

histórias da saúde

ESTUDOS DO SÉCULO

XX

número 12 • 2012



# Instituto Português de Oncologia

## Organização e dinâmica assistencial (1928-1958)<sup>1</sup>

Rui Costa

---

<sup>1</sup> Este artigo serviu de base à comunicação apresentada no XXXI Encontro da Associação de História Económica e Social, realizado na Faculdade de Economia da Universidade do Coimbra em 18 de Novembro de 2011, originalmente intitulada “Actividade assistencial, financiamento e modelo de funcionamento do Instituto Português de Oncologia (1928-1958)”.

**Rui Costa**, Doutor em História. Pós-Doutorando CEIS20; Investigador Colaborador do CEIS20. Investigador do CITCEM. E-mail: [rcosta75@gmail.com](mailto:rcosta75@gmail.com)

## 1 – A problemática do cancro na historiografia

Desde os anos 90 do século XX que se assistiu a um retomar da doença oncológica enquanto temática de interesse para a historiografia da saúde, sobretudo na esfera da investigação médico-científica. Foi desde essa altura que a bibliografia se tornou mais vasta, refletindo tanto o incremento da prevalência da doença como o peso dos vastos recursos financeiros entretanto investidos na denominada luta contra o cancro.

Vários desses trabalhos mais abrangentes, alguns já clássicos, foram aportados por Patrice Pinell,<sup>1</sup> David Cantor,<sup>2</sup> James Olson<sup>3</sup> e Ilana Löwy,<sup>4</sup> ora focando o percurso de projetos políticos de saúde pública em redor da doença, ora debruçando-se mais sobre a história da investigação e pesquisa científica em contextos nacionais específicos.

Ao contrário da multiplicidade de obras já existentes para outras realidades nacionais, os estudos de natureza historiográfica feitos em Portugal são ainda escassos.<sup>5</sup> Existem, no entanto, algumas abordagens de cariz institucional e biográfico redigidas por Silveira Botelho, voltadas para a figura tutelar do médico Francisco Gentil e do estabelecimento que fundou: o Instituto Português de Oncologia (IPO)<sup>6</sup>. Outras visões têm complementado o tema do ponto de vista sociológico, mormente os trabalhos de Hélder Raposo<sup>7</sup> e João Arriscado Nunes<sup>8</sup>, e só muito recentemente se

---

<sup>1</sup> PINELL, Patrice – “Cancer”. In COOTER, R; PICKSTONE, J. (eds.) – *Medicine in the Twentieth Century*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 2000. p. 671-686; PINELL, Patrice – *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890 – 1940)*. Paris: Éditions Métaillé, 1992.

<sup>2</sup> CANTOR, David (ed.) – *Cancer in the Twentieth Century*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2008; CANTOR, David (ed.) – “Cancer in the Twentieth Century”. *The Bulletin of the History of Medicine*. Vol. 81, N.º 1. Special Issue (2007); CANTOR, David – “Cancer”. In BYNUM, W. F.; PORTER, R. (ed.) – *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. 2 vols. London: Routledge, 1993. p. 537-561; CANTOR, David – “The Medical Research Council’s Support for Experimental Radiology During the Inter-War Years”. In AUSTOKER, J.; BRYDER, L. (eds.) – *The Role of Medical Research Council*. Oxford: Oxford University Press, 1989.

<sup>3</sup> Cf. OLSON, James S. – *Making Cancer History: Disease & Discovery at the University of Texas M. D. Anderson Cancer Center*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2009; OLSON, James S. – *Bathsheba’s Breast: Women, Cancer and History*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2002.

<sup>4</sup> Cf. LÖWY, Ilana – *Between Bench and Bedside: Science, Healing, and Interleukin-2 in a Cancer Ward*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1996.

<sup>5</sup> Cf. COSTA, Rui Manuel Pinto – “Escrevendo a história do cancro. Da situação historiográfica internacional ao caminho por trilhar em Portugal”. *CEM. Cultura, Espaço & Memória*. N.º 2 (2011) p. 283-295.

<sup>6</sup> Cf. BOTELHO, Luís da Silveira (coord.) – *O Instituto Português de Oncologia e a luta contra o cancro em Portugal: 75 anos*. Mafra: Elo, 2000; BOTELHO, Luís da Silveira (coord.) – *Francisco Gentil (1878-1964)*. Introdução de Fernando Namora. Edição da LPCC, 1978.

<sup>7</sup> Cf. RAPOSO, Hélder – “A luta contra o cancro em Portugal. Análise do processo de institucionalização do Instituto Português de Oncologia”. *Fórum Sociológico*. N.º 11/12 (2004) p. 177-203.

<sup>8</sup> Cf. NUNES, João Arriscado – “Risco, incerteza e regimes de verdade. A patologia tumoral e a biologia do cancro”. *Revista de História das Ideias*. Coimbra: Instituto de História e Teoria das Ideias, Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. Vol. 23. (2002) p. 285-315; NUNES, João Arriscado – “Escala, heterogeneidade e representação: Para uma cartografia da investigação sobre o cancro”. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. Coimbra: Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Economia de Coimbra. N.º 46 (1996) p. 9-46.

deu início a execução de estudos mais abrangentes sobre o impacto desta doença na contemporaneidade portuguesa.<sup>9</sup>

A questão da dinâmica hospitalar dos estabelecimentos de saúde dedicados ao tratamento do cancro não parece ter sido assunto de grande reflexão por parte dos historiadores. No entanto, refletir sobre as particularidades do caso português pode ajudar a compreender não só a adoção dos modelos organizativos perfilhados, como também o lento processo de expansão do projeto anticanceroso pelo território.

## 2 – A luta contra o cancro na moldura assistencial

Entre 1850 e 1910 eram muito poucos os hospitais portugueses que não recaíam na esfera privada das Misericórdias, não existindo qualquer estabelecimento hospitalar público ou privado que se dedicasse de forma exclusiva ao tratamento dos doentes oncológicos. O contexto sócio-sanitário em que se começou a desenhar a luta anticancerosa foi o do preventório e do higienismo. Na 2ª metade do século XIX as preocupações higienistas passaram a assumir uma dimensão progressivamente mais relevante na política de saúde e acentuou-se desde a entrada em vigor da reforma sanitária de Ricardo Jorge em 1901. Esta última, assente numa política devedora dos princípios da medicina preventiva, era decorrente do movimento sanitário que percorrera a Europa no século XIX, e que chegava por fim a letra da lei em Portugal.

Parece claro que o cancro estava ausente das preocupações sanitárias dominantes, bem longe do peso que as epidemias tradicionalmente ocupavam no imaginário social de novecentos. Contudo, a partir de meados do século XIX, a apreensão relativa à sua aparente progressão foi reforçada por um conjunto de novos dados estatísticos que faziam pensar que a taxa de mortalidade pela doença estava a aumentar nas nações ditas civilizadas.<sup>10</sup> Apesar dos resultados do primeiro relatório sobre o cancro realizado por Azevedo Neves em 1904, a oportunidade e interesse político na institucionalização da luta anticancerosa demorou vários anos a concretizar-se, até que em 1923 acabaria por se ver concretizada a fundação do Instituto Português para o Estudo do Cancro, dedicado à investigação, ensino e assistência. Mais tarde designado Instituto Português de Oncologia (IPO) e desde o início dirigido por Francisco Gentil, este estabelecimento de pendor mais científico que assistencialista foi afeto e centralizado em redor dos laboratórios da Faculdade de Medicina de Lisboa, obtendo instalações próprias a partir de 1927.<sup>11</sup>

Nos anos 20 e 30 do século XX, a luta contra o cancro era vista como problema sanitário de natureza social, enquadrando-se ideologicamente no primado do higienismo

---

<sup>9</sup> Cf. COSTA, Rui Manuel Pinto – *Luta contra o cancro e oncologia em Portugal. Estruturação e normalização de uma área científica (1839-1974)*. Porto: CITCEM; Afrontamento, 2012.

<sup>10</sup> Cf. COSTA, Rui Manuel Pinto – “O lugar do cancro na estatística sanitária portuguesa (1850-1933)”. *Dynamis*. Vol. 31, N.º 2 (2011) p. 527-551.

<sup>11</sup> Cf. COSTA, Rui Manuel Pinto – “Discurso médico, saúde pública e estratégias políticas para “Uma questão palpitante do tempo actual”: a emergência da luta contra o cancro em Portugal (1904-1923)”. *Revista da Faculdade de Letras. HISTÓRIA*. IIIª Série, Vol. 11 (2010) p. 135-164.

e da medicina preventiva, feita com recurso ao diagnóstico precoce. O envio de doentes ao estabelecimento anticanceroso de Palhavã, local onde foi erigido o conjunto de edifícios dedicados ao IPO, passava não só pela eficácia do diagnóstico, mas também pela sensibilidade dos médicos, que cada vez mais remetiam os casos suspeitos a uma instituição que expandiu em poucos anos o seu número de inscritos. O Instituto manteve-se englobado nas poucas estruturas higio-sanitárias sob a alçada directa do poder político, controle esse realizado através da orgânica funcional do Ministério da Instrução, beneficiando de uma autonomia invulgar na captação e gestão de recursos financeiros, fossem estatais ou particulares. Para assegurar a total cobertura do território nacional no respeitante à luta anticancerosa nos seus múltiplos aspectos, desde 1942 que o país se considerava dividido em três zonas, Norte, Centro e Sul, mas apenas o Centro de Lisboa funcionava, cobrindo todas as necessidades nacionais.<sup>12</sup>

A reforma dos serviços de saúde e assistência de 1945<sup>13</sup> continuou a privilegiar a inclusão do IPO no Ministério da Educação Nacional, o que desde logo o colocava num lugar à parte no quadro da política de saúde, em circunstâncias administrativas similares às do Hospital Escolar da Universidade de Lisboa. Em matéria sanitária, a assistência social emanada do Estado tinha uma acção de profilaxia e defesa contra a tuberculose, o sezonismo, o cancro, as doenças infecciosas, as anomalias mentais, as de nutrição e as adquiridas no decorrer do trabalho. Esta acção assistencial e profilática era desenvolvida através de institutos especializados, concebidos como órgãos de coordenação da assistência.<sup>14</sup> A função do Estado e das autarquias na prestação da assistência mantinha-se supletiva das iniciativas particulares, que seriam orientadas, tuteladas e favorecidas pelo Estado, sem haver no entanto, qualquer perda das características particulares.<sup>15</sup>

Tendo permanecido fora do aparelho burocrático entretanto criado para englobar os serviços de saúde e assistência, o IPO fazia parte daquele conjunto de instituições específicas nas doenças a que se dedicavam, autónomas e independentes entre si, captando e gerindo recursos financeiros significativos mas nem sempre suficientes à missão que tinham em mãos.

### 3 – Tratar doentes e gerir números: elementos para uma equação de resultado incerto

Através dos relatórios estatísticos anuais que desde cedo elaborou e publicou em órgão noticioso próprio, é possível ter uma ideia bastante aproximada do volume de trabalho assistencial que desenvolveu. As listagens revelam as dualidades impostas pelo diagnóstico precoce: tratavam-se os realmente cancerosos, mas também era extensa a lista das lesões não cancerosas ou pré-cancerosas entretanto detectadas.

---

<sup>12</sup> Cf. o DL nº 36 600, de 24 de Novembro de 1942.

<sup>13</sup> Cf. o DL nº 35 108, de 7 de Novembro de 1945.

<sup>14</sup> Cf. as Bases VII e seguintes da Lei nº 1 998 e ainda os artigos 113º e seguintes do DL nº 35 108, de 7 de Novembro de 1945.

<sup>15</sup> Cf. a Base III e IV da Lei nº 1 998, de 15 de Março de 1944.

Como se procedia à admissão dos doentes? Se bem que podiam ser encaminhados por qualquer médico directamente, apenas com base na mera suspeita, inicialmente eram provenientes do Hospital Escolar de Santa Marta. A abertura da consulta de rastreio alargou o acesso, mas a maioria dos admitidos continuava a proceder de hospitais públicos ou das Misericórdias. O restante era encaminhado a partir da clínica privada, sendo enviados com cartas de recomendação, o que chegava a suscitar a troca regular de correspondência sobre alguns dos casos, como aquela que Francisco Gentil manteve com Bissaya Barreto acerca de alguns doentes que este lhe remeteu.<sup>16</sup> Era ainda habitual encontrar doentes provenientes da clínica privada para tratamentos pontuais, fosse para a realização de radioterapia curativa, irradiação como complemento de actos cirúrgicos ou de preparação para um maior êxito operatório. O número absoluto de doentes inscritos cresceu rapidamente desde 1927: provindo de todo o país, incluíam igualmente os territórios ultramarinos. (Veja-se o quadro 1)

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

Quadro 1 – Doentes inscritos no IPO (1928-1939)

Ano	Doentes inscritos	Doentes novos	Neoplasias malignas	Neoplasias benignas	Sem neoplasia
1928	952	–	627	35	290
1929	1552	570	1026	170	326
1930	1992	470	1201	93	698
1931	2226	234	1275	227	724
1932	2406	176	1353	241	809
1933	2532	1714	1330	267	935
1934	2821	1895	1442	265	1114
1935	3188	2161	1839	Incluídas	1349
1936	3550	2270**	2034	Incluídas	1691/175*
1937	3223	2025**	2184	Incluídas	2144/1045*
1938	3615	1875**	1901	443	2577/1306*
1939	3827	2131	2572	520	2537/1282*

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

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

\*\* Dados aproximados.

Em termos administrativos, os doentes podiam ser incluídos numa de três categorias contributivas: pensionistas, porcionistas ou gratuitos. A primeira categoria era aquela

<sup>16</sup> Cf. FBB/BB/CORR/ Cx 2 (1929-1932)

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

De acordo com o Código Administrativo<sup>17</sup> e a Lei nº 1.998 de 15 de Março de 1944,<sup>18</sup> cabia aos municípios suportar os encargos de tratamento de todos os pobres e indigentes com domicílio de socorro no respectivo concelho. Esta obrigação municipal, que era muito anterior a esta data, criou problemas habituais na gestão do IPO. Dada a natureza socioeconómica de uma fatia considerável do tecido humano português, esta obrigação pesava de sobremaneira no orçamento de muitas Câmaras, e não raro os hospitais centrais se viam obrigados a utilizar meios coercivos para conseguirem reaver o pagamento dos tratamentos realizados. Algumas Câmaras, de molde a contornarem essas obrigações, endossavam-nas às Comissões Municipais de Assistência. Outras ainda, negavam ou demoravam a guia de responsabilidade aos munícipes, o que no caso do tratamento de doentes oncológicos levou a que casos potencialmente tratáveis fossem irremediavelmente perdidos, fruto dos atrasos na atribuição da dita guia. A constatação desta realidade não deixou de ser aflorada na própria imprensa médica, com o relato de alguns casos dessa natureza, pelo menos desde a década de 30.

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

“Nada nos prova que a evolução deste caso teria sido diferente se as guias da Câmara tivessem sido concedidas na altura competente. Mas é lícito admitir que o que se passou com esta doente se passa com centenas de outros doentes, por todo o País, e que se dariam os mesmos factos mesmo que o diagnóstico tivesse sido mais precoce. – A experiência criada na Consulta Externa do serviço hospitalar, onde somos interno, prova-nos que estes factos se repetem frequentemente – A razão de que as Câmaras Municipais teem os seus orçamentos gravemente perturbados pelas dívidas aos Hospitais Civis de Lisboa é uma grande e forte razão de ordem económica e financeira, concordamos. Mas que essa razão sirva para levantar escolhos ao tratamento eficaz dos doentes pobres, com prejuízo individual e por vezes colectivo, parece-nos duplamente criminoso.”<sup>19</sup>

---

<sup>17</sup> Nos termos do nº 7 do artigo 751º do Código administrativo, a responsabilidade das Câmaras circunscrevia-se apenas às despesas de tratamento e de transporte relativas a doentes admitidos nos Hospitais Civis de Lisboa, Hospital Escolar, Hospital de Santo António do Porto, Hospital da Universidade de Coimbra, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Instituto de Oncologia e Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto.

<sup>18</sup> Cf. o Estatuto da Assistência Social de 1944, aprovado pela Lei nº 1 998, de 15 de Março de 1944.

<sup>19</sup> MORATO, Manuel João Xavier – “Luta anti-cancerosa em Portugal e as Câmaras Municipais”. *A Medicina Contemporânea*. IIIª Série, Ano LI, N.º 53 (31 de Dezembro de 1933) p. 391.

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

“Afinal a doente que eu vi e operei com um cancro do grande lábio não é aquela que ontem me falou. Essa só hoje me foi mostrada. É a observação 6 979 = 28 J [aneiro] de 1932 e foi aqui recebida no fim de Janeiro por ter ido ao Hospital de S. José e metida no asilo das Portas do Sol. De lá é que a enviaram aqui e só hoje [10 de Fevereiro] esperei ver a mesma Maria Rosa Lopes de 18 anos que o meu amigo aí libertou dos 7 meses de ... abandono.”<sup>20</sup>

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

“Há ainda a notar que, durante o ano de 1938, não se cobraram 140.565\$00, correspondentes às importâncias facturadas às câmaras municipais por tratamentos de doentes que nos foram enviados da província com guias camarárias, e que se encontra também em débito, por conta de anos anteriores, a importância de 70.631\$00, da mesma proveniência.”<sup>21</sup>

Desde 1927 que as fontes de financiamento eram variadas e resultantes de procedências distintas. Nos anos 30, as principais eram as dotações orçamentais, que compreendiam as verbas concedidas pelo Estado e inscritas no orçamento do Ministério da Educação. A estas dotações acresciam ainda os rendimentos próprios provenientes dos tratamentos, hospitalização e análises pagas, assinaturas das publicações, donativos feitos directamente, e os subsídios do Instituto para a Alta Cultura.

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

A contratação de pessoal, fossem eles médicos assistentes, enfermeiras ou investigadores, requeria por vezes o recurso a créditos especiais, e as despesas com alguns serviços, como o diagnóstico por raios X chegou mesmo a ver a sua actividade fortemente

---

<sup>20</sup> FBB/BB/CORR/ Cx 2 (1929-1932), 10-II-1932.

<sup>21</sup> PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939. p. 11. Mário Neves administrou o IPO entre 1938 e 1948.

reduzida em 1938, altura em que só funcionava em casos indispensáveis e mediante a autorização expressa do próprio Francisco Gentil.

Estas dificuldades no final da década de 30 decorriam do incremento crescente de doentes assistidos e da insuficiente dotação orçamental: entre 1935 e 1938 verificou-se um aumento regular de cerca de 600 doentes por ano, e se compararmos o total de doentes em 1932 com o de 1938, verifica-se que em seis anos a população do Instituto duplicou.<sup>22</sup>

Do relatório de 1938 sobre a sua actividade administrativa, é possível perceber que a vida económica da luta contra o cancro era fortemente dependente do financiamento estatal, quase sempre insuficiente para as tarefas em agenda.<sup>23</sup> O aumento crescente de doentes, e conseqüentemente, de tratamentos, impuseram uma sobrecarga crescente sobre os rendimentos próprios, fonte que apesar de tudo permitiu colmatar muitos encargos que deveriam recair directamente na verba dotada pelo Governo. Estes rendimentos, a par dos donativos e legados, ainda serviram para obviar outros défices, que passavam pelos materiais de consumo clínico e pagamento de serviços.

A conclusão do novo e moderno Bloco Hospitalar em 1948 aumentou muito a capacidade assistencial, mas o financiamento ainda era deficiente. Em 1952, apesar de constantes e repetidos pedidos de alargamento do quadro de pessoal, mantinha-se o quadro primitivo. Nesse ano, cada doente custaria ao Estado cerca de 50\$00 por dia, dos quais 30\$00 eram suportados por rendimentos próprios da instituição.<sup>24</sup>

Com efeito, o financiamento do IPO viu-se minorado pela publicação do Decreto n.º 39 805, de 2 de Setembro de 1954, elaborado pelo Ministério do Interior, que reduziu a responsabilidade financeira das Câmaras Municipais perante os tratamentos dos doentes pobres, incluindo os oncológicos, mas sem que isso os tornasse totalmente gratuitos. Valeram-lhe, entretanto, as verbas próprias e os apoios da LPCC, com o que pôde inclusive contratar mais profissionais de saúde, tanto mais que o quadro do pessoal inscrito no orçamento de Estado era diminuto, e por longo tempo assim continuou.

Entretanto, o Instituto ia ampliando os seus serviços, o número de doentes e o de funcionários. Apesar do reconhecimento das dificuldades existentes pelas instâncias governamentais, a manutenção do estabelecimento fez-se à custa das receitas próprias e de dificuldades acrescidas na necessária expansão dos centros regionais.

#### 4 – A vida diária do doente no circuito institucional

Admitido no estabelecimento, o doente passava por um circuito que começava pela realização do diagnóstico ou pela sua eventual confirmação. As consultas, que em

---

<sup>22</sup> Cf. COSTA, Rui Manuel Pinto – “Propaganda anticancerosa, mobilização de elites e consciência sanitária em Portugal: despertar consciências e educar para a saúde na primeira metade do século XX” *CEM. Cultura, Espaço & Memória*. N.º 1 (2010) p. 313.

<sup>23</sup> Cf. PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939.

<sup>24</sup> Cf. GENTIL, Francisco – “Apontamentos sobre o problema dos hospitais escolares (3)”. *Boletim do IPO*. Vol. 19, N.º 11 (1952) p. 10.

1938 chegaram às 9 254, eram rotineiras, absorvendo cada vez maior número de horas diárias de trabalho e um número igualmente crescente de médicos assistentes que lhes estavam especialmente adstritos. As consultas gratuitas para os pobres, que pelo menos desde 1934 funcionavam todos os dias úteis às 15h00, serviram para incrementar significativamente o número de observações, e como tal, de cancros detectados.

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

De todos eles, o histológico assumia um indiscutível lugar de destaque, sendo realizado de acordo com as premissas mais modernas, em termos de rapidez e eficiência. Esta questão não era da exclusiva responsabilidade do anátomo-patologista, que dependia em muito do trabalho do cirurgião que biopsava, e ao qual competia a obtenção do fragmento/fragmentos a analisar.<sup>25</sup> Quando a biopsia se realizava em boas condições, o exame de um fragmento tumoral dava ao anátomo-patologista todos os elementos para um diagnóstico seguro; pelo contrário, se a extracção do pedaço de tecido neoplásico fosse executado em más condições, a interpretação histopatológica poderia levar a erros de diagnóstico, com influência directa na estratégia terapêutica a seguir. Para isso, a arquitectura do próprio IPO tinha sido desenhada de forma a atender esta particular necessidade, com salas de análise histológica próximas das salas de cirurgia:

“Prepara-se o doente desde início com todas as condições necessárias a uma intervenção cirúrgica larga. Depois da anestesia (local ou geral, conforme os casos), extirpa-se ou um fragmento do tumor ou o tumor inteiro, mas não o órgão onde ele se implanta, e envia-se para exame histológico. Este é feito em condições da resposta poder ser dada em alguns minutos (máximo 10 minutos) (...) A sala onde se faz este exame deve estar colocada o mais perto possível da sala de operações para evitar as perdas de tempo.”<sup>26</sup>

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

Desde a sua fundação que o departamento de anatomia patológica contou com a direcção de Henrique Parreira, que organizou os serviços de diagnóstico. Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa desde 1925, a sua formação em anátomo-patologia tinha-se aperfeiçoado em Berlim, e mais tarde Estrasburgo, desta feita na área da oncologia. Colaborador directo de Francisco Gentil desde a primeira hora, era membro

---

<sup>25</sup> Cf. as recomendações de Xavier Morato a este respeito in MORATO, Manuel João Xavier – “Uma causa de erro no diagnóstico histológico das neoplasias”. *A Medicina Contemporânea*. IIIª Série, Ano LI, N.º 41 (8 de Outubro de 1933) p. 297-299.

<sup>26</sup> ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro*. Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941. p. 75-76.

da Comissão de Classificação anátomo-clínica dos tumores, composta pelos anátomo-patologistas de maior nomeada. A colaboração posterior de outros técnicos, vários deles médicos estrangeiros entretanto radicados ou em trânsito por Portugal, dotou o pequeno mas eficiente serviço hospitalar de uma reputação ímpar no país, realizando dezenas de milhares de exames ao longo dos anos, não só dos doentes do Instituto, mas também de outros provenientes de todo o país.

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

Desde o início, mas sobretudo a partir de 1933, a organização do trabalho obedecia à distribuição por especialidades médicas e cirúrgicas, que tinha por base o conceito de clínica oncológica como unidade funcional multidisciplinar. Assim divididos, os doentes eram distribuídos por serviços diferentes de acordo com a natureza da sua patologia e com o principal método de tratamento a instituir. Na sua essência, o tratamento entretanto ministrado pode-se considerar multidisciplinar, mas não era totalmente global. O conceito foi renovado em meados da década de 60, com a reorganização do Centro de Lisboa por clínicas oncológicas multidisciplinares, tornando-se no novo modelo de organização do tratamento. Dirigidas à abordagem global das patologias e não por especialidades como até aí, marcaram uma transição na metodologia organizativa do tratamento dos doentes, e não tanto das doenças em si.

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

“Graças ao excelente governo da nossa Enfermeira-chefe, que tem a seu cargo o respectivo serviço, conseguimos alimentar uma média diária de 70 pessoas, entre doentes e pessoal que vive na instituição, pela módica quantia de 6\$00, incluindo pequeno almoço, com café, leite e pão com manteiga, almoço, compreendendo sopa, dois pratos, pão, sobremesa e vinho, e jantar, com o mesmo número de pratos, e incluindo rigorosas dietas para os doentes que delas carecem. (...) resolveu-se em 20 de Agosto dar também pequeno almoço aos doentes pobres que vêm ao dispensário, medida que se justificou, oportunamente, junto das instâncias superiores, esclarecendo-se que o estado de fraqueza em que muitos doentes se apresentavam ao tratamento não permitia, por vezes, seguir com utilidade a terapêutica aconselhada.”<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939. p. 13-14.

O número de cancerosos pobres formavam a esmagadora maioria da crescente massa de doentes, e assim foi quase sempre. Os problemas causados por esta doença, eram, apesar de tudo, mais sentidos pelas classes baixas e de fracos rendimentos. Para usufruírem dos recursos do Instituto, apresentavam os habituais atestados de pobreza ou as guias camarárias com o mesmo fim. Dos 126 homens internados em 1938, 114 estiveram em regime de gratuidade, ao passo que das 351 mulheres, apenas 38 pagaram integralmente as suas despesas.<sup>28</sup> A proveniência de todos aqueles que entravam no estabelecimento de Palhavã dividia-se de uma forma quase bipartida: 51,3% eram da capital, 46,2% das províncias metropolitanas, 1% das colónias e 1,5% eram residentes no estrangeiro, mais precisamente na Galiza.<sup>29</sup> De futuro, estes números mantiveram-se praticamente inalterados ao longo dos anos 40 e 50, com variações de amplitude mínima, como se pode verificar nas estatísticas regularmente publicadas mensalmente no *Boletim*.

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

E se possuímos dados claros sobre a proveniência geográfica e estrato social dos doentes, noutras parâmetros a estatística não nos permite extrair conclusões tão céleres. A eficácia dos tratamentos, e até as curas conseguidas, difíceis de contabilizar e verificar a médio e longo prazo, têm a ver com a impossibilidade de confiar totalmente nos dados oficiais, segundo os quais a percentagem de curados mais do que triplicou em 11 anos. (Veja-se o Quadro 2) Na verdade, uma parte significativa dos doentes em fase de tratamento, ou dos já tratados, perdia o contacto com a instituição e havia um número considerável que a abandonava em diferentes fases do tratamento. Quer por receio de qualquer compromisso de ordem económica, quer por necessidade de fornecerem uma morada casual para efeitos de atestado, davam a morada errada, o que tornava difícil seguir o percurso de muitos deles, e atestar dos reais índices de cura obtidos em contexto de análise estatística retrospectiva. Outra dificuldade prende-se com o facto de não existirem para esta altura os resultados dos períodos de sobrevivência, o que seria do maior interesse para a determinação exacta do número de curas definitivas.

---

<sup>28</sup> Cf. PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939. p. 21.

<sup>29</sup> Cf. [s.a] “Balanço geral dos doentes enviados ao Instituto pelas várias províncias e colónias do país”. *Boletim do IPO*. Vol. 5, N.º 5 (1938) p. 7-8.

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

Quadro 2 - Percentagem de doentes curados (1928-1939)

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

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

## 5 – Gerir o crescimento.

O aumento da afluência tornou-se um problema sério, fortemente sentido já em finais da década de 30, o que obrigou a pedir autorização ao Governo em 1938 para despender a totalidade das verbas inscritas no orçamento e que não podiam utilizar em mais de 90% das dotações, pelas restrições entretanto impostas em 1937.<sup>30</sup> Outra das consequências foi a aprovação da construção do novo bloco hospitalar em 1939, concretizado apenas nove anos mais tarde.

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

<sup>30</sup> Cf. a autorização no Decreto n.º 29 150, de 18 de Novembro de 1938. Quanto às limitações impostas aos gastos veja-se o Decreto n.º 28 409, de 31 de Dezembro de 1937.

Se em 1928-29, o serviço das consultas diárias era feito por dois assistentes e só duas vezes por semana, em 1934 o mesmo serviço ocupava quatro assistentes todos os dias úteis com uma média de 26 observações.<sup>31</sup> Das 2 036 consultas realizadas em 1928, passara-se para as 5 835 em 1931, 6 101 em 1935, atingindo-se as 11 735 em 1939. Os tratamentos de feridas (pensos) realizados, conferem grande dimensão ao trabalho de enfermagem, que dos 2 954 em 1935, se encontrava em 1939 nos 14 699. Em termos absolutos, houve um crescimento muito significativo de todas as actividades no período que mediou entre a abertura do primeiro pavilhão, em 1928, até 1939: cresceu o número dos observados, dos realmente doentes, dos tratamentos e dos exames diagnósticos.

Chegados a 1938, em cada dia útil realizava-se uma média de: 87 tratamentos por raios X, 44 pensos, 1 grande cirurgia, 2 pequenas cirurgias em ambulatório e 6 tratamentos por rádio ou radão.<sup>32</sup> A média diária de consultas só de doentes cancerosos era de 26, e a média de tratamentos rondava os 70. (veja-se os quadros 3 e 4)

Quadro 3 – Evolução do número de actos terapêuticos (1928-1939)

Ano	Rontgenerapia	Curieterapia*	Diatermia	Actos cirúrgicos**
1928	6528	485	361	-
1929	8977	s.d.	1599	-
1930	9243	s.d.	2965	-
1931	10986	-	3582	-
1932	13765	-	3596	-
1933	11400	-	4709	-
1934	12170	477	4558	-
1935	14942	5315	4017	476
1936	13000***	5000***	s.d	s.d
1937	21236	1709	s.d	204
1938	26600	1880	s.d	282
1939	29026	2439	s.d	385

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

\* Por razões de segurança, a curieterapia esteve suspensa de Novembro de 1931 a Outubro de 1933. As aplicações de rádio em carcinomas do colo do útero e as radiopunturas da língua realizaram-se na 1ª Clínica Cirúrgica do Hospital de Santa Marta.

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

\*\*\* Número aproximado.

s.d. – sem dados

<sup>31</sup> Cf. o *Boletim do IPO*. Vol. 1, N.º 1 (1934) p. 5.

<sup>32</sup> Médias extrapoladas para o ano de 1938 a partir de 305 dias úteis, tendo por base os números expressos em PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939. p. 36-49.

Quadro 4 – Evolução do número de exames diagnósticos (1928-1939)

Ano	Radiografias e radioscopias*	Análises histológicas	Análises clínicas (Inclui vacinas)
1928	293	564	1061
1929	205	769	1245
1930	434	850	943
1931	358	1020	1289
1932	601	1005	1182
1933	794	1009	1348
1934	0	1050	1486
1935	0	1027	2629
1936	s.d	1277	2963
1937	s.d	1386**	4868**
1938	s.d	2000	7300***
1939	s.d	2368	9950

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

\* Em 1934 e 1935 não se realizaram radiografias no IPO

\*\* Até 31 de Outubro de 1937

\*\*\* Número aproximado

s.d – sem dados

Se no final dos anos 30 o grande movimento exigia um urgente alargamento de instalações, dois anos após a inauguração do Bloco Hospitalar em 1948, admitia-se já a saturação das novas estruturas, pensadas para servir cerca de metade da população do espaço continental, e mesmo assim utilizadas para admitir e tratar doentes provenientes de todo o país.<sup>33</sup> Os números correspondentes a 1949 mostram um total de 10 614 novos inscritos, 79 698 consultas, 60 052 tratamentos por raios X, 1 382 operações de “alta cirurgia”, 2 371 cirurgias em ambulatório e 4 473 tratamentos por rádio ou radão.<sup>34</sup> Em poucos anos, o denominado Bloco Hospitalar atingiu rapidamente a sua capacidade máxima de funcionamento, esgotando-se a capacidade prática de crescimento em meados da década de 50. (Quadro 5)

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

<sup>33</sup> Cf. RAPOSO, Luís – “Coimbra e o problema do cancro”. *Boletim do IPO*. Vol. 17, N.º 8 (1950) p. 6.

<sup>34</sup> Cf. [s.a] “Estatística da Luta Anti-Cancerosa em Portugal”. [1949] *Boletim do IPO*. Vol. 18, N.º 1 (1951) p. 9-12.

Quadro 5 – Comparação da actividade do IPO (1948-1959)

	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959
Doentes inscritos	4881	10614	9833	9257	12364	12297	11738	11906	11165	11658	12496	12063
Consultas	19650	79698	87461	78601	95988	82540	s.d	s.d	s.d	s.d	s.d	s.d
Alta Cirurgia*	905	1382	1257	1170	1627	956	1177	1144	1156	1247	1258	1671
Cirurgia de ambulatório**	2047	2371	2414	2538	2003	6809	6977	6959	7185	7035	7467	7139
Tratamentos por raios X (inclui o serviço de Chaoul)	47230	60052	67066	72556	71208	86598	58447	64327	64934	65080	81372	83364
Tratamentos por rádio e radão	4706	4473	4842	5041	4963	3546	5277	7514	7392	7444	8589	9301
Radiografias e radioscopias	703	2657	4520	4844	5316	6142	9494	19148	18725	17854	21061	21343
Análises clínicas	17501	27463	33823	32603	35490	37329	40477	32284	36344	40030	45665	45060
Análises histológicas	5373	6475	6518	6726	7493	8400	8793	8892	9481	9681	9693	9776

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

\* Designação alterada para “Grande cirurgia” desde 1953.

\*\* Designada por “Pequena cirurgia e biopsias” desde 1953.

s.d – sem dados.

Dada a grande afluência às instalações de Palhavã, a disponibilidade de internamento exigia uma gestão rigorosa das camas. Uma vez que cerca de metade dos atendidos ainda era proveniente do exterior de Lisboa, os doentes da província eram encorajados a solicitar previamente, e por intermédio das Câmaras Municipais, que os elucidassem sobre as possibilidades de internamento, a fim de evitarem uma viagem que podia ser em vão, caso necessitassem de internamento e não houvesse vaga.<sup>35</sup>

Em meados da década de 50 houve necessidade de alargar ao exterior o tratamento dos doentes e de aumentar o número dos que podiam ser tratados. A criação do Serviço de Visitação Domiciliária inaugurado em Fevereiro de 1956 pretendia, entre outros objectivos de natureza assistencial e humanitária, aumentar anualmente o número de doentes hospitalizados através da diminuição do tempo de internamento, e ainda diminuir os custos com o tratamento dos internados. Em paridade, fazia-se prevenção de doenças oncológicas através do ensino, rastreio e tratamento precoce das famílias visitadas.<sup>36</sup>

<sup>35</sup> Cf. [s.a] “Como utilizar os serviços do IPO”. *Boletim do IPO*. Vol. 20, N.º 7 (1953) p. 14.

<sup>36</sup> Cf. [s.a] “Serviço de visitação domiciliária do Instituto Português de Oncologia”. *Hospitais Portugueses*. N.º 50-51 (Abril-Maio de 1956) p. 7-15.

A deslocação dos enfermos provenientes um pouco de todo o país, obrigava-os a ir a Lisboa e aí permanecerem largo tempo. Esta situação era agravada pelas dificuldades económicas de uma população genericamente empobrecida:

“O pior, porém, é que o maior número de pessoas que precisavam de tratamento não tem recursos nem para a viagem, nem para a sua estada na capital, e acabam quase sempre por ver agravados os seus padecimentos, sem que lhes possa dar remédio.”<sup>37</sup>

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

## 6 – Uma expansão atrasada: os centros regionais e a sedimentação de um projecto

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

Mesmo assim, a concretização dos centros regionais revelou-se um processo muito mais demorado do que inicialmente previsto, arrastando-se quase indefinidamente. Finda a 2ª Guerra Mundial em 1945, e mesmo depois da reforma dos serviços de saúde e assistência em 1949, a construção dos novos centros esteve longos anos congelada, apesar de continuarem a estar expressamente considerados na Base X da lei nº 1 998 de 15 de Maio de 1949. Pressionado pelo conjunto de obrigações a que se encontrava sujeito, quer no diagnóstico, quer no tratamento, a necessidade de aliviar uma estrutura quase sempre congestionada tornou-se fundamental para garantir a capacidade de trabalho. Limitaram-se as inscrições dos não neoplásicos, estabelecendo-se normas mais eficazes de triagem, mas não se alterou significativamente a situação.

Exigia-se descentralização e investimentos que tardavam em surgir, algo que se encontrava na razão inversa do aumento de doentes. O paradoxo instala-se, estabelecido entre o esforço de uma propaganda que insistia na vantagem dos exames de despistagem e as reais capacidades de atendimento das massas entretanto doutrinadas ao longo dos anos por sucessivas campanhas de sensibilização para o diagnóstico precoce.

---

<sup>37</sup> [s.a] “Urge construir na capital do norte o centro anticanceroso já projectado oficialmente”. *Diário Popular*. In *Boletim do IPO*. Ano 25, N.º 1 (1958) p. 7.

Se a abertura do Bloco Hospitalar em 1948 permitiu aumentar a capacidade de internamento, em consonância, aliás, com as solicitações sempre crescentes, a capacidade de resposta foi-se tornando rapidamente menor, o que obrigava a concretizar com urgência os projectos dos novos centros de Coimbra, Évora, Porto e Portimão. Tanto assim era, que para iniciar o “Lar dos que não têm lar”, libertou-se o 7º andar do Bloco Central destinado a alojar as estudantes de enfermagem que ali viviam, transferindo-as para um prédio alugado em frente ao portão do hospital. Em 1952 o director do IPO confirmava a sobreutilização das estruturas de Palhavã: “O número de doentes cresce; o pessoal não cresce proporcionalmente; não há quadro e há menos dinheiro.”<sup>38</sup>

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

O principal factor que justifica o atraso, e em alguns casos o retrocesso, parece ter sido o desvio dos investimentos para a reorganização hospitalar, que para além de uma série inaudita de hospitais concelhios e distritais, planeava e executava a passos largos os grandes hospitais escolares de Lisboa e Porto, ambos à muito planeados mas nunca construídos. Com efeito, desde 1947 foram construídos 12 hospitais sub-regionais e em 1951 encontravam-se em construção ou já comparticipados outros 25;<sup>39</sup> apesar disso, o atraso na concretização do projecto era evidente, pois a exiguidade de verbas atribuídas à Comissão de Construções Hospitalares não permitiram sequer dar início à construção de um único hospital regional, considerada a pedra basilar da organização hospitalar. De acordo com a Lei nº 2 011 de 2 de Abril de 1946, na primeira fase do plano de assistência hospitalar, a realizar no prazo de um decénio, seria inscrita anualmente no Orçamento do Ministério das Obras Públicas a dotação de 50 000 000\$00 de escudos.<sup>40</sup> Passados seis anos as dotações orçamentais atribuídas à Comissão de Construções Hospitalares não somaram senão uns magros 67500 contos.<sup>41</sup> Por outro lado, as dezenas de hospitais construídos eram em muitos casos mal aproveitados, produzindo pouco por falta de pessoal médico, que além de escasso era pouco ou mal qualificado.

---

<sup>38</sup> GENTIL, Francisco – “Apontamentos sobre os hospitais escolares (1)”. *Boletim do IPO*. Vol. 19, N.º 7/9 (1952) p. 14.

<sup>39</sup> Cf. *Boletim da Assistência Social*. Ano 9º, N.º 101 a 106 (1951) p. 142.

<sup>40</sup> A Lei n.º 2 011 previa uma verba de 500 000 contos para o financiamento da construção dos hospitais centrais e regionais. Por seu turno, a construção e adaptação dos hospitais sub-regionais poderiam beneficiar da comparticipação do Estado, pelo Fundo de desemprego, até 75% do seu custo total.

<sup>41</sup> Veja-se o trabalho apresentado no III Congresso da União Nacional que se realizou em Coimbra, em Novembro de 1951, de FONSECA, Carlos Dinis – “Da organização hospitalar do País”. *Boletim da Assistência Social*. Ano 11º, N.ºs 111 e 112 (1953) p. 57-58.

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

O debate que entretanto se gerara e que frequentemente emergia em diferentes tribunas, não deixava dúvidas da necessidade urgente de alargar rapidamente as construções hospitalares anticancerosas ao resto do país, descentralizando uma estrutura já de si bastante sobrecarregada:

“Somos obrigados, porém, a reconhecer que o Instituto do Cancro de Lisboa não resolveu todo o problema da assistência anticancerosa do país. Muito longe disso, serve maravilhosamente a capital e as Províncias circunvizinhas, mas quanto às restantes, que são a maior parte, a questão continua praticamente em aberto. Torna-se impossível remeter todos os cancerosos para Lisboa, primeiro porque a lotação (já esgotada, por sinal) do Instituto o não permite, e 2º pelas dificuldades sociais e económicas observadas na maioria dos casos. Com efeito, é necessário viver de perto a odisseia dos cancerosos pobres (que constituem o maior número) a quem o médico diz «a sua cura é só possível em Lisboa»”<sup>42</sup>

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

O Instituto não podia, portanto, especializar um número suficiente de anátomo-patologistas para o diagnóstico precoce, de forma a poder espalhá-los por vários pontos do país, uma vez que ele próprio possuía nos seus quadros um número já de si claramente reduzido.

Exceptuando o estabelecimento de Palhavã, o primeiro centro anticanceroso a ser materializado foi o de Coimbra, inaugurado apenas em Dezembro de 1961, com uma área geográfica de actuação que abrangia os distritos da Guarda, Viseu, Castelo Branco, Aveiro (sul) e Leiria (norte). Mesmo assim, não era senão um imóvel adquirido para a instalação dos primeiros serviços, que foi necessário adaptar, e com capacidade de internamento limitada a 20 camas.<sup>43</sup>

Por seu turno, o centro de tratamento do Porto começou apenas a tomar forma em 1963 com o impulso da LPCC e do seu presidente Lima Basto, que entretanto acumulava estas funções com as de director clínico do IPO. Foi o próprio Núcleo Regional do Norte

---

<sup>42</sup> RAPOSO, Luís – “Coimbra e o problema do cancro”. *Boletim do IPO*. Vol. 17, N.º 8 (1950) p. 6.

<sup>43</sup> [s.a] “Foi inaugurado o centro anticanceroso de Coimbra”. *Boletim do IPO*. Vol. 29, N.º 1 (1962) p. 2.

da LPCC, constituído nesse mesmo ano e fortemente apoiado pela Fundação Calouste Gulbenkian, o principal promotor do projecto, que disponibilizou 13 000 000\$00 escudos, quase metade dos quais dedicados à comparticipação de 50% nos encargos previstos para a primeira fase da construção e instalação do centro regional portuense.<sup>44</sup>

A conclusão dos centros regionais demorou, e apenas se tornou possível através de um financiamento de base filantrópica, sem o qual seria difícil obter o apoio total do Ministério da Educação e o das Obras Públicas.

Genericamente, estes centros regionais corresponderam à sedimentação de um projecto preparado com muita antecedência e estruturalmente pioneiro nas suas concepções, mas muito atrasado em termos de real execução. Apesar disso, foi com eles que se deu forma à regionalização da luta especializada contra a doença oncológica, mas onde a subordinação ao centro lisboeta era absoluta. Os Centros Regionais de Coimbra e Porto, a par do de Lisboa, que permanecia como sede, não completaram senão parcialmente as necessidades de tratamento. Outras unidades de oncologia médica foram entretanto criadas em diversos hospitais distritais, como nos casos de Évora, Faro, Santa Maria e Hospital Militar Principal, coadjuvando a rede de centros regionais. E se bem que também nos centros regionais se pretendesse conferir a primazia à investigação e ao ensino pós-graduado especializado, foi acima de tudo o tratamento dos doentes que dominou a vida activa do Instituto.

## 7 – Considerações finais

Criado em 1923 e dotado de instalações hospitalares próprias desde 1927, o IPO manteve-se durante 44 anos como a única estrutura hospitalar especializada no tratamento dos doentes oncológicos. À luz da filosofia anticancerosa da época, devia orientar a sua actividade a partir de três parâmetros basilares: investigação, ensino e assistência. E se espelhou a modernidade aportada pelos conceitos hospitalares e assistenciais do pós-guerra, revelou também as dificuldades impostas pelo atraso na expansão do projecto anticanceroso.

Se por um lado o incremento do movimento de doentes ilustra os momentos em que as diferentes estruturas físicas foram sendo inauguradas, por outro revela um estabelecimento constantemente pressionado pelo progredir de uma patologia que se tornara definitivamente num dos maiores problemas de saúde da segunda metade do século XX.

O paradoxo instalou-se, estabelecido entre o esforço de uma propaganda que insistia na vantagem dos exames de despistagem e as reais capacidades de atendimento das massas, doutrinadas ao longo dos anos por sucessivas campanhas de sensibilização para o diagnóstico precoce.

---

<sup>44</sup> O demais capital foi atribuído aos centros de Lisboa e Coimbra, dedicados sobretudo ao reequipamento clínico, ao equipamento de cobalto e curieterapia, assim como à organização de cursos de especialização. Cf. [s.a] “A Fundação Calouste Gulbenkian ofereceu Treze Mil Contos ao Instituto Português de Oncologia”. *Boletim do IPO*. Vol. 30, N.º 5 (1963) p. 9-10.

Se era um facto que a investigação e o ensino estavam a par da assistência hospitalar naquilo que se esperava do Instituto, foi esta última a que mais trabalho absorveu ao longo da sua vida.

Apesar da funcionalidade tridimensional que originalmente o caracterizava – *investigação, ensino, assistência* – o IPO tornou-se acima de tudo um centro de tratamento, num país com vários défices assistenciais a esse nível. Assumiu, em certa medida, as funções de um verdadeiro hospital geral, parcialmente desviado da sua função primordial, obrigado a um trabalho constante de reajuste da sua gestão.

## 8 – Fontes

### 8.1 – Epistolografia

FBB/BB/CORR/ Cx 2 (1929-1932)

### 8.2 – Legislação

DL n.º 36 600, de 24 de Novembro de 1942.

DL n.º 35 108, de 7 de Novembro de 1945.

DL n.º 35 108, de 7 de Novembro de 1945.

Lei n.º 1 998, de 15 de Março de 1944.

Decreto n.º 29 150, de 18 de Novembro de 1938.

Decreto n.º 28 409, de 31 de Dezembro de 1937.

### 8.3 – Periódicos

*A Medicina Contemporânea* (1933)

*Boletim da Assistência Social* (1951)

*Boletim do Instituto Português de Oncologia* (1928-1974)

### 8.4 – Bibliografia

ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro*. Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941.

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

BOTELHO, Luís da Silveira, (coord.) – *Francisco Gentil (1878-1964)*. Introdução de Fernando Namora. Edição da LPCC, 1978.

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

CANTOR, David (ed.) – “Cancer in the Twentieth Century”. *The Bulletin of the History of Medicine*. Vol. 81, N.º 1. Special Issue (2007).

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

- CANTOR, David – “The Medical Research Council’s Support for Experimental Radiology During the Inter-War Years”. In AUSTOKER, J. & BRYDER, L. (eds). – *The Role of Medical Research Council*. Oxford: Oxford University Press, 1989.
- COSTA, Rui Manuel Pinto – *Luta contra o cancro e oncologia em Portugal. Estruturação e normalização de uma área científica (1839-1974)*. Porto: CITCEM; Afrontamento, 2012.
- COSTA, Rui Manuel Pinto – “Escrevendo a história do cancro. Da situação historiográfica internacional ao caminho por trilhar em Portugal”. *CEM. Cultura, Espaço & Memória*. N.º 2 (2011) p. 283-295.
- COSTA, Rui Manuel Pinto – “O lugar do cancro na estatística sanitária portuguesa (1850-1933)” *Dynamis*. Vol. 31, N.º 2 (2011) p. 527-551.
- COSTA, Rui Manuel Pinto – “Discurso médico, saúde pública e estratégias políticas para “Uma questão palpitante do tempo actual”: a emergência da luta contra o cancro em Portugal (1904-1923)”. *Revista da Faculdade de Letras. HISTÓRIA*. IIIª Série, Vol. 11 (2010) p. 135-164.
- COSTA, Rui Manuel Pinto – “Propaganda anticancerosa, mobilização de elites e consciência sanitária em Portugal: despertar consciências e educar para a saúde na primeira metade do século XX” *CEM. Cultura, Espaço & Memória*. N.º 1 (2010) p. 299-316.
- GENTIL, Francisco – “Apontamentos sobre o problema dos hospitais escolares (3)”. *Boletim do IPO*. Vol. 19, N.º 11 (1952) p. 10.
- LÖWY, Ilana – *Between Bench and Bedside: Science, Healing, and Interleukin-2 in a Cancer Ward*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1996.
- MORATO, Manuel João Xavier – “Luta anti-cancerosa em Portugal e as Câmaras Municipais”. *A Medicina Contemporânea*. IIIª Série, Ano LI, N.º 53 (31 de Dezembro de 1933) p. 391.
- MORATO, Manuel João Xavier – “Uma causa de erro no diagnóstico histológico das neoplasias”. *A Medicina Contemporânea*. IIIª Série, Ano LI, N.º 41 (8 de Outubro de 1933) p. 297-299.
- NUNES, João Arriscado – “Risco, incerteza e regimes de verdade. A patologia tumoral e a biologia do cancro”. *Revista de História das Ideias*. Coimbra: Instituto de História e Teoria das Ideias, Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. Vol. 23 (2002) p. 285-315.
- NUNES, João Arriscado – “Escala, heterogeneidade e representação: Para uma cartografia da investigação sobre o cancro”. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. Coimbra: Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Economia de Coimbra. N.º 46 (1996) p. 9-46.
- OLSON, James S. – *Making Cancer History: Disease & Discovery at the University of Texas M. D. Anderson Cancer Center*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2009.
- OLSON, James S. – *Bathsheba’s Breast: Women, Cancer and History*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2002.
- PINELL, Patrice – *Cancer*. In COOTER, R; PICKSTONE, J. (eds). – *Medicine in the Twentieth Century*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 2000. p. 671-686.
- PINELL, Patrice – *Naissance d’un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890 – 1940)*. Paris: Éditions Métailié, 1992.
- PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939.

- RAPOSO, Hélder – “A luta contra o cancro em Portugal. Análise do processo de institucionalização do Instituto Português de Oncologia” *Fórum Sociológico*. N.º 11/12 (2004) p. 177-203.
- RAPOSO, Luís – “Coimbra e o problema do cancro”. *Boletim do IPO*. Vol. 17, N.º 8 (1950) p. 6.
- [s.a] “Balanço geral dos doentes enviados ao Instituto pelas várias províncias e colónias do país”. *Boletim do IPO*. Vol. 5, N.º 5 (1938) p. 7-8.
- [s.a] “Como utilizar os serviços do IPO”. *Boletim do IPO*. Vol. 20, N.º 7 (1953) p. 14.
- [s.a] “Estatística da Luta Anti-Cancerosa em Portugal”. [1949] *Boletim do IPO*. Vol. 18. N.º 1 (1951) p. 9-12.
- [s.a] “Serviço de visitação domiciliária do Instituto Português de Oncologia”. *Hospitais Portugueses*. N.º 50-51 (Abril-Maio de 1956) p. 7-15.
- [s.a] “Urge construir na capital do norte o centro anticanceroso já projectado oficialmente”. *Diário Popular*. In *Boletim do IPO*. Ano 25, N.º 1 (1958) p. 7.