que assume um padrão normalizador que sugere o desequilíbrio de conduta do indivíduo como causa para sua doença. Assim, por vezes o moribundo nem mesmo é percebido como um “ser racional, é apenas observado como um caso clínico, isolado, na medida do possível, como um mau exemplo, e tratado como uma criança irresponsável cuja palavra não tem sentido ou autoridade” (ARIÈS, 2012: 274).

Desse modo, a medicina moderna termina por associar o câncer aos excessos da vida: se se come muito e de maneira desregrada¹⁹² o adoecimento é quase certo, de tal modo que, durante o tratamento, o ato de comer transforma-se num suplício, repleto de náuseas e falta de apetite. Se se comete “perversões sexuais”,¹⁹³ o câncer “dessexualiza” o indivíduo, destruindo sua vitalidade e embotando seu desejo. O cancro, assim como seu tratamento, pune, para não dizer “educa”, e assume um caráter moralizante.

Em *these* doutoral apresentada na Faculdade de Medicina de São Paulo, Honorino Fabbri considerava que o aumento de casos de câncer estava relacionado ao que a civilização podia oferecer: “maior conforto”, “inatividade na vida adulta”, “supernutrição”, “irritantes e tóxicos” etc. Entre as mulheres:

[...] como elemento de natureza predisponente, estariam o uso de vestes, podemos chamar, obstrutivas e a prova disto está na mortalidade por câncer do seio,

¹⁹² Nos países industrializados onde se nota uma alta taxa de incidência de neoplasias, esta “é vista como resultante, em parte, de uma dieta rica em gordura e proteína e dos eflúvios tóxicos da economia industrial que cria a afluência” (SONTAG, 1984: 21-22).

¹⁹³ COELHO NETTO, P. Perversão sexual e câncer. Rio de Janeiro: Oficinas Gráficas do Jornal do Brasil, 1944.

o que, praticamente, não se verifica em mulheres de raças nativas que têm, ainda, condições primitivas de vida (FABBRI, 1929: 14-15).

Sobre o sexo feminino também escreveu Alberto Lima de Moraes Coutinho, chefe da clínica do Serviço Nacional contra o Câncer, em referência ao que considerava atribuições maternas (em especial no tocante aos cuidados com os filhos e a amamentação), observando que “a mulher deve encarar o fatalismo de sua vida como um prêmio a sua natureza e deverá zelar carinhosamente pelas funções criadoras que o destino lhe deu. A fuga a esses deveres motiva desequilíbrios da ordem geral e local que originam o cancer” (O ESTADO DE S. PAULO, 09/06/1946).

Em 1925, no jornal O Estado de S.Paulo, o ex-professor do Royal College of Surgeon, sr. Gilord, anunciava que “aumento do número de indivíduos atacados de câncer é devido à degenerescência dos órgãos digestivos, motivado pela civilização, assim como pela vida moderna que levam as mulheres” enquanto “os selvagens estão livres do câncer” (13/11/1925). Outro pesquisador registrava que essa afecção, “frequentíssimo nas raças progredidas, é ao contrário muito raro nos selvagens, especialmente nos negros e nos índios” (COELHO NETTO, 1944:11).

Todos os grandes males que assolavam periodicamente a humanidade, como a cólera, a peste bubônica, a varíola, a febre amarela, o tifo, o escorbuto, o beriberi, foram praticamente extintos. A proporção que a civilização avança eles recuavam. (...) O câncer, porém, continuava sua trajetória ascensional.

A imundície foi sempre o melhor aliado de qualquer enfermidade. (...) Depois... a Europa higienizou-se, alindou-se, refinou-se. As pragas, banidas definitivamente do solo europeu, inassimiláveis ao conforto e à higiene, perseguidas e abatidas pela ciência, vingaram-se pela fusão de todas numa só – a que acompanha, como a sombra ao corpo, o progresso e a civilização: Câncer (COELHO NETTO, 1944: 16).

Essas representações sobre o câncer cristalizavam uma preocupação social relacionada com o desenvolvimento histórico da própria sociedade, nos termos positivistas, desse primeiro quarteto de século. Conforme a “civilização” avançava, o conflito entre sociedade e indivíduo se intensificava em semelhantes proporções. Como os médicos anunciavam que o câncer dependia de um diagnóstico suficientemente precoce para ser tratado, aqueles que eram pacientes em potencial – isto é, qualquer pessoa – precisariam ser educados para se preocupar com seus próprios sintomas corporais. Desenvolvia-se frente a isso a vulgarização dos “sinais de alarmes” para se defender dos neoplasmas (Figuras 39 e 40) e uma política de saúde que dependia da capacidade de vigilância de cada um sobre si mesmo, cuja o descaso equivaleria a colaborar com a doença, daí a mensagem no cartaz abaixo (Figura 38).

Figura 38 - Cartaz do Serviço Nacional do Câncer, década de 1940

Fonte: Acervo Mário Kroeff

Figura 39 - Cartaz do Serviço Nacional do Câncer, década de 1940.

Fonte: Acervo Mário Kroeff.

Figura 40 - Cartaz da Associação Paulista de Combate ao Câncer, década de 1940.

DEFENDA-SE DO CANCER!

Conheça os 7 sinais de alarme

- 1 Feridas que não cicatrizam, particularmente na língua, lábios ou boca.
- 2 Carços, lobinhos ou zonas endurecidas, sobretudo nos seios, língua e lábios.
- 3 Perdas de sangue anormais ou irregulares, por qualquer orifício do corpo.
- 4 Alteração de cor ou de tamanho de verrugas, pintas ou sinais.
- 5 Perturbações persistentes do estômago, principalmente má digestão, falta de apetite.
- 6 Rouquidão permanente, tosse sem motivo aparente, dificuldade para engulir.
- 7 Alterações ou anormalidades da função intestinal.

Ofereça um dia do seu trabalho para a guerra contra o CANCER
ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE COMBATE AO CANCER
 Rua Benjamin Constant 171, 2.ª sobreloja - Fone 3-4049 - SÃO PAULO
 Campanha patrocinada pela Seção de Propaganda e Educação Sanitária

Fonte: Museu de Saúde Pública Emílio Ribas.

Desse modo o controle do câncer passaria a ser através da internalização de novos padrões de auto-observação (PINELL, 2002). Consequentemente subvertia-se uma ordem: o doente por câncer, testemunha vergonhosa da falência técnica e da incapacidade da medicina, passava a ser o autor de sua própria condição e, assim, estava estabelecido uma “guerra justa” de cada sujeito, individualmente, contra os fascínios da metrópole. Não por acaso o sexto item dos "10 Mandamentos da defesa contra o câncer", publicado pelo Serviço Nacional, diz para o enfermo "não se revoltar contra a impotência da Medicina num caso avançado de câncer", já que "a incurabilidade é devida ao desleixo ou ignorância do doente" (CONHEÇA O CÂNCER PARA DEFENDER-SE, s.d: 23).

Esse posicionamento possibilitava o aparecimento de opiniões radicalizadas, com as de Ray Nunes D’Aville, que se apresentava como um cirurgião dentista atuante na capital. Para ele, a paulistanidade¹⁹⁴ era ameaçada por aqueles incapazes de se adequar ao ritmo mirabolante da civilização. Engolfados pela exigente rotina da urbe bandeirante, as vítimas rendem-se aos seus sedutores pecados e, por consequência, terminam contraindo câncer para depois disseminá-lo entre os “cidadãos de bem”.

O câncer só acomete os fracos e corruptos do espírito. As prostitutas e os rufiões, os vagabundos e as esposas que não honram o casal são os principais atacados pelo mal. Pior que isto, estas pessoas mostram-se felizes em disseminar a doença, tocando os sadios, mormente as crianças. São uns monstros que beijam as crianças, tocam os corpos impolutos com suas chagas para disseminar o câncer entre os inocentes e desavisados. [...] A Saúde Pública e a Polícia deveriam formar batalhões especiais para localizar, prender e remeter para bem longe das cidades esses criminosos. A maior parte da legião destes doentes são imigrantes, vindo do Japão, da China ou mesmo do Norte e Nordeste do Brasil e que deveriam se remetidos para seus locais de origem, deixando assim em paz a gente paulista, que não quer outra coisa se não a saúde para poderem trabalhar e perpetuar São Paulo como o estado dirigente da nação (D’AVILLE, 1947 Apud¹⁹⁵ BERTOLLI FILHO, 2002: 95-96).

A partir dessas representações se sustentava o mito de que o câncer é uma doença arbitrária, que atacava e repreendia qualquer indivíduo que se deixasse corromper, fazendo jus ao seu caráter punitivo. Assim, constatamos que o “flagelo dos tempos modernos” não foi o único alvo das instituições, da administração pública, dos pesquisadores e dos médicos, também estiveram em mira aqueles que contraíram a enfermidade, os ditos “cancerosos”, e que sofriam

¹⁹⁴ No segundo capítulo, página 82, descrevo melhor a ideia de "paulistanidade".

¹⁹⁵ D’AVILLE, R. N. S. G. Alerta: o perigo social dos cancerosos. São Paulo: Ed. do autor, 1947, p. 22-23.

com o peso dos estigmas de uma condição construída sobre uma plataforma discriminatória e assumida inclusive por profissionais da saúde.

“Ray Nundes D’Aville” se trata, possivelmente, do pseudônimo de um desses profissionais da saúde que, como nenhum outro, expôs seu ódio e repugnância pela doença e por aqueles afetados por ela. Não obstante, segundo ele, suas palavras apenas reproduziam o que muitos de sua área acreditavam e não tinham coragem de dizer publicamente. Seu relato deixava claro, inclusive, o correspondente comportamento frente aos que buscavam sua ajuda:

“Como cirurgião dentista que honra os sagrados compromissos da profissão, evito atender a estes infames pacientes. Mais do que a piedade que devemos nutrir pelos condenados à morte, o que eles merecem é nosso repúdio. Todos aqueles que hoje negam a validade das minhas palavras verão em pouco tempo que tenho razão. Excluem-se os cancerosos do convívio com os sadios e São Paulo e o Brasil será uma terra menos poluída, mais saudável porque com menor degradação moral” (D’AVILLE, 1947 Apud BERTOLLI FILHO, 2002: 96).

Dessa maneira, pressupunham o canceroso, devido a uma certa disposição interior – essa fraqueza de espírito que cede aos encantos da civilização – na mesma esfera categórica dos sífilíticos,¹⁹⁶ doentes mentais e tuberculosos que, "estando moralmente deturpado ao enfermar, a patologia aprofundava o desarranjo moral de suas vítimas, perfazendo um ilusório círculo vicioso empregado nos discursos sanitários oficiais para alegar a condição perigosa dos doentes para a existência grupal" (BERTOLLI FILHO, 2002). Os sadios, então, eram aconselhados a manterem-se distantes dos debilitados. O doutor Antônio Pedro Mirra, que fez parte da primeira turma de residentes do Hospital A. C. Camargo, relatou que as pessoas "atravessavam a rua" antes de passarem próximos ao nosocômio, "com medo de pegar" câncer. E o hospital chegou até a enfrentar certas denúncias, quando foi anunciada sua construção numa região populosa. Prudente precisou defender seu projeto nos jornais: “um dos absurdos que se propala é ser o cancer uma molestia contagiosa, não devendo ficar os cancerosos num Hospital tão central. O cancer não é contagioso”, para em seguida retomar seu tom convencional, buscando “apoio nessa nova cruzada contra um inimigo cruel e traiçoeiro” (O ESTADO DE S. Paulo, 27/06/1945). Situação que nos remete imediatamente ao ocorrido no hospital de Rheims, em 1738.

¹⁹⁶ O Departamento de Saúde Nacional, na década de 1920, chefiado à época pelo médico sanitaria Carlos Chagas, ordenava que todos os casos de óbitos por câncer fossem comunicados aos Serviços Estaduais de Lepre e de Doenças Venéreas.

Com efeito, o pânico produzido por essas doenças modernas (sífilis, câncer e tuberculose), em que o julgamento tende a cair mais sobre o indivíduo do que sobre a sociedade, é o obstáculo característico dessa permanência histórica que, até meados do século XX, seguiu inalterado. Em contraste com as grandes doenças epidêmicas do passado, como peste bubônica, tifo ou cólera, que atingem toda uma comunidade e outros grupos são culpados por sua propagação, o câncer, independente da sua incidência na população, emerge como uma misteriosa doença da individualidade, “uma flecha mortífera que podia atingir qualquer um, personalizando suas vítimas uma a uma” (SONTAG, 1984: 50).

Trata-se de uma doença de caráter ambíguo: pertence a um único sujeito ao mesmo tempo que se apresenta como um risco para todas as pessoas, não como consequência de sua especulada natureza epidêmica – parte considerável dos médicos a partir de 1930 nem mesmo depositavam credibilidade nessa teoria –, mas fundamentalmente porque a justificativa para essa moléstia recaía sobre os possíveis desvios na integridade de qualquer biografia. Assim, o ônus do tumor maligno é atribuído ao paciente. É o que ele fez ou deixou de fazer que irá determinar sua punição, de modo que o doente é o réu e o câncer é o juiz.

Em um hospital para cancerosos no Uzbequistão, durante os anos 50, o burocrata Pavel Rusanov Nicolayevich se remoía entre memórias. Lembrava de sua mocidade, junto aos amigos, como parte da Juventude Comunista. Um de seus companheiros era Rodichev, um homenzarrão vigoroso e de voz trovejante. O contato entre ambos foi duradouro e chegaram a morar em apartamentos vizinhos, perto da fábrica onde trabalhavam, mas dessa convivência surgiram desentendimentos; primeiro entre suas esposas e, em seguida, entre os dois companheiros. Como Pavel era um “magricela que o vento carrega” perto de Rodichev, tomou uma medida discreta e ardilosa para pôr fim ao convívio insuportável. Escreveu uma carta denunciadora. Nela, reportava que, numa conversa particular com Rodichev, ficara sabendo que o mesmo era favorável ao extinto Partido Industrial e conspirava formar um grupo de sabotadores na fábrica. Com seu ex-amigo preso, Pavel ainda arranjou uma maneira de despejar Katka, esposa de Rodichev, do apartamento vizinho onde moravam. Assim, o casal Rusanov ficou com todo o andar do prédio.

O que desencadeou essas recordações foi a descoberta de que Rodichev havia voltado, dezoito anos depois, à cidade. Ele tremia, assustado com o que poderia lhe acontecer. O brutamontes decidiria se vingar? De súbito, ressentido em seu leito, Pavel finalmente submerge de suas reminiscências – o tumor maligno em seu pescoço latejava.

Como poderia pensar em outra coisa qualquer? Como poderia ter medo de alguém? E em quem poderia confiar?

O seu destino estava localizado ali: entre o seu queixo e a clavícula. Era ali que a justiça fora feita! E contra a ação daquela **justiça** de nada adiantaria apelar para amigos influentes, serviços prestados no passado, pois não havia defesa possível! (SOLJENITZINE, 1969: 275, *grifo nosso*)

Segundo Costa Pinto Junior, colaborador do SPES, um dos maiores cirurgiões do mundo civilizado, diante de um numeroso auditório, ao fazer uma conferência de propaganda educativa sobre o câncer, a iniciou dizendo: “Os que me ouvem ou são cancerosos ou estão na iminência de o ser!”. Como não poderia ser diferente, o que se seguiu foi um silêncio religioso até o fim de sua palestra, que se encerrou com a promissora conclusão: “só seriam cancerosos se lhe não seguissem os conselhos...” (O ESTADO DE S. PAULO, 16/06/1946). Carlos Prado, na semana anterior, destacava que “a displicência nesse terreno, é criminosa e constitui uma forma de suicídio” (O ESTADO DE S. PAULO, 09/06/1946).

4.4 Quarta permanência: "Estatuto Maldito"

Os manuais de história ou livros didáticos, quiçá a própria produção científica dos historiadores tem ignorado um dado fundamental em um dos eventos mais marcantes da história da humanidade ocorrida no século V a.C.

Quando a Ásia Menor era gradativamente tomada pelo Império Persa e as colônias gregas se revoltavam, tinha início o que ficou conhecido como Guerras Médicas, normalmente atribuída ao interesse persa em dominar o comércio marítimo do mar Egeu. Poucos sabem, contudo, que o fenômeno desencadeador do expansionismo persa não estava na ambição de Dario I, mas no tumor de sua esposa. Ao menos é isso o que relatava Heródoto em seu livro História.

Conforme registrou o velho historiador, Atossa, esposa de Dario I, havia sido acometida por um tumor no seio que logo tomou grandes proporções. Enquanto o mal paulatinamente se agravava em seu peito, ela o ocultava de tudo e todos. Apenas uma pessoa podia ajudá-la, um escravo da corte chamado Demócetes, que desfrutava de grande consideração por ter curado o rei de uma terrível dor no pé que lhe tirava o sono. Quando o aspecto do tumor de Atossa se tornou alarmante, ela venceu sua vergonha e mandou chamá-lo. Demócetes, após examiná-la, garantiu curá-la se ela promettesse, sob juramento, satisfazer um pedido seu e, concordando, o escravo aplicou-lhe todo seu conhecimento ao modo dos gregos.

Curada,¹⁹⁷ Atossa foi cumprir o que havia prometido. Achando-se no leito com seu marido, convenceu-o de que ele deveria revelar aos seus súditos que era homem de suficiente valor para dirigir-lhes o destino e, para isso, sugeriu que ele deveria começar campanhas militares.

Dario, completamente rendido à lábia de sua esposa, revelou que planejava marchar contra os Citas, ao que Atossa se intrometeu: “não comeceis, peço-vos, pelos Citas; eles estarão em vosso poder quando assim o quiserdes; marchai, antes, contra a Grécia”. Ela lhe revelou ter interesse em escravas gregas e ainda sugeriu alguém que poderia guiá-lo nessa empreitada: “refiro-me ao médico que vos curou” (HERÓDOTO, 2006: 291). Demóceles, então, servindo de guia aos guerreiros persas na Grécia, escapou assim que teve a oportunidade e voltou para sua cidade natal, Crotona. Dario, furioso, invadiria as colônias gregas atrás de seu ex-escravo, culminando no evento tão reproduzido posteriormente nos livros.

Independente da veracidade dessa história, o fato dela ter sido registrada como foi nos impôs uma questão: por que Atossa fugia de todos, inclusive de seu esposo, e escondia sua condição enferma? Heródoto é quem responde: “por pudor” (HERÓDOTO, 2006: 290).

A concepção pré-moderna de câncer o associava, quase comumente, a uma espécie de doença feminina.¹⁹⁸ As mudanças drásticas no corpo causadas pelo câncer de mama ou a exorbitância de secreções vaginais estimuladas pelo câncer no útero, não eram fáceis de esconder. No público masculino, a patologia apresentava-se de maneira mais discreta, como no caso do câncer de próstata. Obviamente homens também eram acometidos pela afecção em regiões expostas, como boca, ossos (que causavam inchaços visíveis) ou genitália, mas estas não deixavam de ser mais raras que o câncer uterino (STOLBERG, 2014). Isso apenas servia para confirmar certos estereótipos culturais acerca da natureza das mulheres e do corpo feminino, por isso não nos surpreende a afirmação do médico italiano, Bernardino Ramazzini

¹⁹⁷ Na tradução do grego para o inglês alguns autores, ao invés de utilizarem o termo “*cancer*”, optaram por *tumour*, *ulcer*, *boil*, *swelling* e *abscess*. O fato dela ter sido curada intrigou alguns pesquisadores. “Although the case has been uncritically accepted by some authorities as an early report of mammary tumour, this interpretation is quite untenable. Almost certainly Atossa suffered from a superficial acute mastitis with suppuration and spreading cellulitis. Such a lesion might well have responded to simple medical measures” (SANDISON, 1959: 322).

¹⁹⁸ Os físicos compreendiam a carne e os tecidos femininos, em comparação com os masculinos, como mais soltos e menos compactos, em especial os seios e o útero, que são capazes de expandir a fim de acomodar o leite produzido e o feto por nascer. Assim, a viscosa bile negra tinha mais espaço para estagnar e endurecer nessas regiões. Assim justificava, baseado nos escritos hipocráticos, o médico Daniel Sennert, em seu *Opera omnia in quatuor tomos divisa*, de meados do século XVII (Apud STOLBERG, 2014)

(1633-1714), de que “in the breasts of women frequently cancer develops due to the evil nature of the uterus” (RAMAZZINI Apud¹⁹⁹ STOLBERG, 2014).

O “câncer feminino” também era atribuído ao excessivo desejo sexual das mulheres. Ramazzini dizia que essa calamidade era comum nos mosteiros italianos. Noção que perpassou também o século XIX, que atribuía o câncer de útero à promiscuidade das prostitutas, enquanto o câncer de mama se tratava de uma punição para o carinho voluptuoso dos seios. Exemplos dessa justificativa adentram o século XX e chegam, inclusive, às terras bandeirantes.

Paulo Coelho Netto era filho de Henrique Maximiano Coelho Netto, um escritor, professor e político que, entre 1912 e 1917, discursava ativamente sobre a necessidade do Brasil ser uma nação civilizada, com símbolos nacionais que representassem a defesa dos valores ligados à disciplina e à eugenia. Com uma vasta obra literária, mais de 120 volumes publicados, Henrique Coelho Netto ainda escrevia para diversos jornais, o que lhe garantiu um vertiginoso sucesso – e críticas, em especial as que eram feitas por Lima Barreto, que considerava sua produção artística subserviente aos modismos das elites (o que lhe permitiu galgar altos patamares). Não por acaso, graças às suas atividades jornalísticas, literárias e seu envolvimento com as camadas mais finas da sociedade, tornou-se um dos fundadores, ao lado de Machado de Assis, da Academia Brasileira de Letras em 1897, onde ocupou a segunda cadeira até 1934, data de seu falecimento.²⁰⁰

Entre seus filhos, devido à sua crença na eugenia, incentivava a prática da Educação Física. Violeta tornou-se uma grande atleta de nado, João Coelho Netto, conhecido como Preguinho, foi o primeiro jogador a marcar um gol com a camisa do Brasil na Copa do Mundo de 1930, Emanuel também se encaminhou para o futebol, enquanto Georges e Paulo dedicaram-se ao polo aquático. Este último, em especial, viveu em Campinas e, entre suas atividades esportivas, também se dedicava à produção literária. Na década de 1940, entretanto, se enveredou no estudo do câncer.

O que o motivou a investigar “o flagelo do século XX” foram dois episódios circunstanciais que ocorreram em sua vida. O primeiro diz respeito às confissões de um velho amigo que, muito mulherengo, exprimiu, em conversa particular, ter praticado “coito bucal com várias pequenas bonitas”. Diante da surpresa de Coelho Netto, imediatamente seu colega

¹⁹⁹ RAMAZZINI, Bernardino. Der dem menschlichen Geschlechte wie auch der Artzney-Kunst sorgfältig helffende und gelehrte Medicus. Leipzig, 1705.

²⁰⁰ Para saber mais sobre Henrique Maximiano Coelho Netto, ver texto de Renato Lanna Fernandez. Último acesso em 23/11/2017: <http://cpdoc.fgv.br/sites/default/files/verbetes/primeira-republica/COELHO%20NETO.pdf>

retrucou: "É a melhor maneira de amarrá-las". O segundo episódio ocorreu em 1943, quando o investigador se envolveu intimamente com uma alemã, "sadia, elegante e bonita". Ela, tal como no evento anterior, lhe confessou manter uma predileção pelo sexo oral – praticado tanto em homens quanto em mulheres –, já que a "cópula não lhe causava nenhum prazer". Ao mesmo tempo, não era raro ela reclamar de dores de estômago, sentir azia e até vomitar.

Seu amigo "estroina" faleceu em 1941, vítima de um câncer assintomático no intestino, enquanto sua paquera germânica, depois de procurar um médico que lhe pediu uma radiografia, descobriu um câncer no estômago – e desse dia em diante o casal nunca mais se viu. Assim, "vagamente, sem alimentar ainda uma idéia firme, liguei os fatos. E desde então a suspeita sempre morou em meu espírito", nos informou o escritor campineiro (COELHO NETTO, 1944: 37).

Como não era médico nem cientista, sua pesquisa sobre o câncer foi abalizada pela "insuspeita de eminente figura da cirurgia brasileira contemporânea" (um cirurgião da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo) (BERTOLLI FILHO, 2002: 95). Nela, Coelho Netto defende que é da "esfera onde medram os prazeres e vícios requintados", característicos da civilização, que se alastram as liberdades sexuais, tendo por formas a "sodomia, o tribadismo, o homossexualismo, o sadismo, a ninfomania, o exibicionismo, o amor lésbico. E, no mesmo grau de intensidade, o câncer proliferava de maneira alarmante" (COELHO NETTO, 1944: 22).

Assim, o contumaz observador concluía, logo no começo de seu texto, que a moléstia acumulava vítimas conforme a "perversidade sexual" ganhava adeptos, e o que possibilitava essa concupiscência era o próprio cotidiano na metrópole. Assim, o...

cinema, com as suas histórias picantes de adultérios românticos, entrecortadas de beijos sensuais e carícias excitantes, a despertar o instinto e a curiosidade dos adolescentes; a literatura pornográfica, com veleidades de romance social, a inundar os lares simples e desprevenidos, despejando-lhes nos recessos as sujidades que autores inescrupulosos recolhem nos monturos e nas sarjetas e editores vorazes fazem vir a lume; a pintura, a exhibir despidoradamente o nu canalha e obsceno; o nudismo nas praias, finalmente, onde ao lado de mocinhas e de matronas paradisiacamente despidas, mal veladas nos seios e nos órgãos genitais, crianças de todas as idades se misturam, integrando-se assim nesses costumes que assinalam um retorno muito próximo ao império da folha de parreira (COELHO NETTO, 1944: 24-25).

Para não se limitar a estabelecer relações superficiais entre a civilização, a perversidade sexual e o câncer, o escritor chegou mesmo a elaborar uma hipótese sobre o agente etiológico

da doença. Para ele, "o câncer é um mal que pode provir do hormônio sexual, principalmente o feminino". Essa substância orgânica, chamada "estrina", estimula o crescimento normal dos tecidos do útero, das mucosas e dos seios, e seus efeitos se fazem sentir particularmente na puberdade, após a primeira menstruação.

Durante o ato sexual,

o homem, ou a mulher, sugando a vulva e introduzindo a língua na vagina, provoca na fêmea sensações mais intensas e prolongadas o que o coito normal, ocasionando maior concentração de hormônios. (...)

É certo que, não obstante quaisquer precauções, regulares quantidades de estrina são absorvidas – através da saliva. Os seios da mulher, órgãos sensíveis, excitantes e sugados com frequência pelo homem, são centros de irradiação da estrina. Como os raios Gama, que curam mas também matam, quando mal dirigidos, a estrina é igualmente fonte de vida e de morte (COELHO NETTO, 1944: 31-32).

Suas teorias ganham o reforço dos pesos estatísticos,²⁰¹ porque nas mulheres os cânceres mais frequentes eram aqueles que acometiam o seio e útero, "órgãos em que, pela sucção da vagina e dos mamilos, se torna maior a concentração de estrina". No caso dos homens, frequentemente tentados ao "coito bocal", a estatística demonstra maior incidência da doença na boca ou em órgãos que estavam ligados diretamente com ela, como os lábios, a língua, laringe, faringe, estômago, intestinos e bexiga. "O agente que o provoca pode circular por todo o organismo e vir a aparecer em outras partes, como um exército que contorna silenciosamente os pontos fortes do inimigo para surpreendê-lo, atacá-lo e dominá-lo num sítio enfraquecido" (COELHO NETTO, 1944).

Desconfiamos que no caso do câncer, entretanto, novas tecnologias e concepções científicas mais recentes possibilitaram diferentes interpretações do flagelo, favorecendo ressignificações desse estigma, ainda por serem revelados a partir de novas pesquisas. Entretanto, presumimos que esse novo movimento não promoveu uma verdadeira ruptura sobre essa permanência, de modo que seus vestígios adentraram o século XXI. Sobre essa questão, o historiador Cláudio Bertolli Filho, em visita a um "respeitado clínico" nos relata um caso tristemente elucidativo:

[...] em determinado momento a conversa desviou-se para o fato de uma conhecida apresentadora de programas de televisão ter declarado publicamente estar acometida por um câncer na região anal. O facultativo imediatamente asseverou que

²⁰¹ Em tese para concurso à docência-livre de Higiene, na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Distrito Federal, Achilles Scorzelli Junior demonstra que, entre 1924 e 1953, cânceres relacionados com aparelho digestivo, órgãos genitais femininos e mama, encabeçam a lista de acometidos no Rio de Janeiro (SCORZELLI, 1954).

a cancerosa estava “pagando pelo que fez” (sim, foram estas as palavras que pronunciou) por ter se envolvido com um homem mais jovem. E acrescentou [...] contraiu o tumor maligno porque “fez de tudo para seduzir e segurar” seu jovem esposo (BERTOLLI FILHO, 2002: 97).

As representações acerca da doença refletem na maneira como as pessoas comuns, as autoridades e as instituições reagem e lidam com aqueles que sofriam de câncer. Não bastasse o aspecto físico da patologia, considerada “nojenta” ou “nauseante”, como descrita em documentos modernos e pré-modernos, ou dos impactos estéticos decorrentes de sua terapêutica, muitos doentes terminaram suprimidos, sofrendo repulsas, quando não eram considerados uma ameaça à saúde dos que viviam ao redor. Como a “matéria cancerosa” presente em seus corpos, os doentes por câncer terminavam tratados como impuros.

Se a partir do século XIX a medicina evoluiu no tocante sua eficácia frente as doenças e os doentes, no “inconsciente coletivo, o cancro permanece uma doença tabu, o que faz com que as descobertas científicas e terapêuticas relativas ao cancro sejam frequentemente negadas e nem sempre sejam postas em prática” (IMBAULT-HUART, 1985: 174-175). Devido a desconsideração das neoplasias como uma simples doença e sua transformação num inimigo monstruoso, esse mesmo “inconsciente coletivo” sustenta o cancro como uma anomalia vergonhosa, causado por algum pecado desconhecido.

A exposição sobre o câncer que ocorreu na Galeria Prestes Maia, promovida pela Associação Paulista de Combate ao Câncer, na década de 1940, tinha como um de seus propósitos “estrangular o pudor” causado pela doença. Chegar ao facultativo em tempo, com a doença em seu estágio inicial, era em empecilho motivado por três razões: ignorância, pudor e displicência. “Um não sabe, este tem vergonha, aquele não se incomoda” (O ESTADO DE S. PAULO, 09/06/1946).

As estatísticas obituárias sobre o câncer também eram difíceis de se alcançar com precisão por esse mesmo motivo. O médico, “geralmente atendendo ao pedido da família do falecido, alterar no atestado a verdadeira ‘causa mortis’, traindo, [...] o seu dever, a fim de servir a clientela” (FABBRI, 1929:16). Ninguém queria carregar esse fardo vexatório no seio familiar, especialmente quando pesquisas traziam à tona a possibilidade de o câncer ser um fator hereditário, sem, contudo, “perturbar a crença de que o tumor maligno é uma patologia que ataca punitivamente cada pessoa como um indivíduo” (SONTAG, 1984: 51).

Em O Estado de S. Paulo, edição de 25 de julho de 1920, temos exposto uma declaração “para o bem estar geral [da população]” de um homem chamado Marcilio Araujo Rocha. Este

andava desanimado “pensando sofrer de câncer no estômago, o que veio juntar aos meus padecimentos físicos as torturas dos padecimentos morais, quando tive o prazer de experimentar as Pílulas do Abbado Moss”.

Ficamos sabendo ao final da história do empalorado Marcílio que as pílulas lhe garantiram, segundo seu próprio relato, a “cura completa”. Cabe-nos ressaltar, contudo, um detalhe interessante de seu discurso: ao tomar consciência da possibilidade de um câncer, ele não se referiu apenas ao seu sofrimento físico e cita também “as torturas dos padecimentos morais”.

Com o desenvolvimento do capitalismo industrial, as consequências da doença assumiram novas implicações, que não decaía oportunamente e com maior frequência apenas sobre as mulheres. Sob essa nova conjuntura, enquanto alguém enfermo, o sujeito perde seu status e sua dignidade porque deixa de ter valor social numa sociedade que prestigia o tempo gasto com o trabalho sob a lógica do capital. Curado, “ainda faz medo, sendo-lhe recusado um regresso à vida normal através do trabalho e do contato com os outros” (IMBAULT-HUART, 1985:174).

Havia uma dor insistente apunhalando o lado do seu pescoço – o seu tumor, surdo e indiferente e que parecia isolá-lo do resto do mundo. Também isso: o orçamento, da indústria pesada, o gado, laticínios e as reorganizações... tudo isso estava do outro lado do tumor. Do seu lado do muro oncológico, Pavel Nicolayevich Rusanov estava só (SOLJENITZINE, 1969: 31).

Agredidos por consequências físicas e simbólicas, os doentes por câncer têm sua autoconfiança destruída. Alguns se tornam incapazes de referir a si mesmo como alguém em pé de igualdade na interação com outros. Degradados, são subtraídos de sua história e personalidade. Estão do lado obscuro da existência, fora do reino da saúde, atrás do muro oncológico. O “Estatuto Maldito” é sustentáculo dessa vexação social, em que “os seres humanos são ameaçados em sua identidade da mesma maneira que o são em sua vida física com o sofrimento de doenças” (HONNETH, 2003: 219).

O que Pavel Nicolayevich precisava naquele momento era de apoio, mas em vez disso estava sendo empurrado violentamente para baixo. Em apenas algumas horas, havia perdido toda a sua estabilidade individual, reputação, planos para o futuro... estava transformado num volume de pele e ossos, inconsciente do que aconteceria no dia seguinte. Sua fisionomia expressa bem esta condição melancólica, tanto que, numa de suas intermináveis caminhadas, Yefrem parou diante dele e disse num tom de voz quase conciliatório:

- Mesmo que deixem você voltar para casa... você não tardará a retornar para aqui. O caranguejo se apegue às pessoas... e uma vez que você seja apanhado pelas suas garras... ele não o soltará vivo! (SOLJENITZINE, 1969: 23).

Os gregos utilizavam o termo *onko* para se referir aos tumores. *Onko* significa “massa” ou “fardo”. Mais eficaz do que qualquer oráculo de Delfos, o termo profetizou o sentido de uma permanência histórica. “O câncer é, de fato, um fardo construído em nosso genoma, o contrapeso de chumbo das nossas aspirações de imortalidade” (MUKHERJEE, 2012: 540), capaz de esmagar o valor social de sujeitos gravemente enfermos, sob conjunturas específicas.

Em São Paulo, já no segundo quarteto do século XX, até mesmo foram tomadas medidas contra imigrantes doentes e incapazes para o trabalho. O Ministro da Justiça, Afonso Pena Junior (1879-1968), dirigindo-se ao seu colega das Relações Exteriores, deu-lhe a seguinte instrução: “Havendo o Departamento Nacional de Saúde Pública demonstrado a necessidade da execução da providência do artigo 1.416 do decreto 16.300 que repete a dos decretos 15.003 e 14.234, afim de serem fornecidas instruções que impeçam o embarque de imigrantes indesejáveis, isto é, dos atacados de lepra, tuberculose, trachoma, elefantíase e cancer”. Todos aqueles “incapazes para o trabalho e o que tiverem qualquer lesão orgânica que invallide para os serviços solicitados” (O ESTADO DE S. PAULO, 11/09/1926).

Por isso, quando aqueles que foram acometidos por neoplasias tomam consciência de que sua vida está em perigo, sentem-se frágeis e inseguros, e muitos assumem posturas reservadas com relação à doença, por vezes negando-a completamente. Não querem acrescentar à sua angústia de morte um estatuto de morte social. Um estatuto maldito.

- Êh, companheiro... onde é o seu câncer? – perguntou com sua voz rouca.
Pavel Nicolayevich já tinha chegado até a sua cama. Teve a sensação de que a pergunta arranhava a sua pele. Levantou os olhos para o atrevido e procurou controlar a raiva. Mas seus ombros estremeceram quando respondeu com muita dignidade:
- Não tenho câncer em lugar nenhum. Não tenho câncer.
O enfermo de cabelos de palha resmungou algo em voz baixa e depois sentenciou bem alto, para que todos escutassem:
- Pobre diabo!... Se não tem câncer, então por que acha que o mandaram para aqui? (SOLJENITZINE, 1969: 19-20)

Conforme a técnica imperava nas sociedades industriais, seu diagnóstico também era cada vez mais oculto. “É tácito que o primeiro dever da família e do médico é o de dissimular a um doente condenado a gravidade de seu estado. O doente não deve saber nunca (salvo em casos excepcionais) que seu fim se aproxima” (ARIÈS, 2012: 219). Isso se tornou uma questão ética na medicina e se explica a partir da relação que a humanidade passou a ter com a morte,

que deixou de ser admitida como um fenômeno natural e passou a encarnar o fracasso da técnica e a perda do negócio (mercado), de tal modo que “quando a morte chega, ela é considerada um acidente, um sinal de impotência ou de imperícia que é preciso esquecer” (ARIÈS, 2014: 791).

Por se tratar de uma moléstia de causas obscuras, sem uma terapêutica eficaz e que desafia os mais sábios e eruditos da *ars medica*, o câncer tornou-se uma das principais patologias fomentadoras de metáforas sociais, como vinham sendo nos dois últimos séculos a tuberculose e a sífilis. Apesar de todos os esforços da medicina bandeirante, nem a etiologia, nem a nosologia do câncer foram definitivamente estabelecidas, e tampouco formas de tratamento oficialmente profícuas. Assim, por vezes, os doentes por câncer eram considerados com avaliações profundamente morais e “nada é mais punitivo do que atribuir um significado a uma doença quando esse significado é invariavelmente moralista” (SONTAG, 1984: 76).

É claro que Atossa se escondia e considerava sua doença vexatória. Oleg Kostoglotov questionava se valeria a pena se submeter ao nocivo tratamento para preservar a própria vida, aceitando uma existência reduzida à respiração, digestão e atividade muscular, mesmo curado. Questionava: deve o homem “tornar-se uma sombra ambulante? Não será exorbitante o preço? Não será ridículo?” (SOLJENITZINE, Livro II, 1969: 15). Não surpreende os familiares daqueles que morreram em São Paulo, vítimas de neoplasias, suplicarem ao médico para que não fosse registrado a verdadeira *causa mortis*, por pudor.

O termo “vexação” não foi escolhido ao acaso, ele reproduz a forma alemã *Kränkung*, que tem o sentido de “humilhação” ou “ofensa”. Seu radical, *krank*, quer dizer “doente”, “enfermo”. Em latim o correspondente é *vexatio*, que tem o sentido figurado de “enfermidade” e “sofrimento” (HONNETH, 2003).

O “Estatuto Maldito” permanece e obstaculiza uma forma honesta e saudável de adoecer (SONTAG, 1984).

Considerações Finais

Kostoglotov ainda estava impressionado com a maneira como ele mesmo falara e como fora ouvido, e experimentou a sensação de que estava voltando à vida, a mesma vida a que há apenas duas semanas, ele pensara ter renunciado para sempre. Contudo, a sua vida não lhe oferecia coisa alguma do que o povo daquela cidade grande considerava boa, e lutava por conseguir: nem apartamento, nem propriedades, sucesso social, dinheiro. Havia outras alegrias válidas que lhe bastava e das quais ainda não se esquecera: o direito de se locomover livremente sem esperar ordens, o direito de estar só, o direito de olhar as estrelas sem ferir o olho nos faróis de busca dos campos de prisioneiros, o direito de apagar a luz e dormir no escuro, de escrever e enviar as cartas, de descansar aos domingos, de tomar banho no rio... Sim, havia muitos, muitos outros direitos semelhantes.

E, entre outros, o direito de falar com mulheres. Sua recuperação lhe estava desenvolvendo todas estas coisas, todos estes incontáveis e maravilhosos direitos.²⁰²

Essa pesquisa teve início a partir de uma experiência muito peculiar. Durante quase cinco anos, de 2012 até 2016, o autor desse estudo foi professor História no Instituto de Oncologia Pediátrica, mais conhecido como GRAACC, Grupo de Apoio ao Adolescente e a Criança com Câncer, que é vinculado a Universidade Federal de São Paulo.

Lá, junto de outros professores hospitalares, havia uma relação de amizade mútua e como as aulas eram individuais, disputar alunos não era incomum. Após cada “atendimento” (o cotidiano no hospital influencia no vocabulário dos professores), as atividades elaboradas pelos estudantes eram enviadas para a escola de origem por correio, assim não reprovavam e, quando curados, voltavam para a mesma turma, com os mesmos amigos, sem nenhum tipo de defasagem no tocante ao conteúdo escolar.

Entretanto, como professor de História, o autor sentia-se em desvantagem com relação aos seus colegas, em especial daqueles que lecionavam Biologia, Química ou Matemática. Ora, todos os apetrechos, o cenário e a própria condição enferma dos alunos facilitavam a abordagem e o convencimento para que eles estudassem essas áreas, mais do que História. “O que significa quimioterapia?”, questionava o professor de Química. “Vamos entender o que está ocorrendo com suas células”, dizia o de Biologia. No que se refere a Matemática, talvez não exista uma justificativa lógica e plausível, mas os alunos adoravam números e próprio professor, que apesar de sério, era – e ainda é – muito querido.

Frente a isso, o que alguém formado em História teria a oferecer para que o conteúdo fosse atrativo? A crença de que essa é, de longe, a melhor disciplina escolar não era o suficiente,

²⁰² Alexandre Soljenitzine, descrevendo a chegada de Oleg Kostoglotov na cidade, após sair do Pavilhão de Cancerosos.

e assim esse professor hospitalar se voltou obrigatoriamente aos livros e constatou, graças aos autores que foram apresentados ao longo desse trabalho, que as doenças têm História.

“Sabe por que essa doença se chama ‘câncer’?” passou a indagar os alunos, arriscando uma nova abordagem. “Na Grécia Antiga havia um médico chamado Hipócrates... que vivia em uma polis, chamada Cós. Sabe o que é uma polis?”. E nessa toada começou a se inserir na disputa com os outros professores, colhendo bons frutos, o que o levou a aprofundar, gradativamente, mais e mais essa história. O produto desse aprofundamento foi esse trabalho.

O primeiro capítulo demonstrou a longa, porém rápida – porque repleta de fatos, datas e nomes – história do desenvolvimento científico acerca do câncer. Do seu conhecimento, terapêutica, diagnóstico e de sua identificação. Seguiu, do século IV a.C até o começo do século XX, numa velocidade mirabolante, fatalmente resumida em quase quarenta páginas. O curioso é que, apesar de uma doença tão antiga, a sociedade se manteve indiferente ao câncer durante muito tempo. Por quê?

Talvez esta seja a pergunta mais importante para a elaboração de uma narrativa histórica acadêmica. “Por quê?”, a qualidade dessa questão obriga a atribuição de um caráter mais social para história do cancro. Retirada sua substância *a priori*, aquilo que sustentava a doença como algo com existência em si, quase naturalizada, torna-se possível compreendê-lo como uma noção, uma ideia, que a despeito de toda sua exibição material (e do sofrimento que causa), não deixa de ser uma categoria de percepção da realidade. Assim, compreendendo o câncer como uma *representação*, essa moléstia termina atrelada às conjunturas que a interpretaram de maneiras distintas ao longo do tempo. Desse modo novas questões emergiram: como ela foi interpretada em São Paulo? Quando, afinal, o câncer se tornou um problema, uma questão de Saúde Pública?

O segundo capítulo abordou essas interrogações para demonstrar que não bastava o câncer existir, isto é, ter um nome, tampouco causar dor, sofrimento e morte entre a população, para que fosse entendido como um problema do ponto de vista das políticas públicas. Além desses fenômenos, e talvez esse seja o elemento mais importante, também era necessário que instituições o elegessem como uma questão e o mirassem como algo que precisava ser resolvido. Foi em 1892 – ano que inicia o recorte dessa pesquisa –, que surgiu a primeira instituição que possibilitaria transformar o câncer num empecilho para a Saúde Pública, o Serviço Sanitário de São Paulo.

Entretanto, isso não se deu de maneira imediata. Foi apenas na década de 20, após a Reforma Carlos Chagas de 1919, que o câncer ganhou certa visibilidade do poder público. Determinada a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), este passou a considerar a questão do câncer sob responsabilidade da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, atribuindo um caráter infecto-contagioso à doença.

A idiossincrasia do projeto sanitário paulista revelava-se a partir do módico papel do governo federal nas medidas de saúde pública do Estado de São Paulo e no quanto isso resultaria na autonomia do próprio Estado em resolver suas questões de saúde, em parte motivada pelo sentimento de “paulistanidade” que, por sua vez, também promoveria o combate ao “mal” – um inimigo grandioso, jamais vencido e que somente as grandes nações do mundo se preocupavam em enfrentar – por meio da filantropia. É nesse cenário que emergiu uma nova especialidade médica – a cancerologia –, os hospitais, institutos e ligas de combate à doença.

A essa altura, sobejavam consensos entre a corporação médica no tocante aos carcinomas: 1) A de que o único elemento constante no câncer é a formação de um tecido novo contra todas as regras biológicas conhecidas; 2) Não havia definido, ainda, um único sintoma para o câncer.²⁰³ Sua evolução era a única característica capaz de definir um tumor maligno, principalmente por seu poder recidivante;²⁰⁴ 3) Dois recursos terapêuticos seriam os principais contra as afecções cancerosas: a cirurgia e as radiações. Em meados do século XX, entre os quimioterápicos – que seria, posteriormente, o terceiro recurso – estavam o chumbo, o selênio, o cobre e elementos radioativos. Eram aplicados diretamente sobre o tumor com o propósito de destruí-lo, atacando suas células, mas não foram utilizados com frequência devido a carência de conhecimentos científicos mais completos sobre a causa do tumor; 4) A principal medida para se combater o câncer seria a profilaxia, contudo, “o exame detalhado de todos os problemas relativos ao cancer, o da sua etiologia, o do seu diagnostico e o do seu tratamento, não nos

²⁰³ “Seus symptoms se confundem com outros que são comuns com os de outras molestias, de maneira que a neoplasia passa despercebida justamente no momento em que mais necessario se tornaria o seu diagnostico” (FABBRI, 1929: 72).

²⁰⁴ “Só a evolução posterior dar-nos-a o diagnostico. Depois de afastadas todas as possibilidades de uma moléstia infecciosa, si o processo continuar e os symptoms forem se acentuando, acabaremos por fazer o diagnostico clinico de cancer, embora não haja signaes que o denunciem claramente. Comtudo, alguns devem ser citados aqui, porque estão sempre presentes, embora mais ou menos tardiamente.

O primeiro é a tristeza, a melancolia, verificada desde os tempos de Galeno e attribuida por ele á bile negra. Essa tristeza é acompanhada de astenia pronunciada, da qual resulta uma anciedade constante do doente e não raro muita insomnia. Ao mesmo tempo, a lesão externa já aparente, ou um nódulo duro mal delimitado que se sentio debaixo da pelle, começam a se desenvolver intensamente. Não ha dôres nem hemorragia, nada mais se nota do que o processo proliferativo. Si continuarmos a observação veremos que o tumor cresce e emite ramos, que se espalham á sua volta. (...) O Prof. Miguel Couto assignada a associação do cancer á atheromasia, com endurecimento noduloso das artérias”. (QUEIROZ, 1926: 71)

trouxo elucidações sobre a origem desse mal. De modo que, ao abordar o problema da sua prophylaxia, só uma coisa podemos afirmar – é que essa prophylaxia scientificamente falando não existe. Não podemos evitar um mal que desconhecemos (QUEIROZ, 1926: 244-255).

Apenas o quarto item era objeto de pequeno debate. Honório Fabbri, escrevendo apenas três anos depois de Queiroz, concorda com ela, “não é impossível uma prophylaxia absoluta contra o cancer”, mas, resiliente, afirma ser viável “uma prophylaxia contra a mortalidade pelo cancer” (1929: 107).

Em outras palavras, ele defendia diminuir as estatísticas de óbito, tendo em vista que o câncer seria curável em sua fase inicial. Para isso seria necessário o diagnóstico precoce, restando a comunidade médica decidir qual o melhor meio de tornar isso possível. Lista, assim, o que considera as cinco principais medidas: “a) sôro-diagnosticos; b) exame radiologico e curiegraphico; c) exame medico periodico; d) cursos especializados de cancerologia; e) propaganda (FABBRI, 1929: 74).

Estas, por sua vez, poderiam ser complementadas por outras medidas, como as estatísticas de morbilidade,²⁰⁵ centros anticancerosos,²⁰⁶ proteção aos trabalhadores,²⁰⁷ criação do Instituto do Radium,²⁰⁸ criação do Instituto do Câncer²⁰⁹ e, por fim, de uma Liga de Combate ao Cancer.²¹⁰

Algumas propostas afloraram frente a esses posicionamentos e foram abordados no terceiro capítulo dessa dissertação, que destacou sobretudo a atuação da Associação Paulista de

²⁰⁵ “O cancer deve ser molestia de notificação obrigatoria, porque assim o Serviço Sanitario tomaria melhor conhecimento das condições encontradas antes do tratamento e protegeria a população da pratica daquelles que não estão aptos a effectuar os serviços que se impõe” (1929: 104).

²⁰⁶ “Da utilidade da criação de centros anti-cancerosos nos dispensamos falar. Basta apenas notar os resultados obtidos com a criação dos centros anti-syphiliticos, dos contra as verminoses e outros. A criação de uma Inspetoria contra o cancer, do mesmo modo que se faz para a lepra, traria auxilio dos mais efficazes para a luta” (Op. Cit.).

²⁰⁷ “Ha um certo numero de profissões que, por provocarem irritações chronicas, constituem para os trabalhadores uma verdadeira ameaça cancerosa.

Uma fiscalização rigorosa feita por medicos ou inspectores especializados permittiria affastar o operario das causas cancerogenas, o que seria obtido mediante um mutuo accordo entre este e o industrial que providenciaria para arranjar-lhe outro emprego” (1929: 105).

²⁰⁸ “A criação de um departamento hospitalar especializado para o tratamento do cancer é, talvez, a medida de maior urgencia.

Felizmente em S. Paulo isso já está quasi realizado. Dentro de pouco tempo, essa cidade contará com seu Instituto de Radium. Os resultados que colherá serão a prova mais eloquente da sua utilidade. O que se irá verificar aqui é o que se está verificando em muitas cidades que já o possuem” (Op. Cit.).

²⁰⁹ “Este teria por finalidade não só a therapeutica do mal, mas também estudal-o, organizar estatisticar, crear e desenvolver a propaganda entre o povo, etc” (Op. Cit.).

²¹⁰ “Esta liga teria por fim reunir em um só grupo todos aquelles que se dedicam ao estudo do cancer; seria uma como que associação de classe, na qual os seus membros se reuniriam para estuar os melhores e mais praticos meios de combater o mal” (1929: 106).

Combate ao Câncer, fundada pelo cirurgião paulista Antonio Prudente, até a instauração do Hospital A. C. Camargo em 1953 – data que encerra o recorte dessa pesquisa –, anunciada com veemência como fruto da aliança entre a ciência e o povo paulista, que celebrou nos jornais essa inauguração como uma grande vitória frente ao obstáculo que o cancro representava.

A ambição do fundador da APCC, de nacionalizar seu projeto paulista de combate à doença, entretanto, gerou alguns desconfortos políticos em outras instâncias também responsáveis pelo enfrentamento do mesmo problema, mas que iam por uma via mais tradicional da “Saúde Pública”, demandando investimentos maiores dos poderes governamentais. Mário Kroeff, diretor do Serviço Nacional de Câncer desde 1941, foi seu maior opositor, até que em 1954, ano do quarto centenário de São Paulo, Antonio Prudente se tornou, ele próprio, o diretor do Serviço Nacional.

A narrativa construída até esse momento do trabalho, cria a oportunidade de perceber que o câncer é algo sempre em construção, uma quimera que muda conforme o contexto de sua manifestação. O câncer identificado por Hipócrates, jamais seria o câncer diagnosticado por Antonio Prudente e seus contemporâneos, ou mesmo pelos médicos nos dias de hoje – sua causa é outra, sua terapêutica, seus sintomas, seu reconhecimento, e até mesmo seu sofrimento tem outra qualidade. Mas por que a doença é sempre lembrada como uma criatura maligna e milenar?

A partir de então, utilizando das categorias de tempo elaboradas por Fernand Braudel, o autor se lançou na busca pelas permanências do câncer para desenvolver o quarto capítulo dessa dissertação. Descobriu quatro delas, com a impressão de que qualquer historiador que se utilizasse do mesmo procedimento metodológico chegaria em conclusões muito semelhantes as suas.

A primeira permanência identificada foi sua nomenclatura, porque o câncer, mesmo sofrendo inúmeras interpretações ao longo do tempo, e atualmente ser considerado por alguns pesquisadores como mais de uma centena de doenças clinicamente distintas, ainda é... câncer. A segunda permanência é sua invencibilidade, que impôs um limite às pretensões inexoráveis da medicina e da ciência, incapaz de vencê-la (ao menos até 1953). A terceira é o seu caráter individual, a crença de que o cancro é uma doença que ataca punitivamente cada pessoa como um indivíduo. A quarta é seu “Estatuto Maldito”, compreendido como o pudor que o enfermo sente ao adoecer e a possibilidade de morte social que o acompanha.

A longa duração é, sem dúvida, a linha mais útil para uma observação e uma reflexão comum à Saúde Coletiva. Graças a esse instrumento teórico-metodológico, a História emerge como uma ferramenta poderosa, porque revelar permanências históricas significa também desnaturalizá-las. E, como ensinou o professor André Mota, é preciso identificá-las antes de se promover rupturas.

Bibliografia

- ACKERKNECHT, Erwin H. **Historical notes on cancer**. Med Hist, 1958 Apr, 2(2):114-9.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- ALMEIDA JUNIOR, C. C. **Das pesquisas hematológicas, serologicas e urologicas na diagnose das neoplasias malignas**. These apresentada à Faculdade de Medicina de S. Paulo. São Paulo, 1923.
- ALMEIDA, Fábio de Oliveira. **Coesão e interesses da medicina paulista diante do populismo adhemarista: contradições e ambivalências** in Sociedade e Cultura, Goiania, vol. 14, núm. 1, 2011, p. 131-139.
- ALMEIDA, Marta de. **República dos invisíveis: Emílio Ribas, Microbiologia e Saúde Pública em São Paulo (1898-1917)**. Bragança Paulista: EDUSF, 2003.
- ANDRADE, Rômulo de Paula; LANA, Vanessa. **Médicos, viagens e intercâmbio científico na institucionalização do combate ao câncer no Brasil (1941-1945)**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 17, supl.1., jul. 2010, p. 109-126.
- ARANHA, Maria Beatriz de Camargo. **A obra de Rino Levi e a trajetória da arquitetura moderna no Brasil**. Tese (doutorado). Faculdade de Arquitetura de Urbanismo da Universidade de São Paulo, 2008.
- ARAÚJO NETO, Luiz Alves; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **O câncer no Ceará: a conformação de um problema médico-social, 1940-1954**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.25, n.1, jan.-mar. 2018.
- ARIÈS, Philippe. **O homem diante da morte**. São Paulo: Editora Unesp, 2014.
- ARIÈS, Philippe. **História da morte no ocidente**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.
- ASSIS, Machado de. **Memórias póstumas de Brás Cubas**. São Paulo: Saraiva, 2009.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CAPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2011.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Epidemiologia e Emancipação**. São Paulo-Rio de Janeiro: Editora HUCITEC-ABRASCO, 2002.

- Begliomini, Helio. **Biografia de Olympio Portugal**. Disponível em: <http://www.academiamedicinasaopaulo.org.br/biografias/180/BIOGRAFIA-OLYMPPIO-PORTUGAL.pdf>. Último acesso em 05 de junho de 2016.
- Bellini, Lígia. **Medicina e saber erudito em Portugal no Renascimento**. Estudos Ibero-Americanos. PUCRS, v. XXVII, n. 1., p. 43-74, junho de 2001.
- Benchimol, Jaime Larry. **Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e revolução pasteuriana no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. EdUFRJ, 1999.
- Berlofi, Luciana Mendes; Sanna, Maria Cristina. **Caracterização e organização da enfermagem do Hospital Alemão Oswaldo Cruz no contexto da II Guerra**. Ciência, Cuidado e Saúde, 14(4): 1581-1588, Out/Dez 2015.
- Bernardi, Célia de. **O lendário Meneghetti: imprensa, memória e poder**. São Paulo: Annablume, 2000.
- Bertolli Filho, Cláudio. **História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.
- Bertolli Filho, Cláudio. **Representações sociais do câncer e dos cancerosos em São Paulo: 1900-1950**. *Salus-vita*, Bauru, v. 21, n. 2, 2002.
- Birman, Joel. **A Physis da Saúde Coletiva**. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento): 11-16, 2005.
- Bloch, Marc. **Apologia da História ou O Ofício de Historiador**. São Paulo: Zahar, 2002.
- Bordieu, Pierre. “**O Campo Científico**” in Ortiz, R (org.). *Sociologia*. São Paulo: Ática, 1983, p. 123-155.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Histórico do Controle de Câncer no Brasil – INCA**. Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro: INCA, 2008.
- Braudel, Fernand. **História e Ciências Sociais. A longa duração**. *Revista de História*, São Paulo, n. 62, p. 261-294, abr.-jun., 1965.
- Bueno, Eduardo. **O sonho de Carmem: como a sociedade ajudou a transformar a história do câncer no Brasil**. Comuniqué Editorial: São Paulo, 2015.
- Buono Calainho, Daniela. **Jesuítas e Medicina no Brasil Colonial**. *Tempo*, p. 61-75, 2005.
- Caíurus, Henrique F; Ribeiro, Wilson A. **Textos Hipocráticos: o doente, o médico e a**

- doença.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- CAMPOS, Cristina de. **São Paulo pela Lente da Higiene: As propostas de Geraldo Horácio de Paula Souza para a Cidade (1925-1945).** São Paulo: RiMa, 2002.
- CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo. **Domínios da História: Ensaio de Teoria e Metodologia.** Editora Campus, 1997.
- CARRETA, Jorge Augusto. **O micróbio é o inimigo: debates sobre a microbiologia no Brasil (1885-1904).** Santo André: Universidade Federal do ABC, 2013.
- CARVALHO, A. O. R. **O Instituto Nacional de Câncer e sua memória: uma contribuição ao estudo da invenção da cancerologia no Brasil.** Dissertação [Mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2006.
- CARVALHO, Arnaldo Vieira de. **Um caso de gastroctomia total.** Revista Médica de São Paulo, ano III, n. 4, 15 de abril de 1900.
- CARVALHO, Francismar Alex Lopes. **O conceito de representações coletivas segundo Roger Chartier.** Diálogos, DHI/PPH/UEM, v.9, n. 1, p. 143-165, 2005.
- CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de. **O pensamento sanitarista na Primeira República: Uma ideologia de construção da Nacionalidade.** Dados. Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.193-210, 1985.
- CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de; FARIA, Lina. **Saúde e história.** São Paulo: Hucitec, 2010.
- CENNI, Franco. **Italianos no Brasil: “Andiamo in ‘Merica”.** São Paulo: Edusp, 2003.
- CHALHOUB, Sidney. **Cidade Febril: Cortiços e Epidemias na Corte Imperial.** São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- CHARTIER, Roger. **“Cultura Popular”:** revisitando um conceito historiográfico. Estudos Históricos, Rio de Janeiro, vol. 8, n. 16, p. 179-192, 1995.
- CHARTIER, Roger. **À beira da falésia: a história entre incertezas e inquietude.** Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 2002.
- CHARTIER, Roger. **A História Cultural entre práticas e representações.** Col. Memória e sociedade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1990.
- CHARTIER, Roger. **O mundo como representação.** Estudos Avançados 11(5), 1991.

- COSTA, Manuela Castilho Coimbra; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **As campanhas educativas contra o câncer**. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 1, p. 223-241, July 2010.
- COSTA, Renato Gama-Rosa. **“Arquitetura hospitalar em São Paulo”** in MOTT, Maria Lucia; SANGLARD, Gisele (orgs). **História da Saúde em São Paulo: instituições e patrimônio histórico e arquitetônico (1808-1958)**. São Paulo: 2011.
- COSTA, Rui Manuel Pinto. **“A arqueologia de uma doença”** in Luta contra o Cancro e Oncologia em Portugal: Estruturação e normatização de uma área científica (1839-1974), Porto: Edições Afrontamento, 2012.
- CUNHA, R. L. **Curso de Cancerologia**. Revista da Universidade do Rio de Janeiro, 1935. (Separata.)
- CUNHA, R. L. **Curso de Cancerologia**. Revista da Universidade do Rio de Janeiro, 1935. (Separata.)
- CZERESNIA, Dina; MACIEL, Maria Godinho de Seixas; OVIEDO, Rafael Antonio Malagón. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.
- DANTES, Maria Amélia Mascarenhas; SILVA, Márcia Regina Barros da (orgs.). **Arnaldo Vieira de Carvalho e a história da medicina paulista (1867-1920)**. Rio de Janeiro: Fundação Miguel de Cervantes, 2012.
- DELORT, Robert. **“Que a peste seja o rato”** in LE GOFF, Jacques (org.). **As doenças têm História**. Lisboa: Terramar, 1985.
- DEMAITRE, Luke. **Medieval Notions of Cancer: Malignancy and Metaphor**. Bulletin of the History of Medicine 72.4 (1998) 609-637.
- DeVITA, Vicent T. and CHU, Edward. **“A History of Cancer Chemotherapy”** in Cancer Research 68, n. 21, 2008.
- DONNANGELO, Cecília. **“A conceptualização do social na interpretação da doença: balanço crítico”** in CARVALHEIRO, José da Rocha. **O Social na Epidemiologia: um legado de Cecília Donnangelo**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2014.
- EDLER, Flavio Coelho. **Ensino e profissão médica na corte de Pedro II**. Santo André: Universidade Federal do ABC, 2014.
- ELLIS JUNIOR, A. **Raça de gigantes: civilização no planalto paulista**. São Paulo: Helios, 1926.

- ESCOREL, S.; TEIXEIRA, Luiz Antônio. **“História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista”** in GIOVANELLA, L. et al (org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FRIOCRUZ, 2008.
- ESPIG, Márcia Janete. **Ideologia, mentalidades e imaginário: cruzamentos e aproximações teóricas**. Anos 90, Porto Alegre. n.10. dezembro de 1998.
- FERLA, Luis Antônio Coelho. **A cidade-máquina em São Paulo, sinfonia da metrópole**. Cadernos de Antropologia e Imagem, v. 23, pp. 81-96, 2006.
- FIORAVANTE, Carlo Henrique. **Pimenta Bueno e uma visão ampla sobre a origem do câncer no início do século XX**, 2017.
- FIORAVANTE, Carlo Henrique. **A molécula mágica: a luta de cientistas brasileiros por um medicamento contra o câncer**. Barueri, SP: Editora Manole, 2016.
- FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.
- FOUCAULT, Michel. **A Arqueologia do Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
- FOUCAULT, Michel. **A Ordem do Discurso**, 1971.
- GESTEIRA, Heloisa Meireles. **A América portuguesa e a circulação de plantas, séculos XVI-XVIII** in KURY, Lorelai. (Org.). Usos e circulação de plantas no Brasil - séculos XVI-XIX. 1. ed. Rio de Janeiro: Andrea Jakobsson Estudio, 2013. p. 42.
- GINZBURG, Carlo. **Historia Nocturna**. Barcelona: Muchnik Editores, 1991.
- GREEN, John. **A culpa é das estrelas**. São Paulo: Intrínseca, 2012.
- HELPERIN EC. **Paleo-oncology: the role of ancient remains in the study of cancer**. Perspect Bio Med. 2004 Winter; 47(1):1-14.
- HERÓDOTO. **História**. Ed. EBooksBrasil, 2006.
- HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina. **“A I Conferencia Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo”** in GOMES, Ângela de Castro (Org.). Capanema: o ministro e seu ministério. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.
- HOCHMAN, Gilberto. **A Era do Saneamento: As bases da política de Saúde Pública no Brasil**. Hucitec: São Paulo, 1998.
- HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina. **“O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45”** in PANDOLFI, Dulce (org.) Repensando o Estado Novo. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1999.

- HONNETH, Axel. **Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais**. São Paulo: Ed. 34, 2003.
- IMBAULT-HUART, Marie-José. **“História do cancro”** in LE GOFF, Jacques (org.). *As doenças têm História*. Lisboa: Terramar, 1985.
- ITAQUI, Thais. **Instituto de cancer Arnaldo Vieira de Carvalho reduz cirurgias de alta complexidade**. 2017. 6 min e 15 seg, son., color. Disponível em: <http://g1.globo.com/globo-news/jornal-globo-news/videos/v/instituto-de-cancer-arnaldo-vieira-de-carvalho-reduz-cirurgias-de-alta-complexidade/5802908/>. Último acesso em 21/04/2018.
- JAVIER, Ronald T.; BUTEL, Janet S. **The History of Tumor Virology**. *Cancer Res* 2008; 68: (19). October 1, 2008.
- KRUSH, Anne. **J. Hermann Lebert’s Contributions To The Understanding of Cancer and Cancer Genetics** in *Transaction of the Nebraska Academy of Sciences*, vol. 4, 1977.
- KUHN, Thomas S. **A Estrutura das Revoluções Científicas**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1998.
- LAGO, Pedro Correa do; BANDEIRA, Julio. **Debret e o Brasil: obra completa, 1816-1831**. Rio de Janeiro: Capivara, 2013.
- LAKHTAKIA, Ritu. **A brief History of Breast Cancer**. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2014 May; 14(2): e166-e169.
- LAPLANTINE, F. **Antropologia da Doença**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1991.
- LE GOFF, Jacques (org.). **As doenças têm História**. Lisboa: Terramar, 1985.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. **“História e etnologia”** in *Antropologia Estrutural*, São Paulo: Cosac Naify, 2008.
- LÖWY, Ilana. **Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- LYTTON, D. G; RESUHR, L. M. **Galen on Abnormal Swellings**. *J Hist Med Allied Sci* (1978) XXXIII (4): 531-549.
- MARCOLIN, Neldson; FIORAVANTI, Carlos. **Humberto Torloni: nos bastidores da oncologia**. *Revista FAPESP*, São Paulo, ed. 215, fev. 2014.

- MARINHO, Maria Gabriela S. M. C. **Norte-americanos no Brasil: uma história da Fundação Rockefeller em São Paulo 1934-1952**. São Paulo/Bragança Paulista: Fapesp/USF/Editores Associados, 2001.
- MARQUES, Maria Cristina da; BRASILEIRO, Danilo Fernandes; FERNANDES, Suzana César Gouveia. **Informação e disciplina: a Coletânea de Educação Sanitária do estado de São Paulo, Brasil (1939-1952)**. Interface (Botucatu). 2017; 21(61):397-410.
- MASCARENHAS, Rodolfo S. **Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo**. Tese (Livre-docência) – Faculdade de Higiene e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1949.
- MAZZARELLO, Paolo. **A unifying concept: the history of cell theory**. Nature Cell Biology, 1999 May;1(1): E13-5.
- MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual dos Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- MERHY, Emerson. **A saúde como política: um estudo dos formuladores de política**. São Paulo: Hucitec, 1992.
- MICHEAU, Françoise. **“A idade de ouro da medicina árabe”** in LE GOFF, Jacques (org.). **As doenças têm História**. Lisboa: Terramar, 1985.
- MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. **A arte de curar nos tempos da colônia: limites e espaços de cura**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2017.
- MIRRA, Antonio Pedro. **Hospital A. C. Camargo da Fundação Antonio Prudente: Histórico**. Acta Oncol. Bras. n. 13 – vol. 1, 2, 3, 5-7, jan-dez, 1993.
- MOSSÉ, Claude. **“As lições de Hipócrates”** in LE GOFF, Jacques (org.). **As doenças têm História**. Lisboa: Terramar, 1985.
- MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima. **Medicina sob as lentes da História: reflexões teórico-metodológicas**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1085-1094, Apr, 2014.
- MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima. **Institucionalização da saúde pública paulista nos anos 1930-1940**. Rev Saúde Pública 2013; 47(5): 839-45.

- MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima. **Atenção primária no sistema de saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica.** Saúde soc., São Paulo, v. 20, n. 4, Dec. 2011.
- MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima. **Mudanças corporativistas e tecnológicas da medicina paulista em 1930.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, abr.-jun. 2009.
- MOTA, André. **Tropeços da Medicina Bandeirante: Medicina Paulista entre 1892-1920.** São Paulo: EDUSP, 2005.
- MOTT, Maria Lucia; SANGLARD (orgs), Gisele. **História da Saúde em São Paulo: instituições e patrimônio histórico e arquitetônico (1808-1958).** São Paulo: 2011.
- MOTT, Maria Lucia; TEODORO, Milson; SILVA, Angélica Aparecida Moreira da; COELHO, Carla Maria Teixeira. **História da Saúde em São Paulo: instituições e patrimônio histórico e arquitetônico (1808-1958).** São Paulo: 2011, CD-ROM.
- MUKHERJEE, Siddhartha. **O Imperador de todos os males: uma biografia do câncer.** São Paulo: Companhia das Letras, 2012.
- NAVARRO, Marcus Vinicius Teixeira. **Controle de riscos à saúde em radiodiagnóstico: uma perspectiva histórica.** Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro , v. 15, n. 4, Dec. 2008.
- OLIVER, Graciela de Souza; FIGUEIRÔA, S. F. M. **Características da institucionalização das ciências agrícolas no Brasil.** REVISTA DA SBHC, Rio de Janeiro, jul/dez. 2006, v. 4, n. 2, pp. 105-115.
- OLSON, James S. **The History of Cancer. An annotated bibliography.** New York: Greenwood Press, 1989.
- PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” o campo aberto a novos paradigmas?** Rev. Saúde Pública, 32 (4): 299-316, 1998.
- PAIVA, C. H. A. **A saúde Pública em tempos de burocratização: o caso do médico Noel Nutels.** História, Ciência, Saúde Manguinhos, vol. 10 (3): 827-51, set.-dez. 2003.
- PEREIRA NETO, André de Faria. **Ser médico no Brasil: o presente no passado.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

- PIMENTA, Tania Salgado. **Transformações no exercício das artes de curar no Rio de Janeiro durante a primeira metade do Oitocentos**. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. 11 (suplemento 1): 67-92, 2004.
- PINEL, D. “**A loucura dos chiliques**” in LE GOFF, Jacques. As doenças têm história. Lisboa: Terramar, 1985. p. 147-156.
- PINELL, Patrice; BROSSAT, Sylvia. **The birth of cancer policies in France**. Sociology of Health & Illness. Volume 10, Issue 4, pages 579-607, December 1988.
- PINTO JUNIOR, A. Costa. **Cancer: noções de diagnóstico e de terapêutica**. Secção de propaganda e educação sanitária do Departamento de Saúde de São Paulo, 1942.
- POLILLO, Raul de. “**A imoralidade do curandeirismo**” in Coletânea, 8a. série, SPES de S. Paulo, 1944.
- RAMOS, Alvaro. **Secção Permanente d’o cancro**. Archivos Brasileiros de Medicina, 1911.
- RATHER, L. J. **The Genesis of cancer. A study in the history of ideas**. Baltimore, Md., and London, The John Hopkins University Press, 1996.
- REIS, José Carlos. **História e Estruturalismo: Braudel versus Lévi-Strauss**. História da Historiografia, n. 1. Ago., 2008.
- RETIEF FP, CILLIERS L. **Tumours and cancers in Graeco-Roman times**. S Afr Med J. 2001 Apr;91(4):344-8.
- RIBEIRO, Márcia Moisés. **A ciência dos trópicos: a arte médica no Brasil do século XVIII**. São Paulo: HUCITEC, 1997.
- RIBEIRO, Maria Alice R. **A cidade de São Paulo e a saúde pública (1554-1954)** in PORTA, Paula. História da cidade de São Paulo, a cidade no império 1823-1889. São Paulo: Paz e Terra/Petrobras, 2004.
- RIBEIRO, Maria Alice R. **História sem Fim... Inventário da Saúde Pública**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Unesp/Abrasco, 1993.
- RIDDLE, John M. **Ancient and Medieval Chemotherapy for Cancer**. Isis, Vol. 76, No 3 (Sep., 1985), pp. 319-330.
- RODRIGUES, Henrique Estrada. **Lévi-Strauss, Braudel e o tempo dos historiadores**. Revista Brasileira de História. São Paulo, v. 29, n. 57, p. 165-186, 2009.

- ROMERO, Mariza. **Do Bom Cidadão: As Normas Médicas em São Paulo, 1889-1930**. São Paulo, dissertação de mestrado, Departamento de História, FFLCH-USP, 1995.
- SANGLARD, Gisele. **Laços de sociabilidade, filantropia e o Hospital do Câncer do Rio de Janeiro (1922-1936)**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, supl.1, jul. 2010, p.127-147.
- SANDISON, A. T. **The first recorded case of inflammatory mastitis – Queen Atossa of Persia and the physician Democêdes**. Med Hist. 1959 Oct; 3(4): 317–322.
- SÃO BENTO, Viviane Machado Caminha; SANTOS, Nadja Paraense dos. **Jesuítas e ciência: a produção de medicamentos através da Coleção de Varias Receitas de 1766**. Revista Maracanan, n. 13, p. 146-157, dezembro de 2015.
- SAUNIER, Annie. **“A vida quotidiana nos hospitais da Idade Média”** in LE GOFF, Jacques (org.). As doenças têm História. Lisboa: Terramar, 1985.
- SCHPUN, Mônica Raisal. **“A médica Carlota Pereira de Queiroz e seus colegas: amizades e relações profissionais num meio predominantemente masculino”** in NOGUEIRA, Yara (org.). História da saúde: olhares e veredas. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010.
- SCORZELLI JUNIOR, Achilles. **Mortalidade no Distrito Federal (1924-1953)**. Tese de concurso. Rio de Janeiro, 1954.
- SEVCENKO, Nicolau. **Orfeu extático na metrópole**. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.
- SIGERIST, H. E. **A history of medicine**. Vol II: Early Greek, Hindu, and Persian medicine. New Cork, Oxford University Press, 1987.
- SILVA, Márcia Regina Barros da. **O laboratório e a República: saúde pública, ensino médico e produção de conhecimento em São Paulo (1891-1933)**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.
- SIMAL, Carlos Jorge Rodrigues; PARISOTTO, Viviane Santuari. **Um pouco da história do Instituto do Radium de Belo Horizonte**. Ver Med Minas Gerais 2011; 21(3): 353-360.
- SKUSE, Alanna. **Construction of Cancer in Early Modern England: Ravenous Natures**. New York: Mcmillan, 2015.
- SONTANG, Susan. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.
- SOUNIA, Jean-Charles. **“O homem e a doença”** in LE GOFF, Jacques (org.). As doenças têm História. Lisboa: Terramar, 1985.
- SOUZA, Christiane Maria Cruz de. **Conhecer e educar para controlar o câncer na Bahia**.

Educar em Revista, Curitiba, n. 54, out./dez. 2014, pp. 55-70.

STOLBERG, Michael. **Metaphors and images of cancer in early modern Europe**. Bull Hist Med. 2014 Spring; 88(1):48-74.

TEIXEIRA, Luiz Antônio; PORTO, Marco Antonio; NORONHA, Claudio Pompeiano. **O câncer no Brasil: passado e presente**. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2012.

TEIXEIRA, Luiz Antônio. **O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos (Impresso), v. 17, p. 13-31, 2010.

TEIXEIRA, Luiz Antônio. **O câncer na mira da medicina brasileira**. Revista da Sociedade Brasileira de História da Ciência. Revista Brasileira de História da Ciência, v. 2, p. 104-117, 2009.

TEIXEIRA, Luiz Antônio; FONSECA, Cristina M. **De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2007.

TU, Shi-Ming. **Origin of Cancers: Clinical Perspectives and Implications of a Stem-Cell Theory of Cancer**. Springer: New York, 2010.

WEINSTEIN, Barbara. **The color of modernity: São Paulo and the making of race and nation in Brazil**. Duke University Press, 2015.

ZAID, Hilal; RAYAN, Anwar; SAID, Omar; SAAD, Bashar. **Cancer Treatment by Greco-Arab and Islamic Herbal Medicine**. The Open Nutraceuticals Journal, 2010, 3, 203-212.

Acervos e Fontes primárias

Acervo Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo

Discursos registrados no Diário Oficial de parlamentares entre 1952 e 1955.

Acervo “Obras Raras” da Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

ALMEIDA JUNIOR, C. C. **Das pesquisas hematológicas, serologicas e urologicas na diagnose das neoplasias malignas.** These apresentada à Faculdade de Medicina de S. Paulo. São Paulo, 1923.

CHAVES, J. A. **Comunicado feito à Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo. Cura do Cancer Cervical pela operação de Wertheim, 1924.**

COELHO NETTO, P. **Perversão sexual e câncer.** Rio de Janeiro: Oficinas Gráficas do Jornal do Brasil, 1944.

COMPARATO, Sebastião. **Electro-coagulação no tratamento dos tumores acessíveis e a sua technica operatória.** These apresentada à Faculdade de Medicina de S. Paulo, São Paulo, 1919.

CUNHA, R. L. **Curso de Cancerologia.** Revista da Universidade do Rio de Janeiro, 1935. (Separata.)

FABBRI, H. **O problema hygienico do cancer.** These apresentada à Faculdade de Medicina de S. Paulo, These: São Paulo, 1929.

GALVÃO, Anthero Bueno. **A formação de anticorpos para os bacilos typhicos na leucemia experimental.** These apresentada à Faculdade de Medicina de S. Paulo, 1920.

GIUPPONI, Enrico. **A luta contra o câncer.** Rio de Janeiro: Casa editora Vecchi Ltda, s.d.

KROEFF, Mario. **Resenha da luta contra o câncer no Brasil: documentário do serviço nacional de câncer.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

KROEFF, Mario. **Tratamento do cancer pela electro-cirurgia.** Trabalho apresentado ao I Congresso Brasileiro de Cancer. Reimpressão do “O Hospital”, 1936.

OLIVEIRA, A. B. **Importancia do conceito de ulcera-cancer em cirurgia gástrica.** These apresentada à Faculdade de Medicina de S. Paulo, São Paulo, 1926.

PINTO, P. A. **Dicionário de Têrmos Médicos,** 1944.

PORTUGAL, O. **A lucta anti-cancerosa em S. Paulo.** São Paulo: Empresa Graphica da “Revista dos Tribunaes”, 1936.

PRUDENTE, Antonio. **Reparação no Câncer: bases, técnica e tática,** 1939.

S/A. **O que todos devem saber de cancro: Manual para toda a gente ler.** Lisboa, 1930.

Arquivo Histórico Municipal de São Paulo

Solicitações à prefeitura protocoladas pela Associação Paulista de Combate ao Câncer.

Plantas do Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho e Hospital A. C. Camargo.

Biblioteca de Obras raras, Especiais e Documentação História da Universidade de São Paulo

A Federação, ano 007, n. 351, 1911.

A Federação, ano 009, n. 444, 1913.

A Federação, ano 011, n. 526, 1915.

A Federação, ano 008, n. 385, 1912.

A Federação, ano 010, n. 484, 1914.

A Federação, ano 012, n. 636, 1916.

A Federação, ano 012, n. 645, 1916.

A Federação, ano 015, n. 781, 1919.

A Federação, ano 016, n. 846, 1920.

O Bisturi, ano 010, n. 037, set. 1942.

O Bisturi, ano 008, n. 035, set. 1940.

O Bisturi, ano 014, n. 047, set. 1946.

O Bisturi, ano 016, n. 054, set. 1948.

O Bisturi, ano 013, n. 060, mar. 1951.

A Cidade de Ytu, ano 001, n. 102, 1894.

A Cidade de Ytu, ano 006, n. 447, 1899.

A Cidade de Ytu, ano 007, n. 458, 1899.

A Cidade de Ytu, ano 007, n. 461, 1899.

A Cidade de Ytu, ano 016, n. 1211, 1911.

A Cidade de Ytu, ano 016, n. 1216, 1911.

A Cidade de Ytu, ano 018, n. 1339, 1912.

Progresso, ano 001, n. 014, 1933.

Revista de Medicina, v. 001, n. 001, 1916.

Revista de Medicina, v. 004, n. 024, 1923.

Revista de Medicina, v. 006, n. 034-035, 1924.

Revista de Medicina, v. 011, n. 046, 1927.

Revista de Medicina, v. 012, n. 048, 1927.
 Revista de Medicina, v. 020, n. 061, 1936.
 Revista de Medicina, v. 022, n. 065, 1938.
 Revista de Medicina, v. 024, n. 077, 1940.
 Revista de Medicina, v. 024, n. 079, 1940.
 Revista de Medicina, v. 024, n. 083, 1940.
 Revista de Medicina, v. 025, n. 089, 1941.
 Revista de Medicina, v. 025, n. 093, 1941.
 Revista de Medicina, v. 026, n. 098, 1942.

Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia, vol. 1, 1913.
 Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia, vol. 5, 1915.
 Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia, vol. 10, 1919.
 Annuario Demographico (São Paulo), 1906, v. 13.
 Annuario Demographico (São Paulo), 1907, v. 14.
 Annuario Demographico (São Paulo), 1910, v. 17.
 Annuario Demographico (São Paulo), 1912, v. 19.
 Annuario Demographico (São Paulo), 1913, v. 20.
 Annuario Demographico (São Paulo), 1914, v. 21.
 Annuario Demographico (São Paulo), 1915, v. 22.
 Annuario Demographico (São Paulo), 1916, v. 23.
 Annuario Demographico (São Paulo), 1917, v. 24.
 Annuario Demographico (São Paulo), 1920, v. 27.
 Annuario Demographico (São Paulo), 1929, v. 36.
 Annuario Estatistico de São Paulo – 1901.
 Archivos Brasileiros de Medicina, 1911.
 Archivos da Fundação Gaffrée e Guinlé, 1928.
 Archivo da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, jan. 1911.
 Boletim Especial da Repartição Pan-Sanitaria, 1925.
 Brazil Medico, 1907.
 Brazil Medico, 1922.
 Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, 1918.
 Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, 1923.

Mortalidade no Distrito Federal (1924-1953).

Centro de Memória do Instituto Biológico

Acervo de Juvenal Meyer.

Acervo de Paulo Bueno.

Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil (CPDOC)

Arquivo Gustavo Capanema: Criação do Serviço Nacional do Câncer (documentos); Cartas de Autoridades.

PRUDENTE, Antonio. **Rêde Nacional Contra o Cancer**. Projeto apresentado ao Exmo. Snr. Presidente da Republica e ao Exmo. Snr. Ministro da Educação e Saúde, São Paulo, s/d.

Museu da Saúde Pública Emílio Ribas (Instituto Butantã)

Annuario Demographico, 1922, vol. II.

Annuario Demographico, 1923, vol I.

Boletim Hebdomadario de Estatistica Demographo-Sanitaria do Municio de São Paulo, 1936.

Cartazes da Associação Paulista de Combate ao Câncer.

Câncer: quando pode ser prevenido ou curado, 1950.

Cancer: noções de diagnóstico e de terapêutica, 1942.

Seção de Propaganda e Educação Sanitária, Coletâneas 1a série, 1938.

Seção de Propaganda e Educação Sanitária, Coletâneas 2a série, 1940.

Seção de Propaganda e Educação Sanitária, Coletâneas 4a série, 1941.

Seção de Propaganda e Educação Sanitária, Coletâneas 7a série, 1943.

Seção de Propaganda e Educação Sanitária, Coletâneas 8a série, 1944.

Museu Histórico Prof. Carlos da Silva Lacaz da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Arquivos de Antônio Candido Camargo.

Arquivos de Carlota Pereira de Queiróz.

Arquivos de Celestino Bourroul.

PRUDENTE, Antonio. **O câncer precisa ser combatido**, 1935.

BRIGGS, Luis. **Primeiro Congresso Brasileiro de Cancer**, vol 1, 1936.

QUEIROZ, Carlota Pereira de. **Estudos sobre o Cancer (Indagações clinicas e experimentaes)**. These apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1926.

Hemeroteca - Arquivo digitalizado da Biblioteca Nacional

Relatórios dos Presidentes dos Estados Brasileiros, 1926, Edição 1, Página 52-53. Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo, em 14 de Julho de 1926, pelo Dr. Carlos de Campos, Presidente do Estado de São Paulo.

Relatórios dos Presidentes dos Estados Brasileiros, 1927, Edição 1, Página 46. Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo, em 14 de Julho de 1927, pelo Dr. Antonio Dino da Costa Bueno, Presidente do Estado de São Paulo.

Jornal Correio Paulistano, 1890-1891.

Jornal O Mercantil, 1890-1891.

Arquivo histórico do jornal O Estado de São Paulo

A Província de S. Paulo, 1876-1889.

O Estado de São Paulo, 1890-1956.

Outras fontes:

BAINBRIDGE, William Seaman. **The Cancer Problem**, New York: The Macmillan Company, 1914.

COOPER, Samuel. **A dictionary of Practical Surgery**. Nova York: Harper & Brothers, 1854.

DIONIS. **A course of Chirurgical Operations Demonstrated in the Royal Garden at Paris**. Translated from the Paris Edition. Londron, printed for F. Tonfon, 1733.

FARBER, Sidney., DIAMOND, Louis K., MERCER, Robert D., SYLVESTER Jr., Robert F., and WOLFF, James A. **Temporary Remissions in acute leukemia in children produced by folic acid antagonist, 4-Aminopteroyl-Glutamic Acid (Aminopterin) in The New England Journal of Medicine**, vol. 238. Boston: June 3, 1948.

GENDRON, Claude Deshaies. **Enquiries into the Nature, Knowledge, and Cure of Cancers**. London, 1701.

HALSTED, William S. **Results of operations for the cure of cancer of the breast performed at the Johns Hopkins Hospital from June 1889 to January 1894**.

HUNTER, John. **Lectures on the Principles of Surgery (with notes by James F. Palmer)**. Philadelphia: Haswell, Barrington, and Haswell, 293 Market Street, 1839.

KROEFF, Mario. **Resenha da luta contra o câncer no Brasil: documentário do serviço nacional de câncer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

MALCOLM, John. **The history of Persia, from the most early period to the present time:**

containing an account of the religion, government, usages, and character of the inhabitants of that kingdom. Vol. 1. Londron: Printed for John Murray, Albemarle Street, and Longman and Co., Paternoster-row, by James Moyes, Greville Street. 1867.

MARKS, Elias. **The Aphorisms of Hippocrates, from the latin version of Verhoofd, with a literal translation on the opposite page and explanatory notes.** New York: Collins & Co. 1817.

PESTANA, P. R. **Guia ilustrado da cidade de S. Paulo por ocasião do Sexto Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia,** São Paulo, Ty p. Brazil de Rothschild & Com p., 1907.

S/A. CANCER: **The Great Darkness.** Fortune, May 1937, pp. 112-114.

SOLJENITZINE, Alexandre. **Pavilhão de Cancerosos.** Rio de Janeiro: Editora Expressão e Cultura, 1969.

SKINNER, Henry Alan. **The Origin of Medical Terms.** Baltimore: The Williams & Wilkins Company, 1949.

WISEMAN, Richard. **Several Chirurgical Tratises (second edition).** London, 1686.