

Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde

VANESSA LANA

**FERRAMENTAS, PRÁTICAS E SABERES: A FORMAÇÃO DE UMA
REDE INSTITUCIONAL PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER DO
COLO DO ÚTERO NO BRASIL - 1936-1970**

Rio de Janeiro
2012

VANESSA LANA

**FERRAMENTAS, PRÁTICAS E SABERES: A FORMAÇÃO DE UMA REDE
INSTITUCIONAL PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO
NO BRASIL - 1936-1970**

Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Antônio Teixeira

Rio de Janeiro
2012

Ficha catalográfica

L243 Lana, Vanessa

Ferramentas, práticas e saberes: a formação de uma rede institucional para a prevenção do câncer do colo do útero no Brasil – 1936-1970 / Vanessa Lana – Rio de Janeiro: s.n., 2012.

257 f.

Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2012.

Bibliografia: 226 - 257 f.

1. Neoplasias do Colo do Útero. 2. Saúde da Mulher. 3. Saúde Pública. 4. Prevenção de Câncer de Colo Uterino. 5. Diagnóstico Precoce. 6. Colposcopia. 7. História da Medicina. 8. Brasil.

CDD 616.994

VANESSA LANA

**FERRAMENTAS, PRÁTICAS E SABERES: A FORMAÇÃO DE UMA REDE
INSTITUCIONAL PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO
NO BRASIL - 1936-1970**

Tese de doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

Aprovado em 22 de novembro de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof.Dr. Luiz Antônio Teixeira (Orientador)
Casa de Oswaldo Cruz / FIOCRUZ

Profa.Dra. Ilana Löwy
Centre de recherche, médecine, sciences, santé, santé mentale, société
Cermes – Paris

Prof.Dr. Marco Antônio Teixeira Porto
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Profa.Dra. Simone Petraglia Kropf
Casa de Oswaldo Cruz / FIOCRUZ

Profa.Dra. Dilene Raimundo do Nascimento
Casa de Oswaldo Cruz / FIOCRUZ

Prof.Dr. Paula Arantes Botelho Briglia Habib (Suplente)
Inovatec / FIOCRUZ

Prof.Dr. Flávio Coelho Edler (Suplente)
Casa de Oswaldo Cruz / FIOCRUZ

Rio de Janeiro
2012

Dedicatória

À minha família buscapé: Inês, Januário, Giovanni, Karla, Pedro e Giovanna!

Agradecimentos

Este é o momento de fechamento de um longo ciclo... os anos de uma pesquisa de doutorado estão longe da homogeneidade e de um caminho linear. Mas configuram-se numa grande expectativa e felicidade pela concretização de um sonho. Frente a estas constatações, peço licença ao leitor para, neste espaço reservado aos agradecimentos da conclusão de um trabalho, expressar um pouco da efervescência deste momento. Desde já pontuo que nem todos os nomes aos quais caberiam um agradecimento irão constar neste breve texto, simplesmente por questões de espaço, mas, desde já, sintam-se agradecidos.

Primeiramente, agradeço a presença e força divina durante todo este percurso!

Ao orientador desta tese, professor Dr. Luiz Antônio Teixeira, com o qual tive a oportunidade de realizar um trabalho de longos anos, desde as pesquisas de mestrado. Destaco e agradeço a paciência com uma jovem recém-graduada e iniciando os caminhos da pesquisa e com uma pesquisadora em formação, que aliava as atividades do curso de doutorado com aulas, trabalhos, viagens e a própria escrita da tese. A atividade de orientação esteve muito além de um cumprimento de deveres burocráticos, passando por um acompanhamento sério, afetuoso e presente em todos os momentos deste trabalho. A confiança e o incentivo para que este texto fosse construído e reconstruído de forma constante e crítica foram os fatores de maior motivação. A você, Luiz Teixeira, registro minha eterna gratidão e sua eterna responsabilidade por minha sólida formação enquanto pesquisadora!

Agradeço ao Programa de Pós Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz / FIOCRUZ pelas possibilidades acadêmicas no curso de doutorado. Sinto-me honrada em fazer parte de uma instituição de reconhecida excelência acadêmica. Agradeço também aos professores que participaram de minha formação e aos funcionários

da instituição, sempre tão solícitos às demandas de uma aluna “estrangeira”. Obrigada a Scheila, Cleber, Paulo, Maria Cláudia, Valéria e Nelson.

Aos professores Simone Petraglia Kropf e Marco Antônio Teixeira Porto pelas valiosas contribuições na qualificação do meu projeto e por nortearem de forma muito clara o desenvolvimento da pesquisa.

Agradeço à Capes pelo auxílio financeiro nos anos do curso de doutorado, que me permitiu a dedicação integral às atividades de pesquisa. E também à bolsa do Programa de Doutorado no País com Estágio no Exterior, através da qual tive a oportunidade de realizar parte de minhas pesquisas na Universidade de Manchester, no Reino Unido.

Durante o Estágio de Doutorado, tive a grande satisfação de ser orientada pelos professores Elizabeth Toon e Carsten Timmermann no “Centre for the History of Science, Technology and Medicine”, University of Manchester (UK). Sou grata à recepção dos professores em Manchester, às discussões e orientações à minha pesquisa e à ampla bibliografia com a qual tive contato. Agradeço também ao professor John Pickstone e a Yolanda Eraso pelas discussões sobre câncer e contribuições a este trabalho, durante o período do estágio.

Registro meu agradecimento à professora Ilana lowy, pelo constante diálogo com as pesquisas em câncer que desenvolvemos no Brasil e, particularmente, pelo incentivo e orientações para o estágio na Universidade de Manchester com os professores acima citados.

Aos amigos e pesquisadores do projeto “História do Câncer: Atores, Cenários e Políticas Públicas”. Nossos encontros e discussões contribuíram de forma ímpar para o amadurecimento deste trabalho e, o incentivo de todo o grupo durante a caminhada foi mais do que importante. Registro meu agradecimento a Marco Porto, Paula Habib, Tiago Jacques, Laurinda Maciel, Márcio Magalhães, Vívian Cunha, Priscila dos Anjos, Nicole Garcia, Letícia Pumar e Rosana Temperini.

Na parte da pesquisa, destaco o apoio dos funcionários da Biblioteca Alfredo Nascimento, da Academia Nacional de Medicina, nos meses que estive diariamente na instituição coletando minhas fontes. Obrigada pela disponibilização do material e pela liberdade na coleta do mesmo, tão importantes para a realização desta tese. Na Biblioteca Mário Kroeff, do Hospital Aristides Maltez em Salvador, fui muito bem recebida por Eliana Carvalho e sua equipe. Agradeço ao interesse pela minha pesquisa e por atenderem tão prontamente às minhas demandas. Por fim, agradeço a Ethel Mizrahy pela recepção no Centro de Memória da Medicina da Faculdade de Medicina da UFMG, e disponibilização do acervo de Clóvis Salgado.

Gostaria de agradecer à minha eterna mestre, professora Vanda Arantes do Vale que, no período da graduação no curso de História da Universidade Federal de Juiz de Fora, apresentou-me a área de estudos na qual me encontro e sempre teve na ternura, amizade e sinceridade suas principais características.

Passando a um momento de agradecimentos de cunho pessoal, registro todo o meu “muito obrigada” à minha mãe... figura ímpar que acreditou, acompanhou e incentivou cada momento desta trajetória, fazendo da minha realização a sua própria e mais completa realização! Ao meu pai agradeço a presença, o orgulho e paciência com uma filha em um trabalho tão específico.

Continuando no âmbito familiar... meu irmão, Giovanni, e a Karla, sempre presentes e vibrantes a cada novo passo, com uma série de injeções de ânimo nos momentos mais críticos, e apoio incondicional! Agradeço ainda mais por trazerem à cena as duas principais fontes de alegria, ternura e expressão do mais puro sentimento: Pedro e Giovanna!

O Rio de Janeiro não seria o mesmo sem a presença da Tia Florinda e todo o carinho dispensado nos últimos nove anos, que tiveram impacto direto na possibilidade e nas facilidades para realização e concretização deste trabalho! Na mesma árvore genealógica, agradeço a sempre presença da Vó Geovane e Tia Nana!

Assim como o Rio de Janeiro tem a Tia Florinda, Paris tem Tia Lourdinha e Alfredo, que me acolheram com todas as “luzes parisienses” e me propiciaram momentos impossíveis de esquecer, encurtando as distâncias Manchester – Paris e fazendo com que eu me sentisse “em casa”. Numa família tão numerosa, é impossível destacar todos os nomes aqui, mas deixo o meu obrigada a todos que me acompanharam neste processo e torceram por mim, como madrinha Alzira e Tia Cida, que com toda sua paciência compartilhou comigo os momentos que antecederam minha viagem ao Reino Unido, tornando-os mais leves e confiantes.

Daniel, que acompanhou de perto o último ano deste trabalho, agradeço o apoio, carinho, as alegrias e compreensão nos fins de semana “eu e tese, tese e eu”!

Aos amigos, são muitíssimos os agradecimentos... não caberiam todos neste simples papel! Mas mesmo no risco iminente de não dar o devido destaque a alguém, gostaria de tecer agradecimentos a estas pessoas que, com toda paciência, cada qual no seu momento e a seu jeito, estiveram presentes nesta caminhada e a fizeram mais leve!

Agradeço aos colegas da turma de Doutorado 2008, pelas discussões em sala, troca de experiências e informações, momentos de descontração... Deixo meu registro ao meu companheiro de viagens internacionais e amigo, Ricardo Sousa.

Agradeço aos amigos do Curso Cave e do Centro de Políticas Públicas e Avaliação da Educação – Caed/UFJF, em Juiz de Fora, por participarem comigo desta reta final de conclusão da tese, ouvindo e partilhando dos meus devaneios intelectuais e da tripla jornada de trabalho!

Todo o meu agradecimento aos amigos que acompanharam de perto a construção deste trabalho, compreendendo e apoiando as ausências, as inconstâncias e fazendo dos momentos os mais felizes. Alessandra Germano, obrigada por cuidar da minha casa quando estive um pouco distante, em terras inglesas, da presença constante nestes últimos anos e das alegrias e cumplicidades de nossos almoços / cafés, somando a este rol nomes de extrema importância: Fernanda Rodrigues, Márcio Fortes, Daniel Reis e as famílias agregadas!

Aos amigos distantes fisicamente, mas de presença imensurável, como Ana Paula Frossard e Catarina Lourenço, nos nossos quase trinta anos de amizade! Ana Paula Pereira Costa, amiga de tantas conversas, intelectuais e cotidianas, e das muitas alegrias que compartilhamos juntas! Paula Nascimento, com toda sua paciência ao me ensinar uma língua tão cara a mim... se envolveu ao meu projeto de atingir a proficiência no inglês, e desta etapa ficou uma linda amizade!

Enfim, a todos que, de alguma forma estiveram presentes ou simplesmente passaram por mim nestes longos anos, o meu mais sincero agradecimento!

SUMÁRIO

Introdução	16
<i>Trabalhando com a ideia de doença</i>	23
<i>A estrutura da tese</i>	26
Capítulo I- Câncer, História e Literatura	29
<i>Câncer e história</i>	31
<i>Breve histórico sobre o controle do câncer no Brasil</i>	35
<i>O câncer do colo do útero na literatura</i>	41
Capítulo II - Tecnologias médicas para o diagnóstico precoce do câncer do colo do útero	49
<i>“Quanto antes melhor”: a noção de diagnóstico precoce do câncer</i>	51
<i>As primeiras campanhas pelo diagnóstico precoce do câncer: A American Society for the Control of Cancer / American Cancer Society</i>	55
<i>Hinselmann e a colposcopia</i>	59
<i>Papanicolaou e a citologia ou esfregaço vaginal</i>	67
<i>A colposcopia para além do território alemão</i>	72
<i>“A exceção latino-americana”</i>	86
<i>Considerações finais</i>	90

Capítulo III - O Instituto de Ginecologia no Rio de Janeiro: colposcopia, citologia e biópsia no diagnóstico precoce do câncer do colo do útero 92

Arnaldo de Moraes e a Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil 96

Introdução da Colposcopia e Citologia na Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina 101

A Clínica Ginecológica em funcionamento: ideias, atendimento e tratamento do câncer 108

A institucionalização do atendimento ginecológico na Faculdade: a organização do Instituto de Ginecologia (IG) 117

Os primeiros anos de funcionamento do IG: diagnóstico precoce e formação profissional 121

Formação profissional no IG 127

O Ambulatório Preventivo do Câncer Ginecológico 133

A produção de conhecimento: a organização das fichas de atendimento ambulatorial e a formação de um banco de dados 140

O funcionamento do Ambulatório através dos balaços de atendimento 145

Hinselmann no Brasil 150

O legado do IG 153

A Sociedade Brasileira de Colposcopia e a Sociedade Brasileira de Citologia 157

Considerações finais 168

Capítulo IV - “Tecendo a rede”: a difusão da colposcopia e a organização do Hospital de Ginecologia em Belo Horizonte	171
<i>A Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais e a colposcopia para além do IG</i>	<i>173</i>
<i>Os números do atendimento e a organização de fichários</i>	<i>182</i>
<i>Hinselmann em Belo Horizonte</i>	<i>186</i>
<i>Considerações finais</i>	<i>189</i>
Capítulo V – A formação de uma rede de controle do câncer do colo do útero: o Hospital Aristides Maltez em Salvador / BA	191
<i>A Liga Baiana Contra o Câncer e o Hospital Aristides Maltez</i>	<i>192</i>
<i>A organização dos trabalhos no HAM</i>	<i>196</i>
<i>A construção do conhecimento e divulgação científica no HAM: educação e informação na luta contra o câncer</i>	<i>203</i>
<i>O HAM e a prevenção do câncer do colo do útero no interior baiano</i>	<i>209</i>
<i>Jornada Brasileira de Cancerologia</i>	<i>216</i>
<i>Considerações finais</i>	<i>219</i>
Conclusão	221
Referências Bibliográficas	226

RESUMO

Este estudo trata das ações médicas para prevenção do câncer do colo do útero no Brasil durante o período de 1936 a 1970. O câncer do colo do útero foi incorporado à agenda médica brasileira na década de 1940, a partir do desenvolvimento de ferramentas de diagnóstico precoce e da organização de instituições. Nosso objetivo neste trabalho é analisar o processo de incorporação da doença na medicina brasileira, impulsionado pela introdução e difusão das tecnologias de diagnóstico, no escopo de institucionalização da cancerologia como sub campo da nossa medicina. O Instituto de Ginecologia (IG), no Rio de Janeiro, sob chefia do médico Arnaldo de Moraes, foi o centro de difusão e ensino da colposcopia e da citologia no Brasil. Nossa hipótese de pesquisa é que a colposcopia foi a impulsionadora da formação e organização das instituições de controle do câncer do colo do útero no Brasil em meados do século XX, sendo utilizada de forma conjunta com a citologia até os anos 1960. A organização de ações sobre a doença e as discussões entre os especialistas conduziram à formação de uma rede de prevenção, construída a partir de publicações especializadas, associações profissionais, iniciativas para formação de pessoal e intercâmbio científico. Fizeram parte desta rede o Instituto de Ginecologia, o Hospital de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Minas Gerais e o Hospital Aristides Maltez na Bahia. Ambos, com suas peculiaridades, se constituíram como espaços de controle da doença em suas regiões e de institucionalização de um modelo específico de ação que se afirmou no país até a década de 1970.

ABSTRACT

This study is about the medical actions for cervical cancer prevention in Brasil, from 1936 to 1970. Cervical cancer was incorporated into the medical Brazilian agenda in the 1940s, with the development of early detection tools and the institutions organization. Our objective in this paper is to analyze the disease incorporation on the Brazilian medicine, through the introduction and diffusion of diagnosis technologies, in the scope of cancerology institutionalization as a medicine sub field. The Instituto de Ginecologia (IG), in Rio de Janeiro, under leadership of physician Arnaldo de Moraes, was the learning and dissemination center of colposcopy and cytology in Brazil. Our research hypothesis is that colposcopy was the promoter of the formation and organization of the institutions to cervical cancer control in Brazil in the mid-twentieth century, being used, at the same time, with cytology until the 1960s. The organization of actions about the disease and the discussions among experts led to the formation of a prevention network that was constructed by specialized publications, professional associations, initiatives for personnel training and scientific exchange. The Instituto de Ginecologia, the Hospital de Ginecologia of Minas Gerais and the Hospital Aristides Maltez in Bahia were part of this network. All of them, with their peculiarities, had been constituted as spaces to disease control in their regions and institutionalization of a particular model of action, that was affirmed in the country until the 1970s.

INTRODUÇÃO

A atenção ao câncer do colo do útero no Brasil em meados do século XX se deu em proporções mais organizadas nas Faculdades de Medicina, que criaram, no início do século, espaços de atendimento ginecológico ligados às cátedras de ensino. Nestes serviços existiam, em geral, ambulatórios para atendimento à população e estudos sobre novos casos e tratamento. A atenção era voltada para os cânceres do aparelho reprodutor feminino e da mama. Esses serviços tiveram a primazia nas ações de controle e campanhas contra a doença, formando uma rede de intercâmbio, com a criação de associações, a divulgação de revistas científicas, teses médicas, e estudos sobre diagnóstico, tratamento e profilaxia da enfermidade. Além dos ambulatórios das faculdades, consideramos espaços associativos e hospitalares que tiveram papel importante na luta contra os cânceres, em especial os femininos, e agregaram pesquisa e ensino em suas pautas de trabalho. É importante observar que as ações de diagnóstico não estavam restritas apenas aos espaços públicos. A medicina privada, representada pelos consultórios médicos, também atuava nas ações em câncer, com atendimento a um grupo de pacientes que podia pagar por esses serviços. Para esta pesquisa, contudo, nosso enfoque é voltado para os espaços públicos de atendimento e discussões inerentes aos mesmos.

Principalmente na década de 1940, frente aos limites da medicina em tratar e curar os acometidos pelo câncer, a palavra de ordem dos médicos brasileiros era a importância do diagnóstico precoce como mecanismo de controle do câncer do colo do útero. O diagnóstico do câncer no “grau 0” (ou fase inicial, caracterizada por lesões localizadas no colo, sem extensão a tecidos vizinhos) era o objetivo máximo do ginecologista, pelo aumento na possibilidade de cura da doença. Na década de 1920 haviam sido desenvolvidas duas tecnologias médicas que se tornaram as principais estratégias das ações de controle: colposcopia e citologia. O colposcópico, desenvolvido pelo médico alemão Hans Hinselmann, oferecia a possibilidade de realização do diagnóstico precoce de lesões pela

visualização direta do colo uterino. O postulado principal de Hinselmann era de que todo câncer do colo do útero tinha seu início em lesões precursoras, reconhecíveis ao colposcópico. A citologia, desenvolvida pelo médico grego Papanicolaou, possibilitava o levantamento de suspeitas de anormalidades no órgão através da análise de células coletadas no esfregaço vaginal e visualizadas microscopicamente.

Na década de 1930, o colposcópico foi introduzido no Brasil, como ferramenta de diagnóstico do câncer do colo do útero. A introdução do método no país refletiu as relações políticas e científicas do período, assim como aproximou interesses profissionais na tentativa de sua implantação e difusão. Neste trabalho, argumentamos que o processo de introdução e difusão da nova tecnologia impulsionou a construção de ações de controle da doença no Brasil, através da institucionalização de espaços de atendimento. O primeiro destes espaços foi o Instituto de Ginecologia, que foi o carro chefe deste processo.

O Instituto de Ginecologia (IG), no Rio de Janeiro, sob chefia do médico Arnaldo de Moraes, foi o centro de difusão e ensino da colposcopia e da citologia no Brasil. O Instituto foi também o pioneiro na organização de um ambulatório específico para prevenção do câncer feminino no país. Seu pioneirismo esteve na introdução e difusão das tecnologias de diagnóstico do câncer do colo do útero, e na criação de um modelo próprio de atuação baseado no uso conjunto das ferramentas no exame das pacientes (Teixeira e Lowy, 2011). Também foi pioneiro no investimento em formação de recursos humanos para construção de uma rede em câncer, responsável pela circulação dos atores e fortalecimento das ações de controle da doença. Além de ser o primeiro espaço no Brasil a praticar sistematicamente a colposcopia e citologia como ferramentas de diagnóstico em toda paciente que recorresse ao serviço ambulatorial, firmou-se ainda como divulgador da colposcopia, através de cursos que levaram à formação de novos profissionais e centros de realização de exames colposcópicos no país, como em Belo Horizonte e Salvador. A rede de instituições e atores foi tecida primeiramente por este diálogo de formação e especialização profissional.

Para o nosso trabalho, o IG é o ponto de partida, o referencial nas ações de transformação da colposcopia e citologia em ferramentas de diagnóstico do câncer do colo

do útero no Brasil. O interesse em organizar uma pauta de trabalho para a prevenção da doença no país teria conduzido à formação de uma rede de discussões e ações de controle, construída a partir de publicações especializadas, associações profissionais, iniciativas para formação de pessoal e intercâmbio científico. Fizeram parte desta rede o Hospital de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Minas Gerais, liderado por Clóvis Salgado e o Hospital Aristides Maltez na Bahia. Ambos, em suas temporalidades e peculiaridades se afirmaram como instituições de controle da doença em suas regiões e de afirmação das tecnologias de diagnóstico.

A criação do Ambulatório Preventivo de Câncer Ginecológico em 1948, como órgão do IG, especializado nas questões dos cânceres femininos, principalmente o do colo do útero, afirmou as tecnologias de diagnóstico e articulou ações de controle da doença. O objetivo dos profissionais envolvidos era o de atrair um número cada vez maior de pacientes através da propaganda e educação médica. O diálogo com Hinselmann, principalmente entre os anos de 1949 a 1951, período em que ele realizou constantes visitas ao Brasil, estreitou as relações, impulsionando a difusão e visibilidade do método nos espaços de diagnóstico e tratamento no país.

Nossa hipótese de pesquisa é que a colposcopia foi a impulsionadora da formação e organização das instituições de controle do câncer do colo do útero no Brasil em meados do século XX, sendo utilizada de forma conjunta com a citologia até os anos 1960. O método alemão foi a grande façanha dos médicos nas décadas de 1940 e 1950, na ideia do diagnóstico precoce e do aumento nas possibilidades de intervenção médica frente à doença. A citologia ou esfregaço vaginal entrou em cena com mais vigor a partir dos anos 1950, mas não como um método competitivo ao colposcópio de Hinselmann, e sim como uma complementaridade. Como foi apontado por Teixeira e Lowy (2011), no Brasil foi organizado um modelo próprio de atendimento, conhecido como “modelo triplo”. Este modelo consistia na utilização conjunta da colposcopia, citologia e biópsia para diagnóstico da doença. O “modelo triplo” foi desenvolvido e defendido no IG e tornou-se referência para a organização de outros espaços de atendimento como o Hospital de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Minas Gerais e o Hospital Aristides Maltez.

É nosso objetivo analisar a organização e funcionamento destas instituições, na formação de ações de controle do câncer do colo do útero e na configuração de uma rede para prevenção da doença, formada também por periódicos científicos, congressos médicos e iniciativas de formação profissional. Buscaremos entender como a promoção e tentativa de afirmação das tecnologias de diagnóstico foram pontos importantes na organização profissional e institucional.

Para pensar nas relações estabelecidas entre instituições e profissionais envolvidos nas discussões sobre câncer, seguimos o caminho de análise de Bruno Latour (1997, 2000) em torno das ideias de “redes” e “atores”. No argumento do autor, esses elementos geram e conduzem a prática científica, nas relações estabelecidas com pares, gestores e financiadores. Assim, é nosso interesse investigar não somente a produção de conhecimento pelos profissionais alocados em nossos espaços de pesquisa, mas também, e principalmente, perceber as estratégias de convencimento para com os pares e o meio social em geral. Tal convencimento objetivava a legitimação e efetivação das políticas propostas em relação ao controle do câncer.

Tomando a atividade científica como uma construção social, produzida num espaço coletivo, investigaremos os locais de discussão e tratamento em câncer do colo do útero em meados do século XX no Brasil a partir das redes de sociabilidade e negociação que os médicos estabeleceram como prática de legitimação de sua autoridade profissional. Buscaremos, nos termos de Latour (2000), investigar não a ciência feita, pronta e confirmada, mas a ciência em ação, realizada nos serviços ambulatoriais de atendimento, pesquisa, discussão e nos periódicos de divulgação científica, vistos como os veículos de diálogo destes profissionais.

Para trabalharmos com as ferramentas de diagnóstico, consideramos o processo de introdução e difusão das mesmas como diretamente relacionado ao contexto local em que ocorre. É o contexto que determina a aplicação, avanços e resistências na comunidade médica e na própria sociedade. A introdução e difusão de uma nova tecnologia estão diretamente relacionadas às prioridades e organização dos cuidados em saúde em uma dada sociedade, ou mesmo a regras específicas dessa sociedade. As prioridades na organização

dos serviços e as diretrizes das políticas em saúde são guias na implementação de tecnologias médicas (Blume, 1992).

No momento de introdução da colposcopia e da citologia no Brasil, o diagnóstico do câncer do colo do útero era realizado principalmente nos gabinetes ginecológicos das faculdades de medicina, em instituições locais de atendimento público e consultórios ginecológicos ligados à medicina privada. O acesso aos serviços de saúde na primeira metade do século XX no Brasil não era garantido para a maioria da população. Neste contexto, para as ações mais pontuais de diagnóstico, atendendo a um número mais restrito de mulheres, a colposcopia foi empregada como primeira ferramenta nos exames. A técnica possibilitava um exame mais rápido, com a interpretação das imagens e apontamento das áreas suspeitas, através da coloração de Schiller. Como o exame com o colposcópio era realizado em menor quantidade, este atendia às demandas daquele contexto, sendo geralmente feito nos ambulatórios das faculdades, os primeiros espaços do uso da técnica no país. O preceito principal deste modelo de atendimento era examinar de forma sistemática todas as mulheres que buscavam os serviços, independente dos sintomas apresentados, como uma forma de prevenir a doença. Nesta perspectiva, a introdução da citologia nos exames caminhou ao encontro dos propósitos de prevenção, aumentando as certezas no diagnóstico e sendo utilizada em conjunto à colposcopia.

A partir de final da década de 1960, as orientações para controle do câncer do colo do útero no Brasil passaram por modificações. A doença passou cada vez mais a ser vista como um problema de saúde pública, e as ações começaram a ser pensadas e estruturadas com o objetivo de atender a um número cada vez maior de mulheres. Com base em exemplos de países como EUA e Inglaterra, nos quais as campanhas para detecção da doença eram estruturadas em maior escala, a cargo do governo, no Brasil teve início a organização de campanhas no mesmo modelo. Estas campanhas fizeram amplo uso da citologia pelas facilidades que apresentava para exames em grande escala e sem a necessidade de grandes investimentos. Neste sentido, as orientações de utilização das tecnologias caminharam em paralelo às configurações do câncer do colo do útero na medicina nacional e acompanharam a estruturação de políticas para controle da doença.

Como uma nova tecnologia não surge pronta para o uso, foram necessárias adaptações em decorrência do local de inserção, e ações que identificassem as potencialidades da nova ferramenta. Neste sentido, a formação de um corpo profissional, instituições, discursos científicos, foram estratégias para a consolidação de tecnologias (Blume, 1992). Foi neste caminho que se estruturou no Brasil uma rede para prevenção do câncer do colo do útero, a partir dos esforços e estratégias de difusão de tecnologias. Esta rede foi tecida a partir dos trabalhos dos médicos ligados ao IG e das ações de institucionalização de uma política de controle da doença.

O recorte temporal de nosso trabalho é o período de 1936 a 1970. O primeiro marco corresponde ao início das atividades de Arnaldo de Moraes à frente da cátedra de ginecologia da Universidade do Brasil no Rio de Janeiro. Já a década de 1970, marca o início de um novo período nas ações frente aos cânceres femininos. Em 1973 é criado o Programa Nacional de Controle do Câncer (PNCC), que deu início a ações planejadas e regulamentadas a nível nacional, com campanhas de prevenção e controle. Com a criação do Programa, direcionado para a prevenção da doença, as ações de controle começaram a ser articuladas a nível federal, gerando uma maior normatização e abrangência das mesmas. Dentre as iniciativas do PNCC estava a educação dos profissionais de saúde através de programas de curso padronizados, aplicados por profissionais diretamente capacitados nas diversas regiões do país. Com a introdução do PNCC, o exame citológico tornou-se a principal ferramenta para diagnóstico do câncer do colo do útero no Brasil, com as campanhas de rastreio.

É nosso interesse perceber as ações dos atores que circulavam nestas instituições, as articulações internas e com outros espaços e as estratégias buscadas na tentativa de criar hegemonia nas ações em câncer. Para percorrer estes caminhos, buscamos como fonte empírica documentos institucionais e administrativos, que nos mostraram a organização e funcionamento dos espaços; periódicos científicos nos quais estes personagens publicavam matérias sobre o câncer em geral e sobre seus trabalhos em específico. Além do aspecto científico, atentamos para os estudos e relatórios institucionais presentes nas publicações, na intenção de compreender as políticas que estiveram envolvidas na organização das ações de controle da doença. Interessava-nos perceber, nos periódicos, as mudanças ocorridas nas

formas de identificação e controle do câncer do colo do útero, os serviços de atendimento à mulher, numa perspectiva do impacto desse atendimento, as terapêuticas utilizadas e as principais questões que norteavam a organização dos serviços. Nas publicações é possível perceber ainda a interação dos espaços, através das publicações de congressos e encontros médicos, viagens e correspondências.

Ao utilizarmos a ideia de controle para analisar a organização dos espaços institucionais e as ações empreendidas, nos baseamos na explicação do conceito trazida por David Cantor (2007). Cantor destaca que a tarefa dos programas de controle do câncer seria identificar a doença ou o risco desta no estágio mais inicial possível e encaminhar os pacientes ao médico imediatamente para iniciar o tratamento, geralmente pautado na cirurgia, radioterapia e quimioterapia. No entanto, é importante ter cautela na utilização do termo “controle”, uma vez que os programas destinados a tal fim, diferentemente das atividades relacionadas a doenças contagiosas, não buscavam a erradicação ou eliminação da doença. Pacientes individuais podiam ser curados, mas isso não impedia a reincidência do tumor. Tanto os índices de mortalidade quanto de incidência da doença podiam diminuir, mas o risco da doença em si estava sempre presente na população. A necessidade, portanto, era de administrar, gerenciar e controlar. E neste ponto entraria não somente o controle da enfermidade por meio da terapêutica, mas também dos comportamentos, organizações individuais e estruturas sociais, ou seja, do risco de ser acometido pela doença. O controle estaria relacionado ao gerenciamento do próprio corpo e na intervenção sobre o tumor ou sobre a possibilidade de desenvolvimento de células anormais para um tecido de massa tumoral.

A ideia de controle do câncer, portanto, é aplicada na análise das políticas em saúde, enquanto estratégia de gerenciamento da incidência de mortalidade e atitudes individuais e de grupos. Essa ação buscava intervir em um quadro clínico já instalado e, principalmente, agir de forma preventiva a qualquer suspeita da possibilidade de um crescimento desordenado das células e desenvolvimento de tecidos tumorais. A ideia de uma ação em torno de fatores causais em oncologia é algo recente, inicialmente ligada ao tabagismo e que não se aplica diretamente ao momento em que estamos discutindo. Assim, usaremos o termo “controle” no sentido terapêutico, da construção de políticas de ação preventiva e

ligadas ao lema de diagnóstico precoce com o objetivo de aumentar a validade e expectativas de prognóstico das pacientes atendidas. Neste sentido, um dos principais focos das campanhas empreendidas pelos médicos brasileiros era sobre os comportamentos individuais e a noção de responsabilidade nas mulheres de conhecimento e cuidado ao seu próprio corpo. O tratamento médico especializado e organizado nos espaços de atendimento e pesquisa, com a utilização do arsenal terapêutico disponível era colocado como a chave de sucesso na conscientização do público alvo das campanhas e ações de controle do câncer do colo do útero.

Trabalhando com a ideia de doença

As discussões que envolveram a construção de ações e estratégias de controle do câncer do colo do útero no Brasil estiveram relacionadas ao processo mais amplo de enquadramento do câncer enquanto categoria médica no país, objeto da nossa medicina e, também, da formação da cancerologia como campo de atuação profissional. Dessa forma, ao nos propormos a trabalhar com uma enfermidade específica, no caso o câncer, e as ações de controle a ela endereçadas, faz-se necessário discutir o que entendemos por doença e sua constituição num determinado tempo/espaço. Tal discussão terá como pano de fundo a ideia de “enquadramento da doença”, embasadas nas reflexões de Charles Rosenberg (1997).

Compartilhamos a ideia discutida por Rosenberg, da doença não como algo dado e determinado a priori, mas sim como um fenômeno social. Enquanto evento simultaneamente biológico e social, a mesma carrega consigo significados reveladores de uma determinada sociedade (Rosenberg, 1997). A doença, neste sentido, adquire significados mais complexos do que os da dimensão simplesmente biológica. Em outras palavras, encerra em si questões sociais, culturais, políticas e econômicas. É parte integrante de um jogo de interesses, de formação e construção da identidade da doença pelo corpo profissional e da incidência desta no meio social (Silveira e Nascimento, 2004).

A existência de uma doença provem de um acordo socialmente dado entre grupos sociais: médicos, cientistas, pacientes, famílias. É possível reconhecê-la quando esta, em algum momento, torna-se uma questão médica e, para tal, é necessário, na mesma medida, o próprio reconhecimento e aceitação social da categoria que se está “enquadrando”. O fenômeno doença é delineado socialmente como entidade específica, que se constitui e se manifesta mediante características particulares quando há acordo sobre ela. O enquadramento de uma doença reflete e incorpora valores e atitudes inseridos em um contexto cultural. Neste sentido, são necessárias não apenas a identificação, mas também, a aceitação social, entendendo-a como fruto de um acordo coletivamente produzido (Rosenberg, 1997).

Assim, podemos argumentar que as iniciativas de ação e as discussões em torno do câncer do colo do útero, no caso específico do Brasil, remetiam a uma necessidade social de criação e formulação de uma explicação sobre a enfermidade em si. Num momento de consolidação da própria ginecologia como especialidade médica, os crescentes índices de problemas ginecológicos em mulheres demandavam, por parte destes profissionais, respostas e medidas de conhecimento e controle do problema. Tal demanda partia da própria atividade profissional exercida e da sociedade, acometida com uma enfermidade ainda muito misteriosa e sobre a qual giravam inúmeras especulações e crendices. O câncer do colo do útero, além dos medos que despertava nas mulheres, como em relação à morte e estigmatização, gerava fortes odores nas doentes e esteve, por muito tempo, relacionado à atividade sexual. Neste sentido, a tomada da doença como uma questão médica evidenciava o lado biológico da mesma e direcionava para o grupo médico a autoridade no discurso, formação de políticas e intervenção no corpo doente.

Nas sociedades ocidentais, a doença demanda um sentido que, na maioria das vezes, gira ao redor da comunidade médica com a construção do sentido para si e para o corpo social, como demonstração do resultado da prática profissional e de seus conhecimentos peculiares. O novo significado que emerge dessa negociação e consenso é socialmente legitimado a partir da constituição da entidade e da caracterização da enfermidade, com a legitimação do quadro nosológico e a observação dos impactos na vida cotidiana. Ou seja, da identificação em seus múltiplos sentidos (propagação, diagnóstico,

profilaxia e prevenção) e as respostas médicas e sociais que são atribuídas a esses fenômenos.

A ideia de “enquadramento” nos permite pensar na formação dos conhecimentos e práticas sobre o câncer do colo do útero, discutidos e organizados pelos ginecologistas brasileiros ao longo do século XX. A demanda por explicações que abarcassem as multiplicidades da doença canalizaram esforços para a construção de discursos sobre a enfermidade em si e, mais propriamente, das formas de controle e prognóstico do tratamento. Assim, podemos investigar os impulsos em torno da elaboração dos discursos sobre a necessidade de diagnóstico precoce dos tumores e da imagem construída sobre a doença.

A ênfase no discurso sobre a importância da detecção precoce de qualquer alteração que pudesse indicar uma possível alusão ao desenvolvimento de um câncer foi base da ação dos médicos, num momento em que as possibilidades de tratamento da doença eram controversas e o imaginário que envolvia a palavra “câncer” instigava repulsa e medo. A estratégia do grupo profissional era quebrar tal visão a partir da postulação de que o câncer era curável, desde que diagnosticado em suas fases iniciais. E foi com base neste discurso que as ações de controle foram pensadas e implementadas pelas instituições que compunham uma rede de discussões e ações de controle da doença em meados do século XX.

Pensar, portanto, na construção de um conhecimento específico e de um corpo profissional de controle da enfermidade a partir dos referenciais do enquadramento da doença, acima apresentados, nos permite problematizar os discursos que envolveram a tomada do câncer como questão de saúde. E, na mesma medida, na construção de uma imagem médica em torno doença e da formação de uma política conjunta, articulada nacionalmente.

Além do aspecto social do enquadramento do câncer do colo do útero como categoria específica, utilizaremos na elaboração de nosso trabalho a ideia de institucionalização das ciências e das práticas médicas no Brasil. Para tal, utilizaremos o

conceito de institucionalização como o processo de implantação, desenvolvimento e consolidação de atividades científicas num determinado tempo histórico (Figueirôa, 1997). Tal ideia está presente nos trabalhos de Silvia Figueirôa. Segundo a autora, a ciência atua como uma instituição social que se apoia num “(...) conjunto articulado de valores particulares que normatizam e regulam o comportamento específico de seus praticantes” (Idem: 24).

Dessa forma, de acordo com Figueirôa, é possível estabelecer uma rede de sustentação das atividades nas quais os elementos mais visíveis são as instituições científicas. Mas, no entanto, dentro desta rede também se encontram presentes outros elementos, tais como, a “comunidade” científica e os interesses do Estado (Figueirôa, 1997). Entendemos institucionalização, portanto, como um processo de construção de uma prática e discurso científicos e da organização de estratégias e grupos profissionais. Estes, por sua vez, requerem um aglomerado de procedimentos para sua implantação, desenvolvimento e consolidação em determinados espaços e temporalidades (Fonseca, 2002).

Os espaços de atenção ao câncer do colo do útero no Brasil de meados do século XX tiveram na difusão das tecnologias de diagnóstico, principalmente a colposcopia, seu veículo de relações, o que catalisou o processo de institucionalização destes espaços e da formação de uma rede de controle da doença. Esta rede, impulsionada por estas instituições, agregava artefatos como periódicos científicos, congressos médicos, e representava a concretização das ações de controle do câncer do colo do útero no país.

A estrutura da tese

Este trabalho está dividido em cinco capítulos. No capítulo I: “Câncer, História e Literatura”, iniciamos discutindo questões mais gerais sobre a etiologia e incidência do câncer no Brasil. Em seguida, percorremos um breve histórico sobre o desenvolvimento da

visão sobre o câncer como doença celular e das técnicas para tratamento, como a cirurgia, raios X e o radium, buscando perceber o aumento do interesse médico pela questão. Numa segunda parte, analisamos o câncer na medicina brasileira, discutindo sua incorporação nos debates médicos nacionais e na organização de instituições de controle da doença, dentro do contexto político do país, avançando até os dias mais atuais. Por fim, discutimos a literatura que teve o câncer do colo do útero como tema de análise, com ênfase nas tecnologias para diagnóstico.

No capítulo: “Tecnologias médicas para o diagnóstico precoce do câncer do colo do útero”, analisamos as duas principais tecnologias de diagnóstico no período de nossa pesquisa: colposcopia e citologia. Retomamos os passos do desenvolvimento das ferramentas, na Alemanha e nos EUA, tendo como foco os processos de criação e difusão de ambas. Sobre a colposcopia, discutimos sua recepção no país de origem e em outros territórios, como na América do Norte. A análise destas tecnologias teve como pano de fundo as discussões em torno da ideia de diagnóstico precoce, pensada juntamente com os preceitos organizativos das primeiras campanhas educativas para prevenção da doença.

O terceiro capítulo analisa a instituição ponto de partida para a formação da rede de discussões e ações de controle do câncer do colo do útero no país em meados do século XX: o Instituto de Ginecologia. Intitulado: “O Instituto de Ginecologia no Rio de Janeiro: colposcopia, citologia e biópsia no diagnóstico precoce do câncer do colo do útero”, analisamos a organização institucional do IG, os atores envolvidos, as ferramentas de ação, a estrutura de funcionamento e a produção dos discursos em torno da doença. Discutimos a questão do diagnóstico precoce na instituição, juntamente com a organização do Ambulatório Preventivo do Câncer Ginecológico e dos registros de atendimento como forma de construção de conhecimento e afirmação do Instituto.

Em: “‘Tecendo a rede’: a difusão da colposcopia e a organização do Hospital de Ginecologia em Belo Horizonte”, o quarto capítulo, analisamos como a rede de discussões e prevenção da doença começa a ser formada, através da organização do Hospital de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais. O Hospital foi o primeiro espaço de difusão da colposcopia para além do IG e representou a

institucionalização das ações de controle do câncer da capital mineira, afirmando-se como o espaço da formação prática na Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais.

Na última parte do trabalho: “A formação de uma rede de controle do câncer do colo do útero: o Hospital Aristides Maltez em Salvador / BA”, analisamos a concretização da rede e transição para um novo modelo nas ações de controle do câncer do colo do útero no Brasil, a partir do Hospital Aristides Maltez (HAM). Discutimos o processo de criação e consolidação do HAM como espaço de tratamento, pesquisa e formação profissional, avaliando seu papel na rede de discussões e ações em relação ao câncer do colo do útero formada no país em meados do século XX. O Hospital foi um dos pioneiros no processo de transição na utilização de ferramentas de diagnóstico e implementação de campanhas de controle do câncer do colo do útero em municípios interioranos.

CAPÍTULO I: CÂNCER: HISTÓRIA E LITERATURA

Segundo dados e estimativas do Instituto Nacional do Câncer¹ (INCA) no Brasil, mais de 7 milhões de pessoas morrem anualmente acometidas por algum tipo de câncer. Vários fatores confluem para explicar esse quadro. A melhoria na qualidade de vida, agregando fatores como controle de doenças infectocontagiosas, atenção às qualidades nutricionais dos alimentos e avanços na área médica, geraram um aumento na expectativa de vida da população em geral. Com uma diminuição nos índices de mortalidade, verificou-se um progressivo envelhecimento populacional e, conseqüentemente, maiores índices de doenças crônico-degenerativas, como problemas cardiovasculares e cânceres. Estatisticamente, o resultado é uma progressão das estimativas de incidência de cânceres, de 11 milhões de novos casos em 2002, para mais de 15 milhões em 2020² (INCA, 2006). Para o ano de 2012 e 2013, de acordo com recente estudo do Instituto sobre a incidência de câncer no Brasil, foi estimada a ocorrência de aproximadamente 518.510 novos casos da doença (INCA, 2012).

O processo biológico que resulta na formação de um tumor tem origem na função mais básica do corpo humano desde o nascimento: a divisão e reprodução celular. Em linhas gerais, as células, unidades elementares que compõem o corpo humano, em sua forma normal ao longo da vida de um indivíduo se dividem, amadurecem e morrem, num processo cíclico de renovação celular. Quando algumas células deixam de seguir esse processo natural de divisão, tornam-se anormais, sofrendo mutações em seu gene. A célula

¹ O Instituto Nacional do Câncer foi fundado em 1937, como antigo Centro de Cancerologia no então Distrito Federal, pelo grupo liderado pelo médico cirurgião Mário Kroeff. Atualmente o Instituto é referência nacional na organização e orientação de campanhas de controle da doença em todo território nacional, assim como no tratamento e formação em recursos humanos.

² Para efeitos comparativos, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2002, 24,6 milhões de pessoas viviam com câncer em todo o mundo, e 6,7 milhões de pessoas morreram em decorrência da doença. Destas mortes, regiões como América do Norte e Europa Ocidental, concentravam as cifras de 631.900 e 475.100, respectivamente. A projeção da OMS para o ano de 2020 é um aumento de 50% no número de novos casos de neoplasia, na passagem de 10,9 milhões para o índice de 16 milhões de acometidos (World Health Organization and International Union Against Cancer, 2005).

que, por mudanças genéticas, sofre alterações em seu DNA³, inicia um processo de divisão descontrolado, produzindo novas células anormais que, com o tempo, podem empilhar-se umas sobre as outras, formando uma massa de tecido identificada como tumor.

A explicação para o desenvolvimento dos tumores envolve uma multiplicidade de fatores causais (etiologia multifatorial), que estão relacionados à interação entre uma pré-disposição genética e fatores resultantes dos hábitos de vida e da exposição a condições consideradas de risco para o desenvolvimento da doença. Alguns casos de cânceres podem estar relacionados também à presença de infecções crônicas causadas por alguns tipos de vírus, bactérias e parasitos, como o Papilomavírus humano (HPV) e o câncer de colo do útero. Temos, portanto, fatores de risco para o câncer relacionados tanto a fatores externos (ambientais, exposição a agentes cancerígenos) quanto endógenos (de origem hereditária) (INCA, 2006).

Câncer, portanto, é uma designação genérica dada a diferentes quadros clínicos desencadeados pelo crescimento desordenado da multiplicação celular, ultrapassando limites de tecidos e órgãos. Ambos os sexos são acometidos pela doença, com algumas especificidades em decorrência da localização da mesma em órgãos próprios a cada gênero. As mulheres, em especial, ocupam parcela significativa dos casos de cânceres no Brasil. Dos tumores que atingem as mulheres brasileiras, segundo informações do INCA, os da mama representam cerca de 27% dos cânceres malignos, seguido de 9% representados pelo câncer de colo do útero⁴. O câncer de mama, que mais acomete o público feminino na atualidade, é também um dos mais temidos em virtude dos impactos psicológicos e de auto-estima que acarreta na mulher. Na sequência, o tumor do colo do útero também apresenta altas cifras, sobretudo nas regiões norte e nordeste do país e estigmatiza principalmente pelo forte odor e quadro clínico que apresenta em fases avançadas.

Nas indicações mais atuais, o INCA projetou uma taxa de 17 novos casos de câncer do colo do útero em cada 100 mil mulheres. São estimados 17.540 novos casos da doença

³ O DNA, ou Ácido Desoxirribonucléico, é um componente celular que contém as informações genéticas usadas no desenvolvimento e funcionamento de todos os organismos vivos.

⁴ O Instituto Nacional do Câncer apresenta em seu sítio na internet dados atualizados da incidência de cânceres no país e estimativas. Maiores informações ver: <http://www.inca.gov.br/estimativa>.

para o ano de 2012⁵. Hoje, muito se conhece sobre os fatores causais do câncer, e há uma série de investimentos governamentais e filantrópicos em atividades educativas, de prevenção e tratamento. Basta recordar, por exemplo, as campanhas televisivas e de marcas de cosméticos que incentivam as mulheres a realizarem exames preventivos, ferramentas cotidianamente empregadas nos consultórios médicos, seja da rede corporativa privada ou do Sistema Único de Saúde. No entanto, como pudemos perceber nos números anteriormente apresentados, apesar do conhecimento, ainda são altos os índices de incidência e mortalidade pela doença.

A atenção ao câncer no Brasil não é um fenômeno recente. Desde o início do século XX, os médicos brasileiros discutiram questões relativas à doença, em periódicos científicos e congressos médicos (Teixeira, 2010). Ao longo do século, estas discussões se tornaram mais sistematizadas e foram organizados espaços específicos voltados para ações diagnósticas, tratamento e prevenção, sob influência das pesquisas e do desenvolvimento de tecnologias de diagnóstico e tratamento do câncer em outros países.

Câncer e história

Durante muito tempo na história da humanidade o câncer foi uma doença despercebida. Os conhecimentos sobre a enfermidade eram esparsos e a capacidade de intervenção médica praticamente nula. Já conhecida pelos egípcios, persas e indianos desde a antiguidade, a primeira definição da doença foi registrada nos escritos hipocráticos, no século IV a. C. Para a medicina de Hipócrates, o “carcinoma” ou “cirro”, traduzido no latim como “cancer” (caranguejo), era definido como um tumor duro, não inflamatório, e decorrente do desequilíbrio dos fluidos orgânicos. Na concepção da medicina de então, o médico deveria atuar como regulador das relações entre homem e ambiente (Said, 1998).

⁵ Mais informações: www.inca.gov.br. Acesso em 30 set. 2012.

Esta concepção permaneceu por muitos séculos, na ideia de que o câncer era uma doença geral, mas de manifestações locais (Imbault-Huart, 1997).

No século XVIII, a visão sobre o câncer acima descrita foi modificada em decorrência do desenvolvimento dos estudos em anatomia patológica e o conhecimento celular. Algumas teorias como a do francês Marie François Xavier Bichat (1771 – 1802) corroboraram para esta mudança. Bichat introduziu o conceito de tecido como entidades distintas. Estas eram atacadas por doenças, e não todo o órgão. Assim, as diversas localizações de um tumor seriam apenas uma, sendo a mesma doença tocando o mesmo tecido em diferentes órgãos (Imbault-Huart, 1997). Neste sentido, o câncer começou a ser visto como uma doença de caráter local, que incidia sobre um tecido específico.

Foi no século XIX que a visão moderna do câncer como uma alteração no processo natural de renovação e multiplicação celular foi construída, por impacto da teoria celular do médico alemão Rudolf Virchow. A teoria estabelecia que a origem das doenças repousava na unidade essencial do organismo humano, as células. Virchow vinculou a ocorrência de doenças às células e seu processo de divisão. Foi o primeiro a argumentar que todas as formas de lesão orgânica têm início em alterações moleculares ou estruturais das células.

Ao longo dos séculos, inovações no tratamento do câncer estiveram presentes em várias sociedades, como, por exemplo, o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas para a extração dos tumores. No século XIX, as investigações acerca da doença versavam, preponderantemente, em torno da cirurgia como terapêutica, na ideia de se extrair a “raiz” do mal. Tal prática era justificada pela premissa da localidade da doença no corpo humano, sendo a cirurgia a técnica capaz de responder eficazmente à extirpação do tumor (Imbault-Huart, 1997). A técnica cirúrgica ganhou fôlego neste período principalmente pelos estudos em assepsia, impulsionados pelo cirurgião inglês Joseph Lister, que garantiam maior segurança à prática e sobrevivência do paciente.

Mas apesar dos avanços nas técnicas cirúrgicas, os resultados no tratamento da doença ainda eram muito limitados. Desta forma, durante grande parte do século XIX o câncer esteve mais relacionado aos cuidados religiosos e de caridade do que propriamente

ao mundo da medicina. As ações em relação à doença estiveram mais centradas no campo da filantropia, como por exemplo, a associação francesa “Senhoras do Calvário”, composta por viúvas que se dedicavam aos cuidados com mulheres cancerosas (Teixeira, Porto e Noronha, 2012).

Maiores impactos no tratamento em câncer se deram, para além da cirurgia, a partir da aproximação da medicina com outras disciplinas científicas, como a física e a química. Neste sentido, está a descoberta dos raios-X em 1895, mais precisamente a radioatividade em 1896, que foi apropriada pela comunidade médica, tanto pelas potencialidades para o diagnóstico quanto nos testes para a cura de diversas doenças. Mas a nova tecnologia, contudo, mostrava-se confusa e perigosa, causando queimaduras e chegando a ser cancerígena quando utilizada em super dosagem. Tal característica ocasionou o receio de muitos médicos na utilização do método, como os franceses que continuaram indicando a cirurgia como principal meio para combater a enfermidade. A partir da década de 1910, novas técnicas foram sendo descobertas e desenvolvidas, como o tubo de raios catódicos e o gerador de 200 kilowatts, que possibilitavam maior controle dos níveis dos raios, assegurando a utilização dos mesmos.

Na década de 1890, o casal francês Pierre e Marie Curie trouxe novos avanços em relação ao controle do câncer, através da descoberta do rádio. Este, tal como o raio-X, possuía um efeito cicatrizante sobre a pele, o que fez com que no início do século XX fosse experimentado por médicos no controle de várias doenças, principalmente o câncer. A utilização do rádio contava com um fator de crédito a mais, em virtude do maior controle da radiação gerada e pelo desenvolvimento da terapêutica no diálogo com físicos e químicos, o que diminuiu os riscos de utilização da técnica.

Inovações no campo da cirurgia, ainda no início do século XX, aumentaram a possibilidade de intervenções cirúrgicas com menor sangramento, com a utilização complementar da eletricidade. O método, desenvolvido pelo médico Keating Hart, consistia na aplicação de energia em alta voltagem nas regiões próximas aos tumores visando estimular a reparação dos tecidos lesionados e impedir o ressurgimento dos tumores, assim como aumentar os limites de operabilidade e diminuir os sangramentos. Os avanços na área

cirúrgica possibilitaram remoções de tumores mais radicais como a histerectomia e a mastectomia, que se tornaram procedimentos de referência na extração de tumores no colo do útero e na mama (Teixeira, Porto e Noronha, 2012).

O desenvolvimento da terapêutica e o aumento da possibilidade de atuação contra a doença fomentaram o interesse da comunidade médica e induziram a novas expectativas com relação ao controle da enfermidade. Além das novas medidas profiláticas, o interesse crescente pelo câncer pôde também ser verificado na organização de associações e instituições de pesquisa, congressos e encontros médicos, nos quais avultavam trabalhos sobre a doença. No início do século XX, por exemplo, foram realizadas as primeiras Conferências Internacionais Contra o Câncer, em Paris e Bélgica, nos anos de 1906 e 1910 respectivamente (Teixeira e Fonseca, 2007).

Com o fim da Primeira Guerra Mundial, o interesse pela doença espalhou-se rapidamente. Neste período surgiram Ligas que tinham como interesse principal difundir a ideia da possibilidade de cura nos casos em que a doença fosse identificada e tratada no início, além de incentivar a construção e manutenção de centros de tratamento. As Ligas tiveram atuação importante no controle da doença através do incentivo a campanhas de diagnóstico, formação profissional e criação de espaços de tratamento. Em 1918, por exemplo, foi fundada a Liga Franco-Anglo-Americana Contra o Câncer que, formada por médicos, financistas e industriais, tinha como propósito conscientizar a opinião pública sobre o crescimento e importância da doença e incentivar a criação de espaços de tratamento nos países membros. A Liga inspirou a organização de instituições similares em outras regiões, conferindo maior destaque à necessidade da articulação de ações sociais contra o câncer (Teixeira e Fonseca, 2007).

Na primeira metade do século XX, o aumento na expectativa de vida da população refletiu num maior número de casos de câncer diagnosticados. Este aumento foi acompanhado por uma expansão de fundos para pesquisa relacionada à terapêutica. Novas descobertas no campo médico contribuíram para as ações terapêuticas neste período, aumentando as atenções à doença. Dentre estas descobertas, a quimioterapia oferecia a

possibilidade de controle do processo de reprodução celular, tornando-se uma das principais estratégias controle pela medicina.

Os anos que se seguiram após o fim da Segunda Guerra Mundial foram marcados pelo desenvolvimento de um novo sistema de pesquisa em câncer. Com o crescimento econômico dos EUA no pós-guerra, foram realizados novos investimentos para pesquisa. Um novo complexo biológico emergiu em torno da doença, caracterizado por novas relações entre ciências biológicas, medicina clínica, indústria farmacêutica e governo, com maiores suportes para os estudos sobre o tema. Os americanos, com esse investimento, criaram um modelo de pesquisa em áreas como a quimioterapia, principalmente no tratamento da leucemia infantil (Cantor, 2007).

Com a progressiva ampliação dos conhecimentos sobre o câncer e das práticas de terapêutica e controle, a doença passou a ser foco de ações e políticas em diversos países. O Brasil não esteve alheio a este processo, apresentando, desde o início do século XX profissionais voltados para a discussão sobre o câncer, que ganhou maior espaço a partir dos anos 1930.

Breve histórico sobre o controle do câncer no Brasil

Nas primeiras décadas do século XX, o câncer foi, aos poucos, se tornando foco da atenção de diversos grupos médicos do Brasil. O interesse destes profissionais na problemática do câncer se estabeleceu neste período, em grande parte, devido aos seus contatos com a literatura internacional sobre o tema e, principalmente, por suas atuações em congressos médicos internacionais. Os primeiros esforços de sistematização do conhecimento sobre o câncer no Brasil foram observados através de artigos escritos em publicações especializadas, como o de Azevedo Sodré em 1904 e Olympio Portugal em

1910, ambos com escopos interpretativos diferentes, mas com o objetivo de conscientizar os médicos brasileiros sobre os perigos da doença⁶ (Teixeira e Fonseca, 2007).

O primeiro passo para a incorporação do câncer como problema de saúde no país, dentro da agenda nacional de políticas, ocorreu com a reforma sanitária de 1920. Na reforma foi criada a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, no escopo do então criado Departamento Nacional de Saúde Pública. A nova Inspetoria também teria atenção ao controle do câncer, através da elaboração de estatísticas e exames gratuitos para diagnóstico (Teixeira, Porto e Noronha, 2012). O conhecimento médico do período aproximava o câncer e a lepra em relação à ideia de contágio. A maior parte dos médicos afirmava que ambas as enfermidades deveriam ter formas de transmissão semelhantes, tendo como consequência a necessidade de um acompanhamento maior de sua incidência, assim como a formulação de ações que evitassem a disseminação (Teixeira, 2009). A tomada do câncer como questão pública a partir da década de 1920, na órbita do Departamento Nacional de Saúde, deu-se em paralelo ao aumento dos artifícios de controle e da capacidade da medicina frente à doença, com o desenvolvimento de técnicas e tecnologias.

O crescimento do interesse médico pelo câncer esteve no mesmo palco de desenvolvimento de técnicas que ampliaram o poder de atuação da medicina frente à doença. Dentre estas técnicas estavam a ampliação do uso e o melhor conhecimento da radiologia e a eletrocirurgia⁷, trazida ao Brasil em meados dos anos 1920 pelo cirurgião Mário Kroeff. Num contexto de ampliação das preocupações médicas para com a doença, tais inovações fomentaram o envolvimento da comunidade médica com a enfermidade e impulsionaram discussões e propostas de ação mais articuladas para conter o avanço do câncer (Teixeira e Fonseca, 2007).

⁶ Os artigos são: Sodré, Azevedo. Frequência do câncer no Brasil. in: *O Brasil Médico*, n.23, Ano XVIII, 15/06/1904, p.229-232; e, Portugal, Olympio. “O problema do Câncer” in: *O Brasil Médico*, 1910, pp.34.

⁷ O método consistia em um bisturi que transmitia intenso calor aos tecidos por meio de energia elétrica de alta frequência, possibilitando incisões mais amplas. Por coagular os tecidos próximos à ação do bisturi, diminuía o sangramento nas operações, o óbito por complicações cirúrgicas e infecções, aumentando as possibilidades de cura e sobrevida do paciente.

Além das inovações na terapêutica para controle da enfermidade, a maior atenção direcionada à mesma pela comunidade médica pode ser verificada em 1935 com a organização do Primeiro Congresso Brasileiro de Cancerologia. O evento, sediado na Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, contou com participação de personalidades políticas ligadas ao Primeiro Governo Vargas, como o ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema e o diretor do Departamento Nacional de Saúde, João de Barros Barreto. Este, por sua vez, afirmou em sua comunicação a necessidade de se criar, no Distrito Federal, um centro de cancerologia (Barreto, 1936). Como aponta Teixeira, a novidade em relação ao congresso residiu no fato de a saúde pública, por meio de sua voz oficial, divulgar um projeto de prevenção e diagnóstico da doença, além da criação de uma instituição direcionada ao tratamento de doentes no Distrito Federal, em oposição à Inspetoria anterior, que se limitava mais à propaganda e à verificação de incidência da enfermidade (Teixeira, 2009).

A década de 1930 foi marcada pela organização do Centro de Cancerologia no então distrito federal, tendo como diretor o cirurgião Mário Kroeff. O novo espaço se propunha a ser um local de cura para pacientes com câncer, com base nos avanços médicos para controle da doença. O Centro foi o embrião do Instituto Nacional do Câncer, fundado na década de 1950.

Na década seguinte, o poder central manteve sua meta de ampliação do controle das ações políticas em saúde consubstanciadas, em 1941, com uma grande reforma na área de saúde liderada pelo ocupante da pasta da Educação e Saúde Pública, Gustavo Capanema. Reorganizou-se o Departamento Nacional de Saúde. Foram criados Serviços Nacionais relacionados a doenças específicas, com a verticalização das atuações do governo federal e a expansão dos serviços de saúde por todo o território nacional⁸ (Fonseca, 2007). Os Serviços criados na década de 1940 refletiam as áreas privilegiadas pelo governo federal dentre as ações que eram desenvolvidas no âmbito da saúde pública brasileira (Idem). Três

⁸ Os Serviços, criados pela lei nº 3.171 de 2/04/1941, foram: Serviço Nacional de Peste, Serviço Nacional de Tuberculose, Serviço Nacional de Febre Amarela, Serviço Nacional de Câncer, Serviço Nacional de Lepra, Serviço Nacional de Malária, Serviço Nacional de Doenças Mentais, Serviço Nacional de Educação Sanitária, Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina, Serviço Nacional de Saúde dos portos, Serviço Federal de Bioestatística e Serviço Federal de Águas e Esgotos.

meses depois da lei que criou os Serviços Nacionais em 1941, foi instituído o Serviço Nacional do Câncer (SNC), que representou a incorporação definitiva da doença no conjunto de ações da saúde pública brasileira (Decreto-Lei nº 3643). A criação do órgão federal refletiu o início de uma política de cunho nacional, que buscou expandir as ações de controle da doença para além da capital federal por meio de uma proposta de centralização e normatização administrativa levada a cabo por seu diretor, Mário Kroeff. Além disso, a elaboração de um espaço de centralidade no tratamento e discussões acerca da problemática do câncer catalisou a incorporação do mesmo ao rol de prioridades da saúde pública em âmbito federal.

O SNC teria a função de fomentar uma campanha permanente de controle do câncer, intitulada posteriormente de *Campanha Nacional Contra o Câncer* com base na propaganda do diagnóstico precoce e no auxílio do governo federal para iniciativas regionais de criação de unidades para tratamento de doentes. O decreto de criação do Serviço tinha como prerrogativa a coordenação administrativa do órgão federal na campanha. A abrangência do órgão, no entanto, era bastante limitada, em especial no seu período inicial de funcionamento. Assim, não era possível prescindir das ações dos setores privados de saúde em todo o país, tendo sido necessário integrá-los à campanha. O decreto cumpriu esse papel, ao afirmar em seu artigo 3º que caberia ao Serviço Nacional de Câncer “orientar e coordenar a ação das repartições estaduais e municipais destinadas ao combate do câncer e, bem assim, das instituições de iniciativa particular, que realizem quaisquer atividades concernentes a esse problema” (Fonseca, 2007). Até o fim do governo Vargas, em 1945, quatro instituições privadas foram incorporadas à “Campanha Nacional Contra o Câncer”⁹.

Como argumentamos anteriormente, a criação do SNC esteve diretamente ligada à história da estruturação da saúde pública no país. Porém, a entrada efetiva na esfera estatal dos cuidados à doença no Brasil não se explica apenas pelo percurso histórico local. Esta conformação se relacionou também à conjuntura internacional dos anos 1940, na qual o

⁹ As Instituições incorporadas à Campanha Nacional Contra o Câncer foram: Sociedade Médica de Combate ao Câncer no Rio Grande do Sul (1942); Associação Paulista de Combate o Câncer (1943); Instituto do Radium de Minas Gerais (1944) e Liga Bahiana Contra o Câncer (1944).

país intensificou trocas culturais e científicas com outros países, como, por exemplo, os Estados Unidos da América. Neste período, médicos foram enviados aos EUA com o intuito de conhecer e estudar as ações de controle do câncer, bem como sua organização hospitalar. Os personagens que foram designados para as viagens tinham relações com pessoas ligadas ao governo Vargas, além de possuírem papel de destaque no cenário nacional da cancerologia, exercendo papel executivo em instituições da esfera privada e pública (Andrade e Lana, 2010).

A década de 1950 marcou a história do controle do câncer no Brasil. Nesse período, o Instituto Nacional do Câncer, antigo Centro de Cancerologia fundado por Mário Kroeff, ainda na década de 1930, tornou-se referência no país em relação ao controle da doença, através de sua atuação como hospital especializado e na coordenação de políticas. O ano de 1957 foi o ápice desse processo. Nesse ano, o Instituto deixou as instalações arrendadas ao Hospital Gafree e Guinle e se transferiu para uma sede própria na Praça da Cruz Vermelha, no centro do Rio de Janeiro. O Instituto contava com uma infraestrutura de 11 andares, com 350 leitos e era um dos mais bem aparelhados da América Latina (Bodstein, 1987). O novo hospital, com suas modernas instalações e aparato tecnológico, possibilitaria a ampliação dos trabalhos do Instituto e lhe permitiria obter maior visibilidade nas ações e atividades (Teixeira e Fonseca, 2007).

No período político da ditadura militar brasileira, mais precisamente ao final da década de 1960, foi criada a Campanha Nacional de Combate ao Câncer – CNCC. A CNCC tinha por objetivos propiciar maior racionalidade à gestão administrativa e nos recursos financeiros para controle da doença no país, impulsionando esta bandeira em todo o território nacional, contando, assim, com a adesão de vários estados da federação (Bodstein, 1987).

Apesar da valorização do controle do câncer no período que antecedeu o golpe de 1964, os cancerologistas viram grande parte de suas propostas relacionadas ao controle da doença ser posta de lado. Os ideais desenvolvimentistas defendidos pelos sanitaristas do período anterior iam de encontro às propostas privatistas para a saúde. Nesse contexto, o controle do câncer passou por problemas relacionados à contenção dos gastos do Ministério

da Saúde em relação à doença. O próprio INCA enfrentou um período de dificuldades institucionais a partir de 1968, com uma tentativa de privatização, posteriormente transformada em transferência para a órbita do Ministério da Educação. A transferência não foi vista com bons olhos pelo corpo de cancerologistas, pelo receio de que o Instituto alterasse sua missão institucional, centrando-se somente na formação educacional (Teixeira e Fonseca, 2007).

Nos anos de 1980, com o processo de redemocratização política pelo qual passava a sociedade brasileira, verificou-se uma progressiva retomada de espaço por parte dos cancerologistas, através, dentre outros aspectos, de uma experiência pioneira em gestão na saúde pública. Tratou-se da implementação do sistema de Co-gestão, entendido como uma administração conjunta pelo Ministério da Saúde e o Ministério de Assistência e Previdência Social. O sistema de Co-gestão representou uma inversão na lógica de orientação da saúde pública verificada nas décadas anteriores, por conferir a demonstração de viabilidade de parceria entre instituições públicas, com vistas à obtenção do próprio benefício público. Com o princípio da “saúde como direito de todos e dever do Estado”, consagrado com a Constituição de 1988, o Ministério da Saúde ocupou papel de destaque na arena decisória com relação às definições da política de saúde no Brasil (Teixeira, Porto e Noronha, 2012).

Nos últimos anos, verificou-se uma maior coesão nacional em torno das políticas de controle do câncer, com o incentivo à propagação do diagnóstico precoce da doença e de ações de prevenção aos mais diversos tipos de manifestação. Com a implementação da Política Nacional de Atenção Oncológica, em 2005, os focos de atuação foram deslocados da doença em si para as questões relativas aos determinantes da mesma. Com isso, possibilitou-se, ainda mais, uma maior humanização no tratamento dos pacientes, assim como a ampliação das ações de prevenção. As novas políticas reforçam o incentivo aos cuidados com a saúde e o incremento às novas tecnologias de tratamento, como o transplante de medula óssea, que em 2005 atingiu seu milésimo transplante (Teixeira, Porto e Noronha, 2012).

O câncer do colo do útero na literatura

Nas últimas décadas, o câncer do colo do útero tem se tornado objeto de estudo no campo da história das ciências, principalmente no que tange às tecnologias de diagnóstico, como a citologia. No final dos anos 1990, o já clássico trabalho de Monica Casper e Adele Clarke (1998) discutiu o processo de introdução e difusão do esfregaço vaginal, no período de 1940 a 1995, no qual a ferramenta se tornou “the right tool for the job” (a ferramenta ideal para o trabalho). O estudo é um exemplo do processo de introdução e difusão de uma nova tecnologia médica, evidenciando as negociações e os diferentes atores envolvidos. A proposta era discutir a passagem de um instrumento criado em laboratório e voltado para a prática clínica, para uma técnica utilizada em larga escala. A ferramenta ganhou destaque na mesma proporção em que a doença passava de um problema de ordem clínica e da medicina privada para uma questão de saúde pública.

Casper e Clarke explicaram o sucesso da citologia como o produto das negociações entre atores, instituições e interesses específicos. Nestas negociações estavam a divisão de trabalho entre citotécnicos e patologistas, a substituição da tentativa de criar classificações das lâminas que fossem universalmente aceitas, por uma ordem negociada localmente, e a própria regulação dos laboratórios responsáveis pela leitura das lâminas. Esta negociação, por sua vez, ocorreu de forma constante. Isto implica dizer que, mesmo a definição como “right tool”, não garantiria a estabilização do método como tecnologia de diagnóstico. Para que este processo ocorresse era necessário criar estratégias de difusão e negociação constantes com os pares, a comunidade científica e a população em geral (Casper and Clarke, 1998).

No processo de estabilização como método de diagnóstico, a citologia perpassou algumas críticas que colocavam em pauta os problemas na padronização das lâminas citológicas e as dificuldades para formação de técnicos. As críticas versavam em torno de três pontos principais: a decisão de quando e o que era considerado câncer; as ambiguidades no sistema de classificação; e as também ambiguidades na leitura e processamento das lâminas. Todo esse processo foi socialmente construído, a partir dos interesses dos atores locais, das práticas médicas e objetivos na utilização da nova

ferramenta, além da própria definição sobre qual trabalho e finalidade da mesma (Casper and Clarke, 1998).

A aceitação da tecnologia como adequada para o diagnóstico do câncer do colo do útero dependeu da concepção do trabalho realizado por diferentes atores: citotécnicos, clínicos, pacientes e a American Cancer Society. A técnica se tornou apropriada para categorias específicas, como os citologistas, para os quais a mesma oferecia a possibilidade de intervenção clínica anterior aos primeiros sinais da doença e sem o recurso a procedimentos cirúrgicos invasivos. Foi adequada também para as pacientes diagnosticadas e tratadas, mas não seguiu o mesmo caminho os casos em que os resultados apresentaram dúvidas quanto à malignidade e presença de lesões.

A difusão da citologia no diagnóstico da doença nos EUA na década de 1940 foi impulsionada pela reorganização da American Cancer Society (ACS), e o incentivo à formação de políticas de prevenção da doença. A associação norte-americana foi organizada em 1913 por um grupo de cirurgiões com o nome de American Society for the Control of Cancer. As ações da ASCC versaram em torno da elaboração e implementação de campanhas de detecção precoce e propaganda. Em 1944, já firmada no cenário médico estadunidense, a associação foi reorganizada e passou a ser conhecida como ACS¹⁰ (Gardner, 2006). Com o suporte da ACS e utilização da citologia nas campanhas de rastreio para detecção da doença, o método consolidou-se no país, expandindo-se para outras partes do mundo, através de congressos internacionais, programas de treinamento e os estudos realizados nos EUA juntamente com a formação de novos profissionais.

Em caminho semelhante ao de Casper e Clarke, na linha de investigação que busca compreender o desenvolvimento e aplicação de tecnologias associadas a contextos sociais específicos, Ilana Lowy (2010) discutiu a transformação da citologia em “right tool for the job”, analisando as controvérsias sobre o método e sua difusão. O desenvolvimento da citologia esfoliativa nos EUA ganhou destaque em decorrência, primeiramente, dos altos custos da utilização da colposcopia em larga escala e, também, pela difusão desta última quase que exclusivamente nos países de língua alemã. O exame citológico para o câncer do

¹⁰ No próximo capítulo a organização e orientações da ACS serão mais bem discutidas.

colo do útero foi a primeira tentativa para realização de exame em massa da população e tornou-se um modelo para realização de triagens em outros cânceres como câncer de mama e próstata.

Lowy analisou o caminho percorrido para o desenvolvimento de campanhas de rastreio em massa para o câncer cervical utilizando a citologia ou esfregaço vaginal. Neste caminho, foram destacados alguns percalços, como a ausência de critério de diagnóstico e prognóstico homogêneos, o que dificultou a rápida difusão do teste e de sua generalização para identificação de lesões cervicais. A técnica trouxe a discussão sobre “lesões pré-cancerosas”, “carcinoma in situ”, e os limites da passagem destes estágios para o câncer invasivo. Na segunda metade do século XX o princípio do diagnóstico precoce, e sua importância nas campanhas de saúde e na baixa de custos no tratamento de neoplasias, foi endossado com o rastreio do câncer do colo do útero, que demonstrou a efetividade da ideia dentro das propostas de ação em saúde pública (Lowy, 2010b).

A difusão da citologia foi responsável pelo aumento no número de mulheres diagnosticadas com lesões superficiais no colo uterino. E, como a maioria das pacientes era diagnosticada em idade fértil, a utilização da técnica repercutiu nas orientações terapêuticas, passando do recurso à cirurgia radical a tratamentos de menor extensão e conservativos, sem a retirada do órgão. A técnica estabilizou-se na segunda metade do século XX como forma de validação da ideia de diagnóstico precoce, reduzindo os impactos do tratamento e aumentando as possibilidades de intervenção sobre a doença.

O Papanicolaou tornou-se, gradualmente, mais um método de teste inicial e de triagem para detecção de lesões no colo uterino, do que propriamente uma ferramenta de diagnóstico da doença. A história da triagem para o câncer do colo do útero evidencia a mescla de recursos múltiplos e heterogêneos como a coloração nas lâminas citológicas e a divisão do trabalho médico, os instrumentos científicos e políticas públicas. Estes elementos conjugaram-se na transformação da ferramenta como a adequada para o rastreio populacional e controle da doença (Lowy, 2010b).

Analisando momentos específicos sobre a visão e conhecimentos em torno do câncer do colo do útero, Ilana Lowy explorou a descrição da doença em três personagens e contextos históricos diferentes: Ada Lovelace, aristocrata inglesa nos anos 1800, Eva Perón, esposa do político argentino Juan Perón, e Jane Goody, inglesa que ficou conhecida pelo diagnóstico da doença ao participar de um programa televisivo. A autora discutiu as relações entre ciência, medicina, gênero e sociedade, percorrendo os conhecimentos e práticas de controle da doença nos séculos XIX e XX. Enquanto no século XIX, representado na figura de Ada Lovelace, a imagem da doença estava relacionada a sofrimento, isolamento e com pequenas perspectivas de tratamento e cura, no século XX, as ações médicas ganharam novos contornos. Com os avanços na cirurgia e nos mecanismos de tratamento como a radioterapia, o câncer do colo do útero começou a se tornar passível de prevenção e de cura. Estas transformações foram discutidas a partir dos exemplos da doença em Eva Perón e Jane Goody (Lowy, 2011). O desenvolvimento das tecnologias de diagnóstico e as implicações nas orientações para o tratamento tiveram impacto direto nas mudanças tanto sobre a visão da enfermidade, quanto na forma como cada personagem vivenciou a doença, tanto no aspecto social quanto médico.

Recentemente, novos trabalhos lançaram luz sobre outras questões acerca da doença, como tecnologias alternativas para diagnóstico e diferentes modelos de atenção, atrelados a realidades e contextos locais. Exemplos destes trabalhos são os estudos de Eraso (2010) e Teixeira e Lowy (2011).

Os trabalhos acima citados discutiram a exceção latino-americana na utilização da colposcopia como primeira ferramenta de diagnóstico, em comparação a países europeus e aos EUA. Nestes últimos, a citologia foi empregada como primeiro exame nos centros de tratamento de câncer feminino, ficando a colposcopia destinada a verificações em caso de amostras suspeitas colhidas no exame citológico. A técnica alemã era utilizada como ferramenta auxiliar no diagnóstico do câncer do colo do útero, nos casos em que a citologia apontasse a necessidade de exames mais específicos. Para os autores que discutiram o tema, o desenvolvimento da colposcopia como método de diagnóstico em países como o Brasil refletiu um emaranhado de interesses políticos e iniciativas locais.

Yolanda Eraso (2010) em “Migrating Techniques, Multiplying Diagnoses: The contribution of Argentina and Brazil to Cervical Cancer ‘early detection’ policy”, foi pioneira nesta abordagem, analisando a trajetória dos dois principais métodos de detecção do câncer do colo do útero: a colposcopia de Hinselmann e o exame citológico do Papanicolaou, no Brasil e Argentina. A autora discutiu como estes dois países seguiram uma trajetória diferente da maior parte do mundo médico ocidental, ao utilizarem a colposcopia como primeira ferramenta para detecção de lesões no colo uterino até os anos 1960. A partir de uma perspectiva de transferência de ideias e tecnologias para além de fronteiras nacionais, buscou compreender como as diferentes trajetórias de ambos os métodos contribuíram para redefinir a categorização e diagnóstico da doença. O interesse pela colposcopia foi desenvolvido com as relações de cooperação entre ginecologistas brasileiros e argentinos nos anos que antecederam a Segunda Guerra Mundial. Após o fim da guerra, tais relações foram reestabelecidas, com a criação de uma rede de difusão da tecnologia para diagnóstico do câncer do colo do útero em ambos os países (Eraso, 2010).

Eraso analisou os contextos médico e cultural nos quais o processo de transferência teve espaço, com foco nos que a autora denomina como “canais intermediários à ginecologia”, que seriam as instituições, congressos e publicações médicas (Eraso, 2010). A partir destes canais, a autora discutiu o desenvolvimento da colposcopia num contexto em que a noção de diagnóstico da doença em estágios iniciais de evolução do tumor começou a ser amplamente aceita entre os médicos. Mudanças no diagnóstico do câncer de colo, tanto no Brasil quanto na Argentina, puderam ser percebidas como resultado da “transferência” das ferramentas, cujas implicações, de acordo com a perspectiva de análise adotada, ultrapassaram as fronteiras nacionais. Assim, a noção de lesões pré-cancerosas teria sido primeiramente endossada pelo colposcópio. Outros conceitos aguçariam a discussão, como a ideia de “carcinoma in situ”, defendida pelos adeptos do esfregaço vaginal, na identificação de alterações suspeitas nas células que pudessem indicar a possibilidade de desenvolvimento de um tumor (Eraso, 2010).

Em relação ao Brasil, Eraso construiu sua argumentação em torno no papel do Instituto de Ginecologia do Rio de Janeiro, analisando o Instituto no processo de transferência, os personagens envolvidos e os primeiros trabalhos com as tecnologias de

diagnóstico na instituição. Argentina e Brasil teriam organizado um modelo próprio de diagnóstico, contribuindo para a redefinição de diagnóstico precoce e da própria doença, com a organização de uma forma específica de intervenção e de política de saúde para controle do câncer do colo do útero. Estes modelos corresponderam à conjuntura em saúde nestes países. Conforme discutiremos mais adiante neste trabalho, no Brasil de meados do século XX a doença era objeto da medicina ambulatorial e da medicina privada, estando restrita a atendimentos em ambulatórios das Faculdades de Medicina e instituições hospitalares. Somente a partir dos anos 1960 é que a doença passa a se configurar como uma questão de saúde pública, na medida em que são organizadas campanhas de diagnóstico focadas na necessidade de atendimento a um número maior de mulheres em realização de exames em maior escala.

Teixeira e Lowy (2011) retomaram a discussão sobre a particularidade latino americana na utilização das tecnologias de diagnóstico do câncer do colo do útero: colposcopia e citologia, centrando a discussão no caso brasileiro. Os autores discutiram a utilização da colposcopia e da citologia pela medicina brasileira, analisando o uso do colposcópio no modelo de prevenção da doença e sua relação com o modelo de saúde pública nacional.

O desenvolvimento da colposcopia no Brasil nos anos 1940 e 1950 teria sido o reflexo de um conjunto de interesses profissionais, governamentais, regionais e de iniciativas filantrópicas. A par da ideia difundida pela literatura que associa a história do diagnóstico precoce de lesões uterinas com o desenvolvimento e difusão da citologia, os autores argumentaram que este processo não ocorreu de forma semelhante em todos os lugares. Para fundamentar o argumento destacaram que, no Brasil, a construção de políticas de diagnóstico da doença teve caminhos e soluções próprias. A utilização da colposcopia como primeira ferramenta de diagnóstico até a década de 1960 representou as orientações das políticas de saúde nacionais, na promoção de cuidados no âmbito da medicina privada e de associações filantrópicas. A análise avançou pela década de 1970, quando as campanhas para diagnóstico da doença começam a ser baseadas na ideia de rastreio ou de exames em massa, tendo a citologia como carro chefe, num momento de transformação do câncer do colo do útero em um problema de saúde pública (Teixeira e Lowy, 2011).

A explicação apresentada o quadro acima envolveu fatores conjunturais que associavam o entendimento de medidas de saúde pública inseridas no contexto sociocultural, político e econômico em que foram produzidas. Neste sentido, a “exceção latino-americana” estaria relacionada à aproximação com a Alemanha no período entre guerras, momento no qual a maioria dos países da Europa Ocidental, como Inglaterra e França, e também os Estados Unidos teciam embates políticos e diplomáticos com o país em decorrência da ascensão do regime de extrema direita que vigorou nas diretrizes alemãs até o fim da Segunda Guerra Mundial. Além desse fator, a explicação para a orientação em saúde oncológica seguida em países como no caso brasileiro, estaria diretamente relacionada à própria organização governamental interna em relação à formação e gerenciamento das políticas em saúde pública (Teixeira e Lowy, 2011).

A partir dos anos 1970, as campanhas para diagnóstico do câncer do colo do útero no Brasil passaram a ser organizadas sob a propósito de realização de exames em massa. Para estas campanhas, a citologia foi empregada como o método de detecção de anormalidades no colo uterino. Neste contexto, emergiu a figura do citotécnico como profissional indispensável para a viabilização das ações de controle da doença. O citotécnico era o responsável pela leitura e exame das lâminas citológicas e o consequente encaminhamento dos casos suspeitos para o tratamento médico especializado.

O recente trabalho publicado por Teixeira, Porto e Souza (2012) analisou a consolidação da profissão de citotécnico no Brasil a partir do contexto de organização dos programas de rastreio do câncer do colo do útero, atentando para a organização de cursos de formação específicos e o próprio processo de criação de identidade profissional. Os autores relacionaram o surgimento dos cursos de formação de citotécnicos no país ao processo de expansão dos programas. No processo de institucionalização das campanhas de rastreamento, a necessidade de garantir a qualidade dos exames efetuados e, conseqüentemente, os sucessos dos programas, colocou em evidência os debates sobre a formação profissional do citotécnico e de sua importância no processo (Teixeira, Porto e Souza, 2012).

Diante das considerações acima, sobre a literatura que discutiu o câncer do colo do útero e as tecnologias de diagnóstico da doença, nosso trabalho se propõe a lançar novas luzes a este debate, analisando os locais de inserção e difusão destas ferramentas no Brasil de meados do século XX. Nosso foco, para além das tecnologias, é a rede de instituições que se forma para discussões e organização de ações de controle da doença. Entendemos esta rede como a responsável pela organização e implementação de um modelo próprio no atendimento ambulatorial que preponderou no país até o final da década de 1960.

CAPÍTULO II: TECNOLOGIAS MÉDICAS PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O objetivo deste capítulo é analisar o desenvolvimento das principais ferramentas de diagnóstico do câncer do colo do útero em meados do século XX: colposcopia e citologia. No Brasil, a colposcopia foi o primeiro método utilizado como diretriz nas ações de controle da doença, dentro dos ambulatórios de ginecologia das Faculdades de Medicina e em Hospitais especializados. Nos esforços e estratégias de introdução e difusão da ferramenta como peça chave para o diagnóstico precoce do câncer do colo do útero e aumento das possibilidades de intervenção, foram organizadas as principais instituições de controle da doença no período. O uso do colposcópio, por sua vez, foi acompanhado no Brasil pela citologia, na configuração de um modelo próprio de trabalho, que consistia no emprego conjunto dos métodos, com o objetivo de aumentar as certezas no diagnóstico.

O modelo brasileiro será analisado no próximo capítulo. Neste, nosso foco principal é discutir o desenvolvimento da colposcopia na Alemanha e da citologia nos Estados Unidos. Sobre a colposcopia interessa-nos refletir sobre as questões técnicas envolvidas na criação da técnica e a tentativa de estabilização e difusão fora do território alemão. Analisaremos os impactos da tecnologia e sua introdução no território de criação da citologia, os EUA, pensando como ambas as ferramentas estiveram presentes na construção de ações para controle da doença.

No início do século XX, a ferramenta de que dispunha a medicina para visualização do colo uterino e identificação de anormalidades que indicassem a presença de um tumor cancerígeno era o espécúlo, desenvolvido no início do século XIX. Como instrumento de exame vaginal, o espécúlo era utilizado na coleta de material para a realização de biópsias. O material para análise era coletado das lesões proliferativas do órgão, que eram identificadas com o auxílio do espécúlo. O exame muitas vezes apenas confirmava o que as lesões já apontavam: a existência do câncer do colo do útero em fase de evolução.

Data de 1886 a primeira formulação de descrição de uma lesão proliferativa no colo uterino. O professor de obstetrícia inglês John Williams descreveu a lesão como a primeira condição para desenvolvimento e reconhecimento de um câncer (Lowy, 2010b). Nos casos de lesões identificadas com o auxílio do espéculo, o tumor já se apresentava em fase avançada de evolução, o que, conseqüentemente, limitava as possibilidades de intervenção no quadro clínico da paciente. Neste sentido, a principal questão para os médicos gravitava em torno do reconhecimento das possibilidades de desenvolvimento da doença na fase assintomática.

Como discutimos no capítulo anterior, o câncer, por definição, é uma alteração na estrutura de reprodução celular que caracteriza uma lesão invasiva a tecidos e órgãos adjacentes. O termo carcinoma indica um tumor oriundo de células epiteliais que tem a capacidade de romper a membrana basal, que garante sustentação ao epitélio (um dos tecidos básicos do organismo que recobrem a superfície corporal externa e suas cavidades) e o separa de outros tecidos. Na década de 1930, como forma de diferenciar uma lesão invasiva de uma lesão não invasiva, circunscrita ao seu local de origem, foi utilizado o termo “carcinoma in situ” (Lowy, 2010b). Apesar de o termo trazer consigo inúmeras ressalvas e discussões sobre seu caráter cancerígeno, como discutiremos mais adiante, essa ideia potencializou as especulações em torno da possibilidade de controle da doença, antes do seu desenvolvimento. A descoberta de lesões pré-invasivas poderia permitir a rápida atuação da medicina, impedindo sua transformação em um tumor cancerígeno.

O diagnóstico precoce do câncer do colo do útero tornou-se, desde o início do século XX, o principal objetivo dos médicos envolvidos com a doença. Na década de 1920, duas tecnologias foram desenvolvidas, em paralelo, e impactariam efetivamente na detecção, tratamento, e diretrizes de ações de controle: a citologia e a colposcopia. A primeira, desenvolvida nos Estados Unidos da América pelo patologista George Nicholas Papanicolaou. E a segunda na Alemanha, pelo ginecologista Hans Hinselmann.

Tecnologias médicas não surgem prontas para o trabalho. No processo de inserção social de uma nova ferramenta são necessárias tanto adaptações ao contexto quanto a construção da imagem e funcionalidade do método (Stanton, 2002). A introdução e difusão

de tecnologias variam de acordo com questões culturais, econômicas e políticas dos contextos nos quais se inserem. Os próprios usos e consequências são moldados de acordo com as estruturas sociais, interesses profissionais e governamentais (Timmermann and Anderson, 2006). Tais preceitos embasarão nossa reflexão sobre as tecnologias em questão. Ao pensar sobre o desenvolvimento e difusão da colposcopia é nosso interesse perceber as questões científicas que embasaram e impulsionaram este processo, assim como o contexto no qual a técnica foi aplicada. Os diferentes contextos científicos e políticos nos quais a tecnologia foi empregada corresponderam a diferentes formas de concepção e introdução da mesma. Veremos que o mesmo processo seguiu diretrizes próprias na Alemanha, país berço da ferramenta, nos EUA, que teve na citologia seu principal pilar, e nos países latino-americanos, que mantiveram um diálogo importante com a ciência alemã, na difusão da técnica em seus territórios.

Antes de nos atermos às questões acima observadas, faz-se necessário refletir acerca do preceito básico que impulsionou o desenvolvimento de tecnologias para controle do câncer do colo do útero: a possibilidade de realização do diagnóstico precoce. A ideia de diagnosticar a doença em seus estágios iniciais de desenvolvimento caminhava em paralelo com uma melhora nas perspectivas do prognóstico e possibilidades da medicina em intervir no tumor, o que ocorria principalmente por meio do ato cirúrgico.

“Quanto antes melhor”: a noção de diagnóstico precoce do câncer

Como doença originada da multiplicação desordenada de células, o fator tempo constituía ponto importante nas ações de controle do câncer. Conforme observamos anteriormente, a manifestação clínica da enfermidade era um indicativo da evolução do tumor. Neste estágio, a intervenção médica era mais difícil e, conseqüentemente, menor era a possibilidade de cura. Diante desta constatação, identificar a doença antes da sua manifestação sintomática tornou-se o principal foco dos agentes em saúde. Desde o início do século XX, o diagnóstico precoce foi a principal bandeira dos médicos na organização

de ações contra o câncer. E diagnosticar a doença em suas fases iniciais de evolução era a estratégia de prevenção a partir da qual as ações em saúde foram articuladas.

A ideia de prevenção relacionada ao câncer remete a uma discussão antiga, remontando a períodos anteriores ao século XX, nos quais a bandeira da prevenção foi tão importante na luta contra a doença quanto a própria terapêutica. Durante certo período, ambas chegaram a se confundir, uma vez que o objetivo da terapêutica era evitar a morte prematura por câncer. Assim, a prevenção teria desempenhado um papel central na luta contra a doença desde a antiguidade, adquirindo especial importância a partir de fins do século XVIII em algumas regiões europeias, num momento em que a preocupação principal era o aumento nos índices de mortalidade por câncer (Cantor, 2007). O interesse na prevenção foi anterior à década de 1970. Mas foi efetivamente nos anos de 1970 e 1980 que ressurgiu a antiga noção de prevenção, com a divisão em três tópicos: primária (a prevenção antes de quaisquer suspeitas, sinais ou possibilidades da doença); secundária (a detecção precoce de uma lesão) e terciária (ações terapêuticas) (Lecourt, 2004).

Segundo David Cantor (2007), prevenção é um termo maleável. Isto porque, endossando o argumento acima, durante grande parte do século XX o termo foi entendido como sinônimo e/ou uma parte do que se entende por diagnóstico precoce e tratamento. Após os anos 1960 e 1970, o conceito emergiu desvinculado das noções de tratamento, com referência a causas ambientais e estilo de vida. A prevenção do câncer, portanto, surgiu neste contexto ligada à consciência de uma ação individual ou social com a finalidade de reduzir a exposição humana a “fatores de risco”.

Durante muitas décadas, no tratamento do câncer, as noções de diagnóstico precoce e prevenção foram tratadas como sinônimos. Na primeira metade do século XX, por exemplo, na sociedade americana, prevenção tornou-se sinônimo de detecção e tratamento precoce. Nos anos 1920 e 1930, quando os funcionários de saúde pública começaram a mostrar um interesse genuíno em câncer, ao contrário de seu interesse tradicional em doenças infecciosas agudas, foi adotado como terapêutica essencialmente o modelo médico de detecção e de tratamento precoce (Lecourt, 2004).

A ideia de diagnóstico precoce e prevenção veiculada nas ações de controle do câncer do colo do útero de meados do século XX estava relacionada às discussões trazidas pelo chamado movimento da medicina preventiva, originado no período de 1920 a 1950, como forma de crítica à medicina curativa. Inicialmente pensado e proposto em Inglaterra, EUA e Canadá, esse movimento propôs uma mudança na prática médica por intermédio de reformas no ensino, buscando destacar a responsabilidade dos profissionais em promover saúde e prevenir doenças.

A base conceitual deste movimento foi sistematizada por Leavell e Clark, em 1965, num estudo busca abranger todas as fases do adoecimento. O modelo desenvolvido por Leavell e Clark foi uma tentativa de esquematizar a organização da intervenção humana sobre o processo saúde-doença. Os autores sistematizaram noções de promoção, prevenção, cura e reabilitação em um modelo denominado “História Natural da Doença” (Czeresnia, 2003; Arouca, 1975).

A “história natural da doença” compreenderia dois períodos específicos: o da pré-patogênese e o da patogênese. Na pré-patogênese, apesar de condições ambientais e/ou genéticas para o aparecimento da entidade mórbida já existirem, as manifestações clínicas da doença ainda não estavam presentes. Neste período que se aplica a ideia de “prevenção primária”, na atuação sobre o meio ambiente e/ou na proteção ao indivíduo dos agentes patológicos. A prevenção primária foi alocada em dois eixos específicos: promoção da saúde e proteção específica. Na promoção da saúde as questões eram relacionadas à educação sanitária, padrões nutricionais e exames periódicos. A proteção específica era pensada como inibição ao aparecimento de determinadas doenças, e agregava questões de imunizações, proteção contra riscos ocupacionais e acidentes, atenções alimentares e proteção a substâncias cancerígenas. O objetivo das medidas de saúde era evitar o acometimento pela enfermidade.

O período da patogênese ocorreria quando já fosse possível perceber sinais e manifestações de doença em decorrência de transformações fisiológicas em curso. Era o momento no qual a enfermidade já estaria instalada no corpo e manifestaria sintomas, podendo englobar vários estágios do quadro patogênico. Com as primeiras manifestações

da doença, seriam empreendidas ações de “prevenção secundária”, com foco no diagnóstico precoce e limitação da invalidez. Como por vezes a presença da doença ocorria de forma assintomática, exames específicos e medidas individuais e coletivas para descoberta de anormalidades eram as principais medidas nesta fase. O diagnóstico precoce tem como objetivo principal, nesta linha de pensamento, evitar o processo da doença, curar a anormalidade já instalada através da indicação a tratamento adequado, e poupar o organismo de complicações ou sequelas.

O processo de reabilitação do indivíduo compreenderia a terceira fase dos níveis de aplicação de medidas preventivas, conhecido como “prevenção terciária”. Este nível ocorreria após a doença já instalada, em estágio avançado de desenvolvimento, e compreende ações direcionadas à recuperação, reabilitação física e medidas de caráter psicossocial, com atendimento e atenção médica específica (Carvalho e Buss, 2008).

Os conceitos elaborados por Leavell e Clark, apesar de abarcarem também dimensões sociais e ambientais, são focados em uma visão prioritariamente biológica da doença (conhecimento da patogênese e enfermidades infecciosas). Estudos posteriores incluíram determinantes sociais aos preceitos inicialmente desenvolvidos por Leavell e Clark, num modelo conhecido como “história social da doença”. Existem outros modelos explicativos, que tentam abarcar as multiplicidades do processo saúde – doença e as implicações nas formulações de políticas públicas, como o “modelo do campo da saúde”. Nesta abordagem, adoecimento e vida saudável não dependem unicamente de aspectos físicos e/ou genéticos. As condições de saúde estariam relacionadas a fatores específicos como: o patrimônio biológico, as condições sociais e econômicas no ambiente, estilo de vida, acesso à alimentação, educação, trabalho, renda, lazer e intervenções de ordem médica (Nunes, 1974).

Para a discussão aqui realizada, os conceitos de diagnóstico precoce e prevenção, observados anteriormente, são tomados como sinônimos nas ações em câncer. Não desconsideramos as especificidades dos conceitos. No entanto, para este trabalho, os tomaremos como sinônimos, visto que, em nossas fontes de pesquisa é este o caminho apontado quando a questão era discutida no Brasil entre os anos 1940 e 1960. Naquele

período, prevenir a doença correspondia a identificar o quanto antes anormalidades no colo uterino. A realização do diagnóstico precoce era a principal estratégia de prevenção. Esta ideia foi o elemento norteador das campanhas de controle do câncer do colo do útero no Brasil no período acima citado e o principal lema dos médicos envolvidos com a enfermidade.

As primeiras campanhas pelo diagnóstico precoce do câncer: A American Society for the Control of Cancer / American Cancer Society

As noções de diagnóstico precoce e tratamento, ou “Early detection and treatment”, dominaram as abordagens para o câncer nas políticas norte americanas da primeira metade do século XX, lideradas pela ASCC (American Society for the Control of Cancer), reorganizada e renomeada em 1944 para American Câncer Society (ACS). A associação, fundada em 1913 por um pequeno grupo de cirurgiões, via as intervenções, primeiramente com a cirurgia e depois com a radioterapia, como as chaves para o controle do câncer no período. Para a ASCC o problema maior era que os pacientes recorriam ao médico depois que as possibilidades de cura haviam diminuído em virtude do avanço da doença. O início da enfermidade era muitas vezes sutil, indolor e facilmente confundido. Quando a sintomatologia ficava mais expressa, com as dores e debilidade, o tumor já havia evoluído muito, o que retardava as ações profiláticas. A educação, neste sentido, seria a chave para transformar tais atitudes. O objetivo era instigar as pessoas a inspecionarem a si próprias para detectar os primeiros sinais do câncer, proceder a exames médicos regulares, ter consciência dos perigos dos “curandeiros” e falsos remédios e das crenças e temores populares que retardavam a busca pelo diagnóstico (Cantor, 2007).

As primeiras campanhas, do início do século XX, tinham como um dos principais objetivos modificar crenças e comportamentos em relação ao câncer. A mensagem principal era a de que a cirurgia, primeiro método de tratamento utilizado, seria mais eficaz quanto menos os pacientes retardassem a procurar os cuidados médicos aos primeiros sinais

ou suspeita da doença. Tal mensagem aludia à responsabilidade individual do paciente para recorrer ao tratamento médico e garantir possibilidade de sucesso na terapêutica e melhor prognóstico (Aronowitz, 2001).

Num momento anterior à propagação em larga escala do exame de mamografia¹¹, por exemplo, para detecção de alterações e anormalidades nos seios, os nódulos eram identificados primeiro pelas mulheres e só posteriormente pelos médicos. A mensagem de “do not delay”, veiculada nas campanhas americanas, aludia tanto à transmissão de responsabilidade para o indivíduo, quanto ao importante papel das práticas de saúde individuais e das ações públicas na divulgação dos princípios educacionais e no diagnóstico das alterações no corpo feminino. Mais ainda, as campanhas americanas chamavam a atenção para sinais e sintomas em geral, não somente em relação ao câncer de mama, mas de quaisquer outros tipos de câncer, indicando, inclusive, quadros de alerta à população com relação a mudanças no organismo. A ACSS divulgou sinais perigosos, de alerta, por meio de pôsteres, panfletos, cartões postais, livros e filmes. Tal mensagem teria impactado em mudanças nas rotinas das mulheres comuns, das mulheres com nódulos nos seios, dos patologistas, cirurgiões e ativistas de câncer. Esse impacto evidenciava a força das campanhas em saúde através de mensagens públicas de esclarecimento e indicações de atitudes frente ao próprio corpo (Aronowitz, 2001).

A demora em buscar atenção médica estaria relacionada a fatores como: medos individuais em relação à doença, incertezas da cirurgia, o próprio pessimismo de cirurgiões quanto os resultados da intervenção, visita a praticantes de curas populares e uso de remédios domésticos. Um dos pontos principais era o temor e as incertezas quanto ao resultado da cirurgia em relação ao corpo, à feminilidade e autoestima da mulher, tendo vista a mutilação inicialmente provocada pelo ato cirúrgico. Era questionada, também, a própria utilidade da cirurgia para a paciente, pensando tanto nos riscos inerentes à prática, quanto na vida de mulheres e em sua morte com ou sem a intervenção.

¹¹ A mamografia é um método de exame que possibilita a análise de toda a glândula mamária, permitindo a identificação de alterações no revestimento cutâneo e também no tecido subcutâneo. O primeiro aparelho de mamografia foi desenvolvido na Alemanha na década de 1910 e seu uso com fins de diagnóstico difundiu-se com maior peso a partir da segunda metade do século XX.

O discurso que relacionava a rapidez na busca por cuidados médicos e a o aumento das possibilidades de êxito com a cirurgia foi o argumento de força ressaltado pelas campanhas de saúde pública americanas, focadas na redução da demora e retarda das pacientes (“focused on reducing delay”). O tempo exercia um papel complementar na cirurgia extensiva, criando uma rede de responsabilidade em câncer, uma responsabilidade negociada entre pacientes e médicos, para obtenção de resultados satisfatórios (Aronowitz, 2001).

As campanhas de massa promovidas pela ASCC foram efetivas na promoção de mudanças de atitudes de muitas mulheres e médicos em geral sobre o câncer. O decréscimo do medo da doença e do ceticismo em relação à cirurgia levou a um incremento no quantitativo de mulheres que se reportavam aos profissionais com sinais suspeitos de tumores. As taxas de exames realizados ao longo do século XX cresceram consideravelmente, assim como o número de tumores benignos e a sobrevida da paciente após a cirurgia (Aronowitz, 2001).

As próprias mulheres norte-americanas participaram do processo de sistematização de esforços para controle do câncer no país. Tal envolvimento foi verificado no empenho da organização de programas educacionais designados a ensinar ao público em geral, e ao feminino em particular, sobre os riscos da doença, os sinais e incidência. Além das ações da ACSS, organizações leigas atuaram neste processo de “conscientização” e educação em câncer nos Estados Unidos. O termo impulsionador destas campanhas remetia à detecção precoce da doença, nomeada como “early detection” (Gardner, 2006).

Na argumentação de Robert Aronowitz (2001), na sociedade estadunidense a mensagem indicativa da busca imediata aos cuidados médicos à menor suspeita de anormalidade era a principal bandeira levantada. Aronowitz analisou os obstáculos enfrentados para sucesso das campanhas, como os medos e receios de médicos e leigos em relação à eficácia da cirurgia e sobrevida da paciente. Como norteador destas campanhas, o preceito: “cancer is curable if taken in time”, relacionava o tempo com as possibilidades de cura (Aronowitz, 2001).

A relação entre possibilidade de cura do câncer e fator tempo era intermediada pela realização do diagnóstico da doença. Segundo Charles Rosenberg, a realização do diagnóstico exerce um papel central na definição do fenômeno social chamado doença. É o ponto de articulação entre o médico e o paciente, sendo o mecanismo de comunicação e de identidade da doença (Rosenberg, 2002). Através do diagnóstico, a doença é especificada e ocorre um processo de legitimação tanto da prática médica quanto do papel de uma determinada enfermidade no meio social. Em relação ao câncer do colo do útero, sua identificação caminhou paralelamente ao desenvolvimento das ferramentas de diagnóstico. As possibilidades de reconhecimento das fases de evolução, advindas com os métodos de visualização do colo uterino e análise celular, permitiram um maior conhecimento e reconhecimento da enfermidade e, em consequência, da construção da identidade do câncer do colo do útero como uma doença específica.

A realização do diagnóstico, da identificação e classificação das doenças é segundo Ilana Lowy, princípio fundamental da organização da medicina moderna (Lowy, 2010b). As técnicas de diagnóstico produzem diferentes formas de se pensar sobre uma doença, e possibilitam a própria construção da categoria da doença em questão. O ato de diagnosticar estrutura a prática médica, conferindo aprovação social e definindo as relações entre doença, paciente e sociedade (Rosenberg, 2002). No caso do câncer do colo do útero, o desenvolvimento das tecnologias de diagnóstico esteve diretamente relacionado à tentativa de aumentar as possibilidades de intervenção no corpo doente, à possibilidade de identificação precoce da doença.

No caso dos médicos brasileiros, o diagnóstico precoce do câncer do colo do útero foi também o carro chefe das ações de controle. A identificação de anormalidades que pudessem indicar um tumor em evolução era visualizada e difundida como principal forma de prevenção da doença. Neste sentido, mesmo com os conhecimentos de que a ideia de prevenção remetia a um estado anterior ao adoecimento, este era o termo empregado, em conjunto com o diagnóstico precoce, para embasar as ações de controle e intervenção sobre a enfermidade. Neste contexto, o desenvolvimento e difusão das tecnologias de diagnóstico que possibilitavam a identificação e tratamento do tumor mesmo antes de a doença estar instaurada foram os responsáveis pela organização e afirmação de espaços institucionais de

controle da doença e, em relação ao Brasil da formação de uma rede institucional e de atores nas ações em câncer do colo do útero.

Hinselmann e a colposcopia

“Cheguei aqui a um ponto em que devo declarar o que quero dizer com a palavra colposcopia. É derivada da palavra ‘kolpos’ o que significa vagina e da palavra *skopeo*, o que significa: olhar com atenção. Platão combinou uma vez de forma muito interessante os verbos *horan* e *scopasti*, assim como nós combinamos na farmacologia algumas drogas para conseguir uma potenciação do efeito. Platão quis exprimir com isso o ato de observar exatamente e de digerir mentalmente com todo cuidado. É isto que gostaria de exprimir também com a palavra colposcopia. Neste sentido a palavra *skopie* corresponde à ideia combinada de *horan* e *scopasti*” (Hinselmann, 1952: 69).

O trecho acima é de autoria do ginecologista alemão Hans Hinselmann. A definição é referente ao aparelho por ele desenvolvido na segunda década do século XX e que se tornou importante método para diagnóstico do câncer do colo do útero. O termo representava as diretrizes de Hinselmann ao desenvolver uma ferramenta que permitisse observar o colo uterino com maior precisão e destacava o papel de observação e interpretação do médico.

A publicação da qual o texto foi extraído é uma compilação sobre a história do desenvolvimento da colposcopia escrito por Hinselmann por ocasião de sua visita ao Brasil na década de 1950, a convite do Instituto de Ginecologia. O artigo, umas das principais referências neste capítulo, foi publicado no periódico oficial do Instituto de Ginecologia no Brasil, os *Anais Brasileiros de Ginecologia*. Em todo o texto é possível perceber as glórias endereçadas ao processo de criação da ferramenta, assim como a defesa ao método tecida pelo médico ao apresentar os percursos e impasses para sua difusão como principal estratégia nas ações de controle da doença.

Hans Hinselmann nasceu em seis de agosto de 1884 na cidade alemã de Neumunster. Coursou medicina em Heidelberg e Kiel, graduando-se nesta última em 1908. No ano de 1909 iniciou sua especialização em ginecologia em Jena, trasferindo-se para Geissen em 1910 e concluindo a especialidade em Bonn, em 1911. As primeiras publicações do médico tratavam de temas variados da ginecologia, tais como trombose de vasos na placenta uterina, ética sexual e educação de jovens, eclampsia, dentre outros. Em artigo biográfico sobre Hinselmann, John Powell estimou em cerca de 300 o número de publicações do médico alemão ao longo de sua carreira (Powell, 2004).

A atividade clínica de Hinselmann foi interrompida durante a Primeira Guerra Mundial, na qual o mesmo participou militarmente pelo exército alemão, em defesa da “Tríplice Aliança”¹². Ao final do conflito, com a derrota alemã e as retaliações impostas ao país no Tratado de Versalhes em 1918, Hinselmann voltou a exercer a profissão médica e, em 1921 recebeu o título de professor de ginecologia na Universidade de Bonn (Powell, 2004).

Segundo os escritos deixados por Hans Hinselmann, a invenção do colposcópico para fins ginecológicos remonta ao início da década de 1920, mais especificamente ao ano de 1924. Naquele período, ele trabalhava na Clínica Ginecológica da Universidade de Bonn, e recebeu um convite do então diretor da clínica, Professor Von Franqué, para a elaboração conjunta de um capítulo sobre o câncer do colo do útero para uma nova edição do manual de ginecologia alemão organizado por Veit Stoeckel, o “Handbuch der Gynäkologie”¹³. O projeto seria dividido em três partes: clínica, histologia e terapêutica. A Hinselmann caberia a primeira parte, baseada em uma compilação do material apresentado pela literatura médica internacional (Hinselmann, 1952).

Segundo o próprio médico, os esforços de um trabalho teórico não estavam entre suas preferências e, de início, o novo projeto não lhe despertou grande entusiasmo

¹² Em linhas gerais, o início do conflito em 1914 destacava a oposição de dois grupos principais: a Tríplice Aliança, composta por Alemanha, Áustria – Hungria e Itália e a Tríplice Entente, com França, Rússia e Inglaterra. No decorrer do conflito novas alianças foram tecidas e outras desfeitas. A guerra terminou em 1918, logo após foram assinados os tratados de paz.

¹³ Viet-Stockel. *Handbuch der Gynäkologie* Bd611 854, Bergmann, Munchen, 1930.

(Hinselmann, 1952). No entanto, no decorrer dos trabalhos, novas questões fomentaram o interesse de Hinselmann pela temática. Ao discutir a questão clínica da doença ficou latente a necessidade de analisar com maior fôlego os aspectos referentes ao diagnóstico da mesma. O médico relatou que, a partir de sua experiência profissional e das referências com a literatura do período que discutiam a questão do câncer do colo do útero, considerou que avanços imediatos em relação à enfermidade seriam conseguidos através de melhoras nas condições do diagnóstico da lesão, que, quanto antes fosse realizado, maiores e melhores as perspectivas de ação e controle. As pacientes atendidas na Clínica de atuação de Hinselmann e as relatadas na literatura à qual estudava, de modo geral, já apresentavam um quadro clínico típico da doença, e forte odor característico, ao procurarem o consultório para tratamento. Doença silenciosa, a manifestação clínica já indicava um avançado estágio de evolução tumoral, num quadro muitas vezes irreversível. Diante desta realidade, o médico destacou que o aspecto mais importante a ser discutido no capítulo que estava redigindo era a possibilidade de realização do diagnóstico da doença anteriormente à sua manifestação clínica (Hinselmann, 1952).

No entanto, era tarefa cara à medicina do início do século XX o reconhecimento das características dos estados iniciais de evolução tumoral, que aspectos apresentavam e como seria possível reconhecê-los. Os exames até então realizados tinham como base o toque no colo uterino, ou a visualização a olho nu com o auxílio do espécuro, o que não permitia examinar completamente o órgão e, conseqüentemente, dificultava uma descrição do órgão em aspectos considerados “normais” e o que seriam as anormalidades.

Com as dificuldades para obtenção de informações sobre os estados iniciais de uma lesão cancerígena no colo uterino, Hinselmann buscou auxílio com seu diretor imediato, Von Franqué, por possuir esta maior experiência na área clínica. De acordo com o relato de Hinselmann, o diretor não tinha maiores descrições sobre os aspectos histológicos dos pequenos tumores ou lesões, o que lhe causou grande surpresa e inquietação (Hinselman, 1952). Diante da lacuna de materiais e experiências que indicassem os reais aspectos dos pequenos tumores e/ou ulcerações no colo uterino, o ponto mais instigante a ser discutido naquele momento, na visão do médico, versava em torno da possibilidade de reconhecimento e caracterização das lesões iniciais no órgão que pudessem evoluir para um

quadro de câncer. Foi a partir das discussões em torno destas questões que foi considerada a ideia de que a segurança no diagnóstico poderia ser aumentada pela combinação de luz intensa com ampliações no espectro de visão para o exame do colo uterino. Com tal técnica, seria possível reconhecer tumores ou ulcerações menores aos observados até aquele momento (Idem).

No argumento de Hinselmann, se era possível o reconhecimento de uma lesão de cerca de 1mm a olhos nus, seria também possível o reconhecimento na extensão de 0,1mm com o emprego de um material óptico que permitisse um aumento de 10 vezes na área visualizada. Foi com base nesta ideia que o médico, apoiado pela empresa óptica Zeiss, desenvolveu um aparelho que tinha como objetivo aumentar e detalhar a visão do colo uterino: o colposcópio. Este, permitiu o estudo de lesões ou alterações microscópicas no epitélio do colo do útero, reconhecendo-se um estado de transição do epitélio normal ao cancerígeno. Hinselmann afirmou em seus estudos e divulgação do colposcópio, que o tumor, ou o câncer, nunca poderia evoluir de células normais. Havia a necessidade de estados de transição, que identificassem alguma alteração na estrutura e reprodução celular que, no caso do câncer do colo do útero seriam as “zonas matrizes” (Hinselmann, 1952). Essas lesões precursoras, que indicavam a possibilidade de desenvolvimento de um estado cancerígeno, seriam reconhecidas pelo colposcópio com maior precisão e de forma mais rápida quando comparado a outros métodos como a citologia, que será mais bem detalhada adiante. O colposcópio, assim, permitiria a visualização de lesões não antes observadas.

Iniciadas as experimentações para construção de um aparelho que permitisse a visualização ampliada do colo do útero para diagnóstico de lesões, alguns impasses e adaptações foram necessários para garantir a eficiência do método e a segurança do médico e da paciente. Em relação à ampliação do colo uterino, a grande preocupação era em evitar traumatizar a região e ocasionar sangramentos. Já no tocante à luz, a tecnologia de fabricação do início do século XX produzia lâmpadas com relação diretamente proporcional entre tamanho e intensidade da luz gerada. Com isso, era difícil encontrar e trabalhar com lâmpadas de pequenas dimensões e luminosidade suficiente para o exame. Ocorria que eram utilizadas as que produziam mais calor do que propriamente luz, o que ocasionava queimaduras tanto nos médicos quanto nas pacientes, e impossibilitava o

manuseio de certos instrumentos de diagnóstico. No entanto, o que surpreendia e impulsionava os trabalhos de Hinselmann era o fato de que, mesmo diante das questões acima citadas, era possível observar alterações até então desconhecidas no colo uterino e que permitiam a identificação e descrição do órgão (Hinselmann, 1952).

Anos após a introdução da colposcopia, em 1928, o austríaco Walter Schiller, em trabalho nos EUA publicou um artigo no qual relatava o reconhecimento da mucosa atípica no câncer do colo do útero através da aplicação de uma solução iodo-iodurada sobre a mucosa. A técnica era baseada na constatação de que o epitélio atípico não permitia a penetração da solução de iodo, e já o epitélio sem alterações, absorvia a solução até camadas mais profundas nas quais o iodo se unia ao glicogênio, dando uma coloração mais escura ao tecido. O diagnóstico poderia ser feito através do contraste entre o marrom escuro do epitélio normal e o branco do epitélio atípico (HINSELMANN, 1952). A técnica por si só não era suficiente para diagnosticar o câncer, mas era a primeira indicação de dúvida e de suspeita a ser investigada (Lowy, 2010b). Schiller apontava que o exame com o teste de Lugol, numa periodicidade de 2 a 3 vezes ao ano poderia aumentar as certezas na identificação dos estágios iniciais do câncer do colo do útero e impactar nos percentuais de cura da doença para a quase totalidade de 100% dos casos (Idem). A técnica proposta pelo austríaco foi de pronto absorvida no exame colposcópico. Segundo Hinselmann, a mesma atuaria como um complemento para maior precisão na colposcopia (Hinselmann, 1952).

O contexto político de criação e difusão da colposcopia na Alemanha foi marcado pela ascensão do regime nazista liderado por Adolf Hitler. No campo da saúde, o governo nazista empreendeu uma política de saúde pública que combinava estratégias de pesquisa e regulamentação para doenças ocupacionais, ambientais e ligadas ao estilo de vida. A estruturação dos regimes de extrema direita tinha relação com a organização de uma forte política de saúde pública, na garantia da manutenção de “homens saudáveis” e da pureza da raça. Segundo Robert Proctor, as campanhas de saúde estavam menos preocupadas com os indivíduos e mais com o vigor da raça. A ciência funcionava como mecanismo de legitimação da política racial nazista. Os nazistas repulavam os “agentes minúsculos que poderiam corromper o corpo alemão” (Proctor, 1999). Das doenças em questão, destacava-se o câncer, considerado nos anos 1930 “inimigo número um do Estado”. Segundo Proctor,

a obsessão pelo ar limpo, comida natural e estilo de vida saudável teria impulsionado os estudos em câncer no país. Os médicos no regime nazista, por exemplo, foram os primeiros a realizar estudos estatísticos que comprovaram a relação entre o hábito de fumar e o câncer de pulmão (Idem).

Muitos cientistas viram no regime nazista a possibilidade de garantir status pessoal e financiamento para efetuar suas pesquisas. Naquele período, médicos locais foram responsáveis por um grande número de esterilizações involuntárias, eutanásias e experimentos em campos de concentração. Os experimentos eram realizados por duas razões básicas: justificativas políticas e/ou ideológicas, com financiamento do regime político, e interesses científicos de um grupo de médicos em particular. Num dos maiores e mais conhecidos campos de concentração nazista, em Auschwitz, um dos experimentos realizados foi o exame de lesões cancerígenas do colo uterino, com utilização do colposcópio. Entre os ginecologistas participantes, estava o nome de Hans Hinselmann (Halioua, 2010). Na década de 1930, Adolf Hitler lançou um projeto em grande escala de prevenção do câncer. Com ênfase no público feminino, o projeto fazia uso da propaganda para convencer as mulheres a se submeterem a exames periódicos para diagnóstico e tratamento da doença. O projeto aconteceu concomitante à divulgação da colposcopia como método de controle do câncer do colo do útero, pelo diagnóstico precoce do tumor e extração do mesmo. Auschwitz foi, assim, um profícuo campo de testes e realizações de pesquisas e exames com a nova ferramenta (Idem).

Apesar das pesquisas em câncer no país, o primeiro momento de divulgação da colposcopia na Alemanha, não obteve o impacto e êxito esperados por Hinselmann. O maior obstáculo estava na fabricação e aperfeiçoamento técnico da ferramenta, como a segurança do emprego da luz e do aumento da visualização do colo uterino sem causar queimaduras e/ou perfurações, conforme descrito anteriormente. Mesmo com a divulgação da técnica e resultados obtidos em revistas especializadas, a comunidade médica não se voltou de imediato para o aparelho então em desenvolvimento (Hinselmann, 1952). Hinselmann e sua ferramenta recebiam duras críticas da comunidade médica alemã, tanto no que se refere à sua praticidade quanto ao seu custo de aquisição e manutenção. O médico rebatia as críticas afirmando que a não utilização do colposcópio era responsável

pela morte de um grande número de mulheres acometidas com a doença no mundo todo (Idem).

Em 1927 Hinselmann publicou seu primeiro artigo sobre colposcopia. Neste, descreveu as modificações no colo uterino que designava de “pré – cancerosas”. Com base nesta publicação, em 1931, o médico Robert Meyer publicou no Tratado de Anatomia Patológica de Lubarsch-Henke uma representação de um epitélio atípico escrevendo na legenda o seguinte enunciado: “câncer mais precoce da Clínica Ginecológica de Berlim”. Por mais simples que possa parecer a legenda, a palavra câncer associava a modificação do tecido à doença, o que remetia a uma discussão maior, que será mais bem trabalhada ao longo deste trabalho, sobre o debate acerca do “câncer pré-invasivo” ser ou não um câncer. A designação de Hinselmann para estado pré-canceroso fora apropriado por Meyer como câncer, sem a realização dos exames e cortes para identificação da lesão (Hinselmann, 1952).

Para Hinselmann, a ampla divulgação do Tratado, e algumas imperfeições técnicas do aparelho levaram a certa descrença e pouco interesse da comunidade médica pelo colposcópio nos anos iniciais (Hinselmann, 1952). O caso descrito nos permite perceber os esforços de Hinselmann em difundir a nova técnica e se firmar no cenário ginecológico como inventor do principal método de diagnóstico precoce do câncer do colo do útero.

Uma das principais críticas ao colposcópio era seu elevado valor. Com os aperfeiçoamentos técnicos do aparelho, seu custo chegou a aumentar em dez vezes ao longo da década de 1930. Para este ponto, Hinselmann tem uma passagem interessante a ser descrita. Segundo o médico, certa vez esteve com ele um colega de trabalho que se queixou do alto valor do aparelho e disse não poder adquiri-lo para seu consultório. Na ocasião, o referido colega estava de posse um automóvel Mercedes com compressor. O valor do carro era cerca de 15 vezes maior que o do colposcópio. Hinselmann considerou uma discrepância a atitude do colega de gastar uma alta soma em dinheiro com um automóvel e não empregar uma menor quantia com seus utensílios de trabalho. Na ocasião, comentou: “Eu lhe aconselharia a desmontar alguns canos de seu compressor e então poderia dar-se o luxo de comprar 10 colposcópios de uma só vez! O senhor chegará com a mesma

velocidade em casa e somente a sua vaidade perderia um pouco de alimento” (Hinselmann, 1952: 72). O tom de ironia do comentário tecido pelo médico alemão ressaltava sua própria forma de se relacionar com as críticas que eram endereçadas à sua invenção. E nos permite pensar nas críticas de natureza diversa que a ferramenta recebeu da comunidade médica quando de seu lançamento. Os valores envolvidos na aquisição do aparelho eram elevados, assim como os gastos para formação de pessoal, uma vez que era necessária uma preparação para manuseio e interpretação das imagens. Neste sentido, como espaço para afirmação de uma nova tecnologia médica, a aceitação profissional caminhava em paralelo à praticidade tanto de utilização quanto, e principalmente, de aquisição e manutenção do aparelho. A saída para divulgação da ferramenta seria, então, salientar sua importância clínica e os resultados que poderiam ser obtidos pelo diagnóstico de lesões cervicais e na intervenção sobre a doença.

Nos anos que se seguiram à invenção do método, Hinselmann era enfático ao destacar a importância do colposcópio no diagnóstico dos estados precursores do câncer e na possibilidade de eliminação das lesões antes do desenvolvimento da massa tumoral maligna. Destacava que o índice de mulheres acometidas pela doença aumentava consideravelmente, assim como o de pacientes que vinham a óbito pela inoperabilidade do câncer no estado em que era identificado. O emprego sistemático da colposcopia poderia impactar de imediato na profilaxia, com uma ação mais imediata no tumor e na inibição da evolução do mesmo. Com base nesta argumentação, o médico justificava seu empenho na difusão da ferramenta, e lamentava a pouca circulação da mesma em muitas localidades (Hinselmann, 1952).

As dificuldades de difusão da colposcopia como ferramenta principal no diagnóstico do câncer do colo do útero se tornaram mais acentuadas com o desenvolvimento e ampliação da citologia como tecnologia de diagnóstico. Desenvolvida nos EUA, a citologia permitia a identificação de alterações celulares que indicavam a possibilidade de lesões no colo uterino antes mesmo do início da evolução da doença.

Papanicolaou e a citologia ou esfregaço vaginal

A relação entre alterações na superfície uterina e a indicação de estágios iniciais de câncer do colo do útero foi ressaltada por pesquisadores no início dos anos 1910 (Lowy, 2010a). Em 1917, o médico grego Papanicolaou constatou a existência de fases rítmicas do ciclo sexual, a partir da análise das modificações celulares encontradas em amostras de esfregaços vaginais. Da continuidade de seus estudos, com o intuito de identificar aspectos morfológicos em relação aos hormônios sexuais femininos, verificou no reconhecimento de células cancerosas no conteúdo vaginal, uma possibilidade de diagnóstico precoce do câncer genital, principalmente o do colo uterino.

George Nicholas Papanicolaou nasceu em 13 de maio de 1883, na Grécia. Ainda criança se mudou com a família para a cidade grega de Atenas. Ingressou na Universidade de Atenas em 1898 para cursar Humanidades e Música, mas transferiu-se para o curso de Medicina logo depois e concluiu sua formação em 1904. Após a formatura ingressou no serviço militar, atuando como assistente de cirurgia até 1906. No ano seguinte se mudou para a Alemanha para cursar pós-graduação em zoologia, com ênfase em diferenciação sexual das espécies, no Instituto Zoológico de Munich. Após breve passagem pela França e retorno à Grécia mudou-se com a esposa e futura auxiliar de pesquisa para New York, EUA, em 1913. Foi assistente no laboratório de patologia do Hospital de New York e em 1914 tornou-se assistente de anatomia no Cornell Medical College, no qual deu continuidade aos seus estudos sobre diferenciação sexual. Em 1916, Papanicolaou iniciou seus estudos sobre cromossomos sexuais em cobaias, e um ano depois lançou uma importante publicação sobre a relação entre o esfregaço vaginal e os ciclos menstruais e reprodutivos. A publicação, vinculada no American Journal of Anatomy era intitulada: "The existence of a typical oestros cycle in the guinea pigs – with a study of its histological and physiological changes"¹⁴. Ao final de sua vida, nos EUA, Papanicolaou ocupou o cargo de diretor do Miami Cancer Institute, no estado da Flórida, até sua morte em 19 de fevereiro de 1962 em decorrência de um infarto agudo no miocárdio.

¹⁴ Para maiores informações biográficas sobre o médico George Nicholas Papanicolaou, ver: www.historiadelamedicina.org/papanicolau.htm e <http://www.whonamedit.com/doctor.cfm/2402.html>. Acesso em 08 nov. 2011.

Os primeiros estudos de Papanicolaou sobre as células do esfregaço vaginal foram realizados com cobaias do sexo feminino em laboratório para analisar as mudanças no ciclo menstrual. O método foi rapidamente adotado por pesquisadores em biologia reprodutiva e endocrinologia. Na sequência, o médico estendeu seu método para a análise das alterações no ciclo sexual de mulheres. A partir dos estudos com cobaias, o médico considerou a ideia de que o esfregaço vaginal na raça humana também poderia indicar alterações no ciclo reprodutivo feminino. Destas inferências foi cunhado o termo “citologia esfoliativa” (Lowy, 2010a). Nos anos 1920, constatou a presença de células cancerígenas no material colhido de mulheres, a partir do aspecto histológico diferenciado que apresentavam (Casper and Clarke, 1998). A ideia principal que impulsionou os trabalhos foi a de que era possível reconhecer os diversos tipos celulares pelo esfregaço vaginal. Em casos considerados normais, era comum o aparecimento de dois ou três tipos de estruturas celulares no conteúdo vaginal (Ramos, 1943).

Nos estudos sobre as variações na estrutura celular de mulheres e animais, Papanicolaou verificou que os tumores do colo uterino eram lesões descamativas, nas quais as células mais superficiais eram deslocadas por aquelas situadas imediatamente abaixo. Dessa forma, estas células eram conduzidas para a região vaginal e o seu reconhecimento entre as células identificadas no esfregaço vaginal seria o grande indício da presença de alterações tissulares no colo uterino e da necessidade de intervenções para diagnosticar de forma precoce a doença.

As células possivelmente cancerosas presentes no esfregaço poderiam ser identificadas por algumas características específicas. As alterações que identificavam uma estrutura celular como “anormal” eram encontradas no núcleo e protoplasma celular, verificadas quanto ao volume, forma, estrutura e propriedades. Os núcleos, por exemplo, em estado de anormalidade apresentavam tamanhos muito grandes em proporção às dimensões celulares. Era comum também a presença de um ou mais núcleos. Em alguns casos era possível observar células em desagregação e com núcleos soltos ou isolados (Ramos, 1943).

Em 1928 ocorreu a primeira comunicação de Papanicolaou à comunidade médica sobre sua técnica de coleta celular na mucosa do trato vaginal em uma lâmina de vidro que, submetida a exame microscópico, poderia detectar alterações celulares que indicariam a presença de um câncer. Intitulada “New Cancer Diagnosis”, a publicação do médico não foi de pronto bem recebida pelos pares. Uma das principais ressalvas ao trabalho era o fato de este ter sido realizado tendo como base um limitado número de mulheres analisadas (Lowy, 2010b).

Anos após, uma nova publicação contemplou os aspectos essenciais do método. Após investir em pesquisas e no aperfeiçoamento da ferramenta, uma compilação dos estudos foi apresentada em 1941, em parceria com o ginecologista Herbert Frederick Traut. Em “The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus” (American Journal of Obstetrics and Gynecology), os autores noticiaram uma descrição minuciosa do método, com base em estudos realizados com um maior número de mulheres (Lowy, 2010b). A publicação reforçou a utilidade e aplicabilidade do método nas ações de diagnóstico do câncer do colo do útero e tornou-se um manual de descrição do esfregaço vaginal como ferramenta de detecção da doença.

O uso da citologia na detecção precoce do câncer, no entanto, foi alvo da resistência de muitos patologistas norte-americanos. Mesmo reconhecendo o valor da técnica na detecção de anormalidades uterinas, a questão levantada era do tempo demandado pelos patologistas para analisar e revisar todas as lâminas necessárias para identificação de um caso positivo.

Papanicolaou viajou pela Europa para divulgar seu método, num momento em que os EUA exerciam grande influência política e econômica sobre os países do “velho continente” que tinham no sistema capitalista a diretriz de suas economias. Os anos que se seguiram ao final da Segunda Guerra Mundial (1939 – 1945) foram caracterizados por uma bipartição das forças políticas mundiais em dois grandes blocos: um de sistema socialista sob hegemonia da extinta União das Repúblicas Socialistas Soviéticas; e o outro de regime capitalista, liderado pelos EUA. Estes anos, conhecidos pela literatura histórica como

“Guerra Fria”, delimitaram rivalidades entre países com sistemas econômicos diferentes e catalisaram o crescimento dos EUA como grande potência mundial.

O grande impulso no emprego da citologia esfoliativa no diagnóstico do câncer do colo do útero foi dado a partir de 1945 com a reorganização da American Cancer Society (ACS), antiga American Society for the Control of Cancer (ASCC). Como defensora da ideia do diagnóstico precoce do câncer na diretriz das ações em câncer, a partir do início dos anos 1950, a ACS foi a propulsora da difusão do exame de Papanicolaou nas campanhas de controle do câncer do colo do útero (Casper and Clarke, 1998). Os esforços para difusão do método circulavam entre iniciativas de formação profissional e financiamento de espaços de atendimento especializado na detecção da doença. Em 1950 a instituição financiava uma rede de aproximadamente 125 clínicas de detecção do câncer, voltadas principalmente para os tumores do colo uterino (Idem). A ação da American Cancer Society na sociedade americana, já apresentada anteriormente, enquanto órgão institucional responsável pelas iniciativas e discussões em câncer, esteve centrada nos conceitos de detecção precoce e tratamento. A prevenção era vista como uma ferramenta importante para frear o crescimento dos cânceres já instalados no organismo ou, de fato, prevenir o início da doença, através da remoção de condições suspeitas que pudessem evoluir para um quadro de enfermidade.

A difusão da técnica de Papanicolaou nos EUA teve também o suporte de importantes serviços de saúde nacionais como o National Cancer Institute e U. S. Health Service. Nos anos 1950, a American Cancer Society e o National Cancer Institute realizaram uma grande campanha em saúde pública para detecção do câncer do colo do útero em várias regiões do país, tomando como base o exame citológico (Casper and Clarke, 1996).

A citologia ganhou espaço nas políticas de saúde norte-americanas principalmente a partir da Segunda Guerra Mundial, momento no qual o país despontou como liderança política e econômica na nova configuração de forças entre os países. Neste ideal de progresso, o combate às doenças crônicas degenerativas tornou-se uma pauta na agenda governamental. Naquele momento, a prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer uniam-

se numa agenda de ações estatais para controle da doença, tendo como base o exame em massa de mulheres através do esfregaço vaginal (Vayena, 1999).

A tecnologia, no entanto, não seguiu os mesmos caminhos em outras regiões. As prioridades nos sistemas de saúde impactaram nas diretrizes e prioridades na utilização das tecnologias médicas para promoção da saúde. Exemplo destas especificidades foram as ações de controle do câncer do colo do útero no Reino Unido, baseadas no teste de Papanicolaou. Em meados do século XX, o Reino Unido apresentava um sistema universal de saúde influenciado por ideias de ordem social e relacionadas ao “welfare state” (Estado de bem estar social). Esta configuração de saúde, relacionada a aspectos sociais e com a perspectiva de universalização, impulsionou a adoção e utilização da citologia como procedimento para rastreio do câncer do colo do útero. No início, os patologistas britânicos tiveram ressalvas em relação aos benefícios do teste, apontando principalmente para a “imprecisão” na leitura das lâminas, com as taxas de indicação de resultados “falso-negativo ou falso-positivo”. A participação estatal na implementação da técnica foi primordial, dentro da configuração de uma saúde pública centralizada e guiada por intermédio do Estado. Até os anos 1960, o teste era oferecido em clínicas e hospitais no país, mas em pequena escala, diferentemente dos EUA, no qual já nos primeiros anos de introdução de teste este foi amplamente difundido nos círculos médicos e de cuidados à saúde. No Reino Unido, o aumento nos índices de incidência e mortes pela doença impulsionou a ação estatal de investimentos em formação profissional, com cursos ministrados nos hospitais locais, com o objetivo de ampliar a utilização do Papanicolaou como ferramenta de diagnóstico precoce do câncer do colo do útero no país (Vayena, 1999).

Nos EUA, a citologia transformou-se em “right tool” para os interesses da American Cancer Society, que agregou os esforços profissionais no controle do câncer no país e, como principal financiadora e propulsora das ações em relação à doença no país implementou programas de rastreio do câncer do colo do útero com a da citologia como carro chefe destas campanhas. Para a “nova categoria médica” criada, a dos citologistas, o método possibilitava a intervenção clínica precoce na paciente, antes da manifestação dos sinais indicativos da doença. Assim, o exame de Papanicolau tornou-se um símbolo da

pesquisa em câncer, oferecendo a possibilidade de menores custos nas ações de prevenção e intervenção precoce no atendimento ambulatorial, estabelecendo-se como uma importante tecnologia de diagnóstico do câncer do colo do útero (Casper and Clarke, 1998).

Em relação à colposcopia em território norte-americano, a tecnologia não foi de imediato incorporada pela comunidade médica nas rotinas ambulatoriais, nem tampouco nas políticas de controle da doença, que estiveram baseadas na citologia como exame de diagnóstico. Neste sentido, resta-nos a indagação: como foi o processo de inserção da colposcopia nos EUA e quais as relações da ferramenta em países fora da área de influência e língua alemã? Passemos à próxima seção.

A colposcopia para além do território alemão

Em muitos países, como nos Estados Unidos, a introdução da colposcopia não ocorreu de imediato ao seu surgimento na Alemanha. Dentre os fatores que explicavam as dificuldades na difusão do método, a questão da língua é um dos pontos principais. Como a grande maioria dos escritos sobre colposcopia era de autoria do próprio Hinselmann, a maior parte das publicações estava em alemão, e poucas traduções ou trabalhos originais em inglês, por exemplo. A parca circulação de publicações limitou o conhecimento e utilização da ferramenta, uma vez que o manuseio do aparelho e interpretação das imagens estavam diretamente relacionados ao conhecimento tanto da técnica quanto das discussões acerca da mesma.

As modificações nas relações diplomáticas durante e após a Segunda Guerra geraram um isolamento político da Alemanha nazista, o que, de certa forma, catalisou o esfriamento da colposcopia em algumas regiões, principalmente da Europa Ocidental e dos EUA. Os quinze anos iniciais da colposcopia foram marcados pela fase da guerra, que caracterizou uma profunda ruptura com o crescimento do método. Mas, por outro lado, foi também um período marcado por avanços na aparelhagem, como a utilização de fontes

luminosas monocromáticas e policromáticas, o que permitia menor aquecimento e melhor visualização do colo uterino sob diferentes ângulos.

A literatura que se dedicou à questão da colposcopia em meados do século XX destacou os escritos latino-americanos, especialmente os brasileiros, como referências no estudo da ferramenta (Scheffey, Bolten, and Warren, 1955) ¹⁵. Segundo essa literatura, além de traduções do alemão, nos periódicos médicos desses países era possível encontrar um quantitativo significativo de publicações sobre o tema e sobre experiências locais na utilização da técnica, principalmente a partir dos anos 1940. Isto porque, ao contrário dos países europeus e dos EUA, os países latino-americanos de uma forma geral incorporaram a ferramenta em suas estratégias de controle da doença ainda na primeira metade do século XX. Mas este ponto, importante para a discussão aqui proposta, será retomado mais adiante. Voltemos aos EUA e a introdução da colposcopia neste país.

Após a publicação de Papanicolaou sobre citologia em 1941, o método tornou-se a principal ferramenta para detecção do câncer do colo do útero nos EUA, impulsionado pelas ações da American Cancer Society. Já em relação à colposcopia, até o final da década de 1960, a técnica era vista com ressalvas pela comunidade médica norte-americana. Dentre as críticas que recaíam sobre o método estavam as dificuldades com a interpretação das imagens visualizadas pelo colposcópio, consideradas pouco confiáveis em termos diagnósticos, e os altos custos com a aparelhagem, tanto para aquisição quanto para manutenção.

De acordo com Powell (2004) o período áureo da colposcopia nos EUA, na detecção do câncer do colo do útero, teve início em 1953 quando o alemão Karl August Bolten (1912 – 1972) chegou ao país e tornou-se professor colaborador do “Medical College” no estado da Philadelphia. Em 1954 Bolten estabeleceu-se na “Louisiana State University Medical School” em Nova Orleans, onde fundou nova clínica de colposcopia.

¹⁵ As discussões realizadas nesta seção foram pensadas a partir do material de pesquisa por nós coletado na base de dados da John Rylands Library da University of Manchester, UK. Este material foi pesquisado durante o Estágio de Doutorado no Exterior, realizado entre os meses de maio a setembro de 2011, no “Centre for the History of Science, Technology and Medicine”, sob a orientação dos professores Carsten Timermann e Elizabeth Toon. O estágio foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, Capes.

Em ambos os espaços, Bolten formou pequenos núcleos de ginecologistas para o trabalho em colposcopia, que estiveram envolvidos no desenvolvimento posterior da técnica no território norte-americano. A partir dos anos de 1959 e 1960 o volume de publicações sobre o tema aumentou e, em 1964 foi fundada a Sociedade Americana de Colposcopia e Patologia Cervical (American Society of Colposcopy and Cervical Pathology – ASCCP), da qual Bolten foi o segundo presidente, no período de 1967 a 1969 (Powell, 2004).

A partir da década de 1950 é possível perceber na literatura médica norte-americana trabalhos que defendiam o uso da colposcopia como ferramenta de diagnóstico do câncer do colo do útero (Dampeer, 1962; Lang and Rakoff, 1956; Lang, 1960). As principais referências eram da utilização do método em centros hospitalares e da potencialidade do mesmo como auxiliar à citologia, técnica então dominante no cenário médico do país.

Durante os anos de 1955 a 1958 foi realizado um estudo comparativo entre citologia e colposcopia no diagnóstico do câncer do colo do útero, no departamento de Ginecologia e Obstetrícia da “Louisiana State University School of Medicine” e no “Charity Hospital” em New Orleans, EUA. Foram designadas equipes para cada método e, durante todo o período, atendidas 2058 pacientes. A precisão no diagnóstico pelas amostras citológicas chegou a 86,2%, enquanto que pelo colposcópio, a 91,7%. Estes índices aumentaram quando as duas ferramentas foram utilizadas em conjunto, chegando a uma precisão no diagnóstico de 97,3%. O estudo objetivava evidenciar as potencialidades dos métodos para o diagnóstico precoce da doença e, em relação à colposcopia destacar a importância de seu uso, principalmente quando conjugado com a citologia (Dampeer, 1962). A realização deste estudo nos permite perceber a introdução, ainda que modesta, da colposcopia no território norte-americano, assim como o crescimento do método. Quase dez anos após o fim da Segunda Guerra Mundial, os médicos ainda buscavam reforçar a importância do uso da colposcopia no diagnóstico precoce do câncer do colo do útero, com as ressalvas de que esta não atuasse como uma oposição ao método desenvolvido por Papanicolaou nos EUA.

Em publicação datada de 1962, o médico norte-americano Dampeer, um dos responsáveis pelo estudo acima citado, atuante no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Louisiana State University School of Medicine e the Charity Hospital em

New Orleans, argumentava que a única possibilidade de cura da doença, segundo ele responsável pela morte de cerca de 35000 mulheres anualmente no país, era o diagnóstico incipiente do tumor. E para tal, defendia o uso do colposcópico como ferramenta para detecção precoce, que apresentava rapidez no exame, em cerca de 3 a 5 minutos para completa visualização, ao passo que a coleta e fixação de uma amostra citológica giravam em torno de 20 a 30 minutos para ser concluída. Apesar de não possibilitar um detalhamento individual das células, como na citologia, o colposcópico, nas palavras do médico, permitia o estudo completo da superfície uterina (Dampeer, 1962).

O discurso construído por médicos norte-americanos na segunda metade do século XX, em geral, apontava para a relação de complementaridade entre colposcopia e citologia no diagnóstico do câncer do colo do útero. Uma amostra citológica positiva, por exemplo, poderia ser mais bem analisada com o exame colposcópico, o qual também permitia um direcionamento mais preciso à realização de biópsia para confirmação da malignidade da alteração nos tecidos do colo uterino (Dampeer, 1962). Apesar deste discurso, no entanto, não havia uma orientação estabelecida de utilização conjunta das tecnologias nos espaços hospitalares e clínicas de atendimento à doença. Nas campanhas de diagnóstico, por exemplo, a orientação primeira era do uso da citologia para rastreio populacional.

O médico Warren Lang, do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do “Jefferson Medical College” no Estado da Pennsylvania, apresentou em 1960 um estudo no qual identificava as possibilidades para diagnóstico do câncer do colo do útero: colposcopia, citologia e biópsia, tecendo comparações entre as mesmas. Dos três métodos, o autor considerava ser a biópsia o de maior impacto, pois tanto a colposcopia quanto a citologia dependiam da confirmação histológica para realização do diagnóstico. A citologia indicaria apenas a presença de células consideradas anormais, e necessitava de múltiplas sessões de biópsia para confirmação da malignidade. Já o exame colposcópico permitiria a identificação tanto da lesão suspeita quanto da localização da mesma e, conseqüentemente, da área a ser submetida a exames histológicos, pela visualização direta do colo uterino. Mas mesmo com esta visualização, o diagnóstico final só seria concluído com a realização da biópsia. Ao deslocar o foco da precisão no diagnóstico para o exame histológico, como o mecanismo de confirmação das anormalidades apontadas pela colposcopia e citologia,

ambos os métodos eram colocados em um mesmo patamar de aplicabilidade. Independente do método utilizado, a resposta final só seria estabelecida com a análise histológica da área de tecido suspeita (Lang, 1960).

Num momento em que a citologia era o método preponderante nas políticas governamentais de controle da doença, através das campanhas efetuadas pela American Cancer Society, e que o uso da colposcopia não era disseminado no país, a ideia defendida por Lang dispunha ambos os métodos num mesmo nível de aplicabilidade. O crescimento da colposcopia nos EUA a partir da década de 1960 ocorreria através da divulgação da ideia de complementaridade entre as duas ferramentas e da ressalva à importância da biópsia na realização do diagnóstico final.

Para fundamentar seus argumentos, Warren Lang apresentou uma série de estudos realizados e publicados por médicos contemporâneos ao seu período de trabalhos, que analisavam a aplicabilidade e resultados dos métodos em grupos de pacientes. A partir dos estudos e dados apresentados, o autor remontava à questão principal à qual se propunha no artigo: responder qual método era o mais eficaz no diagnóstico do câncer do colo do útero: colposcopia, citologia ou biópsia. A resposta, segundo Lang, não podia ser resumida a uma ou mais palavras apenas, e sim ser buscada pelos estudos discutidos ao longo de toda a análise. Assim, destacava que a precisão de cada método variava de acordo com os interesses no exame, as habilidades e formação do profissional e as potencialidades evidenciadas por cada um, em decorrência das disponibilidades tanto humanas quanto operacionais. Na conclusão, reforçava a ideia de que a combinação das ferramentas era a forma mais eficaz e precisa para realizar o diagnóstico, do que o simples uso de cada uma em particular (Lang, 1960).

Em publicação anterior, o médico já havia discutido aspectos comparativos entre citologia e colposcopia (Lang, 1956). O estudo foi feito com base nos casos atendidos no período de dois anos no “Jefferson Medical College and Hospital”, em Philadelphia, EUA. O médico descreveu um exame colposcópico e o destacou pela simplicidade de sua realização e possibilidade de identificação de nove anormalidades na cervix uterina, a saber: verdadeira leucoplasia; grande leucoplasia; leucoplasia em mosaico; áreas iodo-

negativas “silenciosas”; áreas avermelhadas não características; hipertrofia vascular; zona de transformação atípica, erosão e áreas de proliferação amareladas¹⁶ (Lang, 1956: 206). Todas as áreas denominadas de leucoplasia representavam a não penetração da solução de iodo, sendo áreas de coloração mais clara e que indicavam anormalidades no tecido cervical. A erosão indicava regiões nas quais havia perda de superfície epitelial, indicando potencial evidência de um quadro cancerígeno. O mais importante a destacar aqui, no entanto, é que o autor pontuava que todas estas alterações, principalmente as minimamente evidentes, só eram passíveis de serem reconhecidas pelo uso do colposcópio.

Num aspecto comparativo, enquanto a citologia permitia uma coleta de material para análise de todo o trato genital, a colposcopia possibilitava um exame mais localizado. O uso em conjunto era defendido como a melhor forma de ação contra o câncer do colo do útero. Uma das principais críticas à colposcopia era sua falta de praticidade. No entanto, era destacado o uso da técnica com êxito em outros países, e que para melhor aproveitamento eram necessários altos investimentos tanto na parte material quanto na formação profissional (Lang, 1956).

A partir de uma compilação dos dados coletados e da análise realizada por Lang, em 1956 o autor publicou um novo trabalho em co autoria. Neste, foi sistematizada a seguinte tabela:

¹⁶ Tradução livre, realizada pela autora.

TABLE 1. COMPARISONS AND CONTRASTS OF COLPOSCOPY AND CYTOLOGY

	<i>Colposcopy</i>	<i>Cytology</i>
Principle	Stereoscopic visualization of the cervix under magnification ($\times 10$, $\times 20$) with direct illumination	Microscopic examination of stained, exfoliated cells
Interpretation	Based on surface topography and architecture, epithelial thickness, configuration of blood vessels.	Based on characteristics of cell staining and cell morphology, especially those of the nucleus
Areas of genital tract investigated	Vulva, vagina, cervical portio, and lower endocervical canal	All areas of genital tract especially vagina, cervical portio, cervical canal, and endometrium
Findings interpreted by	Gynecologist (special training needed)	Cytologist and cytotechnologist (special training needed)
Main developments	<ol style="list-style-type: none"> 1. Various staining methods (acetic acid, aqueous iodine) 2. Various lights, filters (fluorescent, green) 3. Magnification to $\times 200$ (colpomicroscopy) 4. Schiller scraping 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Various staining technics (silver, etc.) 2. Study of wet preparations (phase microscopy) 3. Increased magnification (electron microscopy)
Time consumed	Approximately 5 minutes	Approximately 20 minutes, but technician can screen
"Precancer" changes	Said to be detectable	Said to be detectable
Regression of abnormal findings	Occurs	Occurs
Main findings in cancer	True leukoplakia, ground leukoplakia, mosaic leukoplakia, iodine nonstaining areas, yellow proliferation, true erosion, ulceration, abnormal red areas, corkscrew blood vessels	Nuclear changes, changes in nuclear-cytoplasmic ratio, cell interrelationships and indirect criteria also significant
Method of verification	Biopsy (may be "directed" by colposcopy)	Biopsy

Fonte: Lang and Rakoff, 1956: 313.

Na comparação sistematizada entre colposcopia e citologia é possível perceber que ambas são destacadas por seus pontos positivos no diagnóstico da doença. A questão da precisão na localização de lesões propiciada pelo exame colposcópico e a maior agilidade no tempo do procedimento confirmavam as discussões já apresentadas pelo autor. Já em relação à citologia, a possibilidade de detecção de células anormais de uma maior porção do corpo era um dos principais pontos, o que justificava o tempo demandado para a análise, cerca de quatro vezes maior do que a técnica alemã. Um último aspecto que endossava os pontos levantados anteriormente era em relação à biópsia como o método de verificação para ambas as ferramentas. O exame histológico somente podia ser realizado após a detecção de anormalidades pelos exames anteriores. Por se tratar da retirada de uma porção de tecido para análise, era necessário ter a suspeita e a indicação do local a ser analisado.

Neste ponto, a colposcopia ainda possuía a vantagem de possibilitar o direcionamento mais preciso para a área a ser analisada. A comparação pode ser entendida como estratégia de introdução da colposcopia no país, evidenciando as potencialidades do método e destacando a complementaridade trazida pelo mesmo aos procedimentos já realizados para controle do câncer do colo do útero.

O médico Karl Bolten, do Department of Obstetrics and Gynecology na University of Mississippi Medical Center relatou que em experiência no atendimento do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Universidade de Mississippi, foram realizados diagnósticos de câncer do colo do útero a partir de ulcerações cervicais identificadas pelo colposcópico e orientadas para biópsia. Das pacientes diagnosticadas, uma estava grávida e já no período final da gestação. Com o exame de Papanicolau positivo, a colposcopia confirmou a localização e o grau de evolução do tumor. Uma conização cirúrgica, na visão do médico, não teria identificado de forma precisa a área de invasão, com uma intervenção menos eficaz e perigosa no estado gestacional. Em outra paciente do mesmo ambulatório, uma histerectomia total havia sido indicada devido ao quadro de intensa hemorragia. A região cervical da referida paciente apresentava um aspecto irregular e “em pedaços” e, devido à grande quantidade de sangue, o exame citológico não apresentava amostras satisfatórias. Um exame colposcópico foi realizado e constatou-se a presença de um tumor sem malignidade, o que permitiu uma cirurgia conservadora na região específica de localização da lesão (Bolten, 1967).

No caso da segunda paciente descrita, como se tratava de uma mulher jovem e ainda sem filhos, a importância da técnica de Hinselmann foi destacada pela possibilidade de uma intervenção mais direcionada, sem a necessidade da retirada do órgão feminino. Com os casos relatados destacava-se a importância e utilidade da colposcopia nos exames ginecológicos com suspeitas de câncer, por aumentar a precisão tanto no diagnóstico quanto na região a ser tratada ou removida pelo ato cirúrgico. A colposcopia era apresentada ainda como um método válido em casos de pacientes já submetidas a cirurgias e/ou tratamentos químicos, para monitoramento do reaparecimento de pequenas lesões. Bolten apresentava um detalhado estudo sobre as funcionalidades e potencialidades da ferramenta para justificar sua conclusão de que a mesma é importante no trabalho

ginecológico e deve ser utilizada de forma complementar ao exame citológico no diagnóstico do câncer do colo do útero (Bolten, 1967).

A visão sobre a colposcopia como um método auxiliar no diagnóstico da doença foi corroborada por vários médicos norte-americanos na segunda metade do século XX. Em 1966 Raoul Rombout, médico e professor no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia na Universidade de Pittsburgh, publicou um estudo realizado nesta Universidade que discutia o uso do colposcópico como ferramenta de diagnóstico. No estudo foram analisadas 500 pacientes com anormalidades no colo uterino apontadas pelo exame de Papanicolaou e que foram encaminhadas para novos exames com o colposcópico. Os resultados obtidos no diagnóstico de malignidades no colo endossavam a defesa pela utilização conjunta das tecnologias de diagnóstico: 93% foram detectadas pelo exame citológico, 91% pelo colposcópico e 98% na conjugação dos dois métodos. (Rombout, 1966). Os dados iam ao encontro do discurso da comunidade médica norte-americana do período, numa defesa irrestrita da citologia para o diagnóstico da doença. Apontavam ainda para a progressiva introdução da colposcopia nas ações de controle. A principal questão apontada por esta literatura era a de evidenciar a aplicabilidade da ferramenta alemã, mas sem colocá-la como antagonista ou desafiante à citologia. O discurso nas décadas de 1950 e 1960 ressaltava a importância do uso conjunto das tecnologias como forma de obter melhores resultados na identificação precoce de lesões no colo uterino.

No discurso médico local, a colposcopia não revelava uma mudança ou conjunto de mudanças específicas que indicavam a presença de um tumor. O método indicava qualitativamente as características que sugeririam tal situação. O câncer em estágios iniciais era apontado pelo colposcópico não por conta da identificação de um “câncer em miniatura” exagerado pela ampliação óptica do aparelho, mas sim pelo fato de que cânceres em estágio iniciais induziam a anormalidades epiteliais que eram facilmente identificadas pelo método (Rombout, 1966).

Havia também posições divergentes às apresentadas anteriormente. Muitos médicos criticaram a praticidade e utilização do colposcópico nas ações de controle da doença. “O método colposcópico é prático?”. Foi a partir desta indagação que o médico estadunidense

Preston Wilds desenvolveu um estudo sobre o método e sua utilização no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do “Medical College of Georgia”, no final dos anos 1950. Para responder à questão inicial, o médico se baseou em dois anos de atividades na referida instituição, com a utilização conjunta de citologia e colposcopia no atendimento ambulatorial. A proposta era avaliar aspectos práticos do uso do colposcópio na detecção do câncer do colo do útero. Já no início do texto o autor destacava que nos EUA o uso da colposcopia ainda era pequeno, muitos médicos sequer conheciam a ferramenta e também era grande o desinteresse pela mesma. Os profissionais envolvidos com a detecção precoce referiam-se à técnica como tendo pouca praticidade para utilização no cotidiano ambulatorial, e também por demandar altas somas em dinheiro para aquisição, formação profissional e manutenção do aparelho (Wilds, 1962).

Contudo, Wilds argumentava que a pouca utilização da colposcopia no país estava relacionada ao pouco reconhecimento do valor prático da mesma e à falta de familiaridade da comunidade médica com a nova tecnologia. A respeito desta questão e da inserção e divulgação da ferramenta nos países sul-americanos, como Brasil, Argentina e Chile, destacava que a literatura destes apresentava os benefícios e bons resultados obtidos na ampla utilização da técnica. Segundo o médico, no território estadunidense, os aparelhos existentes encontravam-se, em sua grande maioria, nos centros de ensino e poucos ginecologistas utilizavam a colposcopia em seus consultórios privados. Somente nas áreas em que o exame citológico de rotina era insuficientemente estabelecido, alguns colposcópicos eram utilizados com maior frequência em espaços privados de atendimento (Wilds, 1962).

Nas décadas de 1950 e 1960, portanto, o que se verifica na literatura norte-americana são publicações evidenciando as potencialidades da colposcopia, justificando o “atraso” de sua utilização em alguns países e apresentando resultados da utilização do colposcópio em espaços de atendimento específicos. O interessante a notar é que esta literatura tinha uma preocupação constante de destacar o uso conjunto das duas ferramentas como mecanismo de aumentar a precisão no diagnóstico e indicar as áreas a serem analisadas com a biópsia.

Malcolm Coppleson, ginecologista honorário no “King George V Memorial Hospital” em Sydney, na Austrália, apresentou um estudo na década de 1960 relatando o uso do colposcópico no “Royal Prince Alfred Hospital” em Sydney. No início do artigo, o autor destacou que as informações obtidas com a colposcopia permitiam tratar de cada paciente individualmente, decidir futuros procedimentos de diagnóstico e tratamento. Num balanço de cinco anos de atividades do hospital, registrava que, de 1958 a 1964, 200 pacientes com diagnóstico confirmado de carcinoma “in-situ” foram examinadas pela combinação dos dois métodos antes do diagnóstico final e indicações pra tratamento (Coppleson, 1964).

Coppleson estudou em Oxford, no Reino Unido, e fez treinamento em colposcopia na Alemanha nos anos 1960. O médico defendia a promoção da ferramenta não como uma fonte estática de iluminação e ampliação do colo uterino, e sim como uma disciplina independente, associada à citologia esfoliativa e à histologia. Nos estudos do médico, a colposcopia foi destacada como importante método de análise no caso de dúvidas nas amostras citológicas e na indicação tanto do tipo de biópsia a ser realizada quanto da área a ser analisada, além de diminuir o número de biópsias desnecessárias, quando a lesão já estava evoluída e podia ser identificada com o aparelho. Uma das maiores vantagens era evitar o “super tratamento”, com cirurgias radicais desnecessárias. A localização mais precisa do tecido lesionado permitia uma excisão pontual sem riscos para a paciente (Coppleson, 1964). Apesar de não se tratar de um médico norte-americano, como os demais aqui analisados, Coppleson publicou vários trabalhos sobre o tema e tornou-se referência, principalmente a partir dos anos 1970, nos estudos sobre colposcopia.

Quase vinte anos depois, a publicação de Warren Lang (1956) foi retomada por Adolf Stalf na elaboração de um novo estudo comparativo das tecnologias de diagnóstico. Stalf era médico e professor no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do “The Medical College of Wisconsin” em Milwaukee. No artigo, o médico destacou que em muitos países a colposcopia foi primeiramente introduzida como um método de detecção do câncer do colo uterino, competindo com a citologia nesta função. Tal fato seria um dos fatores explicativos para a demora na difusão da primeira técnica. Com o passar dos anos, verificou-se que cada ferramenta desempenhava um papel no diagnóstico da doença, e

ambas tinham suas limitações e potencialidades específicas. A partir de estudos realizados, segundo o autor, foi possível concluir que, antes de se tratar de dois métodos concorrentes, estes se apresentavam como um complemento nas ações de controle da doença, pauta que firmou-se no cenário médico norte-americano a partir da década de 1970 (Stalf, 1975).

A tabela abaixo sistematiza os pontos discutidos por Stalf:

TABLE 2. Advantages and Disadvantages of Cytologic and Colposcopic Procedures

<i>Advantages</i>	<i>Disadvantages</i>
Cytology	
Ideal for mass screening	Impossible to locate lesion
Economical	Inflammation, atropic changes, folic acid deficiency might produce suspicious changes
Can be learned by all medical personnel	Many steps between patient and cytopathologist
Detection of lesions in endocervical canal	Value of a single smear is limited
Detection of adenocarcinoma	
Colposcopy	
Localization of lesion	Inadequate for detection of endocervical lesions
Evaluation of extent of lesion	Training difficult
Differentiation between in- flammatory atypia and neoplasia	
Differentiation between invasive and noninvasive cervical lesions	
Follow-up	

(Stalf, 1975: 11)

Apresentada de forma mais resumida, mas muito semelhante às considerações já tecidas por Lang quase vinte anos antes, a tabela de Stalf evidenciava uma continuidade nas discussões sobre a colposcopia, desde a introdução do método no país. Stalf endossava o

papel do colposcopista, principalmente de sua formação, como um diferencial na utilização do método. Pela necessidade de qualificação profissional para manuseio do aparelho e interpretação das imagens, o médico descreveu um competente colposcopista como “(...) *não somente um médico que manuseia e gerencia um instrumento, mas aquele que conhece os princípios de citopatologia e histopatologia e ainda um profundo conhecimento do processo da doença e da história natural do câncer do colo do útero*” (tradução livre) (Stalf, 1975: 17).

A questão da formação profissional para difusão da tecnologia no país era destacada em outros trabalhos. O *The Medical College of Wisconsin*, em Milwaukee, EUA, realizou entre os anos de 1969 e 1970 um programa de treinamento em colposcopia com o objetivo de formar e especializar profissionais para detecção precoce do câncer do colo do útero. Segundo Stalf e Mattingly (1973) o maior obstáculo à colposcopia naquele momento era a falta de profissionais capacitados para manuseio do instrumento. Os autores compararam a situação da ferramenta à experimentada pela citologia anos antes. Desde a introdução do método por Papanicolau, em 1928, houve um grande investimento nos centros de citologia e na formação de técnicos tanto para coleta do material quanto, e principalmente, para análise das lâminas. No mesmo caminho, indicavam a importância da criação de centros regionais de colposcopia para um aumento tanto na utilização clínica da ferramenta quanto na formação clínica para diagnóstico. O investimento com o aparelho era recompensado pela economia com a redução de procedimentos cirúrgicos desnecessários. A redução total dos custos no diagnóstico precoce poderia chegar a 85%, incluindo as despesas ambulatoriais, laboratoriais e médicas (Stalf and Mattingly, 1973).

O crescimento do método no país, a partir da década de 1970, segundo o médico Adolf Stalf (1975) do Department of Obstetrics and Gynecology, The Medical College of Wisconsin in Milwaukee, foi estimulado pela nova terminologia nas análises colposcópicas, mudanças nas prioridades da aplicação clínica da ferramenta e formação de pessoal para manuseio da mesma. O autor argumentava que uma das maiores causas para a demora na difusão da tecnologia no território norte-americano devia-se ao fato de a grande maioria das publicações sobre o tema estarem na língua germânica. Com a criação da American Society of Colposcopy foi adotada uma terminologia mais simples, que permitia uma melhor

interpretação e classificação das áreas observadas. Além dos fatores acima citados, foram destacados pela literatura médica norte-americana, como explicações para o crescimento na utilização da ferramenta no país, os resultados apresentados em outras regiões que já faziam uso do método, como países europeus e, principalmente, países sul-americanos (Bolten,1967).

Percebemos, portanto, que a introdução e difusão da colposcopia para diagnóstico do câncer do colo do útero nos EUA ocorreu de forma lenta, mas gradativa na segunda metade do século XX. Os discursos sobre a ferramenta tinham como foco o seu papel complementar à citologia na otimização dos resultados de diagnóstico. Mas, em ações de campanha para o controle do câncer do colo do útero no país, o método de Papanicolaou foi o mais utilizado. A colposcopia era empregada principalmente como exame eletivo, sem constar na agenda de ações em saúde pública. Este modelo de detecção do câncer, baseado na citologia esfoliativa para exame de mulheres em massa foi utilizado tanto nos EUA quanto na maioria dos países europeus.

Outro exemplo no qual a colposcopia foi empregada anos após as primeiras campanhas orientadas pelo uso da citologia vaginal foi na província canadense British Columbia. Na região, o primeiro programa de detecção de anormalidades no colo uterino com o esfregaço vaginal data de 1949. Seis anos após a instalação do projeto piloto, os médicos responsáveis determinaram a eficácia da técnica no diagnóstico e na redução da incidência da doença e mortes pelos estágios avançados da mesma. Com os resultados obtidos, a orientação governamental era de exames periódicos de todas as mulheres após os vinte anos de idade. Investimentos foram realizados na montagem de novos laboratórios e reformas nas unidades já existentes. Esta orientação foi seguida até os anos 1970, com a citologia vaginal sendo utilizada como ferramenta de detecção (Anderson, et. ali, 1988).

Em 1973, paralelo aos exames citológicos, a colposcopia foi oficialmente introduzida nas ações de controle da província, com a criação de vinte e quatro clínicas de colposcopia em toda a região. Os ginecologistas designados para estas clínicas receberam um mês de formação prática, com estudos em citologia e histopatologia, em complementação ao treinamento em colposcopia. Todos os resultados dos exames

coloscópicos realizadas nestas clínicas eram enviados ao laboratório central de citologia, para auxiliar na interpretação das lâminas citológicas (Anderson, et. ali, 1988). Percebemos, portanto, que a colposcopia era utilizada como coadjuvante nas ações de diagnóstico do câncer do colo do útero na região. A tecnologia era aplicada na averiguação dos resultados citológicos e subordinada a um laboratório central, que era responsável pela manutenção da qualidade dos exames. O balanço da política foi avaliado como positivo, com a diminuição dos casos avançados da doença numa porcentagem de 56% entre os anos de 1955 e 1985 (Idem).

Num sentido diferente das orientações de controle do câncer do colo do útero acima discutidas, na América Latina, as ações para diagnóstico seguiram caminhos próprios. A colposcopia foi utilizada, em geral, já na década de 1930, como primeiro exame, seguida pela citologia e biópsia. Em alguns países como o Brasil, foi criado um modelo próprio para controle da doença, com o uso conjunto das tecnologias no exame sistemático de toda mulher, sintomática ou não (Teixeira e Lowy, 2011).

“A exceção latino-americana”

Como discutimos na seção anterior, a difusão da colposcopia para além dos países de língua alemã, como nos EUA, ocorreu de forma gradual, cercada por críticas e discursos que buscavam validar o papel da tecnologia no diagnóstico do câncer do colo do útero. A utilização mais efetiva do método, nestes países, só ocorreu a partir da segunda metade do século XX.

Por outro lado, a introdução e difusão da colposcopia em países da América do Sul como Argentina, Brasil e Chile ocorreu quase que instantaneamente à criação e difusão da ferramenta na Alemanha. Esta especificidade em relação ao uso da colposcopia como primeira ferramenta de diagnóstico foi designada pela pesquisadora Yolanda Eraso como “exceção latino-americana” (Eraso, 2010).

Os anos que se seguiram ao final da Primeira Guerra Mundial foram marcados por uma reaproximação científica da Alemanha com países latino-americanos. Além da questão científica, os germânicos viam na região um potencial para aquisição de matérias-primas e absorção do excedente industrial (Sá, 2009). A partir da década de 1920, as relações científicas foram tecidas com a divulgação de periódicos em espanhol e português, que destacavam os feitos da ciência alemã, financiamento para pesquisas, viagens científicas e a criação de sociedades médicas para angariar fundos para tais atividades e agregar os profissionais envolvidos.

Exemplos desta interlocução eram as revistas médicas como a “Revista Médica de Hamburgo” (posteriormente “Revista Médica Germano-Ibero-Americana), que divulgava às comunidades médicas espanhola e latino-americanas os experimentos realizados pela medicina alemã, principalmente no tocante a produtos da indústria farmacêutica e questões relacionadas à terapêutica (Sá e Silva, 2007). A medicina, neste sentido, atuava como veículo de divulgação científica e cultural germânica, atrelada aos setores da política e economia.

Em relação à ginecologia e obstetrícia, França e Alemanha eram, desde o fim do século XIX, as principais referências em escolas médicas no mundo ocidental. A partir da década de 1930, mesmo com grande influência exercida pela medicina francesa na educação médica latino-americana, observou-se uma forte aproximação com a medicina alemã, principalmente no campo da saúde da mulher. A partir de então, observou-se uma aproximação científica entre estes espaços, o que funcionou como um importante veículo na transferência de ideias e tecnologias médicas (Eraso, 2010).

Esta aproximação da ciência na América Latina com a ciência Alemã é um dos indicativos que explica a introdução e difusão da colposcopia nos países latino-americanos de forma concomitante ao desenvolvimento da ferramenta em terras alemãs. Como discutimos no capítulo anterior, trabalhos como o de Eraso (2010) e Teixeira e Lowy (2011) discutem a exceção latino-americana na utilização da colposcopia como primeira ferramenta de diagnóstico, em comparação a países europeus e aos EUA. Nestes últimos, a citologia foi empregada como primeiro exame nos centros de tratamento de câncer

feminino, ficando a colposcopia destinada a verificações em caso de amostras suspeitas colhidas no exame citológico. A técnica alemã era utilizada como ferramenta auxiliar no diagnóstico do câncer do colo do útero, nos casos em que a citologia apontasse a necessidade de exames mais específicos. Para os autores que discutiram o tema, o desenvolvimento da colposcopia como método de diagnóstico em países como o Brasil reflete um emaranhado de interesses políticos e iniciativas locais (Eraso, 2010; Teixeira e Lowy, 2011).

Eraso (2010) foi pioneira nesta abordagem, analisando a trajetória dos dois principais métodos de detecção do câncer do colo do útero: a colposcopia de Hinselmann e o exame citológico do Papanicolaou, no Brasil e Argentina. A autora discutiu como estes dois países seguiram uma trajetória diferente da maior parte do mundo médico ocidental, ao utilizarem a colposcopia como primeira ferramenta para detecção de lesões no colo uterino até os anos 1960. A partir de uma perspectiva de transferência de ideias e tecnologias para além de fronteiras nacionais, buscou compreender como diferentes trajetórias de ambos os métodos contribuíram para redefinir a categorização e diagnóstico da doença. O interesse pela colposcopia foi desenvolvido com as relações de cooperação entre ginecologistas brasileiros e argentinos nos anos que antecederam a Segunda Guerra Mundial. Após o fim da guerra, tais relações foram reestabelecidas, com a criação de uma rede de difusão da tecnologia para diagnóstico do câncer do colo do útero em ambos os países. O ponto principal da argumentação era a implicação do uso e escolha da ferramenta de diagnóstico e as concepções do próprio diagnóstico que eram discutidas a partir desta escolha.

Mudanças no diagnóstico do câncer de colo, tanto no Brasil quanto na Argentina, podem ser percebidas como resultado da “transferência” das ferramentas, cujas implicações, de acordo com a perspectiva de análise adotada, ultrapassaram as fronteiras dos dois países. Assim, a noção de lesões pré-cancerosas teria sido primeiramente endossada pelo colposcópico. Outros conceitos aguçariam a discussão, como a ideia de “carcinoma in situ”, defendida pelos adeptos do esfregaço vaginal, na identificação de alterações suspeitas nas células que pudessem indicar a possibilidade de desenvolvimento de um tumor (Eraso, 2010).

Especificamente sobre o caso brasileiro, Teixeira e Lowy (2011) apresentaram a literatura que identificou o desenvolvimento e difusão do teste de Papanicolaou como diretamente ligado à história do diagnóstico precoce do câncer do colo do útero. A partir desta literatura, discutem a utilização do exame colposcópico para diagnóstico da doença no Brasil, utilizado como alternativa ao método do esfregaço vaginal até aproximadamente a década de 1970. Os autores analisaram a trajetória das ações de controle da doença no país até o final do século XX, quando consideram que a doença se torna um problema de saúde pública a partir das campanhas organizadas pelo Instituto Nacional do Câncer com sede no Rio de Janeiro (Idem).

O Brasil apresentou diferentes soluções e alternativas para o diagnóstico do câncer do colo do útero em relação a outros países europeus e norte-americanos. O modelo aqui criado foi do uso conjunto das ferramentas de detecção, e não somente a investigação colposcópica em casos de alterações nas lâminas citológicas. A configuração de um modelo próprio de ação esteve relacionada a fatores conjunturais que associavam o entendimento de medidas de saúde pública inseridas no contexto sociocultural, político e econômico em que foram produzidas. A colposcopia atendia aos anseios de controle da doença durante o período em que esta esteve relacionada à medicina privada e iniciativas filantrópicas. No momento em que o câncer do colo do útero passou a ser caracterizado como um problema de saúde pública relacionado às condições sociais, a partir dos anos 1960, as estratégias de controle se modificaram. O exame através do esfregaço vaginal permitia um alcance populacional maior para controle. Com isso, o modelo inicialmente criado foi substituído por campanhas de rastreio, tendo a citologia como ferramenta de detecção (Teixeira e Lowy, 2011).

O pouco interesse pela colposcopia em alguns países, na primeira metade do século XX, oriundo das questões de guerra e diplomacia era destacado nos periódicos médicos brasileiros por nós analisados. Esta questão será mais bem discutida adiante, ao tratarmos especificamente do Instituto de Ginecologia no Rio de Janeiro. Em 1955, Arnaldo de Moraes, diretor do Instituto, publicou uma retrospectiva sobre a introdução e difusão da colposcopia na instituição, ressaltando o valor do método e evolução tanto técnica quanto científica do mesmo. O médico carioca reconheceu os entraves que a guerra significou para

a tecnologia e o “asilo” obtido pela técnica nos países sul-americanos, principalmente no Brasil. No caso brasileiro eram destacadas as atuações do IG como centro irradiador da colposcopia no país e da Clínica do Hospital dirigido por Clóvis Salgado em Minas Gerais como parceira na difusão e consolidação da técnica (Moraes, 1955).

Como primeira ferramenta para diagnóstico do câncer do colo do útero no Brasil, a colposcopia impulsionou o processo de institucionalização do Instituto de Ginecologia, pioneiro na utilização da técnica no país. Os esforços na implementação e difusão do método agregaram outros espaços de diálogo com a instituição carioca, que foram responsáveis pela formação de uma rede de controle da doença, composta por instituições, periódicos científicos, congressos médicos, responsáveis pela organização das primeiras ações articuladas em relação à enfermidade no país.

Considerações finais

Desde as primeiras sistematizações dos conhecimentos médicos sobre o câncer, o diagnóstico precoce da doença foi destacado como a mais importante estratégia de controle. Diante das limitações da medicina em intervir sobre a doença, a detecção de lesões em fases iniciais de evolução permitia bloquear este processo, seja por meio da cirurgia e/ou dos procedimentos químicos.

Em relação ao câncer do colo do útero, a identificação da doença nas primeiras décadas do século XX ocorria geralmente em estágio muito avançados. De modo geral, a detecção acontecia quando a sintomatologia era evidente, com dores, sangramentos e fortes odores. A partir da década de 1920, novas perspectivas ampliaram as possibilidades médicas em relação à doença. Novas ferramentas de diagnóstico foram desenvolvidas e tornaram mais concreta a possibilidade de diagnóstico precoce do tumor.

O surgimento de novas tecnologias médicas neste período ampliou as perspectivas de ações contra o câncer do colo do útero. Colposcopia e citologia ofereceram aos médicos os mecanismos de exame e diagnóstico na fase assintomática. Com formas de aplicação e divulgação específicas, o percurso dos novos métodos não seguiu as mesmas diretrizes em todas as partes do globo.

A introdução de uma nova tecnologia médica responde a interesses dos sistemas de saúde locais e do próprio contexto político em que se inserem. No caso da colposcopia, as relações diplomáticas com a Alemanha nazista representaram um fator de limite à difusão do método na maioria dos países da Europa Ocidental e dos EUA. Nestas regiões, somado à pauta política, as especificidades das orientações governamentais em saúde garantiram à citologia o papel de primeiro exame, numa perspectiva de análise populacional em larga escala. Em contrapartida, em países como o Brasil, ambos os métodos tiveram visibilidade na primeira metade do século XX, sendo empregados em conjunto nas ações de controle da doença. Tal especificidade foi fruto da organização do sistema de saúde local e das instituições nas quais a doença foi tomada como uma questão: os ambulatórios das faculdades de medicina e os espaços da medicina privada.

CAPÍTULO III - O INSTITUTO DE GINECOLOGIA DO RIO DE JANEIRO: COLPOSCOPIA, CITOLOGIA E BIÓPSIA NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

No discurso dos médicos brasileiros em meados do século XX, o câncer era considerado um “problema médico-social de maior significação” (Moraes, 1952: 21). Seguindo as informações apresentadas por estes profissionais, em países como os Estados Unidos, o aumento da média de vida da população, fruto de melhorias nas condições de saúde, controle de doenças transmissíveis, diminuição da mortalidade infantil, etc., elevou a incidência do câncer, a um patamar de 2ª maior causa de mortes (Idem). A situação relatada pelos médicos retratava o crescimento da importância e incidência da doença no período.

No Brasil, por sua vez, as estatísticas da doença cresciam, mas não chegaram a atingir patamares tão elevados quanto em países como os EUA. Devido a problemas sociais e médico-sanitários, que refletiam em altas taxas de mortalidade e baixa perspectiva de vida, parcela considerável da população não atingia a idade mais característica de incidência da doença, acima dos 40 anos¹⁷. Assim, as estatísticas absolutas de morte por câncer ainda eram tímidas, quando pensadas no montante de causas morte no país. Mesmo com estas estatísticas, a incidência dos casos da doença registrados na população atraía o interesse da comunidade médica para as discussões sobre a enfermidade. A partir da terceira década do século XX foi cada vez mais recorrente na literatura médica brasileira a referência ao câncer e à necessidade de criação de espaços de ação para o seu controle.

Arnaldo de Moraes, um dos principais personagens de nossa narrativa, afirmava que “o brasileiro fazia a profilaxia do câncer, morrendo antes da idade” (Moraes, 1952: 22). Arnaldo apontava ainda que, em meados do século XX, dos registros de incidência do câncer, fosse no território Estadunidense, fosse no Brasil, o câncer ginecológico despontava

¹⁷ Segundo dados do IBGE, a expectativa de vida no Brasil em 1940 era de 43,1 anos. Até a década de 1930, esse número não passava da casa dos 37 anos. Nos anos 1950/1960, os números elevaram-se e mantiveram-se em 52,3 anos. Mais informações ver: www.serieestatisticas.ibge.gov.br. Acesso em 24 març. 2012.

com o maior quantitativo em mulheres que desenvolviam a doença e vinham a óbito. Nos EUA, por exemplo, segundo o médico, em 1941, o câncer ginecológico feminino foi responsável por 44% das mortes pela doença. Na cidade do Rio de Janeiro, no mesmo período, das 9264 mortes por câncer, 4254 foram homens e 5010 mulheres, numa população predominantemente masculina. Destes números, 2557 mulheres vieram a óbito em decorrência do câncer ginecológico (Moraes, 1952).

A tomada do câncer ginecológico, mais propriamente do câncer do colo do útero, como uma questão de debate no campo médico brasileiro se tornou mais visível a partir da década de 1940. Num momento em que a ginecologia afirmava-se como ciência médica, separada da obstetrícia e da arte cirúrgica, foram organizados ambulatórios de atendimento e esforços para garantir a saúde da mulher, principalmente conservando sua capacidade de procriação. Constam desse período a organização de instituições para o controle da doença, associações profissionais para divulgação dos conhecimentos técnicos e, no aspecto do debate acadêmico e divulgação de conhecimentos, a recorrência da temática nos congressos médicos nacionais.

Como ressaltamos na introdução do trabalho, a atenção ao câncer ginecológico no Brasil se deu, em proporções mais organizadas, nos ambulatórios das faculdades de medicina, como parte de ensino prático da especialidade. O pioneirismo desta organização de atenção à mulher foi da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, no Rio de Janeiro. As ações de controle do câncer ginecológico na referida Faculdade começaram a ser estruturadas após o médico Arnaldo de Moraes assumir a cátedra de Ginecologia em 1936 e iniciar os trabalhos na Clínica Ginecológica da faculdade. Nos anos 1940, com a maior visibilidade do câncer na sociedade brasileira, com a criação do Serviço Nacional do Câncer e as primeiras campanhas educativas, Arnaldo promoveu uma reestruturação das atividades na Clínica, sob um novo formato institucional, de divisão de setores, que culminou com a organização do Instituto de Ginecologia (IG) em 1947. O IG ampliou e deu continuidade aos trabalhos que vinham sendo realizados na Clínica, num formato mais compartimentado por áreas de atuação em relação à saúde da mulher e com maior autonomia administrativa dentro da Faculdade de Medicina. No ano seguinte à criação do IG foi organizado o Ambulatório Preventivo do Câncer Ginecológico, que passou a ser um

espaço exclusivo para atendimento a pacientes com câncer, realização dos exames para diagnóstico, tratamento e estudos sobre a doença. A criação do Ambulatório representou a concretização dos trabalhos em câncer ginecológico no Instituto e conferiu um modelo próprio de atuação sobre a doença que foi parâmetro para instituições congêneres e solidificou o papel do IG como referência nas ações de controle da doença no país, principalmente em relação ao câncer do colo do útero.

O câncer do colo do útero foi tema de debates no círculo médico da década de 1940, evidenciando o crescimento das atenções médicas à doença. No I Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, realizado na cidade do Rio de Janeiro em setembro de 1940, a doença foi o foco das discussões. Na ocasião, a justificativa para escolha do tema como principal foco de discussão pautava-se na ideia de que a doença era um dos principais problemas da ginecologia no momento (Moraes, 1948). Oito anos após o primeiro congresso, a cidade de São Paulo sediou o II Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia. O tema oficial, ainda em torno da doença, tornou-se mais específico: o “problema do diagnóstico precoce do câncer do corpo e do colo uterino”. O novo tema evidenciava a visibilidade da doença no meio médico e, principalmente, as possibilidades de realização do diagnóstico precoce através das ferramentas de diagnósticos introduzidas no Brasil nos anos 1940 (Idem).

A introdução do tema do diagnóstico precoce num congresso médico apontava para a importância desta discussão e ressaltava o preceito de identificação da doença em sua fase assintomática, e não em seu estado de manifestações clínicas, no qual os limites da medicina em relação à doença eram maiores. O desenvolvimento de tecnologias médicas para diagnóstico, como a colposcopia e a citologia, possibilitou a realização deste diagnóstico. A introdução e difusão destas ferramentas em diferentes regiões do globo, conforme discutimos no capítulo anterior, acompanhou as estruturas de saúde locais e se configurou num processo de negociação entre os interesses médicos, a sociedade e instituições. No Brasil, ambas as tecnologias se configuraram como peças-chaves no exame das mulheres atendidas nos ambulatórios e hospitais e na orientação para organização das ações de controle do câncer do colo do útero em meados do século XX.

Conforme discutimos no capítulo anterior, a colposcopia, como ferramenta de diagnóstico, possibilitava aos médicos a visualização ampliada do colo uterino e a realização do diagnóstico precoce para potencializar as possibilidades de cura da paciente. Neste sentido, o método, muitas vezes em paralelo à citologia, difundiu-se por várias regiões do globo, mantendo as particularidades locais e moldando-se conforme o contexto no qual se inseria. Além dos países de língua germânica, no qual a colposcopia teve maior difusão, países latino-americanos, como Argentina, Chile e Brasil diferenciaram-se de regiões como os EUA e a Europa Ocidental, por utilizar a técnica como ferramenta principal nas ações de diagnóstico. Foi em torno da divulgação do método que o serviço ambulatorial de atendimento ao câncer da Faculdade de Medicina no Rio de Janeiro estruturou ações de pesquisa, incentivo à formação profissional e de uma rede formada por instituições, revistas científicas, sociedades e congressos médicos.

No Brasil, o Instituto de Ginecologia (IG), da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasil, foi o pioneiro na utilização conjunta das tecnologias de diagnóstico acima citadas, no exame de todas as pacientes atendidas. O Instituto agregou nomes importantes do controle do câncer do colo do útero no país, pela implementação e estudo de novas técnicas de detecção e tratamento. Em 1948, a criação do Ambulatório Preventivo de Câncer Ginecológico deu continuidade aos trabalhos e caminhos já traçados pelo IG, com ênfase de atendimento aos cânceres femininos, a formação de técnicos especializados e realização de exames ginecológicos específicos. O Ambulatório foi pioneiro na utilização e divulgação das ferramentas de diagnóstico precoce do câncer genital feminino. Investiu em propagandas para atrair mulheres ao atendimento e médicos para a especialização profissional. Dirigiu esforços tanto para a conscientização de profissionais quanto de leigos, em relação à importância do diagnóstico precoce para um melhor prognóstico no tratamento.

Em consonância com os conhecimentos médicos da época, o processo de institucionalização de espaços como o Instituto de Ginecologia no Brasil organizou-se em torno da bandeira do diagnóstico precoce e ações de prevenção tendo como base a colposcopia, em conjunto com a citologia e biópsia, na construção de ações de controle da doença em território nacional. A partir da divulgação das atividades do Instituto e

circulação dos profissionais enredaram-se contatos e novas organizações institucionais que formaram uma rede de ações de controle do câncer do colo do útero no país em meados do século XX, que se tornou uma referência no modelo de atendimento à doença no país até a década de 1960.

Arnaldo de Moraes e a Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil

Ginecologia e obstetrícia, até o final do século XIX, caminhavam em conjunto no tocante aos cuidados com a mulher. A ginecologia, vista como a “ciência da mulher”, foi considerada, até a segunda metade do XIX, uma espécie de apêndice da obstetrícia, ligada à função primordial do sexo feminino: a reprodução (Martins, 2004). A constituição da ginecologia como campo de conhecimentos médicos esteve relacionada ao desenvolvimento de práticas cirúrgicas na região abdominal, como a histerectomia (extração do útero) e ovariectomia (extração dos ovários). Tais técnicas se desenvolveram ao longo do século XIX e estiveram relacionadas a outras inovações na área da obstetrícia como a cesariana, o uso da anestesia e assepsia nas intervenções (Freitas, 2008).

Na Europa, a criação de maternidades e hospitalais voltados exclusivamente para o atendimento ao público feminino, principalmente a partir de fins do século XVIII contribuiu para a concretização das especialidades. O discurso que defendia a existência de locais específicos para a prática da medicina da mulher era embasado na ideia de que as doenças femininas eram acompanhadas de maior sofrimento e alterações nervosas. Somado a este processo, o desenvolvimento das especialidades femininas acompanhou outro movimento da medicina de início do século XIX, caracterizado pela perda de espaço das parteiras para os então formados obstetras. A tomada de espaços da medicina acadêmica na cena dos partos e nos conhecimentos relacionados ao corpo feminino contribuiu para o fortalecimento da ginecologia e obstetrícia como especificidades médicas e dos profissionais formados nestas áreas como os responsáveis pelas ações sobre a saúde da

mulher (Freitas, 2008). Como especialidades relacionadas principalmente à procriação, ambas estiveram muito ligadas à cirurgia em sua constituição como campos de saber específicos.

No último quartel do XIX, ginecologia e obstetrícia se separaram, enquanto especificidades médicas, atentando cada qual para suas finalidades principais. Enquanto os obstetras tinham de se sobrepôr às parteiras na cena do parto, atraindo a confiabilidade feminina, principalmente nos casos de maior complexidade, os ginecologistas buscavam vencer o pudor feminino frente à exposição de seus corpos, para que estas aceitassem se submeter a um exame ginecológico (Martins, 2004).

No Brasil, o surgimento das especialidades médicas voltadas para a mulher acompanhou a organização das escolas médico-cirúrgicas no início do século XIX. Em 1809, um ano após a criação das escolas em Salvador e no Rio de Janeiro, a cadeira de partos, denominada “Moléstias das mulheres peçadas e dos meninos recém-nascidos” era parte integrante do currículo (Freitas, 2008). A medicina da mulher neste período era essencialmente cirúrgica, relacionada à atividade de partos. O desenvolvimento da ginecologia, por exemplo, esteve relacionada à cirurgia abdominal. No final do século XIX foi criada a cátedra de Clínica Obstétrica e Ginecologia e em 1884, as faculdades de medicina brasileiras passaram a oferecer, em dois anos, o curso de Obstetrícia e Ginecologia (Idem).

A Ginecologia brasileira, enquanto especialidade médica, ganhou espaço a partir do início do século XX. A “ciência da mulher” era destacada por sua função de garantir a procriação e o bom encaminhamento da maternidade, considerada papel primordial da figura feminina. Naquele momento, ao caráter preponderantemente teórico da disciplina, foi incorporada a prática profissional, principalmente com o surgimento de hospitais e exercício da especialidade. O período foi caracterizado por uma intensificação no intercâmbio de ideias, com a organização de instituições especializadas, como associações, congressos e publicações na área. Assim, o processo de medicalização do corpo feminino no Brasil teve seu início com a construção de espaços hospitalares específicos para

atendimento das especialidades, fornecendo as condições necessárias para o ensino da clínica e pesquisas científicas (Martins, 2004).

Os anos de 1930 foram marcados por mudanças importantes no cenário da ginecologia brasileira. Até aquele momento, o ensino da especialidade era realizado em conjunto com a cirurgia geral, tendo uma roupagem mais teórica na formação profissional. Em 1936, com o falecimento do cirurgião Augusto Brandão Filho¹⁸ foi criada a cátedra de ginecologia, desvinculada da cirurgia, na Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil no Rio de Janeiro. Na seleção para ocupação da cadeira, foi empossado o médico Arnaldo de Moraes (1893 – 1961), um dos personagens chaves da trajetória do ensino e prática em ginecologia na Universidade. A aula inaugural da nova cátedra ocorreu em dois de setembro de 1936 e a nova clínica foi instalada no Hospital Estácio de Sá, no mesmo ano, com 30 leitos para atendimento. Em 1942 foi transferida para o Hospital Moncorvo Filho, onde funciona até os dias atuais.

Arnaldo de Moraes nasceu em 27 de agosto de 1893, filho do farmacêutico Arnaldo Augusto de Moraes e da professora Adelaide Cruz de Moraes. Bacharelou-se em Ciências e Letras no Colégio Pedro II em 1910. Em 1916 colou grau em Medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, com a tese “Apresentações Transversas”, em obstetrícia. No mesmo ano de formatura ingressou como professor no Hospital da Misericórdia, prestando o concurso para livre docência em Clínica Obstétrica em 1924. Atuou como Inspetor Sanitário no Departamento Nacional de Saúde Pública, quando foi contemplado com uma bolsa da Fundação Rockefeller para estudar a organização da higiene pré-natal e da assistência maternal nos EUA, França, Áustria e Alemanha, em 1927. No retorno ao Brasil, na década de 1930, ocupou a cadeira de Obstetrícia na Faculdade Fluminense de Medicina (Ferreira, 1961).

O nome de Arnaldo de Moraes e sua trajetória como médico estão diretamente relacionados à história da ginecologia no Brasil. Em 1936, ele assumiu a cátedra de

¹⁸ Augusto de Souza Brandão Filho nasceu no município de Cantagalo / RJ em 1881 e formou-se pela Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil em 1903, com a tese “Hérnia Perinal Posterior”. Precursor da neurocirurgia no Brasil, iniciou suas atividades cirúrgicas na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e foi professor catedrático de Clínica Cirúrgica na Faculdade Nacional de Medicina.

ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil e passou a coordenar as atividades do Ambulatório do Instituto de Ginecologia até sua morte em 6 de abril de 1961. Recebeu a indicação para ocupar a direção da Faculdade de Medicina em 1957. Foi ainda fundador da Casa de Saúde Arnaldo de Moraes, no Rio de Janeiro, em 1938; do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 1929, e da Sociedade Brasileira de Ginecologia¹⁹ (Ferreira, 1961).

No mesmo ano em que assumiu a cátedra de Ginecologia na Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, Arnaldo de Moraes fundou o periódico *Anais Brasileiros de Ginecologia*, caracterizado como órgão oficial do ensino de ginecologia na Universidade (An. Bras.Gin. - editorial, 1(1): 1-2, 1936.). Os *Anais Brasileiros de Ginecologia* foram um periódico de destaque no campo da ginecologia, por publicar trabalhos de qualidade na área e também por manter a periodicidade de publicação por um longo período. A revista é uma importante referência para se compreender o discurso, as pesquisas e o controle do câncer ginecológico no Rio de Janeiro e no Brasil em meados do século XX. Como fruto do trabalho do ensino da ginecologia na Universidade do Brasil, é um de nossos instrumentais básicos para trabalhar com tais questões no período referido. Isso porque a publicação apresenta tanto material científico e institucional do Serviço de Ginecologia (nomeado de Instituto de Ginecologia) quanto dos demais espaços de pesquisa na área em território nacional.

A revista era uma publicação mensal e, segundo seus organizadores, de cunho exclusivamente científico (An. Bras. Gin. – editorial, 1(1), 1936: 1). Dedicado ao ensino da “ciência da mulher”, o periódico ocupava-se dos escritos nacionais e estrangeiros sobre o ensino de ginecologia e obstetrícia, com o intuito de ser capaz de “honrar a ciência médica brasileira e de [dialogar] com as congêneres estrangeiras” (Idem). Na primeira edição, a apresentação o classificava como locus de fomento às discussões médicas e espaço de construção de conhecimentos científicos. Nas palavras de seus fundadores, os *Anais* não seriam:

¹⁹ Além disso, Arnaldo de Moraes presidiu o I Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia em 1940. Foi membro de importantes associações científicas nacionais e internacionais, como a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, American College of Surgeons, Société Française de Gynécologie, Asociación Médica Argentina e da Sociedad Argentina de Obstetrícia e Ginecologia. Além dos vários artigos científicos que escreveu, publicou: “Propedêutica Obstétrica” (1937 – 6ª ed), “Aspectos atuais da Patologia do recém nascido” (1933) e “Orientação Moderna em Ginecologia” (1934)¹⁹ (Ferreira, 1961).

“(…) uma revista morta, publicando apenas trabalhos dos outros ou resumos de revistas brasileiras e estrangeiras, mas na sua seção editorial e de notas e comentários serão discutidos problemas gerais do ensino e, particularmente, das especialidades, tão descuidadas entre nós, se compararmos com o que se exige dos alunos dos cursos médicos nos outros países” (An. Bras. Gin. – editorial, 1(1), 1936: 2).

O plano inicial era a divisão nas seguintes sessões: parte editorial; trabalhos originais e lições; resumos metódicos e sistemáticos de revistas de ginecologia e obstetrícia; notas e comentários; análise de livros e outras publicações. De modo geral, tal estrutura foi mantida ao longo dos anos, com algumas modificações na apresentação e formato. Ao final de todo número constava um índice remissivo dos assuntos e temáticas discutidas²⁰.

Durante os primeiros meses de circulação, a revista manteve suas despesas através da publicação de propagandas de medicamentos, instrumental cirúrgico e artigos médicos em geral, e também pela colaboração dos pares através de assinaturas. No início do segundo ano, era destacada a contribuição tanto dos anunciantes quanto dos pares e ressaltada a importância dos mesmos para a continuidade dos trabalhos e crescimento do periódico (Idem). A publicação veiculou mensalmente, de forma ininterrupta, até o ano de 1970, quando, mantendo o corpo profissional e de colaboradores, mudou de denominação para *Jornal Brasileiro de Ginecologia*.

A publicação era o veículo de divulgação dos trabalhos na Clínica de Ginecologia da Faculdade de Medicina e tornou público, em diversos números, balanços estatísticos do funcionamento e estrutura institucional da Clínica. Tais balanços nos permitem discutir a organização, diretrizes e ações elaboradas e implementadas pelos profissionais em ginecologia em relação ao controle do câncer. Através destes estudos podemos visualizar a

²⁰ No segundo ano de veiculação da revista, foi publicado um balanço dos doze meses iniciais de publicação, analisando os avanços, dificuldades e perspectivas para os anos seguintes. No primeiro ano foram publicados regularmente doze números da revista, num total de 1112 páginas de textos. Deste total, metade era constituída de resumos sobre publicações estrangeiras em ginecologia e obstetrícia (An. Bras. Gin. 2(1), 1937 – notas e comentários). Este dado indica a circulação e diálogo dos médicos nacionais com as inovações e pesquisas na área ginecológica em outras regiões. Como centro difusor de tecnologias médicas, a Clínica Ginecológica, sobre direção de Arnaldo de Moraes, buscou dialogar com pesquisadores nacionais e estrangeiros e fomentar a circulação de seus profissionais através do incentivo à formação no exterior e aplicação de inovações na ginecologia brasileira.

configuração das ações e circulação dos atores envolvidos com a temática no Brasil em meados do século XX.

Introdução da Colposcopia e Citologia na Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina

A introdução do colposcópio no Brasil teve como principal alicerce e divulgador, Arnaldo de Moraes. O médico foi pioneiro no país no conhecimento e interesse pelos trabalhos de Hinselmann na Alemanha. Como catedrático de Clínica Ginecológica na Faculdade Fluminense de Medicina, na década de 1930, interou-se da técnica desenvolvida pelo médico alemão a partir das leituras do Tratado de Ginecologia de Stoeckel, no qual Hinselmann teceu suas primeiras considerações sobre o papel do colposcópio no diagnóstico do câncer do colo do útero. Foi naquele momento que Moraes adquiriu os primeiros aparelhos: um para o ambulatório de sua Clínica na Faculdade, em 1934 e, logo após, um segundo para seu consultório particular. Em 1935 o médico prestou concurso de catedrático de Clínica Ginecológica na Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil. Na prova prática do concurso, utilizou o colposcópio para examinar uma paciente, identificou e mostrou lesões no colo uterino a partir do teste de Schiller (Rieper, 1950: 34 - 35). Logo após assumir a cátedra de Ginecologia do referido concurso, em 1937, adquiriu novo colposcópio para utilização na Faculdade. Moraes exaltava a importância da ferramenta justificando que somente o exame ginecológico pela visão direta a olho nu, com aumentos no ângulo de visão e luz apropriada, poderia identificar lesões suspeitas a serem ou não confirmadas pela biópsia (Moraes, 1952).

O uso do colposcópio para diagnóstico do câncer do colo do útero na Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina ganhou fôlego após 1940, quando o médico João Paulo Rieper, discípulo de Hinselmann, com o qual fizera um curso na cidade alemã de Hamburgo, iniciou seus trabalhos no Serviço dirigido por Arnaldo de Moraes, em funcionamento no Hospital Estácio de Sá no Rio de Janeiro. A presença de Rieper na instituição evidenciava a proximidade das diretrizes da Faculdade de Medicina com as

questões mais gerais sobre o câncer do colo do útero, e as inovações institucionais preconizadas na direção de Arnaldo de Moraes. Rieper esteve na Alemanha na década de 1930, período no qual se aproximou da ciência alemã e foi primeiro secretário da Academia Médica Germano Ibero-Americana, na qual auxiliava nas funções de recepção de estudantes e professores latino-americanos no país. No ano de 1933 graduou-se em Medicina na cidade de Berlin. Em agosto de 1939 o médico retornou ao Brasil e fora impedido de voltar à Alemanha pela deflagração da Segunda Guerra Mundial. No ano seguinte, revalidou seu diploma de médico, obtido na Alemanha, na Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil²¹.

A tese de docência apresentada por Rieper na Faculdade: “Sobre o valor prático da colposcopia” era um manual de apresentação da tecnologia e indicação prática de seus benefícios. Rieper defendia que o correto uso do colposcópio somente poderia ser realizado por profissionais preparados diretamente pelo criador do método, Hans Hinselmann, ou por algum discípulo direto do mesmo. O estudo da colposcopia apenas por publicações e imagens comentadas não era eficiente para formação de um bom colposcopista (Rieper, 1948). Pensando desta maneira, o médico brasileiro iniciou a formação de profissionais locais para manuseio do aparelho e instalação de centros de colposcopia no país. Dentre estes profissionais estava o médico mineiro Alberto Henrique da Rocha, que foi responsável pela introdução e difusão da colposcopia no Hospital de Ginecologia dirigido pelo médico Clóvis Salgado em Belo Horizonte, um dos principais espaços de diálogo com o IG em meados do século XX. O serviço dirigido por Arnaldo de Moraes foi o centro irradiador da colposcopia no Brasil, seja pela introdução da ferramenta, seja pela formação de profissionais para a utilização da mesma, com a participação de Rieper nos cursos ministrados pelo próprio serviço.

Na defesa do método, Rieper argumentava que, em muitos casos, a colposcopia por si só era suficiente para realização do diagnóstico do câncer do colo do útero. Porém, era prudente ao médico garantir a precisão no diagnóstico através da realização de exames histopatológicos. A colposcopia evitaria a realização de biópsias desnecessárias, tanto pelo

²¹ Documentação da Academia Médica Germano-Ibero-Americana, depositada no Geheimes Staatsarchiv Preussischer Kulturbesitz.

esclarecimento de lesões macroscopicamente suspeitas quanto pela orientação sobre a zona uterina mais apropriada para coleta do material a ser analisado. Os dois métodos, portanto, atuariam de forma conjunta, sendo o segundo complemento ao quadro identificado pelo primeiro (Rieper, 1948).

Os trabalhos com colposcopia na Faculdade de Medicina foram continuados pela médica Hildegard Stoltz, que atuou juntamente com Rieper na divulgação e aplicação da ferramenta. Magdalena Hildegard Stoltz nasceu no Rio de Janeiro em 25 de abril de 1912. Formou-se em Medicina pela Universidade Federal Fluminense. Além das atividades práticas com o colposcópio, Stoltz foi uma das principais autoras a publicar nos *Anais Brasileiros de Ginecologia*. As principais publicações eram sobre relatos de experiência dos trabalhos desenvolvidos na Clínica, balanços estatísticos destes atendimentos, com informações como cor e idade das pacientes, graus de identificação do tumor, tecnologias de diagnóstico e tratamentos empregados. Nos anos 1950, foi a responsável por organizar um fichário de informações de todas as mulheres atendidas, formando um banco de dados do funcionamento da instituição. Este banco de dados foi base para a elaboração de muitos de seus artigos e de outros profissionais, conforme discutiremos mais adiante.

Paralelo à colposcopia, o método do esfregaço vaginal, desenvolvido por Papanicolaou, foi utilizado no atendimento na Clínica Ginecológica. A introdução dos estudos sobre citologia na Clínica Ginecológica da Universidade do Brasil data do ano de 1941, com a defesa da tese do médico Victor Rodrigues. No trabalho intitulado “Semiologia do Ovário”, Rodrigues dedicou um capítulo ao estudo sobre a citologia vaginal como índice da função ovariana. Na ocasião, o foco do estudo era para análise do ciclo menstrual feminino. Foi naquele momento que a técnica foi denominada pelo então diretor da Clínica, Arnaldo de Moraes, como “colpocitologia”, nome que fez parte da rotina dos serviços e estudos da instituição (Ferreira, 1952).

No ano seguinte ao trabalho de Rodrigues, foi lançada a tese do médico Vespasiano Ramos, que analisou a colpocitologia em relação às suas contribuições no diagnóstico precoce do câncer do colo do útero. Ramos foi o pioneiro no país a realizar um estudo sobre a utilização da citologia no diagnóstico do câncer, ou seja, da ferramenta aplicada ao câncer

do colo do útero. O trabalho de Vespasiano Ramos, “Novo método de diagnóstico precoce do câncer uterino”, foi publicada em formato de livro em 1942, e transformada em tese para o concurso de docência em ginecologia da Universidade do Brasil em 1943, sob a aprovação dos professores Arnaldo de Moraes e Clóvis Salgado. A pesquisa que fundamentou o trabalho foi baseada nos já referenciados trabalhos de Papanicolaou e Traut sobre o diagnóstico do câncer genital feminino, através do estudo do esfregaço vaginal. Na tese, Ramos teceu uma breve apresentação sobre o tema, os trabalhos de Papanicolaou e a importância da citologia no diagnóstico da doença. Em seguida, apresentou uma descrição médica sobre os aspectos citológicos considerados “normais” do esfregaço vaginal, e as alterações possíveis de identificação. O autor relatou os aspectos que identificariam alterações na estrutura do colo uterino, descrevendo as modificações nos formatos celulares possíveis de serem encontrados e identificados através do material coletado para análise (Ramos, 1942).

O trabalho de Ramos foi todo ilustrado com imagens presentes no trabalho original de Papanicolaou e de exames realizados na Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina no Rio de Janeiro. Foi a partir da realização dos trabalhos na instituição que o autor traçou seu estudo, apontando, nos materiais analisados, as alterações celulares que indicavam a presença da doença. Para reconhecimento dos vários formatos de alterações celular possíveis de serem identificados no conteúdo vaginal, a seleção do material para a pesquisa de Ramos foi feita a partir dos casos já identificados como câncer na Clínica Ginecológica, pelo uso do colposcópio e biópsia (Ramos, 1942).

A difusão da técnica citológica no Brasil seguiu os caminhos também experimentados pelos defensores da colposcopia: a divulgação da experiência obtida na Universidade através da apresentação em seminários, publicação em periódicos médicos e cursos de formação. Clarisse do Amaral Ferreira²², um dos principais nomes relacionados à utilização da ferramenta no serviço dirigido por Arnaldo de Moraes, defendia a publicação em revistas médicas como principal estratégia para divulgação e aceitação da citologia no

²² Clarisse do Amaral Ferreira nasceu em 1918 na cidade do Rio de Janeiro, na qual residiu por toda a sua vida. Graduou-se médica pela Faculdade Nacional de Medicina em 1940. Anos antes da formatura, em 1937, iniciou seu interesse e trabalhos em ginecologia, ainda no período de internato remunerado na faculdade. Logo após a formatura, especializou-se em ginecologia.

diagnóstico precoce do câncer do colo do útero (Ferreira, 1952). Em 1946, para concorrer à cátedra de Ginecologia na Universidade do Brasil, Ferreira publicou uma tese sobre citologia, destacando a experiência obtida com a técnica, com base em estudo realizado com cerca de 300 pacientes. Intitulada “Colpocitologia”, o trabalho era um compilado dos trabalhos realizados na Clínica, analisados a partir da utilização da ferramenta para diagnóstico precoce e de sua funcionalidade num serviço de atendimento ginecológico especializado. Em cerca de 120 páginas, a autora esboçou um breve histórico sobre o tema, retomando os caminhos dos trabalhos de Papanicolaou e Traut nos estudos sobre o ciclo menstrual e as variações celulares passíveis de identificação no conteúdo vaginal. A tese foi dividida por pontos específicos da utilização da colpocitologia na ginecologia: a colpocitologia durante as diversas fases do ciclo menstrual; a colpocitologia nas recém-nascidas; a colpocitologia na menopausa; a colpocitologia na gravidez; a colpocitologia nas perturbações endócrinas; a colpocitologia nas colpites e outros processos inflamatórios genitais e a colpocitologia no câncer (Anais Brasileiros de Ginecologia – Livros e Publicações. 22(2), agosto de 1946, p. 141). O termo “colpocitologia” passou a ser utilizado nos trabalhos da Clínica Ginecológica. A colpocitologia referia-se à prática e estudo do esfregaço vaginal e tornou-se sinônimo da citologia esfoliativa, ou teste de Papanicolaou (Eraso, 2010).

Antes mesmo de ingressar na Clínica Ginecológica, a convite do seu então professor, Arnaldo de Moraes, Clarisse viajou para Buenos Aires, na Argentina, em 1941, para fazer um estágio de pós graduação. Na qualidade de assistente na Clínica Ginecológica, a médica foi designada por Arnaldo para estagiar na Maternidade do Hospital Torcuato de Avelar, em Buenos Aires, pelo período de quatro meses. Ao final da experiência, a médica publicou um artigo nos Anais Brasileiros de Ginecologia relatando sua experiência na Argentina e os serviços com os quais teve contato (Ferreira, 1942). No artigo, Clarisse descreveu a Maternidade na qual realizou seus estudos como um centro de referência no atendimento à mulher. A instituição era composta por três andares que comportavam 140 leitos, dos quais 40 eram pertencentes à sessão de ginecologia. O movimento hospitalar era grande, funcionando para os profissionais em estágio o esquema de plantões de 24 horas de quatro em quatro dias. Os plantonistas estagiários tinham a

oportunidade de, além dos atendimentos de rotina, assistir e intervir em procedimentos cirúrgicos o que, segundo Clarisse, contribuía para o aprendizado e experiência destes profissionais (Idem). Como caráter complementar à formação, duas vezes por mês os estagiários reuniam-se, juntamente com a equipe médica do hospital, para discutir os trabalhos realizados e resultados obtidos. Durante o período que esteve em Buenos Aires, Clarisse ainda visitou outros hospitais da cidade, participou do 13º Congresso Argentino de Cirurgia, no qual destacou o apreço que a classe médica argentina tinha para com os pares brasileiros, e os trabalhos em ginecologia aqui desenvolvidos (Idem).

Da experiência de Clarisse do Amaral na Argentina, foram publicados dois artigos. Um nos Anais Brasileiros de Ginecologia, aqui referenciado. E um segundo no periódico argentino “La semana medica”, discutindo a organização e funcionamento de consultórios de esterilidade. Foi ainda realizada uma apresentação de trabalho intitulada “Cirurgia da dor em Ginecologia”, no III Congresso Brasileiro e Americano de Cirurgia (Ferreira, 1942). No retorno ao Brasil, trouxe de sua experiência no outro país os debates em torno da questão da esterilidade. Além dos trabalhos com o tema em seu consultório particular, foi chefe da Clínica de Reprodução Humana na Universidade do Brasil, de 1942 a 1978.

Clarisse obteve certificação em medicina laboratorial em 1944 e em 1946 iniciou sua carreira como professora assistente na Universidade do Brasil, cargo que permaneceu até 1960. O interesse da médica pela citologia teve início em 1944 quando, no laboratório da Clínica Ginecológica, era a responsável pelas dosagens hormonais e análises citológicas. Na mesma Universidade foi também chefe do Laboratório de Citopatologia de 1955 a 1962. Dentre seus trabalhos na faculdade, o maior destaque foram os estudos em citologia para diagnóstico do câncer do colo do útero. Além dos estudos citológicos e de reprodução humana, Clarisse destacou-se também por seu pioneirismo na inserção feminina no mercado de trabalho (Machado e Neto, 2008). Em 1934, ano em que ingressou na faculdade de medicina, apenas três mulheres foram matriculadas para o curso. Até meados do século XX, a participação feminina no mercado de trabalho brasileiro era tímida. Na medicina, em específico na ginecologia, a maioria dos profissionais eram homens, que

resistiam à perda de hegemonia profissional, com a inserção de mulheres nos espaços de trabalho²³.

Em 1946, quando Clarisse do Amaral foi aprovada para assistente da cátedra de Ginecologia, os trabalhos do laboratório de citologia foram ocupados por Dib Gebara, que passou a estudar e praticar a citologia no diagnóstico do câncer do colo do útero. O aperfeiçoamento na utilização do método esteve, em grande medida, ligado ao nome de Dib Gebara que, após iniciar seus trabalhos com base nos materiais publicados sobre o tema, viajou para os Estados Unidos para formação em citologia com o criador da técnica, o médico Papanicolaou (Ferreira, 1952).

Em 1944 foi organizado um laboratório para exames histopatológicos, anexo à Clínica Ginecológica. Com a criação do laboratório, todos os casos atendidos eram submetidos à investigação patológica e os prazos de realização do exame eram de cerca de 72 horas em casos de rotina, e 24 horas nos casos de emergência (Stoltz, 1945). O exame anátomo-patológico era considerado a “pedra de toque” para confirmar ou não os achados colposcópicos ou citológicos suspeitos (Moraes, et. ali, 1958). A biópsia representava, nas palavras de Arnaldo de Moraes, “o meio indispensável para se chegar ao diagnóstico do câncer” (Moraes, 1948). Como técnica de confirmação da lesão apontada nos exames previamente realizados, o diagnóstico final era indicado pelo anátomo patologista, assim como as orientações para o tratamento.

Para realização do diagnóstico, era necessário dispor de ferramentas capazes de identificar anormalidades no colo uterino e orientar a organização profissional e institucional do serviço de atendimento. Como principais métodos de diagnóstico do câncer do colo do útero, colposcopia e citologia tiveram na Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil sua porta de entrada no país, assim como foi este também o espaço de estudos, desenvolvimento das ferramentas e divulgação para outras partes do país e instituições congêneres. A direção de Arnaldo de Moraes no atendimento ginecológico da faculdade conferiu ao serviço um caráter de inovação em relação às

²³ Como exemplo numérico, em 1950, o quantitativo de mulheres no mercado de trabalho nacional era de 18% da população economicamente ativa (Machado e Neto, 2008).

principais ações da medicina na área ginecológica do período. Arnaldo de Moraes levou para a Clínica as principais tecnologias de diagnóstico desenvolvidas e profissionais envolvidos com as mesmas para difusão e aperfeiçoamento das técnicas na instituição. Desde os inícios das atividades na Clínica foi articulada a organização de um modelo próprio nas ações de controle da doença. Este modelo, que se institucionalizou na década de 1940 e ficaria conhecido como “modelo triplo”, tornou-se um parâmetro no controle do câncer do colo do útero no país até o final dos anos de 1960.

A Clínica Ginecológica em funcionamento: ideias, atendimento e tratamento do câncer

Em 1941, foi publicado nos Anais Brasileiros de Ginecologia o primeiro balanço estatístico sobre os quatro anos iniciais de atendimento na Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil. O texto evidenciava algumas das principais preocupações dos médicos naquele momento em relação aos altos índices da incidência de casos de cânceres femininos, principalmente do colo de útero. Indicava também uma concentração das atividades nos ambulatórios das faculdades, que, apesar da precariedade nos equipamentos, possuíam espaços para pesquisa sobre a doença e atuação específica em relação à mesma (Sthel Filho e J. P. Rieper, 1941).

No período de novembro de 1936 a novembro de 1940, das 1190 pacientes atendidas na Clínica, 114 foram diagnosticadas com cânceres, representando, portanto, 9,6% do total de atendimentos. Deste percentual bruto, alguns dados chamam atenção e são significativos para nossa pesquisa. Com uma frequência de 81,5% do total de atendimentos, despontavam os casos de câncer de colo de útero, com 93 casos diagnosticados, e os tumores da mama ocupavam a terceira posição com 5 casos, representando 4,4%²⁴ (Sthel Filho e J. P. Rieper, 1941). A maior incidência do câncer do colo do útero dentre as pacientes atendidas, deslocava as atenções para a doença. Em virtude dos poucos

²⁴ Outras tipologias de neoplasias femininas identificadas foram: corpo do útero (7 casos), vagina (3 casos), vulva (2 casos) e ovário (1 caso).

conhecimentos das mulheres sobre os sintomas da doença, muitos dos diagnósticos eram realizados na fase sintomática, que indicava estágios avançados de evolução do tumor. Com isso, grande parte das pacientes diagnosticadas, naquele momento, morria no decorrer do tratamento ou mesmo antes deste. Dos casos atendidos na Clínica, os de câncer de colo do útero mantiveram os maiores índices durante os anos posteriores. Em decorrência das estatísticas e do desenvolvimento de tecnologias médicas de diagnóstico, foi em relação a esta tipologia da doença que as ações da instituição foram pensadas e moldadas em meados do século XX.

Sobre a idade das pacientes atendidas na Clínica Ginecológica, a maior concentração estava na faixa etária entre 40 e 50 anos, mais propriamente entre os 46 e 50 anos de idade, com 23 casos, num total de 21,7%. Tal dado instiga um ponto de reflexão interessante, pois os autores o utilizam para se contrapor a ideia da precocidade sexual da brasileira como indicativo da incidência de câncer de colo em mulheres mais jovens (Sthel Filho e J. P. Rieper, 1941). Historicamente, algumas doenças foram associadas à sexualidade e reforçaram o discurso sobre o comportamento social do brasileiro. Exemplo destas doenças é a sífilis que, no século XIX, foi identificada como sinônimo de degeneração do povo brasileiro, num discurso de cunho moral e estigmatizante (Carrara, 1996). No início do século XX, outras visões reforçaram este ponto, como mostra o exemplo médico sobre o câncer. Era recorrente a ideia de que, devido à precocidade sexual das brasileiras, o câncer do colo do útero se manifestava de forma mais precoce e atingia ao público jovem em maiores proporções. Na primeira metade do século XX, uma das maiores causas explicativas para o câncer do colo do útero, e que implicava numa dimensão social direcionada ao mesmo, estava relacionada à atividade sexual feminina. A doença gerava uma estigmatização nas mulheres pelo forte odor que exalava em decorrência das inflamações e pelo próprio aspecto inflamatório, facilmente identificado em estágios mais avançados da doença. Isto incidia tanto na vida íntima das mulheres quanto no âmbito das relações sociais.

Ao se contraporem à ideia da precocidade sexual feminina como causa da incidência do câncer do colo do útero, os médicos deslocavam o argumento do aspecto social da doença para seu caráter biológico. Ao tornar a visão sobre a mesma algo

explicado biologicamente, seria possível atrair um maior número de mulheres ao atendimento. O estigma carregado pela doença, de rotulação sexual, muitas vezes limitava as pacientes a buscarem os serviços médicos. Neste sentido, em todo o discurso produzido pelos médicos da Faculdade, o apelo à cientificidade era uma constante, tanto nos artigos publicados nos periódicos, quanto, e principalmente, nas campanhas e propagandas veiculadas para divulgar e ampliar os atendimentos prestados pela instituição.

Para o diagnóstico e possibilidades de êxito no tratamento do tumor, o fator chave era o estágio de evolução no momento em que a paciente buscava o serviço médico. Segundo a classificação da Liga das Nações, utilizada pelos médicos da Faculdade de Medicina, eram quatro os estágios de evolução da lesão, que indicavam a extensão e gravidade do tumor. Eram eles: grau I, caracterizado como uma localização delimitada do tumor no órgão de origem, sendo, portanto de mais fácil intervenção e tratamento; o grau II pontuava uma expansão, ainda que pequena, do tumor para células e órgãos vizinhos; no grau III os paramétrios²⁵ já estariam atingidos, mas ainda não haveria uma infiltração generalizada, o que ocorreria no último nível, o grau IV, com um quadro de metástase²⁶ explícito (Sthel Filho e J. P. Rieper, 1941).

No balanço publicado em 1941, dos 93 casos de câncer do colo de útero, na Clínica Ginecológica, a grande maioria foi diagnosticada nos graus III e IV, representando cerca de 77% do total. Assim, apenas 19,5% dos casos seriam teoricamente operáveis e mais de 33% não eram passíveis de serem submetidos a tratamento. Tal quadro, portanto, dificultava as ações a serem efetuadas para cura da doença e refletiam uma preocupação constante dos médicos com relação à propaganda do diagnóstico precoce, ponto que retomaremos mais a frente (Sthel Filho e J. P. Rieper, 1941).

Vários fatores eram apontados como possíveis explicações para a grande incidência da doença nos estágios avançados de evolução e os limites oriundos deste fator para o

²⁵ Segundo o “Dicionário Digital de Termos Médicos”, paramétrios indicam o conjunto de tecidos de aspecto fibroso e frouxo que envolve e ladeia parcialmente o útero. Disponível em: http://www.pdamed.com.br/diciomed/pdamed_0001_12713.php. Acesso em 25 maio 2012.

²⁶ Metástase é a presença do câncer em outros tecidos ou órgão à distância do tumor primário ou de origem. É uma fase de generalização da doença e irreversível em termos de tratamento. Para maiores informações: http://www.pdamed.com.br/diciomed/pdamed_0001_11251.php. Acesso em 20 jul. 2012.

tratamento e possibilidades de cura. Dentre esses, a demora na busca por cuidados médicos, aliada ao desconhecimento de sinais que indicassem anormalidades e da própria doença em si eram os mais destacados. O retardo na procura por cuidados médicos era o principal fator de empecilho e de dificuldade no tratamento da doença em decorrência do avanço da tumor e, conseqüentemente, da limitação de eficácia nas medidas terapêuticas. Nos casos de cânceres femininos, principalmente o do colo do útero, a ausência ou confusão de sintomas consistia em fator de peso que agravava o quadro. Um dos principais sintomas que levavam as pacientes ao médico, a dor, ocorria de forma inconstante nos casos de tumores. Esta, de forma geral, era mais acentuada quando a doença atingia estágios mais avançados, comprometendo funções básicas do organismo e configurando um quadro de maior gravidade. Outro sintoma muito observado e mais frequente era a hemorragia, mas que, tal como o corrimento vaginal, era suportada por longos períodos, não consistindo, portanto, em fator de prontidão na recorrência ao tratamento médico. (Sthel Filho e J. P. Rieper, 1941).

No início dos trabalhos de Arnaldo de Moraes na Clínica Ginecológica nem a colposcopia nem citologia eram as ferramentas de diagnóstico mais utilizadas. Os métodos mais usados eram a inspeção e apalpação e, em alguns casos, a confirmação histológica antes do tratamento e após a biópsia. Faltavam aparelhagem e materiais para trabalho, assim como especialização profissional para o uso das técnicas. Os médicos da Clínica atentavam para a necessidade da biópsia em todos os casos, mas destacavam a falta de recursos para tal, por não haver um serviço bem montado de anatomia patológica e que pudesse ser bem monitorado e dirigido. As biópsias realizadas eram processadas fora daquele espaço o que acarretava tanto em maiores gastos, quanto numa multiplicidade de designações para processos semelhantes (Sthel Filho e J. P. Rieper, 1941). O uso sistematizado de colposcopia e citologia em todas as pacientes que buscassem atendimento na Clínica se deu ao longo dos anos 1940, concretizado enquanto diretriz de trabalho com a organização do Instituto de Ginecologia, que será mais bem discutido adiante.

Como a maioria das pacientes atendidas na Clínica era diagnosticada nos graus avançados da doença, as possibilidades de intervenção sobre a mesma eram limitadas em cerca de 40% dos casos atendidos. Com isso, na fase inicial de funcionamento da Clínica,

o tratamento empregado foi, em sua maioria, sintomático ou paliativo. Tal modalidade era aplicada nos casos incuráveis e intratáveis, nos quais uma intervenção ou medicação mais forte poderia agravar o já debilitado estado da paciente. Nos casos passíveis de intervenção, o arcabouço de que dispunha a medicina naquele momento era principalmente pautado nas práticas cirúrgicas e radioterapia. O controle após o tratamento dificilmente ocorria de forma satisfatória pelas dificuldades de monitoramento. Por mais que a recomendação fosse de retorno e acompanhamento durante e após o tratamento, dificilmente havia esta realimentação por parte das enfermas. De modo geral, as mesmas só retornavam ao atendimento em casos extremos de dores e hemorragias recidivas (Sthel Filho e J. P. Rieper, 1941).

A indicação correta do tratamento exigia um estudo metuculoso de cada caso, a partir das suspeitas levantadas pelos métodos de diagnóstico. Cada quadro deveria ser discutido em particular e as orientações de tratamento resolvidas em equipe (Stoltz, 1958). A orientação mais geral para os casos de câncer do colo do útero era a cirurgia radical. Contudo, em pacientes que desejassem manter a capacidade de procriação, poderia ser realizada cirurgia conservadora, nos casos de lesões incipientes e nos estágios iniciais de evolução. O material extraído nas cirurgias, especialmente nos casos de amputação do colo uterino, deveria ser cuidadosamente analisado, tanto para conhecimento dos aspectos histológicos da lesão quanto para aprimorar a técnica cirúrgica, na extirpação da lesão. As orientações da instituição sobre a pesquisa científica eram um diferencial em relação aos espaços puramente de atendimento ambulatorial. Mais do que o aspecto curativo, os médicos atentavam para a ideia de prevenção, entendida como o diagnóstico precoce da lesão, discussões em torno da doença e das potencialidades médicas para intervenção. Em paralelo às diretrizes destacadas, era enfatizada, ainda, a necessidade de conscientização das mulheres acerca da importância de acompanhamento médico após a submissão ao tratamento, para supervisionar o estadiamento da doença e a possibilidade de retorno da mesma em outras partes do corpo (Sthel Filho e J. P. Rieper, 1941).

O tratamento do câncer ainda era algo que gerava discussões na comunidade médica devido à falta de preparo de alguns profissionais, principalmente clínicos gerais, em reconhecer precocemente a doença e encaminhar a paciente ao atendimento especializado.

Com o desconhecimento sobre a doença e dificuldades em seu diagnóstico, era comum a orientação a tratamentos diversificados, que acabavam por se tornar sem efeito em pacientes com câncer. Os diagnósticos realizados de forma errônea levavam ao emprego de medidas paliativas, sem efeitos diretos, que combatiam mais a sintomatologia do que a própria doença (Stoltz, 1958). Em muitos casos, estes tratamentos camuflavam a realidade, consistindo em fator de demora da paciente em voltar aos serviços médicos e, conseqüentemente, contribuindo para a evolução da enfermidade.

Paralelo ao despreparo de alguns profissionais, no retardamento do tratamento e perda da eficácia do mesmo, estava a recorrência, pela paciente, a formas de cura populares e a tratamentos diversos, indicados por amigos, familiares e vizinhos. Tais condições explicariam o alto número de casos da doença em estágios tão avançados e sem condições de cura e até de tratamento verificados na Clínica de Ginecologia, e também em outros espaços de intervenção contra a enfermidade. Neste sentido, o “medo e a ignorância” atuavam como catalisadores neste processo, levando os doentes a uma condição de vítima e repulsa a procura por indicações terapêuticas especializadas e pelo estigma da própria doença (Stoltz, 1958).

Segundo os médicos ligados à Clínica, a principal estratégia para solucionar muitas das questões elencadas era a informação, através de recursos de propaganda, para esclarecimentos sobre a enfermidade e da importância do tratamento médico especializado no aumento da possibilidade de cura da mesma. O lema, portanto, era o da realização do diagnóstico da forma mais precoce possível, antes do aumento e disseminação da massa tumoral. Alguns fatores eram apontados como empecilhos para a realização precoce do diagnóstico. Dentre estes fatores, a “ignorância” ou falta de conhecimento despontava como o principal, tanto por parte dos pacientes, dos leigos, curandeiros e curiosos, quanto dos próprios médicos, algumas vezes incapacitados de diagnosticar e tratar efetivamente a doença em seus estágios iniciais (Stoltz, 1958). Como a escassez ou confusão de sintomas era uma das principais causas que levavam as mulheres a demorar na busca de auxílio médico, era latente a necessidade de ações educativas direcionadas a este público. Esta educação deveria atentar para a escassez e importância dos primeiros sintomas, mesmo que singelos, convencendo toda mulher a se submeter a exames periódicos. O alvo principal

eram as mulheres com mais de 35 anos de idade e com uma ou mais gestações, chamadas a visitar o consultório do especialista anualmente (Sthel Filho e J. P. Rieper, 1941).

Para que a propaganda com as mulheres ocorresse de forma eficaz e atingisse aos objetivos esperados, esta deveria abarcar todos os meios publicitários e considerar o analfabetismo para abranger a diversidade de públicos e espaços. O objetivo da educação, via propaganda, era de que toda a mulher que apresentasse quadros de hemorragia fosse examinada por um médico capacitado. Este, por sua vez, buscaria os mecanismos disponíveis para obter um diagnóstico preciso, sendo, a última palavra, a de um anátomo-patologista. A educação, no entanto, caminharia em via de mão dupla. Além do público feminino, a educação dos médicos fazia-se sentir de forma acentuada pela importância destes em todo esse processo. Para os médicos da Faculdade de Medicina, era necessário conscientizar os profissionais da urgência em se capacitarem e das funestas consequências que poderiam decorrer da falta de preparo em diagnosticar precocemente um câncer e encaminhar a paciente para um tratamento especializado (Sthel Filho e J. P. Rieper, 1941).

O quadro acima discutido, sobre os preceitos organizativos do serviço de atendimento da Clínica Ginecológica, nos permite destacar os elementos centrais em relação às ações pensadas para controle da doença. Para formulação de estratégias para intervenção sobre o câncer do colo do útero, era necessário levar em conta o estágio no qual a lesão era identificada. Como os estágios iniciais de evolução eram a única fase que permitia uma possibilidade mais concreta de controle da enfermidade, e na qual as porcentagens de cura e sobrevida eram maiores, foi em torno da defesa do diagnóstico precoce que as ações em câncer foram pensadas e implementadas.

O balanço de atendimentos no primeiro decênio de funcionamento da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina sob direção de Arnaldo de Moraes seguiu a tendência dos dados apresentados nas estatísticas do primeiro quinquênio de atividades. Nestes dez anos, a cifra de atendimento a cânceres malignos do aparelho genital era de 277 casos tratados, num montante de 3120 mulheres que haviam recorrido ao atendimento ambulatorial. Em relação às localizações dos tumores, a grande maioria, com exatamente 79,4% dos casos era no colo do útero, seguidos pela glândula mamária, com 5% dos casos.

O índice expressava o peso que o câncer do colo do útero tinha no atendimento prestado pela Clínica e dos esforços da comunidade médica em controlar as estatísticas de incidência da doença. A maioria das pacientes atendidas eram da faixa etária entre 40 e 60 anos, e cerca de 65% da cor branca. Os dados que mais chamam a atenção são em relação à incidência e o número de filhos das pacientes. Quase 90% dos casos atendidos referiam-se a mulheres com mais de duas gestações concluídas (Stoltz, 1945).

Stoltz destaca que, das pacientes diagnosticadas com câncer do colo do útero, 8% não buscou auxílio médico, mesmo já apresentando a fase sintomática da doença, com hemorragias, dores, emagrecimento. A demora na realização do atendimento e, conseqüentemente, do diagnóstico estava diretamente relacionada aos índices de óbito e problemas no tratamento que, conforme pontuamos anteriormente, ocorria, em sua grande maioria, de forma paliativa (Stoltz, 1945). Apenas 2% dos casos atendidos foram considerados “ideais”, pois se trataram de pacientes que buscaram o serviço ainda na fase assintomática da doença e foram diagnosticadas com lesões incipientes no colo uterino.

Estes dez anos de funcionamento da Clínica foram marcados por “(...) *uma fase de intensa luta, para obtenção de enfermarias, de material, de aparelhamento (...) a fim de facultar a clínica melhores meios de diagnóstico, tratamento e controle das doentes portadoras destas terríveis entidades malignas*” (Stoltz, 1945: 89). Dentre as mudanças verificadas no serviço, uma das mais importantes estava relacionada ao registro das pacientes. A elaboração de fichas, de todos os casos atendidos, começou a ser realizada de forma mais completa, o que contribuiu para aperfeiçoar os atendimentos e elaborar estudos sobre os trabalhos da instituição. A outra mudança era relativa aos meios de diagnóstico introduzidos, sobretudo a colposcopia que, nas palavras de Stoltz, facultou o diagnóstico diferencial e precoce dos casos duvidosos no exame direto (Idem).

As avaliações em relação ao tratamento neste período foram consideradas positivas. O tratamento era estabelecido de acordo com o grau de extensão da lesão, a localização e a presença ou não de um estado de infecção. O tratamento cirúrgico era o mais comum, associado a medidas exclusivamente sintomáticas ou paliativas, em muitos casos, como decorrência do grau avançado de diagnóstico da lesão. Tendo como quase exclusividade a

utilização da cirurgia, a partir dos anos 1940 foram empregadas a curieterapia e roentgenerapia na tentativa de intervenções menos invasivas na paciente (Stoltz, 1945). Em cinco anos de atividades, 33,5% dos casos de câncer do colo do útero diagnosticados foram tratados de forma paliativa, por já terem sido identificados nos graus mais avançados de evolução. Neste mesmo período, 14% dos tratamentos foram interrompidas por óbitos das pacientes, ou abandono das mesmas, sem realização de acompanhamento periódico. Os percentuais de curas clínicas obtidas na instituição e com mais de 5 anos sem reincidência do tumor giravam em torno dos 15% do montante das pacientes atendidas (Idem).

As questões relativas ao tratamento passavam ainda por pontos estruturais, de aparelhagem e infra-estrutura para realização dos procedimentos. Até o ano de 1945, apenas os tratamentos paliativo e cirúrgico eram realizados na Clínica, com recursos próprios. Os demais procedimentos necessitavam ser encaminhados para outros locais. Para realização de curieterapia, apenas parte da aplicação do medicamento era realizada na Clínica, pois os materiais encontravam-se na Clínica Dermatológica da Faculdade de Medicina (Stoltz, 1945). A roentgenerapia era de exclusividade do Serviço Nacional do Câncer até o ano de 1942. Após este período, foi inaugurado um aparelho de roentgenerapia anexo à Clínica Ginecológica. Os altos custos do tratamento, no entanto, ainda recaíam como entrave aos trabalhos da instituição, inaugurando-se uma sala própria para o procedimento em fins de 1946 (Stoltz, 1949). Stoltz relatava que, em muitos casos, as pacientes desistiam do tratamento por falta de condições de arcar com as despesas. Aos casos de câncer do colo do útero inoperáveis, estavam disponíveis na Clínica apenas cinco leitos, nos quais as pacientes recebiam medicação paliativa e tratamento sintomático (Stoltz, 1945).

No ano de 1949, o número total de casos de câncer do colo do útero diagnosticados na Clínica Ginecológica atingiu o quantitativo de 379, representando cerca de 80% dentre as demais localizações da doença. Na apresentação destes novos dados, publicados nos Anais Brasileiros de Ginecologia por Hildegard Stoltz, o fator que chamava atenção era a diminuição da incidência de casos diagnosticados em fases muito avançadas, e um aumento, ainda que incipiente, de pacientes identificadas com a doença nos primeiros estágios da evolução tumoral (Stoltz, 1949). Num momento em que os limites da

terapêutica, conforme destacados acima, representavam empecilhos reais em relação à curabilidade ou até mesmo intervenção na doença, a principal bandeira dos profissionais era a defesa do diagnóstico precoce. Segundo Stoltz, a alteração, ainda que pequena nos números apresentados nos dois balanços, estava relacionada à prática adotada no serviço, de examinar sistematicamente toda paciente atendida, utilizando tanto a citologia quanto a colposcopia a na realização dos procedimentos (Idem).

Ao final dos anos 1940, o processo de institucionalização da Clínica Ginecológica foi concretizado com a organização do Instituto de Ginecologia. Como continuidade aos trabalhos já desenvolvidos, o diferencial será o novo formato conferido às ações, a autonomia administrativa e a divulgação mais sistemática das atividades, do incentivo à formação profissional e de modelos de ações de controle do câncer para instituições congêneres.

A institucionalização do atendimento ginecológico na Faculdade: a organização do Instituto de Ginecologia (IG)

Em 1947, o Conselho Universitário da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil organizou e inaugurou oficialmente o Instituto de Ginecologia (IG), sobre a direção de Arnaldo de Moraes. Como justificativa para criação do IG foram apresentados argumentos relacionados às pesquisas ali realizadas:

“A organização dada pelo professor Arnaldo de Moraes aos Serviços de Ginecologia do Hospital Moncorvo Filho, onde se realiza o ensino da Cátedra que é titular, pela excelência das suas instalações, pelo valor e eficiência dos vários laboratórios de exames e pesquisa nesse importante ramo da Medicina, de que está dotado, e sobretudo pelo caráter de investigação científica que o eminente catedrático tem sabido imprimir aos trabalhos que aí se realizam, já constitui um verdadeiro Instituto de Ginecologia” (Instituto de Ginecologia da UFRJ – Edição Especial de Aniversário, 1997).

A criação do IG representou a institucionalização dos trabalhos em ginecologia já desenvolvidos na Clínica dirigida por Arnaldo de Moraes. O Instituto e a Cátedra fundiram-se tanto em relação ao ensino, teórico e prático, quanto ao atendimento ginecológico. O Instituto oficializou-se como órgão central do ensino prático da ginecologia na Faculdade de Medicina. O aspecto prático da formação médica era considerado requisito importante para o ensino da especialidade. Assim, o IG concretizou este aspecto educacional e possibilitou a construção de ações sistematizadas de atendimento e controle de doenças ginecológicas específicas, como o câncer do colo do útero.

As ações para controle do câncer do colo do útero no Instituto seguiram a linha de trabalho que vinha sendo desenvolvida na Clínica Ginecológica. O salto com a criação do IG foi a reorganização destas ações, em um formato institucional, conferindo identidade às mesmas. A diretriz adotada no IG reafirmou o uso do “modelo triplo” no diagnóstico da doença: o uso em conjunto da citologia ou esfregaço vaginal, da colposcopia (com o teste de Schiller) e a biópsia ou histopatologia. Tal prática começou a se desenvolver na Clínica Ginecológica e foi ampliada no IG, como orientação básica na realização do diagnóstico do câncer em pacientes sintomáticas ou não. O uso conjunto dos três métodos em toda paciente que buscasse atendimento, independente da sintomatologia apresentada, diminuiria, segundo os médicos do Instituto, os erros ou imprecisões no diagnóstico precoce (Ferreira, 1952). A realização de exames de rotina em todas as mulheres que buscassem atendimento era o mecanismo de prevenção adotado por estes profissionais na tentativa de controle da incidência e do número de mortes pela doença.

O IG consolidou um modelo próprio de atuação em relação ao diagnóstico do câncer do colo do útero, que já vinha sendo implementado desde a organização da Clínica Ginecológica. Este modelo, conforme citado, consistia no uso conjunto das tecnologias de diagnóstico para potencializar as ações de controle da doença. A organização e divulgação deste modelo foram primeiramente pensadas pelo exame colposcópico, associado à citologia. A introdução e difusão da colposcopia no início da década de 1940 despertaram os interesses dos profissionais para a possibilidade concreta de identificação de lesões suspeitas no colo uterino em estágios anteriores à evolução do tumor. Somada à técnica, o desenvolvimento dos exames a partir do esfregaço vaginal corroborava com a minimização

nas dubiedades do diagnóstico e garantiam maiores índices de pacientes identificadas com lesões nos estágios iniciais de evolução.

No início das atividades da instituição, a colposcopia foi a responsável pela estruturação das ações de controle do câncer do colo do útero, por ter sido o método de maior divulgação e inserção, em decorrência das relações estabelecidas com Hinselmann e a ciência alemã. Na afirmação da ferramenta no diagnóstico da doença, o IG tornou-se o maior responsável pela formação de colposcopistas no Brasil, formando uma rede de difusão da tecnologia para além da então capital federal. Na introdução da citologia como técnica de diagnóstico, na medida em que os resultados do uso conjunto dos métodos apresentavam um maior número de lesões identificadas em fases iniciais e, conseqüentemente, permitia aos médicos do serviço maior possibilidade de ações de controle, o novo modelo de exame em todas as pacientes foi estabelecido. O “modelo triplo” combinava colposcopia, citologia e biópsia no exame oportunístico de todas as mulheres que passavam pelo serviço, independente da queixa apresentada. O uso conjugado dos métodos tornou-se a marca do Instituto para o controle da doença, e a principal orientação nas ações de controle do câncer do colo do útero no Brasil até os anos 1960. O modelo de atuação do IG foi divulgado e utilizado por instituições congêneres do período, ampliando o raio de influência e a visibilidade social do Instituto através de parâmetros definidos.

No processo de introdução de uma nova tecnologia médica, a comunidade médica exerce papel de destaque nas negociações que envolvem a introdução e difusão da nova ferramenta (Stanton, 2002). Este processo não ocorre de forma passiva, como uma simples transferência de ações. As relações de poder e sociabilidade são construídas e reforçadas à medida que os esforços e estratégias de difusão e afirmação de uma nova tecnologia são efetuados. No caso do IG, a criação de um modelo próprio de utilização das tecnologias médicas refletia os interesses do corpo profissional na realização do diagnóstico precoce, e atendia aos objetivos da instituição, de apresentar números que indicassem o desenvolvimento das ações no controle da doença. Além deste aspecto operacional, a organização de um modelo próprio de trabalho conferia visibilidade ao Instituto e afirmava

a imagem dos profissionais ali alocados como referências nas ações de controle do câncer do colo do útero no país.

Como pioneiro na utilização dos métodos de diagnóstico precoce do câncer de colo do útero no Brasil, o Instituto de Ginecologia organizou-se em grupos de trabalho, que estudavam e defendiam as tecnologias de diagnóstico. Mesmo com argumentos particulares, dialogavam entre si e confluíam com a ideia do uso conjunto das ferramentas. A colposcopia, na visão dos médicos da Faculdade, tinha a vantagem de fornecer diagnóstico imediato e de resolver o problema tendo em vista a conveniência de permitir visualização direta de lesões e do estabelecimento do local exato da biópsia no ato do primeiro exame. Tinha como pontos fracos, a necessidade de uma formação mais especializada para interpretação das imagens e manuseio do aparelho, assim como os custos de manutenção do colposcópio. A citologia, por sua vez, indicava a presença de anormalidades celulares e possibilitava a revisão das lâminas, o que possibilitava maior precisão no estabelecimento do diagnóstico e fomentava o aspecto científico da instituição, de estudos e discussões sobre os casos atendidos. Na expectativa de diagnóstico imediato da doença, a ferramenta tinha poder de atuação limitado, por necessitar dos métodos auxiliares para montar o prognóstico da doença (Moraes, 1958).

O pioneirismo do Instituto de Ginecologia na utilização das técnicas de diagnóstico precoce do câncer do colo do útero foi exaltado por seus membros. Em balanço de atividades, publicado nos *Anais Brasileiros de Ginecologia*, a médica Hildegard Stoltz destacou que:

“Pouco depois da publicação de Papanicolaou sobre a colpocitologia no diagnóstico precoce do carcinoma do colo do útero, este método foi estudado no Instituto de Ginecologia da Universidade do Brasil sob a direção do professor Dr. Arnaldo de Moraes, sendo que a colposcopia foi praticada de rotina já anos antes. Com a organização, em seguida, do Laboratório de Patologia anexo à Clínica do professor Dr. Arnaldo de Moraes dispunha o Instituto de Ginecologia dos instrumentos indispensáveis à organização que ao ser inaugurado em janeiro de 1948 por razões psicológicas foi designado como Ambulatório Preventivo do Câncer Ginecológico” (Stoltz, 1958).

Como doença específica, a atenção ao câncer do colo do útero no Brasil em meados do século XX foi realizada principalmente nos gabinetes ginecológicos de universidades, em instituições locais de atendimento público e em consultórios ginecológicos privados, não consistindo num problema para a saúde pública nacional. Esse modelo de atenção consistia na avaliação de pacientes que iam aos consultórios por motivos diversos, com ou sem sintomas da doença, e também eram submetidas a exames para detecção de lesões no colo uterino.

O IG representava um destes espaços, tendo o destaque de seu pioneirismo na organização e utilização das ferramentas de diagnóstico. As diretrizes de trabalho da instituição foram pautadas com base na ideia do diagnóstico precoce e, meses após a organização do Instituto as ações em câncer foram sistematizadas num novo espaço integralmente dedicado ao controle da doença, que marcou a consolidação do papel do IG no cenário da cancerologia nacional.

Os primeiros anos de funcionamento do IG: diagnóstico precoce e formação profissional

Em meados do século XX, a principal estratégia médica para controle do câncer do colo do útero era a defesa da realização do diagnóstico precoce da doença. Diante dos limites da medicina em curar a doença, a detecção do tumor em fases iniciais de evolução aumentava as possibilidades de intervenção terapêutica. Na sessão editorial dos “Anais Brasileiros de Ginecologia” do ano de 1949, o médico Normando Arenas esboçou uma definição sobre o que seria o diagnóstico precoce. Segundo o autor, o conceito de precocidade era variável, indo desde tumores pequenos, já considerados avançados em termos de possibilidades de intervenções terapêuticas, até aqueles revelados por meio de microscópio. Arenas adotava o conceito trazido por Hinselmann, que considerava como precoce a lesão bem localizada, de apenas poucos milímetros de diâmetro, sem infiltração nem profundidade (Arenas, 1949). Arnaldo de Moraes destacava, no final da década de 1940, que diagnóstico precoce estava relacionado ao câncer assintomático. O câncer do

colo do útero que apresentava sangramento e dores já estava em estado avançado. Neste caso, o diagnóstico era apenas clínico, não correspondendo a suspeita da doença ou do risco da mesma (Moraes, 1948)

Anos antes da criação oficial do IG, ainda sob a denominação de Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina, os médicos Arnaldo de Moraes e Jorge Lima publicaram um artigo no qual discutiram alguns casos de pacientes atendidas no serviço, a partir da defesa do diagnóstico precoce como estratégia de controle do câncer do colo do útero. Na publicação, os médicos destacaram que:

“Na Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina, como é fácil de compreender, o problema do câncer do aparelho genital representa preocupação constante, por seu aspecto médico-social. Não basta, porém, preconizar o diagnóstico precoce do câncer. É mister praticar, mercê dos recursos modernos, a sua investigação nas fases mais precoces do mal. Aparelhada a clínica oficial, não somente sob o ponto de vista material, como também dispondo de técnicos habilitados, podemos hoje mostrar já os frutos de nossa orientação, de que são exemplo as publicações feitas por colaboradores do serviço” (Moraes e Lima, 1945: 22).

Na publicação em questão, foram apresentados e analisados dados de dois prontuários de atendimento. As fichas das pacientes seguiam uma composição padrão na disposição de dados. Primeiramente, eram identificadas por nome, idade, características físicas, como cor da pele, nacionalidade e estado civil. Após uma breve descrição da situação de saúde da mulher e/ou da queixa que impulsionou a busca pelos serviços, eram relatados antecedentes familiares, pessoais e genitais considerados relevantes para a situação atual da paciente. Logo após o preenchimento destes pontos, eram descritos os exames ginecológicos realizados, o diagnóstico obtido e o tratamento empregado. Na parte dos exames alguns pontos chamam atenção. A primeira referência era a do exame colposcópico, seguido pela citologia. A cada método, seguia uma descrição de toda a análise que foi efetuada, principalmente nos casos em que fossem encontradas lesões suspeitas. Em relação à colposcopia, a riqueza de detalhes descritos é impressionante. Era

realizada a descrição de todas as características observadas em cada parte do órgão e a interpretação dada a cada um dos elementos (Moraes e Lima, 1945).

A elaboração destas fichas permitia o acompanhamento do atendimento, desde a entrada da paciente ao serviço, até quando a mesma era considerada curada ou chegava a óbito. A interrupção deste processo, geralmente pelo não retorno e prosseguimento da mulher ao tratamento empregado pela instituição, também era possível de ser destacada e indicava os pontos frágeis do atendimento. Estas informações serviam como base para avaliações dos trabalhos realizados na instituição e projeções de ações a serem implementadas para otimizar os resultados. Na segunda metade do século XX, como será discutido mais adiante, essas fichas foram organizadas, por iniciativa da médica Hildegard Stoltz, uma das responsáveis pela difusão da colposcopia na instituição, e transformaram-se num banco de dados tanto para avaliação dos trabalhos, quanto um mecanismo de produção científica, funcionando como fonte para a publicação de balanços de atendimento e qualidade dos mesmos.

Como exemplo dos procedimentos de rotina da Clínica Ginecológica, retornemos às fichas descritas por Arnaldo de Moraes e Jorge Lima em 1945. A primeira paciente descrita era branca, casada e com 42 anos quando registrada na Clínica. Sem apresentar um quadro de dores ou antecedentes que indicassem alguma doença ou anormalidade ginecológica, a mulher buscou atendimento por estar com perda de sangue por vinte dias após o término de seu último ciclo menstrual. Os primeiros exames realizados foram a colposcopia e citologia, e não foi indicada nenhuma anormalidade. No entanto, como o sangramento não cessava, foi realizada uma biópsia de tecidos coletados da região uterina. Nos resultados histopatológicos foram verificadas lesões no tecido endometrial, a partir das quais ficou comprovado que se tratava de tecido tumoral com células consideradas “anormais”. A indicação ao tratamento foi imediata: intervenção cirúrgica com histerectomia total. A descrição mostra como o uso conjunto das tecnologias de diagnóstico era realizado, na tentativa de investigar todos os indícios que apontassem para uma suspeita de câncer. Ao final do relato do caso, os médicos argumentaram que, os avanços no trabalho realizado na Clínica estavam na análise minuciosa da paciente. Para esta análise, a orientação era de transpor as questões puramente sintomáticas e/ou rapidamente visualizadas e proceder a

uma investigação que buscasse identificar quaisquer aspectos de anormalidade. Segundo os médicos: “um diagnóstico não exclui o outro” (Moraes e Lima, 1945: 27). Dessa forma, para identificação das lesões todos os procedimentos deveriam ser efetuados e, o quanto antes fossem realizados os exames, maiores as possibilidades de intervenção médica e sobrevida da paciente.

Outro exemplo sobre a rotina de trabalhos na Clínica, fundamentada no uso do “modelo triplo”, era a ficha de descrição de uma paciente de 29 anos, branca e casada. Após um ano e meio do último parto, sentia dores constantes na região no baixo ventre e, naquela ocasião, já havia buscado atendimento médico em outro espaço ambulatorial. No primeiro atendimento prestado à paciente, cujo nome do ambulatório não foi citado no documento médico, foram realizados procedimentos para tratar uma possível inflamação nos ovários. Após meses sob tratamento, e sem obter melhoras, a paciente então teria procurado o serviço da Clínica de Ginecologia. Os primeiros exames realizados indicaram a presença de células suspeitas, pelo esfregaço vaginal. Em seguida foram feitos exames colposcópicos, somados ao teste de Schiller, que indicaram zonas cancerosas no colo da paciente. A orientação à biópsia foi imediata e foi constatada a presença de um câncer do colo do útero no penúltimo grau de evolução da doença. A colposcopia, no caso em questão, foi destacada como principal meio para realização do diagnóstico, por ter permitido a realização de biópsia em região macroscopicamente indiferenciável na cervix uterina. Não há informações sobre a resposta da paciente ao tratamento, nem sobre quais os procedimentos seriam empregados, apenas que a mesma encontrava-se sob vigilância médica.

O fator de maior destaque no caso acima descrito era a distância entre a aparição dos primeiros sintomas de anormalidade na paciente e a realização do diagnóstico do câncer. Para além da paciente, no caso em questão, a orientação de tratamento inicial sem a investigação da possibilidade da doença teria agravado e contribuído para a evolução do tumor. A ressalva dos médicos da Faculdade de Medicina à situação descrita era o apelo à importância do diagnóstico precoce como principal forma de prevenção do câncer do colo do útero.

A precocidade na identificação da doença era destacada como ponto chave para organização de ações contra a mesma. Na publicação da tese de Vespasiano Ramos sobre o valor da citologia no diagnóstico do câncer ginecológico, descrita no início deste capítulo, o médico ressaltava que “o diagnóstico precoce do câncer é a melhor arma que, atualmente, dispomos contra ele” (Ramos, 1942: 12). A fala de Ramos evidenciava o preceito chave que orientou os trabalhos dos médicos naquele período e na Clínica Ginecológica em particular: a realização do diagnóstico precoce do câncer do colo do útero. Numa formulação do que seria ideal, dois preceitos eram destacados: a precocidade em si, o quanto antes melhor, e a utilização de métodos simples e fáceis, mas ao mesmo tempo precisos e eficazes. Uma condição estava diretamente relacionada à outra, na medida em que a utilização das ferramentas disponíveis para o trabalho, colposcopia, citologia e biópsia, potencializaria a identificação de alterações no colo uterino e aumentaria as possibilidades de intervenção sobre a doença e cura da paciente.

Como uma doença silenciosa, o câncer do colo do útero manifestava seus sinais já em estados avançados de evolução do tumor. Dessa forma, a falta de sintomas não era prerrogativa para a não realização de uma série de exames nas pacientes que recorriam à Clínica. A “pesquisa sistemática” do câncer em todas as pacientes consultadas era a principal estratégia de controle e prevenção da doença (Ramos, 1942).

Nas palavras de Arnaldo de Moraes,

“No Serviço sob minha direção e aos alunos que comigo estudam no curso médico, assinalo sempre e mais de uma vez que tenho repetido as palavras do prof. Stoeckel, que a primeira função do médico internista e do cirurgião que não quer fazer ginecologia, não é a de receitar hormônios, lavagens, óvulos ou quaisquer substâncias hemostáticas, mas, sim, pensar sempre na possibilidade de um câncer do aparelho genital feminino e encaminhar essas pacientes, enquanto é tempo, ao ginecologista. Porque é justamente no diagnóstico precoce do câncer do útero que temos a melhor probabilidade de salvação dessas vidas” (Moraes, 1942: 295).

Como diretor da Clínica Ginecológica, a orientação primeira de Arnaldo de Moraes era a investigação sistemática de cada paciente em particular. Esta investigação deveria abarcar as ferramentas de diagnóstico disponíveis, de forma concomitante. A administração de quaisquer medicamentos sem a confirmação ou não de que se tratava de um caso de câncer poderia agravar o estado da paciente. Assim, o prognóstico deveria ser discutido em equipe, e as orientações de tratamentos pensadas a partir da análise de todos os exames realizados.

Para os médicos envolvidos no ideário da Clínica, a organização de uma “Luta Anticancerosa” catalisaria a realização do diagnóstico precoce do câncer genital, devendo, para tal, colaborarem autoridades governamentais e médicas. Eram necessárias ainda as criações e organizações de centros de investigação, institutos de diagnóstico e tratamento, assim como de propagandas de divulgação científica e popular (Moraes, 1942). Nesta perspectiva, o IG colocava-se como centro de referência nas orientações de ações de controle da doença, funcionando como parâmetro tanto para organização de outras instituições, quanto na divulgação de conhecimentos em câncer para os pares e para o público em geral.

Duas palavras mostravam-se cruciais para o diagnóstico precoce do câncer do colo do útero: educação e propaganda. A primeira, endereçada tanto ao público leigo quanto aos profissionais da arte de curar, para capacitá-los a identificar os primeiros sinais de manifestação da enfermidade. E, a segunda, ocorrendo de forma ininterrupta, intensa e bem articulada, com destaque para a importância do rastreamento sistemático e preventivo da mulher. A prevenção, naquele momento estava relacionada à identificação precoce do tumor e intervenção imediata no mesmo (Arenas, 1949).

Era destacada a necessidade de exames periódicos para constante averiguação de suspeitas de casos de desenvolvimento de carcinomas. A orientação da instituição carioca era de que, a partir dos 30 anos, toda mulher que já tivesse filhos deveria se submeter a um exame anual e, para todas as pacientes que comparecessem ao consultório ginecológico deveria ser realizado um exame colposcópico para efeitos preventivos. Nos casos em que a colposcopia levantasse suspeitas, a citologia e a biópsia confluiriam para novas

investigações e elaboração do diagnóstico. Para serem eficazes, estes exames deveriam estar acessíveis a todo o público feminino com idade superior a 35 anos e na periodicidade de 6 meses. Além da busca por indicações de câncer no período assintomático, atentava-se para o diagnóstico e tratamento de todas as lesões identificadas e que pudessem ser predisponentes ao câncer (Moraes, 1942). A participação dos diversos profissionais da saúde, como farmacêuticos, enfermeiras e parteiras, era destacada como fator importante para instrução das mulheres na busca constante dos serviços de atendimento médico, mesmo sem a presença de nenhum sinal orgânico de anormalidade. A indicação era de que os exames comessem a ser feitos em todas as mulheres grávidas, por ser este um período no qual, em geral, as mulheres aceitavam com mais facilidade submeter-se a cuidados paliativos. Após o parto e dos 35 anos também deveria haver uma campanha educativa, com folhetos, conferências e divulgação em jornais para atrair este público aos centros de tratamento e consultórios (Idem).

O discurso em defesa do diagnóstico precoce como mecanismo de formação de ações de controle do câncer do colo do útero caminhava em paralelo com o discurso em torno da educação e formação profissional. Os investimentos dos médicos da Clínica Ginecológica na especialização profissional estavam direcionados para a formação em ginecologia, com ênfase no manuseio das ferramentas de diagnóstico precoce do câncer do colo do útero.

Formação profissional no IG

Anualmente era publicado nos Anais Brasileiros de Ginecologia um relatório de atividades didáticas, no qual eram destacados os cursos ministrados na Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, as aulas realizadas, o quantitativo de alunos e principais pontos discutidos. Um dos princípios da direção de Arnaldo de Moraes era o funcionamento da Clínica como um espaço de formação profissional e de debates médicos relativos à ginecologia. Como exemplo das

atividades didáticas da instituição, no ano de 1941 foram ministradas um total de 171 aulas de clínica e realizadas 47 sessões cirúrgicas. Os alunos observavam e participavam da prática cirúrgica, como forma de complementar os estudos da faculdade. Para tal, eram divididos em grupos, cada um com duas aulas semanais. Outra prática comum era a realização de cursos de extensão universitária, que ocorriam fora do período letivo regular. Em novembro de 1941, no curso de extensão, foram proferidas 20 conferências para 40 alunos e profissionais formados. As conferências eram compostas por sessões práticas e geralmente ministradas por professores da própria faculdade e convidados de outras instituições (An. Bras. Gin. 1942 – notas e comentários).

Desde o início dos trabalhos na cátedra de ginecologia da Faculdade de Medicina, um dos principais focos de Arnaldo de Moraes foi o investimento em cursos de formação profissional em câncer ginecológico. Como porta de entrada das tecnologias de diagnóstico do câncer do colo do útero no Brasil e espaço de difusão e construção dos conhecimentos relacionados à doença, os profissionais da Faculdade de Medicina contemplaram em sua pauta de trabalho a educação e formação profissional como forma tanto de divulgação e afirmação dos trabalhos desenvolvidos, quanto na construção de um corpo de especialistas em câncer.

Entre os meses de novembro e dezembro de 1946 foi realizado, nas dependências da faculdade, um curso de extensão, direcionado a médicos diplomados no Brasil e/ou no exterior, voltado especificamente para questões sobre os cânceres ginecológicos femininos. Dentre as pautas discutidas e aulas ministradas estavam: “estudo geral das neoplasias malignas do aparelho genital feminino”; “importância do diagnóstico precoce do câncer ginecológico”; “aspecto clínico do câncer do colo do útero”; “tratamento geral do câncer ginecológico”, etc. (Anais Brasileiros de Ginecologia – “Notas e comentários”, 22(2), agosto, 1946). A maior parte das aulas foi ministrada pelo próprio Arnaldo de Moraes. Os títulos das conferências nos permitem inferir algumas das principais preocupações do médico e de sua equipe naquele momento. A questão do câncer ginecológico, principalmente do câncer do colo do útero, obtinha cada vez mais visibilidade no círculo médico e social. Isto porque, as estatísticas mostravam índices crescentes de mortalidade pela doença, e ainda apontavam um possível quantitativo ainda maior de mulheres não

diagnosticadas ou casos não relatados. Assim, com a introdução dos novos métodos de diagnóstico, um dos principais pontos era a ressalva quanto à importância da detecção precoce para controle da enfermidade, assim como o reconhecimento dos sinais clínicos.

Em dezembro de 1955, foi realizada uma sessão solene no Instituto de Ginecologia, na qual Arnaldo de Moraes proferiu um discurso de encerramento de mais um curso de extensão universitária sobre “câncer ginecológico”. Segundo Arnaldo de Moraes, o curso já era uma tradição no Instituto, com realização anual. Os objetivos eram ministrar a médicos e doutorandos da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil conhecimentos sobre propedêutica e terapêutica do câncer ginecológico, a partir dos resultados obtidos nos trabalhos do Instituto; e realizar um balanço anual tanto das atividades realizadas quanto dos progressos em relação ao quantitativo de pacientes atendidas e aos resultados obtidos (Moraes, 1956). O discurso de Arnaldo de Moraes reforça a ideia dos cursos de extensão como estratégias de divulgação e afirmação dos trabalhos da instituição, que se consolidava como referência nas ações de controle do câncer do colo do útero no Brasil em meados do século XX. A formação profissional extrapolava as fronteiras da instituição, atingindo outros espaços que construíam e mantinham um diálogo com o IG. O Instituto se transformou num modelo seguido por instituições como o Hospital de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Minas Gerais e o Hospital Aristides Maltez, como será discutido nos próximos capítulos. Como centro irradiador de conhecimentos, a instituição afirmou-se no campo da formação profissional e atendimento ao câncer do colo do útero no Brasil.

No encerramento do curso de 1955, Arnaldo de Moraes endossou que, com as publicações da literatura internacional sobre a questão do câncer e os trabalhos realizados na instituição, a chave do problema seria a realização do diagnóstico precoce (Moraes, 1956). Este foi o ponto mais verificado nos discursos da instituição durante todo o período analisado. Ideia já muito discutida, e norteadora das ações do IG e das discussões traçadas neste capítulo, esta seria a estratégia principal para evitar sofrimentos desnecessários das enfermas e garantir a sobrevivência das pacientes. Mais uma vez o orador atentava para os limites no campo da terapêutica, no qual, apesar dos avanços cirúrgicos e adiantamento das técnicas, os resultados de cura efetivos pouco atestariam em números efetivos. A formação profissional, através de cursos específicos, seria uma das estratégias para garantir a

realização deste diagnóstico. Nesta perspectiva, a instituição afirmava-se novamente como espaço para esta formação, através dos cursos anualmente oferecidos.

Nas palavras de Arnaldo de Moraes:

“O problema do câncer ginecológico depende do binômio doente-médico. É preciso que o primeiro seja esclarecido da vantagem dos exames periódicos que descobrem lesões que podem levar ao câncer e passíveis de reparos ou até estados incipientes do mal, curáveis, conforme a localização, em 100% dos casos; e o segundo instruindo os médicos, de forma a poderem oferecer segura garantia, pelo seu preparo técnico que a paciente procura e acata confiante” (Moraes, 1956: 46).

A educação em câncer seria construída em dois polos: a direcionada ao público feminino e a direcionada à comunidade médica. Ao primeiro, as ações educacionais não tinham como objetivo a auto-instrução ou auto-diagnóstico, e sim, o reconhecimento da necessidade de recorrer aos serviços médicos ao menor sinal de anormalidade e, principalmente, de realizar exames periódicos como forma de prevenir a doença. Já no tocante ao segundo grupo, o reconhecimento da doença e das lesões que pudessem evoluir para um tumor eram os pontos mais importantes. Mas para além destes aspectos, outro ponto surgia como discussão na elaboração de ações de controle do câncer do colo do útero e realização do diagnóstico precoce da doença: a formação técnica para utilizar as tecnologias e avaliar os resultados apresentados.

Para a realização do diagnóstico precoce do câncer ginecológico eram necessários profissionais capacitados em colposcopia, colpocitologia e anátomo patologista para análise do material de biópsia (Rieper, 1963). O trabalho deveria ser realizado de forma conjunta, e, a chave do sucesso estava na experiência de cada profissional. Quanto mais experiente, maior a qualidade do trabalho realizado.

No ensino da colposcopia, era reforçado o discurso da necessidade de uma formação prática, com profissionais formados diretamente com Hinselmann ou seus discípulos. Como técnica interpretativa, a colposcopia demandava profissionais treinados na análise

das lesões do colo uterino, distinguindo e localizando alterações que pudessem suscitar a suspeita de câncer. Esta interpretação necessitava de treinamento e trabalho prático, o que colocava em questionamento a formação através de manuais e imagens sem a análise direta de pacientes. Porém, em muitos casos, a formação prática não era uma realidade dos espaços de atendimento nacionais, o que gerava dificuldades na formação de novos especialistas que pudessem difundir e aplicar a técnica.

Além da formação profissional, as dificuldades de difusão da técnica passavam por lacunas na própria estrutura da saúde pública brasileira de meados do século XX. As condições de trabalho na maioria dos hospitais públicos representavam um obstáculo ao trabalho dos colposcopistas. Em muitos momentos, os exames ocorriam sem a presença de um auxiliar e em condições inadequadas de luminosidade. Para uma melhor realização dos exames, o ambiente deveria ter luminosidade fraca, o que, em países tropicais era dificultado pela falta de recursos como sistemas de resfriamento das salas e, conseqüentemente, de trabalhar em um ambiente com janelas e cortinas fechadas, sem uma climatização adequada. Além deste aspecto, os altos custos de aquisição e manutenção do aparelho levavam à utilização de instrumentos com custo mais acessível, e de menor qualidade (Teixeira e Lowy, 2011).

As dificuldades na formação prática de colposcopistas avançaram nos anos posteriores à criação do IG. Em 1970, os médicos João Paulo Rieper e Clóvis Salgado (BH) publicaram um livro sobre colposcopia, no qual destacaram a importância do método no diagnóstico do câncer e descreveram as potencialidades da ferramenta. A justificativa de publicação da obra era de divulgação do processo de diagnóstico, prevenção e tratamento do câncer do colo do útero. Como não havia manuais sobre o tema em língua portuguesa, o livro cumpria a missão de formar, o quanto antes, especialistas na área para atuação no campo médico brasileiro. Mesmo reconhecendo a necessidade da prática na formação de especialistas, os autores destacavam a importância de tornar o material acessível aos jovens universitários, como aspecto complementar de sua graduação. Este discurso era fruto do baixo quantitativo de colposcopistas, em comparação ao considerado ideal para diagnosticar a doença. Segundo os autores, para instalação de dispensários preventivos no país para atendimento de toda a população seria necessário formar cerca de dois mil

colposcopistas. O número de profissionais já existentes não foi descrito. Mas, num universo de pouco mais de 90 milhões de habitantes, com 46 milhões de pessoas do sexo feminino²⁷, o incremento desejado para o número de colposcopistas ainda era pequeno (Salgado e Rieper, 1970). Com estes números podemos perceber a distância entre a perspectiva e a realidade na formação profissional, mesmo com os esforços empreendidos desde a década de 1940 com o Instituto de Ginecologia.

Nos anos iniciais dos trabalhos na Clínica Ginecológica as orientações do trabalho estiveram voltadas para a tentativa de examinar o maior quantitativo possível de mulheres, visando adquirir maior experiência com as ferramentas de diagnóstico e, conseqüentemente, melhores resultados no diagnóstico precoce do câncer do colo do útero (Rieper, 1963). Com o decorrer dos trabalhos, a defesa do ensino, como forma de atender a um número ainda maior de mulheres através da divulgação das tecnologias de diagnóstico, tornou-se pauta ativa nos trabalhos da instituição. As justificativas versavam em torno da ideia que, investindo no ensino, o quantitativo de mulheres atendidas seria maior, em decorrência da possibilidade de formação de novos espaços de atenção à doença, em diferentes regiões do país.

As ações no Instituto de Ginecologia estiveram em boa parte voltadas para a divulgação dos conhecimentos em relação ao câncer do colo do útero. Entre os anos de 1950 e 1960, a frequência dos cursos médicos oferecidos foi de aproximadamente 250 vezes ao ano. No início dos trabalhos, as palestras eram ministradas numa pequena sala com duas mesas ginecológicas. Devido à demanda e limites de espaço, nos anos 1960 foram disponibilizados mais dois turnos para os médicos interessados (Rieper, 1963). Os médicos que participavam dos cursos circulavam com seus conhecimentos em outros espaços, o que permitia uma ampliação no quantitativo de serviços formados e pacientes examinadas segundo as novas ferramentas para diagnóstico.

A partir da década de 1960 os cursos de pós-graduação em colposcopia, colpocitologia a histologia passaram a ocorrer anualmente. De início, os cursos foram realizados separadamente, por matéria. Mas, segundo Rieper, como a realização do

²⁷ IBGE, Censo de 1970.

diagnóstico precoce da doença era baseada na utilização conjunta dos métodos, e um tinha a função de complementar o outro, o curso passou a contemplar as três modalidades simultaneamente, com comparações sobre a eficácia dos métodos, demonstração e discussão de casos concretos, observados na rotina ambulatorial do IG (Rieper, 1963). Este modelo de ensino afirmava a orientação da instituição na utilização do “modelo triplo” e na afirmação deste como marca registrada e identidade dos trabalhos do IG.

A colposcopia, por exemplo, era ensinada aos estudantes da Faculdade de Medicina, no currículo normal do curso, com uma mescla entre aulas teóricas e práticas tendo, esta, papel de maior destaque. Aos acadêmicos era permitido acompanhar as atividades de rotina do ambulatório, o que permitia reforçar o aspecto prático da formação oferecida pelo IG.

Segundo Rieper, “*Não adianta fazer campanhas para incitar todo mundo a fazer exames ‘preventivos’ se não existem técnicos capacitados em número suficiente para atender às pacientes que se apresentem*” (Rieper, 1963: 64). Assim, as campanhas para realização do diagnóstico precoce só atingiriam os objetivos com um quantitativo suficiente de profissionais para o atendimento. Embasados nessa ideia, os médicos do IG investiram na formação continuada tanto do próprio corpo profissional quanto, e principalmente, de profissionais de outras instituições, formando uma rede de discussão e ações de controle do câncer do colo do útero. Para atuação específica frente à doença, criaram ainda um espaço voltado exclusivamente para os cânceres femininos, que se tornou referência em atendimento e formação profissional: o Ambulatório Preventivo do Câncer Ginecológico.

O Ambulatório Preventivo do Câncer Ginecológico

Pouco tempo após a fundação do Instituto de Ginecologia, em 1948, ano em que a Congregação da Universidade concedeu existência legal à instituição, foi criado o Ambulatório Preventivo do Câncer Ginecológico. O Ambulatório, na verdade, deu continuidade aos trabalhos já desenvolvidos no Instituto, mas agora com atenção voltada

para os cânceres femininos, na formação de técnicos especializados e realização de exames ginecológicos específicos, com as ferramentas de diagnóstico precoce já utilizadas.

O Ambulatório foi fundado em janeiro de 1948 com o nome de “Ambulatório Preventivo do Câncer Ginecológico”. A denominação do novo espaço seguiu critérios de ordem mais psicológica do que propriamente médica. A inclusão do termo “preventivo” era justificada no preceito de que, pelo receio e incertezas que a doença despertava, a ideia da prevenção seria mais indicada para atrair o público feminino no atendimento e realização de exames (Rieper, 1959). Os motivos que embasaram a denominação do novo espaço foram descritos por Arnaldo de Moraes em conferência realizada no II Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, realizado na cidade mineira de Belo Horizonte em 1951, e posteriormente publicada nos Anais Brasileiros de Ginecologia:

“Preferimos a denominação de ‘preventivo’ para o nosso dispensário, em vez de chamá-lo de descoberta (detection) de câncer, por fundamentos de ordem psicológica, fáceis de compreender, além de que o mesmo faz realmente trabalho de profilaxia, quer pela indicação da terapêutica que remove lesões que certamente predispõe ao câncer, quer pelo diagnóstico e conseqüente tratamento do câncer assintomático” (Moraes, 1952: 27).

A ideia da prevenção solidificou-se como bandeira das ações do Ambulatório, pensado como espaço de atenção específica ao câncer feminino. Após inauguração, o funcionamento foi organizado de forma semanal, realizado uma vez por semana, às terças-feiras, no próprio espaço ambulatorial do Instituto de Ginecologia. No início dos trabalhos ambulatoriais, o atendimento diário era em torno de 35 a 40 pacientes a cada terça-feira. A finalidade principal do Ambulatório era a realização do diagnóstico precoce do câncer ginecológico, propriamente o do colo do útero. O intuito dos profissionais era o de examinar o maior número possível de mulheres e diagnosticar lesões incipientes no colo uterino.

Com a inauguração do Ambulatório, investiu-se em propaganda para atrair as pacientes para exames e evidenciar os trabalhos realizados. Esta propaganda se dava principalmente através da publicação e distribuição de folhetos explicativos sobre a doença,

na divulgação dos trabalhos do Instituto em rádios e imprensa local. O intuito era conscientizar profissionais e leigos da importância do diagnóstico precoce dos cânceres femininos para um melhor prognóstico no tratamento (Salles, 1963). Anúncios e legendas foram distribuídos à imprensa carioca, e os médicos do Instituto gravaram entrevistas em rádios locais para divulgação. Uma destas entrevistas foi concedida à “Rádio Globo”, importante veículo de comunicação na sociedade carioca da época. Na ocasião, foi realizada uma mesa redonda à disposição do IG, dirigida por Arnaldo de Moraes, na qual foram discutidas e apresentadas ao público as diretrizes do Ambulatório e importância da realização do exame ginecológico periódico preventivo. Em colóquio com seus assistentes, o médico instruiu ao público em geral acerca das vantagens da realização dos exames ginecológicos preventivos (Rieper e Stoltz, 1948).

O Ambulatório teve papel importante na utilização e divulgação das ferramentas de diagnóstico precoce do câncer do colo do útero, influenciando diretamente nas estatísticas tanto de cura relativa quanto absoluta. Seguiu a orientação pioneira da Clínica Ginecológica no emprego conjunto de colposcopia e colpocitologia, além da biópsia dirigida, no exame de todas as pacientes, sintomáticas ou não. Os exames continuaram a ocorrer em todas as pacientes que buscavam o atendimento, independente das queixas e sintomas apresentados. Inseridos no ideal do diagnóstico precoce, a prática de realização dos exames de diagnóstico em todas as pacientes era uma forma de prevenir a ocorrência da doença e aumentar a capacidade de intervenção do Ambulatório nos casos de câncer detectados.

Quando da organização institucional, foram designados como responsáveis pelos setores de diagnóstico membros já atuantes na instituição: para a colposcopia, Hildegard Stoltz e João Paulo Rieper; para a citologia Dib Gebara e Clarisse Ferreira do Amaral; e, na histologia, Sebastião Coutinho e Nisio Marcondes da Fonseca. A criação do Ambulatório atendeu a alguns preceitos que fundamentaram os trabalhos do Instituto de Ginecologia em relação ao câncer. Primeiramente, a iniciativa de dispor à população um espaço de atendimento que garantisse o diagnóstico da doença a partir da utilização dos recursos científicos disponíveis no período. Segundo, a ampliação do ensino médico em relação à temática, garantindo a formação de profissionais para atuarem no controle da doença. E, por fim, o investimento em pesquisas que contribuíssem para as ações contra o câncer

feminino (Stoltz, 1963). As finalidades do Ambulatório eram destacadas por Arnaldo de Moraes como sendo: realizar propaganda e educação da população feminina; a profilaxia, pelo diagnóstico e eliminação das lesões crônicas e inflamatórias; o diagnóstico dos casos de câncer grau 0; a avaliação científica e o aperfeiçoamento dos métodos de diagnóstico empregados; e a orientação terapêutica no controle do câncer (Moraes, 1952).

Alguns fatores, no entanto, dificultavam a realização das ações propostas no Ambulatório. Em artigo de 1965, João Paulo Rieper relatou a limitação dos atendimentos em decorrência do pequeno número de mulheres que buscavam o serviço. Esse número era comparado ao quantitativo total de pacientes que poderiam ser atendidas e tratadas na instituição. Além da baixa procura, o médico destacava também a falta de profissionais devidamente capacitados para a realização dos trabalhos de diagnóstico, como colposcopistas, citologistas e patologistas. Para Rieper, o preenchimento da lacuna de profissionais demandaria maior investimento em cursos de capacitação e melhores salários (Rieper, 1965).

Para uma ação mais efetiva no controle da doença, o foco nos atendimentos eram as mulheres que buscavam o serviço na fase assintomática do câncer. Conforme discutimos, a possibilidade de intervir da medicina estava limitada aos estágios iniciais de desenvolvimento do tumor. Assim, quanto antes a identificação, maiores as condições de intervenção. Tal questão pode ser verificada na fala dos próprios personagens:

“[nos dados] sobre o motivo da consulta resulta que, apenas as clientes seguindo o conselho da propaganda podem ser consideradas como desejáveis ao ambulatório preventivo de câncer, isto é, 8% das nossas doentes. Todas as outras já tinham sintomatologia suspeita, sendo 30,8% enviadas ao nosso laboratório apenas para estabelecer o diagnóstico diferencial ou para o tratamento ou continuação de tratamento de neoplasias já diagnosticadas. Mas, consideramos também como vitória ter trazido casos iniciais de câncer do colo ao tratamento pela propaganda. Sendo que uma mulher preta de 32 anos, ouvindo a palestra no rádio, reconheceu que o seu corrimento seria suspeito, procurou o ambulatório, sendo portadora de neoplasia do colo I, submetida [a tratamento específico] (...), com favorável resultado imediato” (Rieper e Stoltz, 1948).

Com o decorrer das atividades do Ambulatório, algumas orientações foram modificadas. Uma das principais alterações foi em relação ao aspecto quantitativo dos atendimentos. À medida que eram ressaltadas nos periódicos e no cotidiano do Ambulatório as discussões sobre os casos atendidos, as ferramentas de diagnóstico utilizadas e seus resultados, o aspecto quantitativo cedeu espaço para a qualidade nos exames e na análise dos resultados. O tempo gasto na realização dos exames passou a ser maior, e o cruzamento dos resultados estudados em cada paciente feito de forma mais minuciosa (Rieper, 1959). O aspecto educativo do Ambulatório destacou-se como função primordial do mesmo. Segundo Rieper, ao final da primeira década de atendimento, percebeu-se que a função de transmitir as experiências e ensinar aos profissionais sobre o câncer era mais significativo para os propósitos da instituição do que propriamente as estatísticas de atendimento. Com a ampliação do escopo de médicos formados e habilitados para realização do diagnóstico precoce da doença, automaticamente, o quantitativo de pacientes atendidas aumentaria em proporções consideráveis. Como órgão de ensino, atrelado à Faculdade de Medicina, os estudantes recebiam orientações diretas dos médicos ligados ao Ambulatório, com cerca de 300 novos profissionais sendo instruídos anualmente sobre o tema (Idem).

Seguindo no intuito original do Ambulatório, o diagnóstico precoce era a melhor forma de controle do câncer e, neste sentido, o atendimento “preventivo” a mulheres assintomáticas era o objetivo primeiro dos profissionais. Os resultados obtidos na diversidade de casos observados eram destacados pelos oradores, na apresentação de cifras que demonstram números de pacientes com o tumor controlado, que repetiam os exames em caráter periódico e retornavam à clínica para consultas regulares.

Nas palavras dos médicos do IG, a realização do diagnóstico precoce possibilitava o bom funcionamento do Ambulatório Preventivo e conferia melhores resultados nos tratamentos efetuados. Segundo Álvaro Salles,

“Não é somente do ponto de vista educativo, para o preparo dos futuros médicos que encarecemos o valor do diagnóstico precoce, mas ainda, e principalmente, pela excelente perspectiva que esta nova orientação impressa aos ambulatórios e serviços preventivos, uma vez adotada por

todos os ginecologistas e obstetras pode oferecer à medicina preventiva como fator decisivo de aspecto médico-social na campanha contra o câncer ginecológico” (Salles, 1963).

A experiência adquirida com o emprego sistemático das ferramentas de diagnóstico somada à propaganda para atrair as pacientes ao atendimento assintomático no Ambulatório impactava diretamente nos índices de tumores identificados nos estágios iniciais de evolução. Em 15 anos de funcionamento ambulatorial, a estatística apresentada de crescimento no número de casos identificados nos primeiros estágios era de 300%, quando comparado ao final dos anos 1940, início dos trabalhos da Clínica Ginecológica (Salles, 1963). O aumento no número de casos identificados em fases iniciais estava diretamente relacionado ao um aumento nas possibilidades de intervenção contra a doença, nas intervenções cirúrgicas e sobrevida das pacientes.

Dos 3000 primeiros casos atendidos no Ambulatório, Arnaldo de Moraes publicou alguns dados relativos aos motivos de busca das pacientes pelo atendimento e da distribuição das mesmas segundo a cor. Nas primeiras mil pacientes, cerca de 13% buscaram os serviços a partir de propaganda leiga (considerada a de rádio, outras pacientes e funcionários do hospital Moncorvo Filho, onde ficava situado o Ambulatório) e 26% por indicação médica. Destas mulheres, 64% eram brancas, 23% pardas e 13% pretas. Na segunda milha de pacientes, o perfil de cor mantinha-se, com 57% de brancas, 25,5% de pardas e 17,5% pretas. Em relação aos motivos, o percentual por propaganda leiga era de 18% e indicação médica 31%. No último grupo, 30% buscaram atendimento via propaganda e 40% via médicos. Do perfil, muito semelhante aos demais grupos, a grande maioria era de mulheres brancas, 64%, seguidas por 21% de pardas e 15% pretas. Apesar de não apontar a situação social das pacientes atendidas, pela característica da cor, a maioria preponderante era de brancas, num total de 62%, seguidas por pardas, 23%, e negras, 15%. Em relação às motivações para busca de atendimento, a maioria das mulheres recebia indicação médica para consulta especializada (Moraes, 1952). Os dados mostram um aumento constante da busca pelos serviços orientada tanto por médicos quanto pela

propaganda leiga, que eram os dois pilares do Ambulatório para atrair as pacientes e divulgar os trabalhos da instituição.

As pacientes que eram atendidas no Ambulatório recebiam um cartão de matrícula com as datas e horários das consultas. Neste cartão, constava no verso uma mensagem de incentivo para que as mesmas não interrompessem o tratamento e se conscientizassem da importância de diagnosticar precocemente a doença. Os dizeres eram os seguintes:

“O ambulatório preventivo do câncer da mulher visa descobrir alterações no colo do útero e no seio, antes de sintomas manifestos de estados já incuráveis. Aproveite esta oportunidade de tutela de sua saúde, apresentando-se 1 a 2 vezes por ano, ou nos intervalos por nós indicados ao exame que é completamente indolor. Traga as suas amigas e vizinhas para o mesmo exame preventivo” (Moraes, 1952: 28).

A mensagem encaminhada às pacientes sintetizava alguns dos principais preceitos do Ambulatório: a importância do diagnóstico precoce e a divulgação das atividades da instituição. Além de chamar a atenção da paciente para sua auto-responsabilidade em buscar orientação médica regularmente para examinar qualquer suspeita de câncer, a mulher ainda era colocada como porta voz para a conscientização de outras mulheres em seu círculo de convivência, na tentativa de controlar as mortes pela doença e efetivar ações de diagnóstico e tratamento.

Para um controle efetivo do câncer a palavra de ordem defendida naquele momento era o diagnóstico precoce, para além das próprias técnicas de tratamento. E para tal, fazia-se necessário investir em centros de realização de exames preventivos que pudessem atender ao maior número de mulheres, sintomáticas ou não, e acompanhar o quadro nosológico das pacientes. De forma concomitante, o investimento em formação profissional catalisaria o processo de luta contra o câncer feminino, principalmente o de colo do útero que acometia o maior número de vítimas. Para Rieper, mesmo com todas as dificuldades, a organização de ambulatórios preventivos era indispensável em todo centro universitário, para agregar a parte prática ao ensino da cancerologia feminina nos currículos de formação.

Quanto mais cedo se realizasse o diagnóstico, maiores as chances de cura e sobrevivência à paciente com câncer (Rieper, 1963).

O Ambulatório Preventivo do Câncer Ginecológico representou a concretização dos trabalhos desenvolvidos por Arnaldo de Moraes na direção do ensino prático da ginecologia na Faculdade de Medicina. Solidificou o modelo de ações de diagnóstico desenvolvido na instituição e garantiu visibilidade e afirmação da mesma no cenário da ginecologia nacional. Além de se fazer presente em espaços da sociedade civil através das propagandas e atendimentos em geral, realizou também um trabalho com hospitais gerais de atendimento. Estes, sem uma estrutura própria para atendimento dos casos de pacientes com suspeita de câncer, encaminhavam as mesmas para os serviços do Ambulatório.

A produção de conhecimento: a organização das fichas de atendimento ambulatorial e a formação de um banco de dados

Diversos estudos apontaram a importância da existência de longas séries de dados observáveis no desenvolvimento das ciências médicas. Nesse aspecto, Foucault foi um dos estudiosos que discutiu as mudanças no conhecimento clínico advindas do desenvolvimento dos hospitais. Essas ‘máquinas de curar’ transformaram a escala de análise dos médicos: da observação ao leito do doente, a medicina passava a contar com uma longa série de casos a ser analisada, discutida, comparada. No desenvolvimento desta nova ciência médica um elemento permaneceu sendo essencial, se ampliando e sofisticando com o passar dos séculos: os sistemas de registro permanente dos doentes e seus males, das atividades médicas a eles dispensadas e dos diagnósticos médicos. Os primeiros registros eram técnicas de identificação dos doentes e dados para acumular e transmitir informações da movimentação institucional. Constituíam-se um campo documental no interior do Hospital. Além de um espaço de cura, este se tornava também local de registro, acúmulo e formação de saber (Foucault, 2000).

No Ambulatório Preventivo do Câncer Ginecológico, a quantificação e sistematização dos dados de atendimento, através da organização estatística dos mesmos pela confecção de fichas para as pacientes e a organização de um fichário com a documentação produzida, transformou-se na mola propulsora do Instituto para a elaboração de pesquisas e sua difusão através de artigos científicos. A produção deste banco de dados foi iniciativa da médica Hildegard Stoltz, de nacionalidade alemã, que, além dos trabalhos no IG ocupou a direção do Hospital Amparo Feminino, e desde o início de suas atividades no Brasil demonstrou interesse na construção do conhecimento sobre a doença. A organização dos dados de diagnóstico e tratamento permitia sistematizar informações do funcionamento da instituição e indicava a produção de ciência, dos registros e análise dos mesmos. As compilações oriundas deste material permitiam avaliações do atendimento, dos resultados obtidos e da própria organização institucional. Referida como “investigação médico-científica”, para Stoltz, a organização dos registros de atendimento tinha como objetivo permitir a sistematização e análise de dados das pacientes, de forma a contribuir para o estudo da epidemiologia do câncer ginecológico no Instituto de Ginecologia e também tecer comparações e relações com os trabalhos efetuados em outros espaços e regiões do país (Stoltz, 1963). A quantificação da dos atendimentos realizados na instituição e sua sistematização permitiam a construção e consolidação dos conhecimentos ali produzidos e difundidos.

Ao final da década de 1960, Hildegard Stoltz apontava para as dificuldades na obtenção de dados sobre a realidade de incidência e tratamento do câncer do colo do útero no Brasil, em decorrência da falta de registros que permitissem quantificar e analisar esta realidade (Stoltz, 1966). Diante deste fato, a médica destacava a importância das publicações dos profissionais do Instituto de Ginecologia, oriundas das fichas de atendimento, que contribuíam para a reflexão e ações sobre a doença no país. A partir dos dados presentes nas fichas era possível reconstruir um quadro de incidência local da doença, gráficos comparativos por grau de evolução do tumor, idade das pacientes, resultados obtidos com diferentes tipos de tratamentos e da utilização e eficácia das tecnologias de diagnóstico precoce. Com as fichas era possível levantar também o quantitativo de pacientes examinadas no serviço, mas que recusaram a se submeter ao

tratamento e/ou não retornaram para dar continuidade ao mesmo, nem para acompanhamento da evolução da doença. Outro aspecto explorado era a organização de quadros panorâmicos sobre o funcionamento do Instituto de Ginecologia em geral, analisando dados sobre as pacientes examinadas e internadas na instituição. Com as estatísticas, Stoltz afirmava ser possível reconstituir, ainda que parcialmente, a realidade do câncer do colo do útero, atentando para a organização e funcionamento institucional do IG e nas reflexões sobre como potencializar o diagnóstico precoce e as estatísticas de cura da doença dentre as pacientes atendidas (Idem).

Além da construção do conhecimento, a produção de textos oriundos dos fichários da instituição e a consequente publicação dos mesmos conferia maior visibilidade aos trabalhos desenvolvidos no IG, à circulação de seus atores e o diálogo com espaços congêneres do período. A produção de conhecimento conferia ao grupo credibilidade científica, afirmando-os como porta vozes da ciência produzida no Instituto, materializada na utilização das ferramentas de diagnóstico precoce e nas ações de controle do câncer do colo do útero. As relações tecidas a partir deste diálogo permitiam ampliar as discussões sobre o câncer do colo do útero e, ao mesmo tempo, difundir a utilização das tecnologias de diagnóstico, consolidando-as no cenário médico nacional.

Como principais espaços de publicação dos trabalhos produzidos a partir do banco de dados criado na instituição, os “Anais Brasileiros de Ginecologia”, do próprio IG, e os “Arquivos de Oncologia”, do Hospital Aristides Maltez (HAM) na Bahia, funcionavam como órgãos interlocutores dos atores naquele momento. Era comum a publicação dos médicos cariocas no periódico baiano, e vice-versa, assim como dos médicos mineiros ligados à Faculdade de Medicina nas revistas acima citadas. Conforme discutiremos nos próximos capítulos, esta interlocução pode ser percebida com os registros de leitura e utilização das informações produzidas e compiladas nos periódicos, coletados na sessão de estudos do Hospital Aristides Maltez em Salvador. Semanalmente os médicos ligados ao Hospital reuniam-se no que denominavam “grupo de estudos” para discutir questões relacionadas ao câncer (diagnóstico, tratamento, prognóstico) a partir de publicações da literatura nacional e internacional. Dos registros deste grupo, a maioria dos textos discutidos foi publicada nos Anais Brasileiros de Ginecologia. A presença de médicos do

IG nas discussões do grupo era outro indicativo da circulação destes atores e do diálogo formado entre os mesmos na construção de uma discussão e formas de ação para controle do câncer no Brasil de meados do século XX. Voltaremos às discussões sobre o HAM mais adiante. Por hora, nos dedicaremos à produção científica no IG.

Exemplo da sistematização dos dados dos fichários de atendimento foi um artigo publicado por Stoltz nos Anais Brasileiros de Ginecologia, avaliando o primeiro decênio de funcionamento do Ambulatório. Naquele momento, registrava-se a cifra de 8500 pacientes atendidas e fichadas no serviço (Stoltz, 1958). Hildegard Stoltz destacou que, no início das atividades, apenas pacientes voluntárias assintomáticas ou com alterações suspeitas no colo do útero eram submetidas à rotina completa do diagnóstico precoce da doença. Esta rotina fazia referência ao uso do “modelo triplo”, composto por exames colposcópicos, citológicos e histológicos. O exame de rotina, segundo a médica, compreendia: exame ginecológico, inspeção do colo do útero com o auxílio do espécuro, colheita de material para exame citológico, colposcopia, teste de Schiller e, nos casos indicados, biópsia dirigida. Para a biópsia, era retirado, com uma pinça longa, material do colo uterino para análise, sob o controle da colposcopia. A técnica, primeira a ser introduzida e praticada no IG era utilizada em todos os atendimentos realizados, e além do exame em si, era a ferramenta utilizada para recorte do tecido cervical e retirada do material para análise histológica (Idem).

Das pacientes atendidas, quase metade foi diagnosticada com câncer do colo do útero em estágios avançados de evolução. Os diagnósticos precoces, no “estágio 0” de evolução tumoral ainda eram reduzidos e, em sua grande maioria, eram identificados em mulheres na faixa etária entre 31 e 40 anos. A autora trabalhou com uma amostra de 50 pacientes diagnosticadas com câncer em estágio inicial, o que correspondia aos casos então com documentação completa nos arquivos do Ambulatório. Deste total, 16 não foram tratadas no serviço, ou porque não retornaram ou não aceitaram um tratamento imediato à detecção da doença. As demais foram submetidas a intervenções cirúrgicas, 16 delas a histerectomias radicais, quando todo o órgão é retirado (Stoltz, 1958). A partir dos resultados obtidos, a autora argumentou que a possibilidade do esclarecimento e realização do diagnóstico precoce foi facilitada pela colposcopia, através da identificação de

anormalidade e orientação direta para a realização de biópsia, permitindo retirar e analisar a porção de tecido com alteração suspeita. Em 46 casos das 50 pacientes diagnosticadas, a colposcopia por si só identificou a lesão e permitiu o diagnóstico e, em 44 dos casos, o esfregaço vaginal resultou em amostras positivas. Com clara propagação da importância do emprego do método colposcópico para identificação precisa de alterações no colo uterino e orientação para os exames histológicos, Stoltz ressaltava o papel da ferramenta para o Ambulatório Preventivo do Câncer Ginecológico e destacava, ainda, a importância do emprego conjunto dos métodos para resultados com maior precisão (Idem). A defesa do método, por sua vez, assim como a análise dos atendimentos e resultados obtidos nos serviços do Ambulatório só puderam ser realizados em decorrência da organização dos dados das pacientes atendidas.

Até o ano de 1956, todos os casos internados para tratamento eram relatados e computados como atendimento interno, mesmo nos casos de pacientes recidivas, que buscavam o serviço após tratamento prévio em outras clínicas. A partir de 1959, os registros da instituição destacavam apenas os casos de mulheres que receberam primeiro tratamento no serviço dirigido por Arnaldo de Moraes. Em fins de 1952, das 507 pacientes internadas com diagnóstico de câncer do colo do útero, a grande maioria, ou cerca de 55,2% era portadoras de tumor em fase de evolução avançada, ou grau III, totalizando 280 mulheres. Esta parcela era seguida pelas pacientes diagnosticadas no estágio II de evolução da doença, num total de 21,7% (110 pacientes). O primeiro estágio, que seria o mais recomendado para o sucesso no tratamento, abarcava apenas 41 pacientes, com a cifra de 8,1%. Podemos perceber que, quase 10 anos após a organização do Instituto de Ginecologia, as maiores estatísticas recaíam sobre mulheres com estágios avançados de evolução do tumor. Tais números resultavam em uma baixa percentagem de curas, totalizando 76, das 507 internadas, o que representava 15% de cura absoluta. Das mortes, a cifra era maior, representando 24,9%, num total de 126 mulheres (Stoltz, 1958).

A partir de 1956, todas as pacientes atendidas no Instituto de Ginecologia, independente do prontuário, eram fichadas no Ambulatório. Este registro aumentava o número de mulheres diagnosticadas com a doença e permitia um maior acompanhamento de sua evolução e tratamento (Stoltz, 1958). Com a compilação dos dados de atendimento,

vários artigos foram elaborados e nos permitem visualizar e discutir aspectos cotidianos do funcionamento da instituição e das formas de trabalho.

O funcionamento do Ambulatório através dos balanços de atendimento

A produção do conhecimento no IG, sistematizada pela organização dos dados de atendimento e registros das pacientes, foi material base para a produção de estudos sobre o trabalho desenvolvido na instituição. Estes estudos originaram balanços de atendimento, com a compilação de dados sobre o número de pacientes, os diagnósticos realizados e os procedimentos de detecção, a terapêutica, dentre outros. Como fonte de pesquisa, os artigos permitem a análise do funcionamento do Ambulatório, comparações entre os períodos e as diretrizes nas ações de controle do câncer.

No mesmo ano de organização do Ambulatório Preventivo do Câncer Ginecológico, os médicos João Paulo Rieper e Hildegard Stoltz apresentaram um balanço dos primeiros seis meses de funcionamento, destacando que, naquele período, foram prestados 20 dias de atendimento, contabilizando 350 pacientes, numa média de cerca de 17 pacientes/dia. Destes atendimentos, exclusivamente ao público feminino, a grande maioria, mais de 30%, constava na casa dos 30 a 40 anos. É interessante notar os motivos que levaram essas pacientes a recorrerem a tal atendimento: a maioria por apresentar sintomas de alguma anormalidade, como perda de sangue, dor, corrimento ou nódulo na mama. Apenas 8% tinham buscado os serviços por conta da propaganda, e cerca de 30% por indicação de um médico (Rieper e Stoltz, 1948). Os autores argumentavam que, da tabela com os motivos que impulsionavam as mulheres a buscarem atendimento no Ambulatório, o mais importante a ser destacado era referente ao conselho da propaganda. Conforme discutimos anteriormente, desde a organização da Clínica Ginecológica, o investimento em propaganda foi uma constante, inclusive com as palestras nas rádios, como a mesa redonda liderada por Arnaldo de Moraes em janeiro de 1948. No geral, as pacientes que recorriam ao serviço já tinham alguma sintomatologia suspeita e buscavam apenas um diagnóstico diferenciado,

tratamento ou a própria continuação de tratamento já iniciado por tumor identificado. Para as diretrizes de um “Ambulatório Preventivo”, a perspectiva era de atender mulheres sem nenhum sinal da doença, e que recorressem ao serviço para realização periódica de exames como forma de prevenção à enfermidade.

O acompanhamento ou retorno ao Ambulatório era outro ponto importante destacado pelos médicos. Repetir os exames em intervalos regulares de três ou seis meses caminhava em direção à perspectiva de diagnosticar o câncer precocemente e, assim, aumentar as possibilidades de intervenção sobre a doença. Contudo, neste primeiro levantamento de atendimento realizado por Rieper e Stoltz, do total das 350 pacientes atendidas, apenas cinco retornaram ao ambulatório para novos exames e “vigilância” (Rieper e Stoltz, 1948).

As medidas empregadas para diagnóstico nas pacientes transitavam na combinação entre o toque, exame especular, colposcopia, esfregaço e a biópsia nos casos indicados, que no presente levantamento atingiu a cifra de 68 dos casos, 20% do total. O emprego conjunto dos métodos era apontado como a principal forma para a realização do diagnóstico precoce da doença de forma confiável. No entanto, do montante do material analisado, a colposcopia teria reconhecido a quase totalidade dos cânceres com diagnóstico confirmado pela biópsia, o que conferia papel de destaque à colposcopia dentro do funcionamento ambulatorial. A resposta final ao diagnóstico era obtida com os exames histopatológicos, os quais, por sua vez, também podiam apresentar incertezas em seus resultados. Este ponto foi levantado por Rieper e Stoltz ao analisarem os casos indicados pelo colposcópio. Segundo os médicos, na amostra de pacientes analisadas, a colposcopia levantou a suspeita de câncer em mais de 11 casos, nos quais a biópsia não confirmou a suposição. Como todos os outros exames, a biópsia também era passível de erros, principalmente se o material coletado não tivesse atingido a zona suspeita e/ou não tivessem sido feitos cortes em números suficientes para a análise (Rieper e Stoltz, 1948).

O uso do colposcópio foi citado por Arnaldo de Moraes como um catalisador na obtenção de resultados mais precisos no diagnóstico do câncer do colo do útero. Segundo o médico:

“Parece evidente que o emprego sistemático da colposcopia, no diagnóstico diferencial das lesões do colo uterino foi de valia, para reconhecer a natureza da alteração morfológica encontrada. Reduziu-se a indicação para biópsia, nos casos macroscopicamente duvidosos, permitindo maior precisão na escolha do local para a biópsia. Com isso diminuiu-se o número de biópsias inúteis, com o que se contribuiu para um barateamento do diagnóstico, o que é fator ponderável numa organização profilática” (Moraes, 1952: 33).

A redução nos custos de diagnóstico, principalmente do número de biópsias desnecessárias, era destacada como uma das principais vantagens na utilização da ferramenta. Como carro chefe das ações da instituição, o colposcópio foi o primeiro método que possibilitou a estes profissionais visualizarem as possibilidades concretas de construção de ações de controle da doença. Com a introdução da citologia, a combinação dos métodos em todas as pacientes examinadas era justificada pela possibilidade de executar com maior segurança o diagnóstico e garantir medidas profiláticas mais efetivas.

A colposcopia, ainda nas palavras de Arnaldo de Moraes, prestaria grandes serviços ao ser utilizada num ambulatório preventivo de câncer ginecológico. O médico destacou cinco das principais contribuições que da utilização sistemática do método no atendimento ambulatorial: primeiro, permitir o diagnóstico do câncer incipiente; segundo, na confirmação do diagnóstico do câncer do colo do útero clinicamente evoluído; terceiro, por permitir a seleção de grupos de mulheres com lesões precursoras do câncer para orientação e supervisão do tratamento e evolução da doença; em quarto, por permitir esclarecer quadros macroscopicamente duvidosos, pela visualização direta do colo uterino; e, por fim, conforme já foi destacado, por evitar biópsias desnecessárias, pelo reconhecimento direto da lesão e/ou indicação precisa do tecido e localização a ser analisada (Moraes, 1952).

No entanto, principalmente nos seus primeiros anos de funcionamento, o Ambulatório encontrou uma série de dificuldades técnicas, que foram constantemente relatadas por seus membros e que dificultavam o pleno desenvolvimento dos serviços. Aparelhagens com defeitos, perda de materiais colpocitológicos e recusa de pacientes em se submeter a algum procedimento, eram os apontamentos mais frequentes, somados à falta de

peçoal qualificado para realizar exames colposc3picos, examinar as lâminas citol3gicas e proceder à bi3psia (Rieper e Stoltz, 1948).

Especificamente em rela33o à citologia, no ano de 1957, apesar do aproveitamento dos exames citol3gicos de mais de 85% das mulheres atendidas, a maioria teve seus exames repetidos por mais de uma vez, em decorr4ncia de incertezas na an3lise das lâminas. Os casos apontados como suspeitos foram conduzidos à averigua33o tanto colposc3pica quanto histol3gica. As dificuldades na opera33o com a citologia se davam, em grande medida, pelas condi33es nas quais o material era coletado e analisado (Ferreira, 1957). De modo geral, devido à falta de t3cnicos e materiais de trabalho, era colhida uma s3 lâmina por paciente a cada consulta. Assim, a perda de material e/ou a escassez dos mesmos para realiza33o de an3lises mais pormenorizadas e repeti33o dos exames dificultavam uma maior precis3o e utiliza33o da ferramenta para a realiza33o do diagn3stico.

A par das dificuldades, o atendimento ocorreu de forma regular no Ambulat3rio, e, dez anos ap3s sua organiza33o, somavam-se 8500 pacientes fichadas nos registros (Stoltz, 1958). No in3cio das atividades, apenas as pacientes que buscavam atendimento de forma volunt3ria, assintom3ticas, e as que apresentavam altera33es suspeitas no colo do útero eram submetidas à rotina completa de diagn3stico do c3ncer de colo e, conseqüentemente, registradas pelo atendimento. Ap3s 1956, todas as pacientes do Instituto de Ginecologia eram fichadas no Ambulat3rio, o que elevou consideravelmente o quantitativo de atendimentos e pluralizou os quadros cl3nicos registrados.

Para se ter uma ideia do atendimento prestado no Instituto, via Ambulat3rio, de 1948 a 1961 foram examinadas mais de 13000 pacientes, com a confirma33o de mais de 950 casos de c3ncer genital, al3m daqueles classificados como no “grau 0” da doen3a. O “grau 0” corresponde ao est3gio das primeiras les3es que podem levar ao desenvolvimento de um c3ncer. Al3m da assist4ncia, outro ponto importante foi a forma33o de profissionais das mais diversas regi3es do pa3s, o que impulsionou a cria33o de ambulat3rios preventivos, em di3logo com o trabalho do IG, em v3rias localidades (Salles, 1963).

A realização de campanhas para estimular o diagnóstico precoce da doença, voltadas para diferentes segmentos sociais como mecanismo de controle, resultou em mudanças nas estatísticas do IG, com o registro de um aumento de 300% nos casos de diagnóstico dos tumores em graus I e II, desde a fundação do ambulatório até a década de 1960. Em termos práticos, tal aumento implicou em uma ampliação nos limites de operabilidade dos tumores e melhor recuperação da paciente (Salles, 1963).

O Ambulatório Preventivo de Câncer Ginecológico, assim, não teria simplesmente a função de diagnosticar os casos de câncer no aparelho genital feminino e nas mamas. Mas sim, propunha-se a ser uma organização formada por técnicos capacitados nas ferramentas de diagnóstico: colposcopia, colpocitologia, exames ginecológicos, biópsia e exames histológicos. O sucesso para o empreendimento, portanto, estava na ação conjunta entre a disponibilidade de aparelhagem de ponta e de profissionais comprometidos e capacitados para a realização dos trabalhos (Moraes, 1948).

Cinco anos após a publicação do primeiro balanço estatístico de maior fôlego das atividades de diagnóstico e terapêutica do Ambulatório, foi realizado um novo balanço analisando 13 anos do funcionamento ambulatorial. Este novo estudo foi publicado no periódico baiano “Arquivos de Oncologia”, órgão oficial do Hospital Aristides Maltez, e apresentado ao público no território baiano por ocasião da realização da Segunda Jornada Brasileira de Cancerologia em Salvador. O evento, um dos principais mecanismos de interlocução entre as instituições e personagens relacionados à questão do câncer em meados do século XX, agregou diversos profissionais da área e evidenciou a ligação e intercâmbio acadêmico entre o Instituto de Ginecologia, o Hospital Aristides Maltez e o Hospital de Ginecologia de Belo Horizonte. O que nos permite inferir tal aspecto são as publicações oriundas do evento que, em sua grande maioria, são de autoria de médicos destes espaços, e do diálogo sobre os trabalhos destacado nas conferências de abertura e encerramento. Do Instituto de Ginecologia, foram apresentadas 32 comunicações sobre os serviços de diagnóstico precoce do câncer ginecológico e a prática verificada na instituição.

No estudo publicado em 1963 foram apresentados dados relativos ao funcionamento do Ambulatório entre os anos de 1948 a 1961, num montante de 13500 pacientes atendidas

e registradas no fichário do IG. Em comparação ao estudo anteriormente apresentado, é possível perceber que o número de mulheres atendidas anualmente aumentou consideravelmente. Enquanto do primeiro decênio, a média de atendimento anual era de 850 pacientes, nos três anos seguintes, essa média ultrapassou a cifra de 1600 mulheres. Dentre os fatores explicativos estariam o investimento em propaganda para atrair as mulheres ao serviço ambulatorial e um aumento na própria capacidade da instituição em realizar atendimentos e exames de diagnóstico precoce. Do total de atendimentos nos treze anos, 952 mulheres foram diagnosticadas com câncer ginecológico. A grande maioria, 854 casos, eram referentes ao câncer do colo do útero, representando cerca de 6,5% do total de pacientes analisadas e 89,7% dos casos identificados como tumores (Stoltz, 1963). A partir destes números podemos perceber que o quantitativo de mulheres diagnosticadas com a doença era relativamente pequeno em comparação ao montante de atendimentos realizados. No entanto, entre os casos diagnosticados, os relativos ao câncer do colo do útero compunham a grande maioria dos atendimentos realizados. Nos treze anos de funcionamento do Ambulatório, o número anual de consultas praticamente dobrou, passando de 702 em 1948 para 1440 em 1960. Houve também um aumento significativo no número de internações e de diagnósticos nos primeiros estágios de evolução da doença, em comparação aos casos identificados já em avançado grau de evolução (Idem).

Hinselmann no Brasil

Logo após a criação do Ambulatório Preventivo do Câncer Ginecológico, Hans Hinselmann esteve no Brasil, em 1949, a convite do IG, para reorganização do Laboratório de Patologia e realização de palestras sobre a colposcopia e seus avanços no diagnóstico do câncer do colo do útero. A visita do médico alemão canalizou os esforços do Instituto na difusão do método e criação de uma rede de discussões e ações de controle da doença. Por ocasião da visita, foram convidados profissionais de outras cidades brasileiras, como Belo Horizonte, Salvador, dentre outras. O mais interessante é que, como centro difusor do

método, o IG foi também o centro formador de profissionais, principalmente após as palestras e cursos de Hinselmann no Brasil. Além do Rio de Janeiro, Hinselmann esteve em Belo Horizonte, na Clínica dirigida pelo professor de Ginecologia da Universidade de Minas Gerais, Clóvis Salgado. A circulação destes atores naquele momento foi importante tanto para a afirmação da ferramenta quanto para a formação de diretrizes de ação para controle da enfermidade.

Por ocasião da visita de Hinselmann ao Brasil, a Sociedade Brasileira de Ginecologia realizou em dezembro de 1949 uma sessão extraordinária em homenagem ao médico e para sua recepção. Na sessão, Hinselmann discursou sobre seus trabalhos em colposcopia e enalteceu a importância do intercâmbio científico estabelecido com o Brasil, em particular o Instituto de Ginecologia.

Um dos motivos da passagem do médico alemão pelo Brasil era ministrar cursos de colposcopia para os médicos do país. O primeiro curso aconteceu entre os dias cinco e dezessete de dezembro de 1949 nas dependências do Instituto de Ginecologia. Hinselmann iniciou o curso descrevendo o percurso de construção do colposcópio, destacando as ideias envolvidas no desenvolvimento da ferramenta. Com objetivo de formação e especialização profissional, as aulas foram ministradas no binômio teoria e prática. A parte teórica era baseada nas explicações do médico sobre o câncer do colo do útero, sobre o colposcópio e os procedimentos para realização do exame de diagnóstico, incluindo questões de nomenclatura e estágio de evolução do tumor. Já a prática esteve organizada a partir de exercícios de análise de desenhos e fotografias para demonstrar os aspectos descritos teoricamente. Na parte final do curso, Hinselmann operou duas pacientes para demonstrar a técnica por ele empregada. Em uma das pacientes foi realizada uma histerectomia vaginal e na outra uma amputação do colo, ambas para eliminação do epitélio atípico²⁸.

Nos anos que antecederam a viagem de Hinselmann à América do Sul, o médico foi diretor do departamento de ginecologia de Hamburg – Altona, na Alemanha, entre os anos de 1940 a 1946. A última operação de Hinselmann na clínica ginecológica em Altona foi

²⁸ “Relatório sobre o curso de colposcopia, de 5 a 17 de dezembro de 1949, no Instituto de Ginecologia, pelo professor Dr. Hans Hinselmann, de Hamburgo”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 1950, 29(3): 251-270.

em 1946, com a interrupção de uma gravidez e esterilização da paciente. Pouco tempo depois recaiu sobre o médico a acusação de esterilização compulsória de seis mulheres ciganas durante o Terceiro Reich no regime nazista alemão, sem autorização oficial (Halioua, 2010). Com a acusação de esterilização racial, o médico foi condenado a três anos de prisão e ao pagamento de multa. Em decorrência do fraco estado de saúde apresentado na prisão, teve a pena reduzida por decisão do júri de generais ingleses, cumprindo dois anos e meio de detenção. Após a prisão, sem autorização para trabalhar em serviços hospitalares, as pesquisas em colposcopia e histopatologia continuaram em seu escritório privado em sua residência, através da prestação de serviços no exame de materiais coletados por terceiros (Powell, 2004). A vinda à América Latina foi a primeira participação de Hinselmann no cenário científico mundial após sair da prisão. O próprio médico considerava sua visita às terras americanas como um aporte à sua carreira, e uma renovação, após as retaliações políticas oriundas da guerra.

A difusão de uma nova tecnologia reflete as relações de poder existentes. A visita de Hinselmann e os cursos ministrados no Rio de Janeiro e em Belo Horizonte simbolizavam a interação entre as ciências brasileira e alemã e a confirmação da posição dos médicos dos locais visitados no controle do câncer do colo do útero no Brasil. O processo de afirmação e difusão da tecnologia ficou mais acentuado com a segunda viagem do médico, em 1951, desta vez abrangendo três países sul-americanos: Brasil, Argentina e Uruguai. Hinselmann esteve na Argentina a convite do chefe da clínica ginecológica da Universidade de Buenos Aires, com a finalidade de ministrar cursos de formação em colposcopia. A visita a Buenos Aires se estendeu por quatro meses, período no qual Hinselmann esteve nos demais países citados. A passagem de Hinselmann nos países sul-americanos e as publicações nos periódicos brasileiros e argentinos evidenciava a aplicabilidade da técnica no diagnóstico da doença e conferia à colposcopia destaque e reconhecimento internacional, após a fragilidade na difusão da tecnologia, resultado das relações diplomáticas no pós-guerra entre a Alemanha, países europeus e EUA (Eraso, 2010). Semelhante ao segmento da medicina brasileira, na Argentina, a partir dos anos 1950, a colposcopia tornou-se o primeiro método de diagnóstico do câncer do colo do útero, seguido pela citologia esfoliativa, no exame de mulheres assintomáticas (Idem). Neste sentido, podemos inferir que a chamada

“exceção latino americana” teve nas relações internacionais e intercâmbio científico um de seus principais pontos. A visita de Hinselmann para divulgação de sua criação exemplifica e reforça esta ideia.

Em 1955 Hinselmann fez sua terceira e última viagem ao Brasil. Na ocasião, os Anais Brasileiros de Ginecologia publicaram uma edição especial sobre a colposcopia e a viagem do médico. No Brasil, Hinselmann recebeu a condecoração do “Doutor Honoris Causa” pela Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, o que representava uma das maiores distinções no meio científico e acadêmico. A viagem foi a última participação do médico no meio científico antes de sua morte em 1959. As condecorações recebidas evidenciavam sua inserção no campo médico brasileiro e o fortalecimento da colposcopia como ferramenta de diagnóstico do câncer do colo do útero nas instituições de atendimento à doença no Brasil.

O legado do IG

A organização do Ambulatório Preventivo do Câncer Ginecológico em 1948 abriu caminho para a criação de novos espaços com parâmetros semelhantes em outras regiões do país. No entanto, em meados da década de 1960, Rieper argumentava que a eficiência destes ambulatórios era relativa, em decorrência no baixo quantitativo de mulheres atendidas em relação ao somatório total do público feminino com ameaça de câncer ginecológico. Segundo o médico, em comparação a países como os EUA e alguns países europeus, a taxa de mortes pela doença no Brasil e na América Latina em geral ainda era alta. E diante desta constatação ficava a questão: se o país foi pioneiro na criação de espaços específicos para controle da enfermidade e a usar de forma conjunta colposcopia, citologia e biópsia no exame de todas as pacientes para o diagnóstico precoce da doença, porque as taxas de mortalidades ainda eram elevadas? A resposta estava na falta de profissionais para atuarem com as ferramentas de diagnóstico, como colposcopistas e citotécnicos. Enquanto no país existiam algumas centenas destes técnicos, estimava-se em

cerca de 2500 a necessidade destes profissionais nos ambulatório de atendimento ao câncer. Por mais que avanços na terapêutica fossem importantes para as ações contra a doença, diagnosticar de forma precoce a existência de um tumor ainda era, segundo o médico, a forma mais eficaz para se articular ações de controle (Rieper, 1965).

Desta forma, o investimento em formação profissional era o ponto mais latente na construção de uma ação articulada para controle do câncer do colo do útero no país. Já existiam cursos em funcionamento no próprio IG, em clínicas universitárias no país, como a de Clóvis Salgado em Belo Horizonte. E ainda havia financiamento governamental para a formação de novos técnicos, como bolsas de estudos para cursos especializados.

No entanto, o problema destacado por Rieper ia mais além da necessidade de formação de técnicos. O discurso dos médicos do Instituto de Ginecologia era pautado na visão dos trabalhos desenvolvidos na então capital do país, tomada como referência para analisar o restante do país. Levando em conta a grande dimensão territorial brasileira, as realidades e necessidades em saúde variavam por regiões. Assim, as ferramentas disponíveis no IG e os profissionais que ali atuavam e se formavam não estavam presentes na maioria dos estados. Além disso, no Brasil, o acesso aos serviços de saúde era legalmente limitado a uma pequena parcela da população e o controle do câncer do colo do útero visto como uma questão de detecção precoce. Assim, os limites das ações preventivas situavam-se no acesso aos consultórios ginecológicos, e não se configurava numa ação estruturada em saúde pública, a nível nacional.

Mesmo diante desta lacuna, os cursos ministrados pelo Instituto formaram profissionais que atuaram em diferentes regiões. De modo geral, as clínicas organizadas na segunda metade do século XX, para controle do câncer ginecológico, seguiam a orientação apresentada pelo IG, principalmente devido à formação recebida na instituição. Desde o início dos trabalhos, o ensino sobre as ferramentas de diagnóstico do câncer do colo do útero foi uma das principais prerrogativas da instituição carioca, colocada como um dos objetivos na contribuição da construção de ações contra a doença no país. Nos anos 1940, a frequência média de estagiários que acompanhavam os trabalhos no Ambulatório Preventivo do Câncer Ginecológico era de três a quatro médicos. Já nos anos 1960, esse

número passou para seis estagiários que acompanhavam diariamente as atividades, como parte de sua formação curricular ou como complementaridade ao curso médico já concluído. Além dos estágios, eram realizados anualmente cursos sobre os métodos de diagnóstico precoce, ficando à disposição dos estudantes todo o material produzido pelo Instituto de Ginecologia relativo ao atendimento e a publicações em periódicos especializados (Stoltz, 1963).

Somado à lacuna de profissionais, outro problema apresentava-se como um empecilho naquele momento: a dificuldade de acompanhamento no tratamento das pacientes. A falta de acompanhamento das próprias pacientes, após serem diagnosticadas e inicialmente tratadas da doença, dificultava tanto a elaboração de estudos sobre o funcionamento dos ambulatórios quanto a própria eficiência dos mesmos. Uma possível solução para este impasse era a atuação de visitadoras sociais a criação de um centro de registro único, um “fichário central”, de todas as pacientes atendidas e que apresentassem lesões suspeitas (Rieper, 1965).

Mas mesmo com os pontos levantados, os ambulatórios preventivos ainda eram apontados como a principal solução para o controle do câncer do colo do útero no país e diminuição das estatísticas de morte pela doença. Sobre este ponto, Rieper era enfático ao afirmar que:

“A instalação em si de um Ambulatório para prevenção e o diagnóstico precoce do câncer genital feminino não é difícil. Algumas salas bem arejadas, um ou dois colposcópios, 2 microscópios e instrumentos e utensílios para poder executar os exames colposcópicos, citológicos e patológicos. Auxiliares para a parte burocrática, de enfermagem e social são também questão de financiamento. O difícil é conseguir-se bons colposcopistas, citologistas e patologistas, podendo os últimos dois trabalhar em laboratórios centrais, longe do lugar do exame.

Ambulatórios dessa natureza são obrigatórios, hoje em dia, em todos os centros universitários, em todos os institutos de Previdência Social e em qualquer instituição que se ocupa com o combate ao câncer. A necessidade é absoluta nas Universidades para o ensino dos princípios gerais e para a formação de especialistas. Nos Institutos de Previdência e outras organizações hospitalares constitui o Ambulatório Preventivo do Câncer também uma obrigação para preservar a saúde dos associados e

evitar a doença cancerosa adiantada e incurável que tantos sofrimentos e despesas provoca” (Rieper, 1965: 165).

O aspecto econômico relacionado à criação e funcionamento de ambulatórios preventivos do câncer era um dos pontos em destaque na defesa da criação e manutenção destes espaços. Segundo Hildegard Stoltz, a experiência do Instituto de Ginecologia evidenciou que, uma vez adquiridos um colposcópio e um microscópio, as despesas para manutenção de uma entidade ginecológica eram mínimas quando comparadas ao investimento em serviços hospitalares para tratamento de cânceres em graus avançados. O tratamento de pacientes nos primeiros estágios de evolução da doença, além de uma maior perspectiva de cura, era mais rápido e menos dispendioso do que medidas paliativas nos casos incuráveis e que necessitavam de acompanhamento e auxílio estatal para garantir a sobrevivência da paciente e da própria família. E, para além dos gastos financeiros, o aspecto psicológico e emocional das pacientes acometidas pela doença também eram considerados na defesa da criação de espaços de prevenção e diagnóstico precoce. Quanto mais cedo a doença fosse descoberta, maiores as possibilidades de intervenção. Neste sentido, o atendimento de mulheres assintomáticas potencializava as ações de controle e a possibilidade de cura e sobrevida da paciente (Stoltz, 1963).

A organização do Ambulatório Preventivo do Câncer Ginecológico representou a solidificação das ações do Instituto de Ginecologia em relação ao câncer e a afirmação das tecnologias de diagnóstico precoce do câncer do colo do útero no Brasil. A configuração da doença na agenda médica brasileira teve no serviço de atendimento da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil seu principal pilar de estruturação e divulgação. O trabalho dos profissionais do IG ultrapassou as fronteiras da instituição, na criação de uma rede de controle da doença, formada, além de outros espaços, pela organização de sociedades científicas, com o objetivo de discutir e difundir as tecnologias médicas de diagnóstico precoce no país.

A Sociedade Brasileira de Colposcopia e a Sociedade Brasileira de Citologia

Em 17 de maio de 1958 foi fundada no Rio de Janeiro a Sociedade Brasileira de Colposcopia. A nova sociedade era produto direto das ações do Instituto de Ginecologia, na difusão das tecnologias de diagnóstico e estratégias para controle do câncer do colo do útero. Os fundadores eram, em sua maioria, membros da Instituição e de outros espaços da rede de controle da doença, formada a partir do IG.

Na organização da Sociedade Brasileira de Colposcopia foram designados os nomes de Clóvis Salgado²⁹ para presidente da nova instituição e Arnaldo de Moraes para vice. A criação da Sociedade evidenciava não somente o diálogo entre os profissionais, mas também, e principalmente, o intercâmbio institucional entre Rio de Janeiro e Belo Horizonte, nas discussões sobre tecnologia médica e associativismo científico como forma de legitimação da especialidade e afirmação profissional.

As reuniões da associação ocorriam frequentemente. Na sessão de oito de novembro de 1958 iniciaram-se os debates para a elaboração de um livro sobre colposcopia, iniciativa que se completaria mais de dez anos depois, com a publicação assinada por Clóvis Salgado e João Paulo Rieper. A obra, já apresentada neste capítulo, foi publicada em 1970, com o título “colposcopia”, e apresentou uma descrição do método e os principais pontos de sua utilização no país. As pautas dos encontros geralmente estavam relacionadas ao estudo das doenças cervicais, aspectos do câncer do colo do útero e o uso do colposcópico na ginecologia. Dentre os temas debatidos estavam: a correspondência entre aspectos histológicos e colposcópicos; a importância das alterações vasculares na identificação de anormalidades no colo uterino; as possibilidades do colposcopista em avaliar a malignidade, extensão e aspectos das lesões cervicais.

Em 1962 foi organizado pela Sociedade Brasileira de Colposcopia o primeiro Simpósio de Colposcopia. O evento ocorreu entre os dias 11 e 12 de junho, no Rio de Janeiro. A abertura foi feita pelo médico da Santa Casa de Belo Horizonte, e presidente de honra da Sociedade, Lucas Monteiro Machado. No discurso, o médico enalteceu a figura de

²⁹ Maiores informações sobre o médico e político Clóvis Salgado estão no Capítulo IV deste trabalho.

Arnaldo de Moraes, por sua atuação à frente da Faculdade de Medicina, organização do Instituto de Ginecologia e as contribuições no diagnóstico do câncer do colo do útero, com a formação de uma equipe médica especializada nas ferramentas de diagnóstico do período e organização de modelos de ações de controle da doença. Lucas Machado também proferiu algumas palavras sobre o criador da colposcopia, destacando os trabalhos do professor Hans Hinselmann e o diálogo do mesmo com as instituições brasileiras, o que foi fator importante para a introdução e difusão da tecnologia no país (An. Bra. Gin 55(4), 1963³⁰).

A segunda fala do Simpósio foi do então presidente em exercício da Sociedade, o médico do IG João Paulo Rieper. Rieper iniciou seu discurso dando boas vindas aos colposcopistas que compareceram ao evento, destacando a marca de 74 inscritos, vindos das cidades de Salvador, Belo Horizonte, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre. Segundo Rieper, os profissionais das cidades citadas, juntamente com os médicos cariocas que participavam do simpósio representavam o crescimento e importância do tema no cenário da medicina brasileira. O evento, na visão do médico, era um significativo avanço no desenvolvimento, aperfeiçoamento e difusão do método no país, contribuindo para a construção de ações articuladas de controle do câncer do colo do útero (An. Bra. Gin 55(4), 1963).

A primeira sessão do evento foi intitulada: “Métodos auxiliares da Colposcopia”. Dentre as comunicações apresentadas, a maioria versava sobre o teste de Schiller e as possibilidades do método no auxílio ao exame colposcópico, principalmente nos casos de câncer incipiente. Após cada sessão, ocorriam debates dos presentes, com comentários sobre os assuntos abordados e sugestões sobre nomenclatura e formas de condução dos exames para melhor aproveitamento dos mesmos (An. Bra. Gin 55(4), 1963).

Na segunda parte do Simpósio, o tema versou sobre as discussões em relação a terminologias colposcópicas. A mesa: “Zona de transformação atípica, conceito, aspecto e significação” foi organizada a partir de breves definições dos componentes sobre o tema, seguida por apresentações de reflexões dos mesmos e estudos de casos. Das definições

³⁰ As informações sobre o Simpósio foram retiradas de: “Relatório sobre o Simpósio de Colposcopia, realizado em 11 e 12 de junho de 1962, organizado pela Sociedade Brasileira de Colposcopia”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 55(4), p. 253 – 268, 1963.

apresentadas, João Paulo Rieper reteve o maior tempo para tentar definir o conceito. Segundo o médico, a zona de transformação atípica era um quadro colposcópico caracterizado por modificações de cor, transparência, relevo e vascularização atípica, características apresentadas isoladamente ou em conjunto. Esta zona de transformação era o primeiro aspecto identificado pelo exame colposcópico e que indicava a presença de anormalidades no colo uterino, com um indício da presença de lesões cancerosas. Outros pontos foram discutidos, como o valor diagnóstico da zona de transformação atípica, os aspectos histológicos, frequência e relação do quadro com o carcinoma *in situ*. Outro momento de destaque na sessão foi a comunicação do médico mineiro, introdutor e difusor da colposcopia no Serviço de Ginecologia dirigido por Clóvis Salgado na Faculdade de Medicina de Minas Gerais, Alberto Henrique da Rocha. O médico discutiu os aspectos colposcópicos da zona de transformação, um dos principais pontos para o debate em torno dos métodos auxiliares ao exame colposcópico, tema do Simpósio. Tema gerador de controvérsias no cenário médico, os aspectos colposcópicos variariam de acordo com o conceito e definições empregadas (An. Bra. Gin 55(4), 1963).

O Simpósio, organizado em torno da discussão sobre a colposcopia apresentava os principais pontos debatidos pelos médicos daquele período, atentando para os aspectos que indicavam a presença de alterações no colo uterino e orientariam o diagnóstico precoce. A presença de mais de 70 profissionais, de diferentes estados brasileiros, indicava o crescimento das discussões sobre a ferramenta, num momento em que a mesma se estabilizava no cenário da medicina nacional como importante método de detecção da doença. A organização do Simpósio, pelos médicos ligados ao IG, apontava para o pioneirismo e destaque da instituição na formação de ações de controle da enfermidade e, ao mesmo tempo, a atuação como centro irradiador da colposcopia no país.

A terceira parte do encontro discutiu em perspectiva comparada a colposcopia e a citologia como ferramentas de diagnóstico. Como métodos complementares no diagnóstico precoce do câncer do colo do útero, uma das sessões do Simpósio foi dedicada aos estudos comparativos, reunindo os principais nomes que se dedicavam às técnicas no período. Para mediar as discussões, foi escolhida Clarisse do Amaral Ferreira que, como vimos anteriormente, foi uma das principais personagens na organização do Instituto de

Ginecologia e na difusão e consolidação do método de Papanicolaou no Brasil. A primeira apresentação, de autoria de João Paulo Rieper, versou sobre as vantagens da colposcopia. Conforme já reiterado nas linhas anteriores, foram destacados os aspectos práticos da ferramenta, tais como: diagnóstico imediato; reconhecimento de lesões de pequena extensão; localização mais precisa das lesões, o que permitia a biópsia dirigida; diagnóstico de lesões não cancerosas; e orientação científica para solução de problemas gerais relativos ao colo uterino. Rieper era um defensor do método e, em suas apresentações, sempre destacava os aspectos práticos da ferramenta e defendia sua utilização irrestrita como primeiro exame em todas as pacientes, independente de sintomas ou sinais de anormalidade, destacando a aplicabilidade do colposcópico na organização de ações de controle da doença. Na discussão sobre o tema, foram levantadas também as desvantagens do método, que seria alto custo para aquisição do aparelho.

Na sessão, a colpocitologia era destacada por ser um exame de custos mais baixos e de fácil execução, permitindo identificar alterações nas células vaginais em estágios incipientes. Porém, era criticada pela não precisão no diagnóstico imediato e pelos resultados “falso-negativos”, o que ilustra uma das lacunas presentes no método e justifica o emprego simultâneo da colposcopia para a realização do diagnóstico. Nos pontos de vista apresentados foi unânime a defesa de que a formação dos técnicos que examinariam as lâminas era fator fundamental para obter mais precisão e resultados com o exame. A interpretação correta do material e o direcionamento de cada caso em particular eram fatores que aumentavam as vantagens do método e garantiam maior segurança em sua utilização.

A sessão sobre colpocitologia e colposcopia foi encerrada com a apresentação das “vantagens do emprego simultâneo dos dois métodos”. Discursada pelo médico mineiro Lucas Machado, o mesmo destacou que “cometeria um erro aquele que quisesse resolver o diagnóstico precoce do carcinoma do colo uterino com um só método, porque existe uma margem de erro em cada um, em torno de 10%” (An. Bra. Gin 55(4), 1963: 263). Como ambos os métodos eram passíveis de erros e interpretações duvidosas, o emprego conjunto garantia melhores resultados e um diagnóstico mais preciso e precoce da doença.

Na sequência dos debates, ocorreram também uma sessão de comunicações sobre “temas anátomo-patológicos”, e outra sobre “localização endocervical do carcinoma estágio ‘0’”. Nas sessões, o aspecto mais elucidativo é o amplo debate que era gerado a cada nova fala dos membros da mesa. Cada ponto era discutido com base nos trabalhos executados nas instituições de origem, atentando para um consenso em relação aos aspectos do câncer do colo do útero que deveriam ser primeiramente considerados num exame de rotina e/ou mais específico e na tentativa de uma normatização, seja da nomenclatura utilizada, seja nos procedimentos a serem realizados tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento do tumor.

Na última parte do Simpósio foram discutidos os “problemas da colposcopia”, sobre a coordenação de João Paulo Rieper. A mesa foi organizada em conjunto com a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro³¹. O primeiro a tecer suas considerações foi o mineiro Alberto Henrique da Rocha que defendeu a colposcopia como método de diagnóstico precoce do câncer do colo do útero, argumentando ser este o “método mais eficiente para o reconhecimento e localização do câncer no colo uterino, permitindo seu diagnóstico precoce pela visão direta que também alcança parte do canal cervical reconhecendo especificamente a anomalia vascular” (An. Bra. Gin 55(4), 1963: 267). Complementando a discussão aberta por Rocha, Rieper destacou que a classificação colposcópica em quatro diferentes estádios de evolução tumoral permitiria considerar a importância clínica de cada caso e tratar cada paciente de acordo com as especificidades da lesão e da evolução clínica da mesma. Outro tópico de discussão que elucidava o papel que a ferramenta desempenhava naquele momento, somado às expectativas sobre a mesma em relação à formação de ações de controle da doença, foi o “valor social da colposcopia”:

“Da experiência prática da obra do diagnóstico precoce do câncer ginecológico no Estado do Rio de Janeiro, que é modelar para todo o

³¹ A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro foi fundada em 1886. Representou um espaço de circulação do conhecimento médico e defesa de interesses profissionais. Em conjunto com os periódicos *Brasil Médico* (RJ) e *Gazeta Médica da Bahia* integrava uma rede em prol da modernização científica e institucional da medicina brasileira, possibilitando a implantação dos primeiros congressos médicos brasileiros. Para mais informações ver: FERREIRA, Luis O., MAIO, Marcos C. e AZEVEDO, Nara. A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro: a gênese de uma rede institucional alternativa. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. IV(3), nov. 1997 – fev. 1998, p.475-491.

Brasil, conclui pelo grande valor da colposcopia para descobrir zonas matrizes, carcinomas incipientes e localizar as biópsias. A maior dificuldade é de adquirir aparelhos adequados e médicos treinados. (...) Pretende alcançar-se pelo menos 70% das 317000 mulheres do Estado do Rio de Janeiro com mais de 30 anos” (An. Bra. Gin 55(4), 1963: 268).

Os trabalhos realizados no IG eram destacados como referência para outras partes do país. O Instituto era reconhecido por seu pioneirismo na introdução das principais ferramentas de diagnóstico precoce do câncer do colo do útero, organização de uma equipe médica especializada na utilização destas ferramentas, divulgação e promoção de cursos de formação. A circulação dos atores institucionais, somada às publicações em periódicos específicos e o diálogo com instituições congêneres permitiu a formação de uma rede para controle do câncer do colo do útero no país, o que impulsionou a organização de ações contra a doença e a difusão das principais ferramentas de diagnóstico da mesma.

A última apresentação do Simpósio foi realizada por João Paulo Rieper, que discursou sobre “possibilidades e futuro da colposcopia”, exaltando o trabalho realizado no IG, iniciado por Arnaldo de Moraes. Destacou a colaboração de Hinselmann na divulgação do método no Brasil e as possibilidades de maior difusão do uso do colposcópico nas diferentes regiões do país. No encerramento do Simpósio, Rieper ressaltou o valor científico dos trabalhos apresentados, das discussões realizadas, destacando a importância da formação de uma rede de discussão e ações para controle do câncer do colo do útero e do diálogo entre os profissionais envolvidos com a temática e a sociedade em geral. A avaliação geral sobre o evento foi de que este demonstrou a força da colposcopia na ginecologia brasileira e abriu as portas para novos encontros, discussões e avaliações sobre a ferramenta e os trabalhos desenvolvidos nas instituições participantes.

Quase 10 anos após a fundação da Sociedade, em 1964, foi realizado o primeiro congresso de abrangência nacional, com maior participação de instituições e profissionais de diferentes regiões do país. O evento ocorreu na cidade mineira de Belo Horizonte. João Paulo Rieper foi nomeado presidente do evento. Tal como o Simpósio de 1962, o encontro de 1964 tinha como objetivo reunir os colposcopistas brasileiros e fortalecer a categoria e a

especialidade no país. Dentre os temas debatidos no congresso estavam: as possibilidades da pesquisa médica abertas pela colposcopia; o aspecto social da colposcopia; o estudo e ensino do método.

Sobre a importância social da colposcopia, foi destacado no Congresso que, numa era de desenvolvimento do que consideravam uma medicina social e preventiva, para além dos aspectos puramente curativos, era imprescindível que a ferramenta fosse empregada sistematicamente em todos os exames de rotina e de acompanhamento nos serviços de atendimento à mulher. A justificativa deste discurso era de que, num médio prazo, nenhuma mulher fosse identificada com tumor em estádios avançados de evolução e nem viesse a óbito em decorrência da doença. A colposcopia brasileira, na avaliação dos organizadores do congresso, estava “atenta para o lado social e tudo faria para fornecer os elementos humanos, científicos e materiais para que possa ser realizada a medicina preventiva no setor do carcinoma do colo uterino” (Rieper, 1965: 315).

O setor que maior demandava investimentos e discussões na área da colposcopia era o ensino e divulgação do método. Segundo Clóvis Salgado, da Faculdade de Medicina de Minas Gerais, para atender de forma satisfatória, garantindo a toda mulher a realização de um exame anual de detecção e empreender ações sólidas de controle do câncer do colo do útero, o Brasil necessitava de cerca de 2500 novos colposcopistas. Em Belo Horizonte, 9 novos profissionais haviam recebido a titulação no encerramento do congresso, mas o quantitativo ainda estava muito abaixo do considerado “ideal” (Rieper, 1965).

Com os reflexos do Congresso de 1964, João Paulo Rieper publicou nos Anais Brasileiros de Ginecologia, em 1965, um artigo intitulado a “colposcopia brasileira”. Para o médico a utilização do termo era motivo de orgulho aos profissionais nacionais, visto que o país havia se tornado referência na introdução e difusão da tecnologia, obtendo resultados satisfatórios no diagnóstico do câncer de colo do útero através do colposcópio (Rieper, 1965). A fundação da Sociedade Brasileira de Colposcopia em 1958 foi fator importante na posição obtida pelo Brasil neste setor, uma vez que foi a primeira Sociedade deste gênero no mundo, sendo seguida pela Argentina, que organizou uma associação em 1964. O pioneirismo brasileiro na fundação da sociedade estava relacionado à “exceção latino-

americana” (Eraso, 2010), da introdução da colposcopia como primeira ferramenta de diagnóstico. Diferente dos países europeus e dos EUA, o país, juntamente com vizinhos sul-americanos e outros países de língua germana, além da própria Alemanha, foram peças-chaves na divulgação da ferramenta em meados do século XX. Conforme discutimos no capítulo anterior, nos EUA, por exemplo, a cena médica era dominada pela citologia, tendo a colposcopia ganhado espaços no país somente a partir dos anos 1960, mesmo assim, considerada um método auxiliar ao desenvolvido por Papanicolaou.

Segundo Rieper, o que se buscou desenvolver no Brasil foi uma “ciência colposcópica”, no sentido da pesquisa e investigação inerentes ao termo (Rieper, 1965). A colposcopia no país foi mais além da utilização em exames de rotina para diagnóstico do câncer do colo do útero. O método tornou-se um meio de pesquisa, não somente do diagnóstico, mas também e principalmente, da própria estrutura histológica e fisiológica do órgão, contribuindo para tanto para uma melhor compreensão do mesmo, quanto para um melhor entendimento da doença e de seu desenvolvimento no organismo humano. O colo uterino, como um órgão interno acessível à inspeção, tinha na colposcopia uma facilitadora para essa visualização e para compreensão das complexidades biológicas que envolvem o mesmo.

Ao finalizar as considerações sobre o congresso, Rieper destacou a primazia da ciência brasileira em relação à colposcopia e esboçou afirmativas sobre as potencialidades do método no país:

“Com essas breves considerações apenas quis focalizar a vitalidade da colposcopia brasileira que está na vanguarda neste setor da ginecologia mostrando que, organizados e unidos como são os colposcopistas, o Brasil pode concorrer com vantagem na ciência médica mundial” (Rieper, 1965: 316).

O principal aspecto destacado em relação ao método era a primazia brasileira na introdução e difusão do método como primeira ferramenta de diagnóstico do câncer do colo do útero. O método respondia à principal meta dos ginecologistas em meados do século XX em relação à doença, que era a realização do diagnóstico precoce para aumentar as

possibilidades de intervenção médica. A organização de eventos como os acima descritos evidenciava uma articulação dos profissionais nacionais em torno da temática e os esforços da ciência brasileira na articulação de ações de controle da enfermidade. A formação de espaços de diálogo catalisava a organização de uma rede institucional em relação à doença, que articulava diferentes atores envolvidos com o tema e com o objetivo de alavancar para a medicina brasileira, papel de destaque no controle do câncer, que ganhava cada vez mais visibilidade na ciência mundial ao longo do século XX.

Atualmente, a Sociedade é conhecida como Associação Brasileira de Genitoscopia. A Associação conta com mais de três mil associados e tem representações em 23 estados brasileiros. Além do aspecto associativo, promove cursos de formação em colposcopia e patologia, emitindo certificado de qualificação em colposcopia e patologia do trato genital inferior. Desde 1978, já foram titulados mais de dois mil médicos. Em 2005 foi lançado um manual para padronização do laudo colposcópico e do selo de qualidade concedido a médicos titulados³².

Em 1956 foi fundada a Sociedade Brasileira de Citologia, pioneira no continente sul-americano na especialidade. A Sociedade tinha à frente a médica do IG Clarisse do Amaral Ferreira. No fomento à atividade científica nacional, a instituição promoveu dois congressos nacionais de citologia: o I Simpósio Brasileiro de Citologia em 1958 e o II Simpósio Brasileiro de Citologia em 1960. Em 1962 Clarisse do Amaral findou seu mandato à frente da Sociedade com a realização do I Congresso Brasileiro de Citologia, que agregou profissionais nacionais envolvidos com a temática. Com a participação em eventos científicos, publicações de seus membros e intercâmbio científico com instituições congêneres, a Sociedade ampliou seu corpo societário e projetou-se no cenário científico internacional. Impulsionada pelos trabalhos de Clarisse do Amaral, que tornou-se sócia-fundadora da The International Academy of Cytology, em 1968, a Sociedade Brasileira de Citologia sediou e organizou o III Congresso Internacional de Citologia, na cidade do Rio de Janeiro. Na década de 1970 a instituição foi reconhecida pela Associação Médica

³²Informações disponíveis em: www.colposcopy2011.com.br. Acesso em 07 març. 2012.

Brasileira como especialidade médica e, a partir de 1982 conhecida como Sociedade Brasileira de Citopatologia³³.

Como órgão oficial e representativo da Sociedade Brasileira de Citologia e da Sociedade Brasileira de Colposcopia foi criada em 1969 a revista “Ginecologia Brasileira”. Os médicos do IG compunham a maioria no corpo editorial e na organização da revista. Clarisse do Amaral Ferreira era um dos diretores responsáveis e também membro redatora chefe. Ainda no ramo dos estudos em citologia, Vespasiano Ramos compunha o quadro dos redatores associados e Victor Rodrigues a comissão redatorial consultiva em ginecologia. A equipe relacionada à colposcopia estava representada por Hildegard Stoltz como colaboradora e João Paulo Rieper como membro da comissão redatorial consultiva em colposcopia. Como representante das Sociedades médicas, o novo periódico agregava nomes importantes do controle do câncer no país, ligados ao Instituto de Ginecologia. O associativismo representado pelas sociedades indicava uma tentativa de fortalecimento da categoria médica e das próprias tecnologias médicas em questão. No final dos anos 1960, tanto a colposcopia quanto a citologia já eram ferramentas estruturadas nas ações de controle do câncer do colo do útero no Brasil.

O primeiro número da “Ginecologia Brasileira” foi marcado por um editorial assinado por Clarisse do Amaral Ferreira, no qual a médica anuncia a revista e classifica como uma revista de finalidade estritamente científica, de âmbito nacional e com divulgação e circulação internacionais (Ginecologia Brasileira. 1(1), 1969 – Editorial). O foco do periódico era a ginecologia, mais especificamente a publicação de trabalhos sobre citologia e colposcopia. A publicação seria veiculada bimestralmente com fluxo contínuo de artigos e contribuições para composição do material. No formato da publicação foi proposta uma parte de trabalhos originais sobre as temáticas, uma sessão de “comunicações breves” com a descrição de casos clínicos, uma parte de “atualização de assuntos importantes”, de “análise de publicações recebidas”, “comentários diversos” e “informações”. Além da estrutura fixa, foi destacada a necessidade de esforços para periodicamente publicar artigos de autores estrangeiros, convidados pelo corpo editorial,

³³ Informações disponíveis em: www.portalsbc.com.br. Acesso em 06 març. 2012.

com a finalidade de trazer as experiências internacionais para serem discutidas com os pares brasileiros (Idem).

No editorial de apresentação da revista, foi realizada uma homenagem a Arnaldo de Moraes, pelo seu pioneirismo na introdução das técnicas de diagnóstico precoce do câncer do colo do útero no país e por seu destaque na organização do IG e do Ambulatório Preventivo de Câncer Ginecológico. Nas palavras da diretora do periódico, Clarisse do Amaral Ferreira, “(...) esta revista que hoje iniciamos, é uma homenagem justa e sincera à figura inesquecível de professor e brasileiro, nosso saudoso Mestre Arnaldo de Moraes” (Ginecologia Brasileira. 1(1), 1969 – Editorial). O nome de Arnaldo de Moraes tornou-se um símbolo do desenvolvimento da Ginecologia brasileira, principalmente em relação ao câncer ginecológico. Os trabalhos do médico à frente da cátedra de ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil representaram a organização de ações de controle do câncer do colo do útero no Brasil, através do uso das ferramentas de diagnóstico precoce e diálogo com instituições congêneres, através da divulgação das tecnologias e formação de novos profissionais. Destas instituições, duas se destacaram nas relações com o Instituto de Ginecologia, na circulação dos atores e diálogo científico: o Hospital Aristides Maltez, em Salvador na Bahia, e a Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina de Minas Gerais, dirigida por Clóvis Salgado.

A criação da Sociedade Brasileira de Colposcopia e Sociedade Brasileira de Citologia representou a profissionalização das especialidades no Brasil. Ambos os métodos de diagnóstico foram introduzidos no país na década de 1930 e tiveram no IG seu principal locus de difusão. Os espaços associativos criados na segunda metade do século XX conferiam autonomia de ações e defesa dos interesses profissionais das categorias. As Sociedades se formaram como espaços de discussão e de definição da categoria profissional associada. Associações deste perfil foram importantes espaços de debate e produção intelectual, nos quais circulavam os mais evidentes conhecimentos científicos (Fonseca, 2000).

Considerações finais

Álvaro de Aquino Salles, médico do Instituto de Ginecologia, destacou em artigo publicado em 1963, que as três principais realizações do IG foram: a organização dos “ambulatórios Preventivos do Câncer Ginecológico”; a criação de uma nova mentalidade na formação dos médicos e acadêmicos, acerca da importância e validade da realização do diagnóstico precoce e o conhecimento e treinamento para utilização dos métodos de diagnóstico: colposcopia, citologia e biópsia; e, por fim, a formação de técnicos para manuseio destas ferramentas (Salles, 1963).

A atuação de Arnaldo de Moraes à frente da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil representou a consolidação do ensino prático da ginecologia como especialidade médica. Num espaço para atendimento às mulheres, o câncer do colo do útero ganhou atenção particular, em decorrência dos índices que apresentava e da introdução no país de tecnologias de diagnóstico da doença. Coube a Arnaldo o pioneirismo nestas ações e na organização de uma equipe de profissionais que se tornaria referência no controle do câncer do colo do útero no país e na difusão das tecnologias médicas.

No processo de difusão de uma nova tecnologia médica, as questões culturais exercem grande impacto, sendo o papel das instituições e atores decisivo neste processo (Blume, 1992). Este processo de difusão segue os preceitos do contexto no qual a tecnologia se insere, correspondendo às demandas e organização do sistema de saúde local. A organização do sistema de saúde influi diretamente no processo de difusão. Como no Brasil o atendimento ao câncer do colo do útero tinha nos consultórios de ginecologia e ambulatórios das faculdades de medicina seu principal aporte, foi nestes espaços que as tecnologias ganharam espaço e visibilidade. Como locais que se propunham a uma ação integral em relação à doença, o uso conjunto das tecnologias de diagnóstico tinha como propósito realizar um diagnóstico preciso e orientar o tratamento das pacientes, etapas todas realizadas no próprio ambulatório.

Assumido como centro de saúde, o Instituto de Ginecologia construiu uma imagem de pioneirismo e divulgação das ações de controle do câncer, a partir da difusão da

colposcopia e citologia e da formação direta de profissionais para a realização de exames. Este processo catalisou a institucionalização do IG, a afirmação de sua categoria profissional e o fortalecimento das relações de poder existentes. O Instituto foi pioneiro na implementação e utilização do chamado “modelo triplo”, que conjugava colposcopia, citologia e biópsia no exame de toda paciente atendida, independente dos motivos e sintomas apresentados. A criação de um modelo de atendimento conferiu à instituição destaque no campo médico, tendo servido de base para a organização de serviços semelhantes em outras regiões do país.

A institucionalização de espaços específicos para controle do câncer do colo do útero foi materializada com a criação do Ambulatório Preventivo do Câncer Ginecológico. Além das ações de diagnóstico, a sistematização do atendimento realizado através da confecção de fichas possibilitou a produção de conhecimento, consolidando a atividade científica da instituição. Produção de ciência, criação de modelos de ação no controle do câncer do colo do útero e formação profissional foram os principais legados do Instituto de Ginecologia para a cancerologia e ginecologia brasileiras.

Além destes legados, o IG teve ainda papel importante na formação de um corpo profissional voltado para a ação em cânceres ginecológicos na institucionalização e construção de uma política de controle da doença no país. No entanto, em meados do século XX o acesso aos serviços médicos ainda era restrito a uma parcela da população, questões de ordem econômica, social e até mesmo cultural, limitavam o acesso de um maior número de mulheres ao atendimento especializado. O IG serviu de modelo de atuação para outros espaços nacionais, dialogando na rede formada com outros locais de tratamento e pesquisa. Mas, em termos de atuação, as ações eram restritas a então capital federal, com as tentativas de ampliar o atendimento e divulgar os conhecimentos produzidos.

Arnaldo de Moraes findou seu período à frente do Instituto em 1961, quando foi substituído pelo médico Francisco Victor Fernandes. A partir de então, novas diretrizes regeriam o funcionamento dos serviços. O ponto principal foi o investimento na formação de ginecologistas, mais do que no desenvolvimento e estudos da própria ginecologia.

Iniciou-se o ensino pioneiro de pós-graduação como Residência Médica e anos mais tarde investiu-se em outras modalidades de cursos de especialização (Simões, 1997).

CAPÍTULO IV – “TECENDO A REDE”: A DIFUSÃO DA COLPOSCOPIA E A ORGANIZAÇÃO DO HOSPITAL DE GINECOLOGIA EM BELO HORIZONTE

A produção de conhecimento é uma ação coletiva que engloba elementos de diferentes naturezas. Neste trabalho, consideramos a atividade científica como uma atividade em rede, composta por categorias humanas e não humanas, em constante movimentação, formação de alianças, circulação de atores. Ao pensarmos na ideia de “rede”, tendo como base os estudos de Bruno Latour (1997, 2000), buscamos entender como os médicos brasileiros de meados do século XX solidificaram suas ações para controle do câncer do colo do útero, através da organização de instituições científicas e difusão de tecnologias de diagnóstico. Percorrendo os caminhos destes personagens e os esforços para divulgação de conhecimentos sobre a doença, é possível perceber as influências do Instituto de Ginecologia para além de suas fronteiras físicas, e o diálogo com instituições congêneres.

As alianças, divulgação de modelos de controle da doença, incentivo à formação profissional e as associações tecidas pelos médicos do IG com outros espaços de controle do câncer do colo do útero no Brasil permitiram tanto a circulação destes atores quanto a formação de uma rede de discussões e ações em relação à doença. Esta rede era composta por periódicos científicos, associações médicas, congressos e as próprias instituições.

O IG foi o impulso e espelho para a organização de instituições de controle do câncer do colo do útero no Brasil de meados do século XX. Dos locais de atendimento à doença no país, os principais espaços de diálogo com o IG foram o Hospital de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais e o Hospital Aristides Maltez na Bahia. O primeiro elo entre estas instituições foi estabelecido a partir das estratégias de difusão da colposcopia como tecnologia de diagnóstico. O IG foi a porta de entrada da ferramenta no Brasil, impulsionado pelas relações entre a ciência brasileira e alemã. Ao

retornar ao Brasil e ingressar na Faculdade de Medicina no Rio de Janeiro, João Paulo Rieper tornou-se o grande artífice de divulgação da tecnologia com a qual teve contato e formação na Alemanha. No Rio de Janeiro, Rieper consolidou a utilização do colposcópico no diagnóstico do câncer do colo do útero e o difundiu principalmente através de cursos de formação profissional, publicação de artigos e palestras.

Além da colposcopia, a citologia foi outra grande estratégia dos médicos do IG nas ações de controle do câncer do colo do útero. A técnica incorporou nomes importantes ao quadro da instituição que, de forma semelhante à colposcopia, difundiram a utilização do método de Papanicolaou no Brasil e sua importância na detecção precoce da doença. Da junção dos métodos foi criado um modelo próprio de atuação do Instituto de Ginecologia, que foi espelho para a estruturação de instituições e estratégias de controle da doença: o “modelo triplo”. A utilização deste modelo foi a característica principal nas ações de prevenção do câncer do colo do útero no Brasil até o final dos anos 1960. As instituições que compunham a rede de ações em relação à doença no período, constituíam-se nos seus principais espaços de difusão e afirmação.

O primeiro serviço que teve influência direta do IG em sua organização foi o Hospital de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais, dirigido pelo ginecologista Clóvis Salgado³⁴. Salgado foi o responsável pela introdução do colposcópico em Minas Gerais e organização de um espaço de controle do câncer do colo do útero na região. Era o início da formação de uma rede de discussões sobre a doença, verificada na publicação de artigos sobre o tema nos *Anais Brasileiros de Ginecologia*, na

³⁴ Clóvis Salgado da Gama nasceu em Leopoldina (MG) no dia 20 de janeiro de 1906, filho de Luís Salgado Lima e de Virgínia da Gama Salgado. Bacharelou-se em Medicina em 1929. Paralelo com sua atuação na Medicina, pontuada no texto, Salgado iniciou na política como vice-governador de Minas Gerais, em 1950, na chapa que elegeu Juscelino Kubitschek como governador, pela legenda do Partido Republicano (PR). Contudo, antes de completar o mandato, o então governador JK abriu mão do cargo para candidatar-se à presidência da República. Em 1955, portanto, Clóvis Salgado assume o governo do Estado. Vitorioso nas eleições, JK assumiu a presidência do Brasil e empossou Salgado como Ministro da Educação e Cultura, cargo que ocupou até o fim do governo JK em 1961. Entre 1964 e 1968 foi membro do Conselho Federal de Educação. Em abril de 1967, assumiu a Secretaria de Saúde de Minas Gerais, afastando-se do cargo em março de 1971. Faleceu em Belo Horizonte no dia 25 de julho de 1978. (Monteiro, 1994) Além da atuação no Hospital de Ginecologia vinculado à Faculdade de Medicina, Salgado dirigiu o Hospital das Clínicas da Universidade de Minas Gerais (UMG), e, de 1973 a 1976, foi diretor da Faculdade de Medicina da mesma Universidade.

organização de cursos de formação profissional e na própria organização do atendimento em Belo Horizonte, com base no “modelo triplo” de diagnóstico.

Neste capítulo, analisaremos a atuação de Clóvis Salgado na criação e estruturação do Hospital de Ginecologia como espaço para ensino prático da especialidade na Faculdade de Medicina em Minas Gerais. No processo de institucionalização do Hospital, discutiremos o modelo de atendimento implementado e os esforços para sua ampliação através dos ambulatórios preventivos e da construção de conhecimento, com a organização das fichas de atendimento.

A Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais e a colposcopia para além do IG

Clóvis Salgado assumiu a cátedra de ginecologia da Faculdade de Medicina de Minas Gerais em 1936. No concurso para ocupação da cadeira, em 1935, Salgado ficou com o primeiro lugar, seguido do ginecologista Lucas Machado. Uma vez empossado na cátedra, Salgado fora impedido de exercer a parte prática da disciplina no ambulatório da Santa Casa, local de atuação do grupo do médico Lucas Machado. Foi então que, com o intuito de renovar a cadeira de ginecologia, pelo incentivo à formação especializada e à pesquisa, criou o Hospital de Ginecologia, anexo à Faculdade de Medicina, em 1939, para ministrar as aulas práticas do curso (Marques, 2005). Salgado ocupou a direção do Hospital até 1955.

O serviço dirigido por Salgado foi o local de maior influência do modelo de trabalho desenvolvido no Instituto de Ginecologia. O médico mineiro, antes do concurso, clinicou no Rio de Janeiro e tinha trabalhado com Arnaldo de Moraes. Anos antes de assumir a cátedra, Salgado já mostrava interesse pela temática do câncer. O primeiro colposcópio em Minas Gerais foi adquirido por Clóvis Salgado para sua clínica particular em 1934. Ao assumir a cadeira de ginecologia em 1936, o médico transferiu o aparelho

para a Faculdade. Por falta de profissionais com conhecimento sobre o manuseio da ferramenta e interpretação do exame, o colposcópico ficou inutilizado na instituição por um período.

O médico responsável pela utilização do colposcópico e difusão da tecnologia na Faculdade de Medicina mineira foi Alberto Henrique da Rocha. Rocha foi um dos primeiros discípulos de João Paulo Rieper no Brasil. Como discutimos no capítulo anterior, na década de 1940, quando iniciou os trabalhos no IG, uma das principais orientações de Rieper era a formação de profissionais para o uso da tecnologia e interpretação das imagens colposcópicas. Neste propósito, o médico do IG tornou-se referência na divulgação e afirmação do método no Brasil.

Alberto Henrique da Rocha iniciou seus trabalhos como assistente no Hospital de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais em 1941. Desde o início de suas atividades, o médico trabalhou com o exame colposcópico, num modelo de atendimento que defendia a realização do exame em todas as mulheres que buscassem o serviço. Em 1947, para assumir uma cátedra de ensino na Universidade, Rocha publicou sua tese de livre docência com o título: “Contribuição da Colposcopia ao Diagnóstico Ginecológico”.

A formação de Rocha como colposcopista no IG foi posterior ao seu ingresso como médico no Hospital de Ginecologia. Ao iniciar a utilização do método, o médico mineiro destacou as dificuldades do trabalho e, num discurso que evidenciava as relações institucionais do período, ressaltou a importância da formação prática com Rieper no Rio de Janeiro. Rocha relatava que:

“Desde 1941 tive a atenção voltada para o estudo da colposcopia, realizando o exame colposcópico no ambulatório da clínica ginecológica. Até 1943 não obtive resultados práticos com o método, concluindo pela necessidade de uma aprendizagem direta com um técnico experimentado no reconhecimento das imagens colposcópicas. Incentivado pelo professor Clóvis Salgado a realização de um trabalho intensivo, a fim de nos capacitarmos do verdadeiro valor do método, tive a feliz oportunidade de fazer um estágio no magnífico serviço do professor Arnaldo de Moraes, onde recebi as primeiras luzes e a experiência

necessária para o início do trabalho, aprendendo com João Paulo Rieper o segredo da interpretação das imagens colposcópicas, segundo os ensinamentos de Hinselmann.” (Rocha, 1955).

A introdução do colposcópio no Brasil e sua difusão na década de 1940 marcaram um modelo particular do país no controle do câncer do colo do útero. A chamada “exceção latino-americana” (Eraso, 2010) configurou-se na utilização da colposcopia como primeira ferramenta de diagnóstico, de forma diferente ao verificado em países europeus e nos EUA, nos quais a citologia foi o principal método nas campanhas de prevenção da doença. No Brasil, o colposcópio foi utilizado de forma conjunta à citologia e a biópsia num modelo específico, organizado e divulgado pelo IG: o “modelo triplo”.

Na difusão da colposcopia enquanto tecnologia de diagnóstico, o nome de João Paulo Rieper era citado como uma referência na prática e no ensino no país. Por sua formação diretamente com Hinselmann na Alemanha, o médico do IG tornou-se o principal difusor do método e, através dos artigos publicados, palestras e cursos ministrados, o principal veículo de formação e informação sobre o uso da tecnologia e sua aplicação num ambulatório preventivo.

Semelhante à estrutura de organização e institucionalização do IG, em Belo Horizonte a colposcopia foi o carro chefe do processo de organização institucional do Hospital de Ginecologia. O colposcópio, desde o início da década de 1940, foi a principal ferramenta no diagnóstico do câncer do colo do útero e em torno da qual as ações de controle da doença foram estruturadas. Numa publicação de Clóvis Salgado e Alberto Henrique da Rocha nos *Anais Brasileiros de Ginecologia*, os médicos destacaram o valor prático da tecnologia, numa defesa clara de sua utilização nos ambulatórios de atendimento. Segundo Salgado e Rocha:

“Na luta contra o câncer do colo, o método colposcópico desempenha papel primordial. O exame periódico de toda mulher em idade propícia à irrupção do câncer, como hoje se encomenda universalmente, será incompleto e falho se não utilizar o colposcópio. Os cânceres encobertos passariam despercebidos (...)” (Salgado, Rocha e Junqueira, 1949).

Complementando as considerações sobre o método, Salgado defendia que:

“ (...) a técnica desenvolvida por Hinselmann se destaca por permitir o diagnóstico em estágios assintomáticos da doença, com a identificação das chamadas zonas matrizes. Tal fase pode ser longa, o que permite uma identificação do perigo por exames sistemáticos e periódicos, numa postura de ginecologia preventiva. E, uma vez “descoberto em fase incipiente, o câncer do colo pode ser definitivamente curado por uma operação benigna” (Salgado, 1949: 86).

A colposcopia no Hospital de Ginecologia era apontada como principal método de diagnóstico, por permitir, na grande maioria dos casos, a identificação do tumor em sua fase mais inicial, Tendo como base a literatura norte americana que se dedicou à colposcopia, Alberto Henrique Rocha publicou um artigo nos *Anais Brasileiros de Ginecologia* defendendo o método e apontando os principais pontos de crítica ao mesmo. Conforme discutimos no segundo capítulo deste trabalho, por questões de ordem política, a ferramenta foi introduzida e difundida nos EUA a partir dos anos 1950, mais propriamente na década de 1960, e recebeu duras críticas dos médicos locais quanto à sua aplicabilidade e funcionalidade no diagnóstico do câncer do colo do útero. Nos EUA, a citologia foi o carro chefe na organização de campanhas para detecção precoce. O método de Hinselmann se difundiu no país de forma tímida na segunda metade do século XX, sendo visto como complementar à citologia para aumentar a eficácia do diagnóstico.

Rocha resumiu em três as principais críticas da literatura norte-americana à colposcopia naquele momento: elevado custo do aparelho, o tempo gasto para realização do exame e a necessidade de grande experiência e prática do colposcopista. Em contrapartida, o médico apresentava os pontos em defesa. Rocha afirmava que tais críticas eram condizentes à utilização da tecnologia em consultórios particulares. No entanto, em clínicas especializadas e centros de combate ao câncer, a aquisição do aparelho e formação profissional não se apresentavam como problemas para a larga utilização do mesmo. Isto porque, estes espaços contariam com uma infraestrutura mais bem organizada, capaz de arcar com os custos de aquisição e realização dos exames, assim como com a formação dos profissionais (Rocha, 1946).

Como podemos perceber, a colposcopia foi um dos pilares de estruturação da organização dos trabalhos no Hospital de Ginecologia. A tecnologia foi a grande resposta encontrada pelos médicos brasileiros na década de 1940 para visualização do colo uterino e realização do diagnóstico precoce da doença. O diálogo e as relações do Hospital mineiro com o Instituto de Ginecologia deram tônus à utilização do colposcópio no servido dirigido por Clóvis Salgado, principalmente através da atuação do médico Alberto Henrique Rocha, e sua formação com Rieper. A partir dos trabalhos de Rocha, o Hospital de Ginecologia tornou-se referência na difusão do uso do colposcópio na capital mineira.

Seguindo nos preceitos de ação do IG, a instituição mineira reforçou o modelo de diagnóstico, que compreendia o uso conjunto das tecnologias no exame das pacientes. Os exames citológicos ganharam força na faculdade mineira através dos trabalhos de Iracema Baccarini³⁵. A médica iniciou suas atividades no Hospital na década de 1940. Em 1954, Iracema ingressou como professora assistente no departamento de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina.

Em 1952 foi organizado o Laboratório de Cortes Histopatológicos seriados, para o estudo das atipias epiteliais do colo uterino, sob os cuidados de Licy Teixeira Cló. O laboratório constituiu-se como um núcleo de ensino e pesquisa sobre a prevenção do câncer do colo do útero. A partir de 1957, o laboratório expandiu-se, tornando-se um centro nacional de ensino da colpocitologia, concedendo bolsas de estudos para a formação de novos profissionais. (Salgado, 1961).

Desde o início dos anos 1940, o câncer do colo do útero era pauta de pesquisa no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais. Todo o material clínico era examinado mediante colposcopia, citologia e histopatologia (Rocha, 1946). A organização dos trabalhos no Hospital confirmava e solidificava o modelo implementado no país, que marcava a especificidade brasileira nas

³⁵ Iracema Baccarini nasceu em 1912, na cidade de Lorena, São Paulo. Graduou-se em medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais em 1942, na qual especializou-se em ginecologia e obstetrícia. Foi a primeira mulher a lecionar na Faculdade e a defender uma tese de doutorado. Informações disponíveis em: <https://www.ufmg.br/boletim/bol1374/oitava.shtml>. Acesso em 15 out. 2012.

ações de controle da doença. Num momento em que o câncer do colo do útero era objeto principalmente da medicina ambulatorial e privada, o exame sistemático em todas as pacientes atendidas era a diretriz dos trabalhos nas instituições de controle da doença. Este exame era realizado a partir do uso conjunto das ferramentas de diagnóstico desenvolvidas na década de 1930, o que se configurou no modelo das ações médicas em relação à doença no Brasil durante décadas.

À frente do Hospital de Ginecologia, Clóvis Salgado implantou em 1942 o Serviço da Cruz Vermelha, com funcionamento no próprio Hospital e com uma proposta de atenção à saúde da família. Desde sua inauguração, o Serviço incorporou o exame colposcópico nas consultas de rotina. Em 1944 foi inaugurado o Posto de Combate ao Câncer da Cruz Vermelha brasileira, destinado aos cânceres femininos. O Posto funcionava como um ambulatório preventivo, com o propósito de diagnosticar o câncer feminino, principalmente o do colo do útero, em fases iniciais de evolução.

O evento de inauguração do Posto de Combate foi marcado pela presença de nomes importantes da medicina brasileira: Herculano Teixeira d'Assumpção, presidente da Cruz Vermelha; Alfredo Balena, diretor da Faculdade de Medicina de Minas Gerais, Clóvis Salgado, diretor do Hospital de Ginecologia e Secretário-geral da Cruz Vermelha e Alberto Henrique da Rocha, colposcopista na Clínica de Ginecologia e secretário da Cruz Vermelha (An. Bras. Gin. 17(3), 1944). No discurso de inauguração do Posto, Clóvis Salgado explicou as finalidades e serviços que objetivava realizar. Segundo o médico, para efetivar ações de controle do câncer do colo do útero, era necessária a organização de uma campanha de conscientização da população para os perigos da enfermidade. O objetivo era difundir conhecimentos sobre os primeiros sinais da doença e sobre a necessidade da realização de exames periódicos, principalmente entre a faixa etária de 35 a 50 anos, período no qual a incidência do câncer era maior (Idem).

No convênio entre o Hospital de Ginecologia e a Cruz Vermelha Brasileira³⁶ em Minas Gerais, firmado por Clóvis Salgado, à Cruz Vermelha caberiam as ações de propaganda e educação popular difundindo a ideia de que o câncer, em fases incipientes, tinha grandes possibilidades de cura. Foram realizadas palestras radiofônicas, publicações em jornais locais, entrevistas, comunicações científicas a sociedades médicas, todos com o lema da educação em câncer e da importância do exame médico para diagnóstico precoce. Tais iniciativas, na visão de Salgado, foram produtivas, impactando diretamente no aumento do número de mulheres que buscaram o atendimento na Clínica nos anos 1940/1950 e no quantitativo de casos diagnosticados em início da evolução tumoral (Rocha, 1955).

As campanhas, realizadas pela Cruz Vermelha em conjunto com o Hospital de Ginecologia, ficariam a cargo das “Voluntárias Socorristas”, que fariam um levantamento das pacientes e encaminhariam ao posto todas as mulheres nas idades consideradas de maior risco. A principal ferramenta utilizada pelo Posto era a colposcopia. As referências ao diagnóstico da doença eram, em sua maioria, baseadas no uso do colposcópio para identificação de alterações no colo uterino. Os exames ficavam a cargo de Alberto Henrique da Rocha. A parte de enfermagem era de responsabilidade das Voluntárias, sob a supervisão da enfermeira Elvira Luiza Nery. Para além das atividades de diagnóstico e profilaxia da doença, o novo serviço tinha como propósito o estudo dos casos atendidos, numa perspectiva de construção de conhecimento. (An. Bras. Gin. 17(3), 1944).

O Posto de Combate ao Câncer funcionava nas dependências do Hospital de Ginecologia, diariamente das 8 às 10 horas da manhã. O atendimento era aberto ao público feminino em geral. A chefia foi atribuída ao médico Alberto Henrique da Rocha, e a direção ficou a cargo de Clóvis Salgado (An. Bras. Gin. 17(3), 1944). A organização do Posto seguia os preceitos básicos, difundidos pelos médicos do período, de atendimento

³⁶ A Cruz Vermelha Brasileira foi fundada em 5 de dezembro de 1908 e, desde sua organização, tinha como objetivos principais socorrer feridos em campos de batalha, nos tempos de guerra e, em tempos de paz, prestar ajuda médica a vítimas de catástrofes, doenças crônicas, dentre outros. Em Minas Gerais, a instituição foi oficialmente fundada em 22 de outubro de 1914. Passou por uma reestruturação em 1942, sob a liderança de Clóvis Salgado. Informações disponíveis em: <http://www.cruzvermelhasm.org.br> e <http://www.cvbmg.org.br>. Acesso em 20 out. 2012.

ambulatorial para prevenção do câncer do colo do útero. Esta prevenção seria feita através da realização de exames para diagnóstico precoce, a partir do uso conjunto das tecnologias: colposcopia, citologia e biópsia. A criação de espaços ambulatoriais foi uma das características das instituições que se organizaram na década de 1940, direcionadas à temática do câncer. A justificativa era de um atendimento rápido e direcionado para a mulher, que permitisse a identificação de lesões que pudessem levar ao desenvolvimento do câncer do colo do útero. O modelo mineiro foi semelhante ao empregado no Ambulatório Preventivo do Câncer Ginecológico do Instituto de Ginecologia, inclusive na sua ideia principal: da realização do diagnóstico precoce.

Os estudos e atendimentos realizados no Hospital de Ginecologia e no Posto de Combate ao Câncer da Cruz Vermelha seguiam a diretriz da busca pelo diagnóstico precoce do câncer do colo do útero como principal estratégia de controle. Na capital mineira, a doença despontava com os maiores índices nos casos de morte por câncer. O câncer do colo do útero era tomado como uma doença de “(...) *importância social muito grande, pois atinge as mulheres numa fase da vida em que são mais úteis à família e à sociedade*” (Rocha, 1946). O discurso dos médicos mineiros apontava para o papel social da mulher, na formação familiar, justificando a necessidade de ações de controle da enfermidade.

Seguindo no modelo organizado e difundido pelo Instituto de Ginecologia, para o controle da doença, a diretriz adotada na instituição mineira foi a do uso conjunto das ferramentas de diagnóstico precoce: colposcopia, citologia e biópsia. As discussões entre os médicos das duas instituições reforçou a formação da rede de prevenção da doença, que foi marcada pela afirmação do “modelo triplo” como diretriz principal das ações de controle no país até os anos 1960.

Sobre o diagnóstico precoce, Alberto Henrique Rocha afirmava que:

“(...) muitas vezes os primeiros sintomas percebidos pela doente coincidiam com um câncer já avançado. A moléstia podia conservar-se silenciosa, progredindo insidiosamente, sem nenhum sinal, até que a primeira hemorragia surgisse como consequência de uma ulceração do tumor, já bastante infiltrado. O conhecimento dos primeiros sintomas

clínicos, não era, pois garantia suficiente para diagnóstico precoce” (Rocha, 1955).

Os primeiros sintomas, portanto, não eram garantia de identificação do tumor em fases iniciais. Como discutimos no capítulo anterior, o propósito dos médicos brasileiros era a identificação da doença em fases assintomáticas, ou ainda na ocorrência de lesões que fossem indicativos da possibilidade de desenvolvimento de um tumor. A partir destes preceitos, Rocha defendia a necessidade da criação de ambulatórios equipados com as tecnologias de diagnóstico, para realizar exames periódicos nas mulheres, independente da presença de sintomas. Seguindo nas orientações para a organização de um ambulatório preventivo da doença. Rocha argumentava que estes deveriam estar equipados com as ferramentas de diagnóstico necessárias ao trabalho, assim como dispor de um corpo profissional qualificado, para que fosse possível realizar de forma precisa os procedimentos terapêuticos e acompanhamento das pacientes. A orientação geral nestes serviços era o exame sistemático de toda mulher que buscasse atendimento, independente das queixas ou sintomas apresentados.

O Posto de Combate ao Câncer exercia a função deste ambulatório, proposto por Rocha. Na verdade, tal como o Ambulatório Preventivo do Câncer Ginecológico no IG, o Posto era uma continuidade dos trabalhos do Hospital de Ginecologia, mas com uma especificidade: era direcionado para ações de controle do câncer, principalmente o do colo do útero. A atenção à doença naquele momento respondia à sua crescente incidência e ao aumento no número de mulheres que vinham a óbito após o diagnóstico. Como este diagnóstico, na maioria das vezes era feito já em estágios irreversíveis, o objetivo do atendimento ambulatorial era, na visão do médico, *“permitir a profilaxia do câncer do colo do útero pela descoberta e tratamento de lesões iniciais; e diagnosticar tanto o câncer assintomático quanto o câncer já invasor”* (Rocha, 1955: 221).

Para que estes objetivos fossem atingidos, estes ambulatórios deveriam seguir alguns preceitos. Primeiro, era necessário difundir entre a população feminina a importância dos exames periódicos a partir do casamento (Rocha, 1955). Minas Gerais na

primeira metade do século XX tinha uma peculiaridade, que era a forte presença da tradição católica e dos traços culturais dela decorrentes. Em estudo sobre a trajetória profissional do médico Hugo Werneck, ginecologista que antecedeu Clóvis Salgado na cátedra de ginecologia da Faculdade de Medicina, Rita Marques investigou a atividade do médico de mulheres ou do ginecologista, numa trama que cruzava aspectos sociais, de religiosidade, tabus com o corpo feminino e a busca do profissional da saúde por espaços de atuação profissional e, no caso do ginecologista, da confiança das mulheres de seu núcleo familiar masculino no trabalho científico (Marques, 2005).

Lançando mão da análise do arquivo pessoal de Hugo Werneck, a autora estudou as cartas de pacientes que eram endereçadas ao médico. Marques argumentou que, mais do que se preocupar em legitimar sua técnica, os designados “médicos de senhoras” mineiros precisaram preocupar-se com sua imagem, dentro dos padrões que a sociedade considerava confiável. Assim muitas das correspondências eram enviadas por maridos ou pais buscando consultas para problemas de suas filhas e esposas por eles mesmos relatados. Segundo a autora, tal resistência da presença das mulheres nos consultórios médicos e particularmente nos hospitais se dava pela conjugação de três fatores: o pudor feminino permeado por questões de fundo religioso, a resistência de pais e maridos ao exame por terceiros e a tradição do atendimento domiciliar do parto pelas parteiras e medicina popular na “cura” das moléstias (Marques, 2005).

A primeira metade do século XX em Minas foi marcada por uma forte presença da religiosidade e tradição. Com isso, a ação médica, principalmente na ginecologia, passava por questões de ordem cultural, o que pode ser percebido nas preocupações dos profissionais da Faculdade. O discurso focado no papel da mulher no âmbito familiar, era uma estratégia para legitimar as ações de controle do câncer do colo do útero, através da conscientização da importância da realização de exames periódicos nas pacientes, como forma de prevenção e cura.

Os números do atendimento e a organização de fichários

Na experiência registrada dos primeiros quatro anos de funcionamento do Hospital de Ginecologia em Belo Horizonte, de 1100 pacientes examinadas, 11 casos de câncer do colo do útero foram identificados, numa média de um câncer para cada 100 colposcopias. Como não havia suspeita de malignidade no exame clínico de nenhum dos casos, e os motivos que levaram as pacientes a buscar atendimento foram variados, sem relação com sintomas de câncer, foi imputada à colposcopia o mérito pelo diagnóstico. Nos casos diagnosticados como câncer, a histerectomia total foi a terapêutica utilizada. A defesa para o tratamento era de retirar todo o tumor e adjacências para impedir a reincidência da doença. Nas pacientes identificadas com lesões não cancerosas, conferido o grau de malignidade pela biópsia, era praticada a eletrocoagulação ou a amputação da cervix, como medida preventiva. Dependendo da gravidade da lesão, era recomendado o acompanhamento da paciente, com exames colposcópicos dentro de prazos determinados (Rocha, 1946).

A instituição mineira foi um dos principais redutos do método colposcópico no país. A possibilidade de visualização direta do colo uterino e da interpretação das lesões atraiu a atenção dos médicos da instituição, que defenderam o uso da ferramenta como principal estratégia para a prevenção do câncer do colo do útero. Mesmo que sem uma defesa tão acentuada, a citologia fazia parte da rotina do Hospital. A técnica era vista como mecanismo para aumentar as certezas no diagnóstico e potencializar os atendimentos realizados. Nos primeiros anos de atendimento, a terapêutica utilizada no Hospital Ra principalmente cirúrgica, numa perspectiva de cirurgia radical, sob a justificativa de impossibilitar uma recidiva da doença. Mesmo nos casos em que não tinha sido confirmada a malignidade do tumor, tratando-se apenas de uma lesão, a orientação era de intervenção imediata como forma de prevenção.

Ao final da primeira década de funcionamento, Clóvis Salgado apontava uma cifra de atendimento de 1600 pacientes com a realização de mais de 2000 exames colposcópicos, em cinco anos de atendimento. O médico defendia a colposcopia como um importante método dentro das ferramentas de diagnóstico em ginecologia. Segundo relato dos médicos

Clóvis Salgado, Alberto Henrique Rocha e Moacir Junqueira, a ferramenta era utilizada em rotina no atendimento, tanto para com as pacientes que apresentavam sintomas de cânceres quanto as que procuravam o serviço com queixas em geral. Em ambos os casos era realizado o exame colposcópico como medida de identificar o mais precocemente alguma lesão suspeita no colo uterino. As pacientes nas quais eram identificadas a presença de zonas matrizes, ou de transformação para uma lesão, eram direcionadas para a indicação de retomada do exame periodicamente, e nas com presença de áreas suspeitas, indicava-se a realização de biópsia do tecido para comprovar ou não a presença de um tumor (Salgado, Rocha e Junqueira, 1949).

Já no fim dos anos 1940, as orientações terapêuticas caminhavam para uma prática mais conservativa, priorizando o acompanhamento e realização periódica de novos exames. Na medida em que as ferramentas de diagnóstico eram estabilizadas nas ações de controle da doença, a identificação da mesma em estágios mais iniciais também aumentava, tanto em decorrência da realização dos exames, quanto pelo trabalho institucional, com campanhas de conscientização e divulgação da ideia de diagnóstico precoce. As mudanças na terapêutica podem ser entendidas por duas formas: de uma detecção mais precoce do tumor, o que permitia intervenções menos invasivas na paciente; e uma própria estratégia de atrair a mulher para o Hospital, conservando, nos casos em que fosse possível, sua capacidade procriativa, utilizando-se de outras técnicas para além da cirurgia.

Desde o início dos trabalhos na instituição, os atendimentos realizados do Hospital de Ginecologia eram registrados em fichas ambulatoriais, que permitiam o acompanhamento da evolução da paciente. A organização das fichas de atendimento permitia a construção de um “campo documental” (Foucault, 2000) no Hospital, que conferia à instituição uma dimensão para além das intervenções terapêuticas. Os registros, como discutimos nos capítulos anteriores, possibilitavam acompanhar a doença e a doente e, também, construir conhecimento, através das discussões suscitadas com o material. A organização destas fichas formava um acervo documental na instituição, que funcionava como base para o acompanhamento das pacientes e para estudos pelo próprio grupo. Parte deste material era utilizada na elaboração e publicação de balanços de atendimento. No

entanto, diferente dos médicos do Instituto de Ginecologia, na instituição mineira, não foram divulgados tantos trabalhos em periódicos de ginecologia do período.

As fichas de observação clínica seguiam um modelo básico em todos os atendimentos. Nas primeiras fichas confeccionadas, a primeira parte era de identificação da paciente, com dados pessoais, como nome, cor, idade, estado civil, endereço residencial e profissão. A segunda parte era reservada às questões médicas. Nesta, eram registrados os sintomas e sinais apresentados pela paciente, através de uma descrição da moléstia atual. Em sequência eram descritos os elementos de histórico médico, como antecedentes pessoais em saúde, menstruação, informações obstétricas e de família. Após a coleta e registro dos dados iniciais, procedia-se aos exames, sendo primeiramente os exames gerais e, em seguida, os exames ginecológicos. Tanto os procedimentos realizados quanto os resultados encontrados eram descritos nas fichas. No último bloco anotações constava o diagnóstico da paciente e as indicações terapêuticas. Nos casos de retorno e/ou avaliação dos resultados do tratamento, havia uma folha complementar, na qual eram descritos estes itens e quaisquer outros pontos que fossem considerados relevantes (Clínica Ginecológica: Ambulatório – Cememor / Belo Horizonte).

A partir de 1955, os registros começaram a ser elaborados de forma mais detalhada, por ferramenta de diagnóstico utilizada e resultados encontrados. Naquele momento, o modelo de diagnóstico baseado no uso conjunto das ferramentas já tinha se estabelecido na diretriz de trabalho da instituição. Paralelo à difusão da colposcopia, principalmente nos anos iniciais, ocorreu também a ampliação do exame citológico na detecção de alterações do colo uterino. Com isso, ao longo da primeira década do Hospital, o exame sistemático em todas as pacientes atendidas, através do “modelo triplo”, se tornou o princípio geral das atividades. A seção de diagnóstico era dividida em duas partes: diagnóstico clínico e diagnóstico definitivo. No primeiro, estavam os espaços para os dados dos exames colposcópicos, teste de Schiller, citologia e biópsia. No diagnóstico definitivo era descrita a doença da paciente, no caso de diagnóstico de câncer do colo do útero, o grau de evolução e as indicações de tratamento. Na última seção, referente à terapêutica, eram mais detalhados os dados de internação, como as datas e procedimentos efetuados (Clínica Ginecológica: Ambulatório – Cememor / Belo Horizonte).

As informações das fichas de atendimento nos permitem visualizar tanto a organização do funcionamento ambulatorial, quanto a estabilização de um modelo específico para a detecção da doença. Na rede de discussões e ações de controle do câncer do colo do útero, a instituição mineira foi destaque na ampla difusão do exame colposcópico, o que impactou diretamente na própria estruturação do Hospital de Ginecologia. A defesa do método ganharia maior ímpeto com a visita do ginecologista alemão Hans Hinselmann ao Brasil.

Hinselmann em Belo Horizonte

Como discutimos ao longo deste trabalho, no Brasil, entre os anos 1940 e 1950, a colposcopia despertou grande entusiasmo dos médicos diante da possibilidade de diminuição da mortalidade por câncer do colo do útero no país. Em Belo Horizonte, de forma particular, o método era visto como a principal estratégia para prevenção, através do diagnóstico precoce da doença. O uso da técnica na configuração das ações de controle e sua difusão como ferramenta de diagnóstico, respondeu ao panorama de saúde do período e contribuiu na organização das estratégias de ação frente à doença. Como o câncer do colo do útero era uma doença da medicina ambulatorial e filantrópica, a realização dos exames colposcópicos era possível no atendimento a todas as pacientes. No entanto, a colposcopia era, ao mesmo tempo, uma ferramenta que gerava discussões. Ao mesmo tempo em que possibilitava a identificação de alterações iniciais no colo uterino e a localização mais precisa para realização de exames histopatológicos, era também um equipamento de alto valor de aquisição e manutenção e que demandava profissionais devidamente treinados para seu manuseio e interpretação.

Um dos momentos que marcaram o estreitamento das relações dos médicos brasileiros com a ciência alemã e representou a transferência da colposcopia como tecnologia de diagnóstico foi referente às viagens de Hinselmann à América Latina. Hinselmann visitou o continente no momento em que sua credibilidade científica estava

abalada na Alemanha por conta da prisão, diante da acusação de ter realizado esterilizações em mulheres ciganas, de forma involuntária, nos campos de concentração nazistas. Após sair da prisão, a primeira participação do médico no cenário científico foi a viagem à América. Por este fato, este momento foi visualizado, pelo próprio Hinselmann, como um novo incentivo à sua carreira e fortalecimento de sua ferramenta no diagnóstico do câncer do colo do útero (Hinselmann, 1952). Assim, a presença do médico representava uma tentativa de afirmação de sua tecnologia e estreitamento das relações com os médicos sul-americanos.

Logo após findar o curso de colposcopia ministrado no Instituto de Ginecologia, Hinselmann seguiu sua passagem pelo Brasil. Chegou à capital mineira em vinte e seis de dezembro de 1949. Ao chegar à cidade foi recebido por Clóvis Salgado e Alberto Henrique da Rocha. A viagem a Minas não era para cursos de formação, e sim para conhecer a utilização da colposcopia na região e legitimar o emprego da ferramenta nas ações de controle da doença. No segundo dia de sua visita, esteve no ambulatório do Hospital de Ginecologia da Faculdade de Medicina, no qual funcionava o Posto de Combate ao Câncer da Cruz Vermelha. Na ocasião, o médico fez demonstrações sobre a técnica colposcópica e respondeu a dúvidas dos profissionais presentes. Ao avaliar os trabalhos ali desenvolvidos, Hinselmann destacou ter ficado impressionado com os dados estatísticos do movimento colposcópico realizado na instituição desde 1940.

Na Faculdade de Medicina de Minas Gerais, Hinselmann proferiu uma conferência sobre o diagnóstico precoce do câncer do colo do útero. Logo após a palestra, Clóvis Salgado avaliou a presença do médico em Belo Horizonte e suas contribuições médicas à luta contra o câncer. Segundo Salgado:

“Para o Hospital de Ginecologia de nossa Faculdade, a breve estada do professor Hinselmann em Belo Horizonte foi decisiva para o aprimoramento do método colposcópico como meio propedêutico indispensável ao despistamento precoce do câncer do colo uterino. Foi a partir de sua visita que pudemos aparelhar a clínica com os modernos modelos de colposcópico (...), o que veio facilitar sobremaneira a aceitação do método colposcópico, dada a enorme facilidade trazida à sua aprendizagem técnica com os acentuados e notáveis aperfeiçoamentos

introduzidos nos aparelhos que surgiram na Alemanha no período do pós-guerra.” (Rocha, 1955).

Os trabalhos de Hinselmann foram exaltados na instituição mineira por terem tornado possível o diagnóstico do câncer assintomático. O médico alemão demonstrou em suas pesquisas que o período entre as primeiras alterações celulares e a aparecimento de sintomas era longo o suficiente para permitir um diagnóstico seguro através de exames periódicos e sistemáticos. E, a partir disso, a intervenção no tumor antes de seu desenvolvimento e expansão a tecidos e órgãos vizinhos. A colposcopia, na visão dos médicos mineiros, teria garantido a realização de uma verdadeira profilaxia da doença.

O método, no entanto, apresentava dificuldades importantes para sua estabilização. A primeira era em relação à difusão, em decorrência das críticas recebidas quando se sua elaboração e do acirramento das relações diplomáticas entre Alemanha e países democráticos na Segunda Guerra Mundial. Neste sentido, as viagens de Hinselmann catalisariam este processo de difusão, ao propagar e afirmar o emprego do método, viabilizando sua estabilização no cenário médico. A segunda dificuldade era a da formação em colposcopia. Como o método necessitava de um ensino prático, os primeiros a difundirem a ferramenta foram discípulos do próprio Hinselmann, formados com o médico na Alemanha, como o médico do IG João Paulo Rieper.

A preocupação com a formação de técnicos em colposcopia era uma dos pontos mais destacados pela comunidade médica. Somente com um quantitativo suficiente destes profissionais seria possível organizar consultórios preventivos de câncer do colo do útero, para a realização de exames periódicos e sistemáticos em toda a população feminina. No trabalho publicado por Rieper e Salgado nos anos 1970, verificamos que o número de colposcopistas ainda era considerado pequeno dentro do esperado (Rieper e Salgado, 1970). Nos anos 1940, quando teve início a formação destes profissionais no país, o número ainda era mais reduzido, o que fomentou os incentivos institucionais para a especialização.

A presença de Hinselmann em Belo Horizonte consolidava o status de sua técnica na região e reforçava as relações de poder tecidas no Hospital de Ginecologia. A visita do médico marcava a interação entre as ciências brasileira e alemã e afirmava o prestígio dos ginecologistas brasileiros na organização de ações de controle e na construção de uma rede de prevenção do câncer do colo do útero no país.

Considerações finais

O Hospital de Ginecologia, fundado por Clóvis Salgado na Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais, foi o grande aporte na construção de uma rede para ações de controle do colo do útero no Brasil, a partir dos trabalhos do Instituto de Ginecologia. A introdução da colposcopia, seguida dos esforços para implementação e estabilização da ferramenta, impulsionou o processo de organização e institucionalização do Hospital.

As diretrizes de trabalho da instituição seguiram parâmetros já utilizados por espaços de prevenção à doença no país, como o Instituto de Ginecologia. O IG foi o principal espaço de diálogo e troca de experiências com o Hospital mineiro. Ao longo da primeira década de funcionamento do Hospital de Ginecologia, o uso da colposcopia foi gradativamente associado à citologia para os exames de diagnóstico. Esta aproximação seguiu os mesmos preceitos difundidos pelos médicos do IG: de potencializar as ações de detecção através do aumento das certezas no diagnóstico.

Neste caminho, a instituição dirigida por Clóvis Salgado fortaleceu a difusão do “modelo triplo” no diagnóstico precoce do câncer do colo do útero, afirmando este modelo como marca característica das ações de controle da doença no país. Do diálogo entre as instituições carioca e mineira foi sendo tecida a rede de discussões e prevenção, que se articulou na consolidação de uma forma específica de atuação. Na década de 1950, a rede estaria completa, com a fundação do Hospital Aristides Maltez na Bahia, o fortalecimento do “modelo triplo” e, anos mais tarde, da transição para um novo formato de prevenção da enfermidade: a organização de campanhas para realização de exames em maior escala, com o uso da citologia.

Na análise sobre o Hospital de Ginecologia tivemos algumas dificuldades com a pesquisa de fontes sobre a instituição. Diferente dos espaços por nós estudados, como o Instituto de Ginecologia e o Hospital Aristides Maltez, o Hospital mineiro não publicou nenhum periódico específico. Assim, os artigos dos médicos eram geralmente veiculados nas revistas da “rede”, como os Anais Brasileiros de Ginecologia e os Arquivos de Oncologia. Possivelmente por este motivo, não encontramos um número muito expressivo de publicações dos médicos mineiros que contribuíssem com os pontos de interesse de nosso trabalho. Quando coletamos dados da pesquisa em Belo Horizonte, nos deparamos com dificuldades na localização das fontes, por uma reorganização pela qual passava o arquivo. O material ao qual tivemos acesso na íntegra foram as fichas de atendimento do Hospital. No entanto, para os objetivos deste trabalho, de perceber a organização institucional e o diálogo com os pares, estas fontes, em toda sua potencialidade, não respondiam aos nossos interesses principais.

CAPÍTULO V: A FORMAÇÃO DE UMA REDE DE CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: O HOSPITAL ARISTIDES MALTEZ EM SALVADOR / BA

O Hospital Aristides Maltez (HAM) foi inaugurado em 1952, na cidade de Salvador, Bahia. O HAM era uma instituição pertencente à Liga Baiana Contra o Câncer, instituição que tinha como lema propiciar “educação e ação” na luta contra o câncer. Como centro especializado no tratamento de variados tipos de câncer, o Hospital teve sua organização e atenção voltada prioritariamente para os cânceres ginecológicos, principalmente o câncer do colo do útero, que tinha grande incidência na população local. Fruto de iniciativas filantrópicas, a instituição tornou-se referência nas ações de controle da doença na região Nordeste do Brasil.

A proposta deste capítulo é analisar o processo de criação e consolidação do HAM como espaço de tratamento, pesquisa e formação profissional, avaliando seu papel na rede de discussões e ações em relação ao câncer do colo do útero no Brasil de meados do século XX. Discutimos nos capítulos anteriores que esta rede agregava espaços de pesquisa, como o Instituto de Ginecologia no Rio de Janeiro e o Hospital de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Minas Gerais. Esses serviços protagonizaram as ações de controle e campanhas contra a doença entre os anos de 1940 a 1960, formando uma rede de intercâmbio científico, com a criação de associações corporativas, divulgação de revistas científicas, teses médicas, e estudos sobre diagnóstico, tratamento e profilaxia da enfermidade.

O processo de institucionalização do HAM e sua consolidação como hospital de atendimento, formação profissional, implementação de tecnologias e modelos de controle

em câncer se deu ao longo das décadas de 1950 e 1960. A organização do HAM ocorreu num momento de transição da visão e do papel do câncer do colo do útero na medicina brasileira. De doença do âmbito da medicina privada e do atendimento ambulatorial nas faculdades médicas, o câncer do colo do útero, na segunda metade do século XX, foi se transformando numa questão de saúde mais ampla, associada à ideia de controle através do aumento do número de mulheres examinadas e do alcance das ações médicas.

Neste contexto, o HAM um dos pioneiros no país na organização de campanhas de diagnóstico no interior no estado, tendo como orientação básica a realização de exames de diagnóstico a um número maior de mulheres. O Hospital representou um exemplo de modelo de transição na utilização de tecnologias de diagnóstico e implementação de campanhas de controle do câncer do colo do útero em municípios interioranos.

A Liga Baiana Contra o Câncer e o Hospital Aristides Maltez

A Liga Baiana Contra o Câncer (LBCC) foi fundada em 13 de dezembro de 1936, em seção especial da Sociedade de Ginecologia da Bahia³⁷, com objetivo principal de propiciar “educação e ação” na luta contra o câncer (Sampaio, 2006). Logo após a fundação, o então interventor do Estado da Bahia, Landulpho Alves de Almeida³⁸ estabeleceu um decreto no qual considerava a Liga como de utilidade pública, por seus ideais e trabalhos no campo da saúde pública (Idem).

As finalidades da LBCC, estabelecidas em seu estatuto, estavam relacionadas à organização de estruturas para controle do câncer na Bahia. A instituição se propunha a

³⁷ A Sociedade de Ginecologia da Bahia foi fundada em 1932, tendo o médico Aristides Maltez como seu presidente de honra.

³⁸ Durante o primeiro governo do presidente Getúlio Vargas (1930 – 1945), os governadores de Estado, denominado interventores, eram designados pelo presidente como forma de manutenção de poder e da estrutura de governo. Na Bahia, o agrônomo Landulpho Alves de Almeida ocupou o posto de interventor estadual entre os anos de 1938 e 1942, no período conhecido pela historiografia como “Estado Novo”. O governo de Landulpho foi marcado pela ênfase no desenvolvimento agrícola dos municípios do interior baiano, na ampliação da malha rodoviária e urbanização da capital.

garantir elementos técnicos aos clínicos da capital e do interior para facilitar o diagnóstico precoce da doença, prestando assistência aos pacientes de forma gratuita, abrangendo tanto cuidados clínicos, quanto sociais e psicológicos. A Liga se dispunha ainda a incentivar a criação nos municípios baianos de espaços de atendimento ao paciente com câncer e organizar dados estatísticos que permitissem visualizar a situação da doença na região e os resultados obtidos com as ações empreendidas. Para manutenção de suas atividades, a LBCC contava com oito categorias de associados, que contribuía mensalmente com os custos das atividades³⁹ (Estatutos da LBCC – 1955).

Em 1944, a LBCC foi incorporada à “Campanha Nacional Contra o Câncer”, através de decreto presidencial (Decreto-Lei nº 6525, de 24 de maio de 1944). A Campanha foi uma iniciativa do então recém-criado Serviço Nacional do Câncer, em 1942. A organização dos Serviços Nacionais de Saúde na gestão do ministro getulista Gustavo Capanema fazia parte do grupo de estratégias do governo federal para intensificar a intervenção e normatização das ações em saúde em todo o país. Os Serviços contribuíram para o fortalecimento de uma gestão mais centralizada na saúde pública brasileira (Fonseca, 2007). O movimento de formação da Campanha Nacional Contra o Câncer consistiu numa progressiva incorporação de instituições relacionadas ao câncer já em atuação em diferentes estados da federação. O principal objetivo da Campanha era criar uma rede de controle da doença no país (Teixeira e Fonseca, 2007).

Num contexto em que as ações do Ministério da Educação e Saúde no governo de Getúlio Vargas estavam voltadas para os serviços nacionais relacionadas às doenças de maior incidência, como febre amarela e malária, ao câncer a ideia era de propagandas e ações terapêuticas nos espaços hospitalares já instalados nos estados brasileiros. Assim, a incorporação de instituições à Campanha Nacional Contra o Câncer, cada uma com ações específicas e regionalizadas sobre a doença, foi um processo importante na construção de

³⁹ A hierarquia de poderes da Liga era dividida em seis conjuntos: Assembleia Geral, Conselho Deliberativo, Conselho Técnico, Diretoria, Comissão Fiscal e Conselho de Proteção. As decisões cotidianas da LBCC e da organização dos serviços técnicos do HAM como aquisição de aparelhos e cursos de formação eram de responsabilidade da Diretoria. Esta era composta pelo presidente da Liga, vice-presidente, secretário geral, tesoureiro e consultor jurídico. A diretoria era o poder executivo da Liga, com os poderes de administração, admissão e eliminação de associados e deliberações gerais. Os membros eram eleitos para o período de quatro anos (Estatutos da LBCC, 1955).

uma ação nacional de controle da doença. Com a vinculação à Campanha, as instituições tinham acesso diferenciado a financiamentos e investimentos que possibilitavam uma ampliação em seus raios de ação (Teixeira e Fonseca, 2007). Em seu trabalho, a Liga Baiana Contra o Câncer empreendeu forte campanha para esclarecimento médico e da população sobre a doença, com a realização de palestras periódicas e a publicação de artigos e entrevistas com especialistas na imprensa local.

A principal finalidade da LBCC era a criação de um espaço para a realização de pesquisas sobre terapêutica do câncer, um “Instituto de Câncer na Bahia”. Em 1943, por ocasião da morte do médico Aristides Maltez⁴⁰ e em sua homenagem, foi aprovada a construção do Instituto, que receberia o seu nome. O Hospital Aristides Maltez (HAM) foi inaugurado em 1952 como o órgão técnico da Liga e, dentre outros atendimentos, com atenção voltada para os cânceres que atingiam as mulheres, principalmente o câncer do colo do útero. O HAM foi o primeiro hospital especializado em câncer no norte e nordeste do país (Sampaio, 2006). Em votação da Assembleia Geral da LBCC, Aristides Pereira Maltez foi nomeado presidente vitalício na Liga Baiana Contra o Câncer, pelos trabalhos do médico com o câncer ginecológico. A nomeação foi publicada nos Estatutos da Instituição em 1955 (Estatutos da LBCC, 1955).

A organização do Hospital Aristides Maltez foi estruturada da seguinte forma: a diretoria, responsável pelas decisões e gerenciamento da instituição; o setor médico, abrangendo os serviços médicos e técnicos diretamente subordinados à diretoria; um setor de serviços auxiliares, composto pelas áreas de nutrição, enfermagem, arquivologia e serviço social; e um setor administrativo. O setor médico agregava todas as seções das especialidades profissionais e os serviços auxiliares, como laboratórios de anatomia patológica e análises químicas, banco de sangue, radiologia, roentgenterapia, colposcopia, citologia, quimioterapia, dentre outros (Regimento Interno do HAM).

⁴⁰ Aristides Maltez nasceu na cidade de Cachoeira (BA) em 31 de agosto de 1882 e faleceu em 05 de janeiro de 1943. Formou-se médico em 1908. Especializou-se em ginecologia no Hospital Presbiteriano de Nova York e, no retorno à Bahia em 1911 ocupou a cadeira de Fisiologia em sua faculdade de formação, assumiu a livre-docência em 1914 e, em 1932, a cátedra de Ginecologia na Faculdade de Medicina da Bahia. Como ginecologista, atendia em seu consultório de Partos e Moléstias das Senhoras e na enfermaria do Hospital Santa Isabel da Santa Casa de Misericórdia da Bahia.

A estrutura física do Hospital, quando de sua inauguração, era composta por três andares divididos conforme o tipo de atendimento e serviços. O primeiro andar era reservado ao esquema de pensionato, com apartamentos, quartos e enfermarias de quatro leitos. No segundo andar ficavam as enfermarias onde eram atendidos e internados os pacientes do serviço gratuito. No último pavimento estava o centro cirúrgico, os laboratórios de análise clínica, de anatomia patológica e os ambulatórios de atendimento especializado (Maltez, 1958).

As atividades do HAM eram mantidas, grande parte, através de donativos de empresas e famílias ricas da região. Além destes, a participação estatal na manutenção da instituição teve destaque, num contexto de aumento da presença do poder estatal na Bahia a partir das primeiras décadas do século XX. Esta presença se deu prioritariamente nos projetos de reorganização urbana e de saúde pública. Neste cenário, as ações filantrópicas ganharam destaque, principalmente no âmbito da saúde pública, na criação de uma rede de assistência em saúde no estado (Mota, 2012). Desta rede, o HAM representava a atuação em câncer na região, para atendimento à população mais pobre e como centro de referência para controle da doença.

O Hospital Aristides Maltez tinha como finalidade principal prestar assistência médica e social gratuita em suas enfermarias e ambulatórios ao canceroso “desvalido” (Estatutos da LBCC, 1955). Na organização financeira da instituição, 70% dos atendimentos eram reservados para a gratuidade, enquanto os 30% restantes ficariam disponíveis para os pensionistas. O número total de consultas da instituição aumentou consideravelmente nos primeiros anos de funcionamento. No ano de inauguração, 1952, foram registrados 582 atendimentos, cerca de 2 pacientes atendidos por dia. Já em 1958, esse número aumentou para 15398, representando 42 consultas diárias (*O Câncer – Boletim de divulgação da Liga Baiana Contra o Câncer*, ano 3, número 3, junho de 1962). O número de atendimentos prestados aumentou na mesma proporção da organização e institucionalização do Hospital, na formação e especialização de seu corpo profissional. Dos casos atendidos, a maioria era do câncer do colo do útero, o que conferiu à doença destaque no processo de institucionalização e na busca de diálogo com instituições congêneres do período, principalmente o Instituto de Ginecologia do Rio de Janeiro.

A organização dos trabalhos no HAM

Os cânceres femininos ocupavam as maiores cifras nas estatísticas epidemiológicas da cidade da Salvador em meados do século XX. Especificamente sobre o câncer do colo do útero, este correspondia a mais de 35% dos casos de cânceres ginecológicos no Estado da Bahia (Maltez Filho, 1966). Entre os anos de 1957 e 1971, a doença representou 7,7% do total de mortes ocorridas no Estado. Na década de 1960, o número de óbitos pela doença cresceu mais de 30% em relação à década anterior (Nunes, 1973). A incidência do câncer do colo do útero na população local foi um dos fatores que deram à doença destaque nos trabalhos do HAM desde sua fundação. Como o maior público atendido eram mulheres com sintomas da doença, a organização da instituição girou em torno da utilização e difusão das tecnologias de diagnóstico precoce.

No período de organização institucional do HAM, as principais ferramentas das quais dispunha a medicina para o diagnóstico do câncer do colo do útero eram a colposcopia de Hinselmann, a citologia de Papanicolaou e a biópsia, para confirmação de anormalidades identificadas com os dois primeiros métodos. Na década de 1950, o principal modelo de intervenção e diagnóstico utilizado no Brasil era conhecido como “modelo triplo”. Conforme discutimos ao longo deste trabalho, este modelo, organizado e difundido pelo Instituto de Ginecologia do Rio de Janeiro, consistia na utilização conjunta das tecnologias no exame de todas as pacientes, sob o argumento que o uso combinado aumentaria as certezas na identificação de anormalidades no colo uterino e catalisaria as ações de controle da doença.

No início das atividades do HAM a orientação era a utilização do modelo acima citado, numa ação mais localizada de controle da doença. O chamado “modelo triplo” foi o dominante nas ações de controle do câncer do colo do útero no Brasil até a década de 1960, e atendia à configuração de atendimento à doença. A partir dos anos 1960, as discussões médicas sobre a doença levantavam a necessidade da formação de campanhas de diagnóstico que atendessem a um número maior de mulheres, de forma mais rápida e com

menores custos. A colposcopia atendia às ações de controle da doença no alcance da medicina privada. No momento em que a doença começava a ser caracterizada como um problema de saúde pública, ações de maior alcance se fizeram necessárias para seu controle. E para estas ações, a citologia correspondia como principal método para exames em maior escala, num alcance populacional mais amplo (Teixeira e Lowy, 2011).

É possível entender esta transição a partir da ideia de que a introdução e difusão de uma nova tecnologia estão diretamente relacionadas às prioridades e organização dos cuidados em saúde em uma dada sociedade. As prioridades na organização dos serviços de saúde e as diretrizes das políticas em saúde são guias na implementação das tecnologias médicas (Brown and Webster, 2004). Enquanto o controle do câncer do colo do útero esteve pautado em ações mais localizadas, de atendimento ambulatorial nas faculdades de medicina, o colposcópio, em conjunto com a citologia, supria a demanda de exames e das propostas de intervenção. A partir do momento em que as discussões caminharam para uma ideia de formação de campanhas e ampliação das iniciativas de diagnóstico, práticas de coleta mais simples, como a citologia, ganharam destaque, cabendo à colposcopia os casos já indicados como suspeitos.

A estabilização do HAM como instituição de controle da doença no nordeste brasileiro acompanhou uma mudança de orientação na organização do controle sobre a mesma. Na rede institucional de atenção à doença, o HAM representou a transição na forma de emprego das tecnologias de diagnóstico, atendendo às demandas e diretrizes de saúde do período. Nesta transição, a citologia foi empregada como tecnologia principal de diagnóstico, num modelo de campanhas para detecção. Sobre as campanhas, retornaremos a discussão mais adiante neste capítulo.

Seguindo nas orientações sobre o controle do câncer do colo do útero de meados do século XX, um dos principais pontos dos trabalhos desenvolvidos no HAM foi a defesa do diagnóstico precoce como forma de prevenção. Como ponto principal no discurso dos médicos brasileiros desde a década de 1920 com o início da construção de um campo de saber sobre o câncer no país, a defesa do diagnóstico precoce foi o pilar da organização das

ações de controle desde o início das sistematizações do conhecimento médico sobre a doença.

Neste caminho, a diretriz adotada pelo Hospital Aristides Maltez desde sua fundação girava em torno Da detecção precoce e atenção à doença em estágios o quanto antes identificados (Regimento Interno do HAM). O diagnóstico precoce no HAM era entendido como: “(...) *a descoberta da doença enquanto o câncer está em sua fase inicial de desenvolvimento. Isto é, ainda é pequeno, localizado, assintomático, independente do tempo que levou para atingir aquele estágio*” (Nunes, 1973: 60). A doença deveria ser identificada precocemente “*não apenas porque ainda era pequena, localizada, de fácil erradicação, mas também porque nesta fase ela [a doença] era diferente quanto a sua capacidade intrinsecamente ameaçadora*” (Idem: 60).

A ideia principal dialogava com as percepções sobre a precocidade defendidas em outras instituições como o Instituto de Ginecologia do Rio de Janeiro e o Hospital de Ginecologia de Minas Gerais. O ponto chave era identificar a presença de anormalidades antes do aparecimento de quaisquer sintomas e do adoecimento da paciente. De modo geral, a concepção apresentada pelos médicos baianos era homogênea. Nos artigos publicados e nos documentos institucionais é possível perceber esta concordância. O câncer incipiente ou assintomático era tomado como parâmetro nos objetivos de diagnóstico. Esta diretriz correspondia às ações médicas na terapêutica da doença em meados do século XX. Como as possibilidades de cura nos estágios mais avançados do tumor era muito pequena, a organização de uma política de controle tinha no diagnóstico precoce seu pilar de sustentação, por permitir a estes médicos curar e evidenciar seu trabalho no meio social.

Os veículos de divulgação dos trabalhos do HAM, como, por exemplo, as revistas científicas e jornais para o público em geral, destacavam a ideia do diagnóstico precoce para controle do câncer do colo do útero. Uma das principais estratégias do Hospital para atrair as pacientes e conscientizar a população em geral sobre os perigos da doença era a veiculação de breves mensagens nos canais de comunicação da própria instituição⁴¹. As chamadas, endereçadas ao grande público, enfatizavam a responsabilidade individual na

⁴¹ Estes veículos de comunicação da instituição serão mais bem discutidos nas próximas seções.

identificação de anormalidades e na busca pelos serviços médicos, mesmo nos casos em que não houvesse suspeitas da doença:

“Bastam duas pessoas para descobrir e vencer o câncer... Você e o médico! – 1) Faça um exame médico completo por ano... e até dois se já passou dos quarenta! – 2) Você é o primeiro a perceber ‘um sinal de alarme’! – 3) Não perca tempo! Procure um médico urgente! – 4) O melhor ‘seguro contra o câncer’ é estar em dia com o exame médico” (*O Câncer* – Boletim de divulgação da Liga Baiana Contra o Câncer, ano 3, numero 3, junho de 1962).

O principal desafio das instituições no controle do câncer do colo do útero em meados do século XX era conscientizar as mulheres da importância da detecção precoce, como forma de diminuir a quantidade de casos identificados em estágios muito avançados. Este foi o principal ponto de discussão na rede de ações de controle da doença que se formou no país no período. Com base neste propósito e no modelo para diagnóstico organizado pelo Instituto de Ginecologia e difundida nesta rede, para realizar a detecção da doença o Hospital baiano utilizou, desde sua fundação, as principais tecnologias de diagnóstico disponíveis no período: colposcopia e citologia.

A sistematização do uso das tecnologias se deu em 1955, com a criação dos Serviços de Colposcopia e de Citologia no Hospital Aristides Maltez. Quando da organização destes serviços, a orientação para a realização dos exames já era do emprego conjunto dos métodos em todas as pacientes que, independente das queixas, eram submetidas a uma rotina de exames como forma de prevenção ao câncer do colo do útero. A ação baseada no uso combinado das ferramentas de diagnóstico era justificada na ideia de que:

“Embora constitua ainda uma interrogação e mecanismo íntimo da carcinogênese do homem, sabe-se, hoje, que o sucesso no tratamento das lesões malignas está na precocidade de seu diagnóstico. Daí o emprego sistemático e rotineiro de duas grandes armas da Medicina na detecção do câncer do colo uterino: a Colposcopia de Hinselmann e a Citologia de Papanicolaou” (Maltez, Lima e Teixeira, 1965: 18).

Introduzidos no Brasil pelos médicos do Instituto de Ginecologia, colposcopia e citologia afirmaram-se, ainda na década de 1940, como os pilares para as ações de controle da doença a partir do diagnóstico precoce. Com os trabalhos do IG, o modelo de realização deste diagnóstico difundiu-se rapidamente, o que conferiu ao Instituto papel de referência na organização do controle do câncer do colo do útero no país. Na estruturação do HAM, a atenção à doença catalisou a organização de uma estrutura de trabalho, influenciada pelo intercâmbio profissional e formação dos médicos baianos com os centros de especialização em câncer, como o IG. O “modelo triplo” permitia a identificação das lesões em estágios iniciais e aumentava as possibilidades de intervenção médica.

No início das atividades do HAM a maioria das pacientes foi diagnosticada em estágios mais avançados de evolução do tumor. Tal fator limitava as potencialidades médicas de intervenção sobre a doença e, conseqüentemente, das possibilidades de cura das pacientes. Na maioria das vezes, eram realizadas apenas ações paliativas, para aliviar os sintomas e diminuir a dor. A partir da segunda metade da década de 1950, com a criação dos serviços de colposcopia e citologia no HAM e da instalação dos ambulatórios preventivos, esses números começaram a sofrer uma considerável alteração. Mesmo em menor índice, alguns casos assintomáticos foram identificados. Os diagnósticos em estágios avançados, mesmo continuando altos, decaíram em relação ao quantitativo total de pacientes atendidas. Tal mudança foi contínua e acentuada ao longo da década de 1960, período que marcou a solidificação do HAM nas ações de controle do câncer.

As situações vivenciadas na instituição baiana não se diferenciavam das realidades do Instituto de Ginecologia e do Hospital de Ginecologia em Minas Gerais. Destas situações, uma das mais latentes era a dificuldade para acompanhamento das pacientes após o diagnóstico. Como nas demais instituições, o retorno da paciente diagnosticada com câncer para a realização do tratamento e, após o início do mesmo, de uma regularidade nas visitas ao serviço, era uma das principais preocupações dos médicos na organização de uma estrutura de atendimento.

Segundo os médicos do HAM, após a biópsia, nem todas as pacientes retornavam ao serviço. A explicação era de que a maioria das mulheres atendidas era de baixo nível social

e, em relação ao câncer do colo do útero, nos primeiros estágios a doença geralmente não causava grandes desconfortos a estas mulheres. Somente quando ocorriam sangramentos e corrimentos mais intensos é que as pacientes retornavam ao ambulatório para tratamento (Maltez, Lima e Teixeira, 1965). A relação entre apresentação de sintomas e busca pelo atendimento médico aumentava o período de evolução do tumor e, conseqüentemente, diminuía as possibilidades médicas de cura. Nas palavras dos médicos baianos:

“Em nosso meio é muito difícil o controle de tais pacientes, geralmente de nível social baixo, principalmente se considerar que o Câncer in Situ é uma lesão que não dá sintomas ou sinais clínicos capazes de, aparentemente, as molestar. Tampouco se poderá advertir, com certa clareza, tal classe de doentes, dada à fobia que o nome Câncer ainda gera em nosso meio, principalmente entre a população humilde social e intelectualmente” (Maltez, Lima e Teixeira, 1965: 18).

As referências ao nível social das pacientes são um ponto importante, por indicarem o público principal de atendimento na instituição. Numa sociedade marcada pela desigualdade social, o câncer do colo do útero, doença social, tinha um estigma de indicativo da vida sexual relacionada à promiscuidade e pobreza das mulheres. Tal fator representava um empecilho à medicina local para intervir e controlar a doença. Isto porque havia um grande tabu pelas mulheres em buscar o atendimento, tanto pela estigmatização quanto pelo medo do diagnóstico.

Em relação ao tratamento para as pacientes diagnosticadas com câncer do colo do útero, a cirurgia era o principal método utilizado no HAM. Mas, pelas extensões dos tumores detectados, das pacientes diagnosticadas com a doença, apenas uma pequena parcela era submetida ao ato cirúrgico. Em um estudo realizado no período de 1958 a 1962, pela equipe do médico Carlos Aristides Maltez, foram analisados dados de 1187 mulheres identificadas nos estágios de evolução do tumor I, II e III. Deste total, apenas 193 ou 16,9% foram submetidas à cirurgia. Este baixo número era justificado por vários fatores. Primeiro, o reduzido número de leitos cirúrgicos de que dispunha o Hospital, devido aos altos custos de instalação e manutenção destes leitos e da estadia hospitalar no pós-operatório. Segundo, pelo elevado número de mulheres que eram diagnosticadas em estágios muito avançados da

doença, diminuindo a eficácia da cirurgia e agravando o risco da intervenção. E, por fim, pelas facilidades obtidas com a radioterapia, que apresentava menores custos e resultados menos invasivos. Das pacientes operadas, 10 faleceram durante o período de recuperação. A sobrevivência era baixa, de cerca de cinco anos pós-cirurgia. As dificuldades para acompanhamento das pacientes após o início do tratamento, como discutimos acima, eram apontadas como principal fator explicativo para os baixos índices de cura. Como a maioria destas mulheres era proveniente do interior do Estado, a localização das mesmas e a própria locomoção para a terapêutica representavam empecilhos tanto para os médicos quanto para as próprias pacientes. (Alves e Maltez, 1966). Como grande parte destes atendimentos era realizada em pacientes do interior, na década de 1960, num projeto de expansão das atividades do Hospital, foram pensadas e implementadas as primeiras campanhas interioranas para atender a este público. As campanhas e seus impactos serão discutidos mais adiantes.

Após a cirurgia, a técnica mais utilizada para tratamento era a radioterapia. A principal orientação para utilização da técnica era a irradiação de toda a extensão do canal cervical e de uma porção da região da vagina, de forma a atingir a maior superfície possível da região do colo uterino (Silveira, 1956). A radioterapia era empregada no HAM tanto no sentido curativo quanto como medida paliativa, para atenuar as dores das pacientes, em decorrência dos estágios avançados nos quais muitos tumores eram diagnosticados.

A atenção ao câncer do colo do útero no HAM, no entanto, não se deu apenas na organização de ações de controle. A construção de conhecimento sobre a doença foi um dos pilares do processo de institucionalização do Hospital. Além de conferir credibilidade à organização da instituição, a divulgação deste conhecimento garantia visibilidade aos médicos e afirmava sua importância no meio social, na atuação contra a doença.

A construção do conhecimento e divulgação científica no HAM: educação e informação na luta contra o câncer

Além do atendimento ambulatorial, o processo de institucionalização do HAM foi marcado pelo incentivo à construção de conhecimento e formação profissional. A construção de saberes sobre a doença, assim como a divulgação de informações possibilitava maior visibilidade aos trabalhos do Hospital e conferia a este um papel de centralidade e complexidade no controle do câncer do colo do útero, que extrapolava as ações de diagnóstico e terapêutica.

No fomento à construção e difusão do conhecimento, os membros do HAM organizaram, logo nos anos iniciais de atividades, o Centro de Estudos “Professor Aristides Maltez”. O espaço era voltado para a discussão de temas referentes à cancerologia, o que ocorria uma vez por semana, contando com a presença de todos os profissionais que compunham o corpo clínico da instituição. Nas reuniões do grupo eram debatidos artigos e trabalhos acadêmicos sobre o câncer, organizações de controle da doença nacionais e estrangeiras, os trabalhos efetuados e tecnologias utilizadas pelas congêneres em outras regiões do Brasil. A cada encontro eram selecionados novos materiais que embasavam as discussões e demonstravam o interesse destes profissionais no diálogo com os pares.

Como exemplo das atividades do Centro, no ano de 1956 foram realizadas trinta e sete sessões. Todas tinham um tema pré-determinado e leituras de referência. As reuniões eram presididas por membros do HAM e abertas a médicos de outras instituições⁴². A maior parte dos artigos discutidos pelo grupo era proveniente dos trabalhos realizados no Instituto de Ginecologia do Rio de Janeiro e publicados nos “Anais Brasileiros de Ginecologia”. Esta seleção de artigos reforça nosso argumento do papel do IG como referência para instituições congêneres, tanto na organização de espaços de atendimento e

⁴² Durante nosso período de pesquisas na Biblioteca Mário Kroeff, do Hospital Aristides Maltez em Salvador (BA), tivemos acesso a uma pasta que guarda os documentos do Centro de Estudos “Professor Aristides Maltez”. Nesta pasta os artigos estão divididos por sessões, e referenciados pelos dias das discussões do grupo. Além dos artigos e publicações, foi possível ter acesso a anotações sobre as discussões e o agendamento das reuniões. Não há uma classificação específica para a pasta de documentos em questão.

formação profissional quanto na construção de saberes sobre a doença. Isto porque, conforme discutido neste trabalho, o Instituto foi pioneiro no país na utilização das tecnologias de diagnóstico precoce do câncer do colo do útero e na estruturação de ações de controle da doença. A criação de um centro de estudos, voltado para a discussão sobre o câncer, e a utilização de referências das atividades realizadas na instituição carioca apontavam o intercâmbio científico entre estas instituições e reforçavam o papel do IG no fomento à estruturação da rede de atenção à doença e na organização de ações articuladas de controle.

O Centro de Estudos do HAM lançou, em 1956, o periódico *Arquivos de Oncologia*. A publicação foi planejada como comemoração dos 20 anos de funcionamento da Liga Baiana Contra o Câncer, e tinha como objetivo inicial funcionar como veículo de divulgação dos trabalhos da instituição e de homenagem aos fundadores e perpetuadores das atividades da LBCC. A revista era editada pelo Centro de Estudos “Professor Aristides Maltez”, e era propriedade da Liga. Dentre os intuítos destacados por seus idealizadores estavam o fortalecimento do intercâmbio científico e a divulgação de conhecimentos com as congêneres nacionais e internacionais (*Arquivos de Oncologia*, vol. I, n. I, 1956). Além dos artigos inéditos, de membros do HAM, os *Arquivos* recebiam publicações de parceiros nacionais e estrangeiros, mantendo um diálogo com outros espaços e com as atividades desenvolvidas no país. De forma semelhante aos “Anais Brasileiros de Ginecologia” no IG, *Arquivos de Oncologia* era o principal espaço de divulgação dos trabalhos do HAM e, através do material é possível ter acesso a balanços de atividades da instituição e discussões sobre pontos gerais da doença e orientações organizacionais. A organização da publicação foi parte do processo de institucionalização do HAM, compondo a rede de discussões sobre o câncer do colo do útero no Brasil de meados do século XX. O periódico, assim, é uma das principais fontes para pensarmos a organização, relações e atividades do HAM, os serviços em câncer na Bahia, e as articulações destes profissionais com os pares, na rede de instituições envolvidas na criação de um conjunto de ações articuladas para controle do câncer no país.

Além do enfoque na construção e divulgação do conhecimento como estratégia para afirmar os trabalhos da instituição e reforçar os laços com pares, nas atividades da Liga

Baiana Contra o Câncer e do Hospital Aristides Maltez, as campanhas educativas foram uma das principais ferramentas para conscientizar população e médicos da importância do diagnóstico precoce no controle da doença. Os *Arquivos de Oncologia* eram o principal veículo de divulgação destas campanhas para o público médico e a sociedade em geral. Em decorrência destas campanhas, aumentava-se a demanda de atendimento e também a de pessoal qualificado para prestação de serviços.

A organização das campanhas ia ao encontro dos trabalhos dos cancerologistas brasileiros de um modo geral que, principalmente a partir da década de 1940, utilizaram amplamente artefatos de propaganda como artigos, cartazes, filmes – documentários, fotos, entrevistas e programas de rádio, com o intuito de informar e sensibilizar o grande público acerca da problemática do câncer. A organização de campanhas educativas para diagnóstico precoce foi o carro chefe das ações de controle da doença em muitos países. Nos EUA, por exemplo, desde inícios do século XX a educação foi utilizada como importante ferramenta para diminuir a mortalidade por câncer, agregando instituições públicas, filantrópicas e a sociedade civil (Gardner, 2006). As campanhas faziam parte de uma série de estratégias que visavam evidenciar a enfermidade para o público em geral e para as autoridades governamentais e engendrar uma política nacional sólida e permanente de identificação, controle e tratamento da doença.

Outro veículo de divulgação das atividades do HAM e de conhecimentos gerais sobre a doença para a população foi o boletim “O Câncer”. O boletim era publicado pela LBCC, tinha o formato de um jornal e, além dos serviços mais gerais prestados pelo Hospital, veiculava informações sobre a doença e chamava a atenção da população para a importância do trabalho médico no controle do câncer. Na publicação, era reservada uma breve seção para responder aos leitores o porquê de muitos dos casos da doença que poderiam ser tratados e curados não o eram, refletindo num alto número de mortes pela doença. As explicações passavam por quatro pontos principais. Primeiro, porque ao invés de buscarem atendimento médico aos primeiros sinais de anormalidade, as pacientes recorriam a vizinhos, pais de santo, charlatães, os quais, na visão da Liga, roubavam, enganavam e matavam. Segundo, porque o uso de remédios caseiros, banhos, e etc, ainda era mais comum do que a atenção às orientações dadas pelo médico. A recorrência à

chamada “medicina popular”, na visão dos médicos do HAM, além de retardar a intervenção médica ainda garantia mais tempo para que o tumor se expandisse no organismo e agravasse o quadro da paciente. Em terceiro estava o medo do diagnóstico. Enquanto que, para os médicos, o sentimento deveria ser de alívio ao saber que, quando identificado a tempo, o câncer tinha grandes possibilidades de cura, para grande parte da população o diagnóstico era uma sentença de morte e estigmatização. E por fim, porque se ignorava a ideia de que “(...) um dia perdido no tratamento do câncer significava uma ameaça à própria vida, e um convite à morte” (*O Câncer* – Boletim de divulgação da Liga Baiana Contra o Câncer, ano 2, numero 2, maio de 1959).

Nas instruções para a população, publicadas em “O Câncer”, a Liga apresentava alguns “ensinamentos” que julgava básicos para o público leigo, na tentativa de quebrar o estigma da doença e atrair a população para o atendimento no Hospital. Os preceitos eram:

“O câncer não é contagioso;

O medo, a ignorância e a negligência são os maiores aliados do câncer;

O câncer inicial, se não tratado a tempo, estende-se por todo o corpo tornando-se incurável;

No início, em cinco casos curam-se quatro, no fim, talvez nenhum sobre os cinco.” (*O Câncer* – Boletim de divulgação da Liga Baiana Contra o Câncer, ano 2, numero 2, maio de 1959).

Os estigmas que repousavam sobre a doença aludiam à ideia de morte anunciada. No caso do câncer do colo do útero, a associação a hábitos de vida “desregrados”, promiscuidade, e os próprios medos que envolviam a enfermidade eram um dos principais pontos a serem combatidos pelos médicos. Em torno destes preceitos, a LBCC divulgou uma série de chamadas, com instruções gerais sobre a doença, não apenas para acentuar os perigos, mas também, e principalmente, para desconstruir as imagens negativas e de repulsa em relação ao doente com câncer. O recurso às chamadas de impacto constantemente utilizado pela Liga nos veículos de comunicação com o público funcionavam como um alarde à população em geral e, ao mesmo tempo, como um mecanismo de divulgação da

importância do atendimento realizado no HAM. Como a maior fonte de recursos financeiros da Liga e, conseqüentemente do Hospital, era proveniente de doações da sociedade civil e dos associados, quanto mais a instituição se fizesse importante e necessária, maior seria a probabilidade de angariar recursos e manter o sistema em funcionamento.

Para garantir os recursos financeiros necessários à manutenção das atividades da instituição, e também conscientizar a população sobre o câncer, eram realizadas anualmente pela LBCC em conjunto com o HAM as “Campanhas Contra o Câncer”. As Campanhas ocorriam em vários espaços da sociedade civil. Dentre estes espaços, o de maior destaque foi o das escolas, envolvendo alunos, professores e profissionais da educação. Entre 1956 e 1957, o foco foram os estudantes baianos. Nos colégios do Estado foram distribuídas listas de contribuição para arrecadação de fundos para a Liga, que seriam utilizados na manutenção do HAM. Em 1958 foi lançado o movimento “O professor luta contra o câncer”. A convocação envolveu professores da capital e do interior e, como resultado, recebeu contribuições de mais de 2000 profissionais. Todos os recursos arrecadados eram divulgados pela Liga nos periódicos acima citados e, em conjunto, eram apresentadas também as somas gastas com o atendimento no Hospital, como consultas, exames laboratoriais, coloscópicos, tratamento, dentre outras (*O Câncer – Boletim de divulgação da Liga Baiana Contra o Câncer*, ano 2, numero 2, maio de 1959).

A LBCC, juntamente com o HAM, investiu no ensino como ferramenta para o controle do câncer, formação e especialização profissional. Em 1955 lançou o primeiro curso de câncer da Bahia, que englobou no programa as seguintes especialidades: câncer ginecológico; do aparelho digestivo; do aparelho urogenital; do aparelho respiratório; dos ossos e da pele. O curso contou com a presença de nomes como Jorge de Marsillac⁴³, João Paulo Rieper e Ugo Pinheiro Guimarães⁴⁴ (Sampaio, 2006). A participação destes profissionais sugere mais uma teia de diálogo com outras instâncias de pesquisa e trabalhos

⁴³ Graduado pela Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro, Jorge Sampaio de Marsillac Motta nasceu em 30 de abril de 1911, e faleceu em 2001. Foi um dos fundadores do Centro de Cancerologia em 1937 e diretor do Instituto Nacional do Câncer entre os anos 1967 e 1969.

⁴⁴ Foi diretor geral do Instituto Nacional do Câncer nos anos 1970 – 1972. Nascido em 12 de março de 1901, foi diretor do Serviço Nacional do Câncer, ocasião na qual inaugurou a pedra fundamental do Inca em 1953. Entre os anos de 1959 e 1961 foi presidente da Academia Nacional de Medicina.

em câncer. A segunda metade do século XX foi um período no qual o câncer começou a ser percebido como uma questão de saúde pública e, conseqüentemente, as discussões sobre a doença ganharam tónus no país. Neste movimento, a formação e especialização profissional tiveram destaque como mecanismos de afirmação da categoria no cenário médico, atendendo à necessidade de mais profissionais para atuação em relação à doença.

O incentivo à formação profissional estava pautado na justificativa da necessidade de um maior quantitativo de pessoal especializado para prestar atendimentos às pacientes. A partir do ano de 1955, a Liga promoveu, anualmente, cursos de câncer para médicos já diplomados. O objetivo dos cursos era preparar os profissionais não especializados com os conhecimentos mais atuais sobre a doença e capacitá-los a prestar as primeiras atenções a pacientes com suspeitas da enfermidade até o encaminhamento ao atendimento especializado. As aulas eram ministradas pelos médicos do HAM, em parceria com profissionais de outras instituições, principalmente o Instituto de Ginecologia.

As iniciativas em formação profissional e na utilização dos modernos recursos para controle do câncer, principalmente os femininos, levaram à inauguração, em 1973, da Escola de Citotecnologia, anexa ao HAM. A Escola tinha por finalidade a capacitação de técnicos para identificação de células cancerígenas nas lâminas levadas ao microscópio (Neves, 1957). A orientação para organização de campanhas de diagnóstico do câncer do colo do útero em maior escala evidenciou a figura do citotécnico como profissional chave neste processo. Isto porque, para a efetivação destas campanhas, o exame de Papanicolaou era utilizado como primeiro método de detecção.

A partir da segunda metade dos anos 1960, o controle do câncer do colo do útero, sob influência dos programas de países como EUA e Inglaterra, passou por um processo de ampliação para a ideia de rastreamento citológico, com a realização de exames em maior escala e a formação de campanhas de prevenção da doença. Assim, a proposta inicialmente verificada na medicina brasileira, de forma geral, de transformar postos de atendimento ginecológico em centros especializados para detecção da doença, passou por alterações que atendiam à nova configuração da doença como foco da saúde pública no país. O HAM foi

um dos primeiros espaços no Brasil a organizar campanhas de diagnóstico a partir destes preceitos.

A organização de curso de formação de citotécnicos evidenciava essa mudança de orientação nos trabalhos do Hospital, que caminhava ao encontro da configuração da doença dentro do escopo da saúde pública brasileira. Inicialmente utilizando o “modelo triplo” como estratégia principal de diagnóstico, o HAM, a exemplo de instituições de atendimento congêneres, conjugou colposcopia, citologia e biópsia no exame sistemático a todas as pacientes que recorriam ao serviço ambulatorial. A partir dos anos 1960, com a formação das campanhas no interior do estado, este modelo começou a ceder espaço para a utilização da citologia como primeiro exame, e, nos casos suspeitos, o direcionamento da paciente para centros de maior complexidade, como o próprio HAM, para realização dos demais exames e estabelecimento do diagnóstico.

Os municípios do interior baiano foram o principal alvo do HAM na expansão de suas atividades e na utilização da citologia para detecção de anormalidades no colo uterino. Esta atuação ocorreu na forma de campanhas, com o deslocamento de profissionais para estes locais, treinamento de pessoal para realização dos exames e pautas educativas para atrair e conscientizar a população sobre a importância do diagnóstico precoce.

O HAM e a prevenção do câncer do colo do útero no interior baiano

Na perspectiva de ampliação do atendimento às mulheres e fortalecimento do papel institucional da LBCC e do HAM, foram organizados centros e clínicas de prevenção e diagnóstico precoce do câncer em municípios do interior. Este era uma dos objetivos da instituição para a estruturação de ações de controle da doença, desde sua fundação. Na visão dos médicos da instituição, o câncer do colo do útero era um dos principais flagelos que acometiam o público feminino. No entanto, frente aos avanços na área médica para diagnóstico da doença, seria possível controlar a incidência e o número de mortes pela

doença. Para tal, defendia-se a descentralização do atendimento, com o objetivo de atender a um número maior de mulheres, num menor espaço de tempo (Maltez Filho, 1966b).

A pergunta que se colocava para estes médicos, na década de 1960, era de como realizar a organização destes espaços e estruturar as ações de controle da doença. A criação de ambulatorios preventivos seria a “linha de frente” para o exame de um número cada vez maior de mulheres, na tentativa de detecção do câncer em estágios iniciais e da prevenção. Para tal, o ambulatório deveria possuir as condições mínimas para realização do diagnóstico precoce: além da aparelhagem, um ginecologista com conhecimentos em colposcopia e citologia, e com dedicação exclusiva aos trabalhos. Na prática, este profissional deveria apenas realizar a coleta e armazenamento do material citológico para envio a centros de maior complexidade, no caso o Hospital Aristides Maltez. A leitura das lâminas e o encaminhamento para tratamento, quando necessário, ficariam a cargo do Hospital (Maltez Filho, 1966b).

Segundo as orientações apresentadas pelos médicos da instituição, os ambulatorios, como espaços localizados de atuação, deveriam ser supervisionados e estar em permanente contato com hospitais ou centros mais organizados de controle da doença. Estes espaços proporcionariam o auxílio e estrutura necessários para acompanhamento dos casos atendidos nos ambulatorios e complemento aos trabalhos ambulatoriais. Nos ambulatorios, seria possível a realização do exame colposcópico, caso necessário. Em relação à citologia, o material seria coletado no local e enviado para um centro devidamente montado e com profissionais treinados em análises citológicas. Além de um centro para análises em citologia, os hospitais ou centros de referência, funcionando como apoio aos ambulatorios, ainda necessitariam contar com um local de registros dos casos considerados suspeitos, permitindo o conhecimento mais detalhado de cada caso em particular e também o retorno e acompanhamento dos mesmos. Além dos registros, tais espaços deveriam dispor de um serviço de assistência social, responsável por buscar as pacientes para retorno e acompanhar o processo de diagnóstico e tratamento, quando necessário (Maltez Filho, 1966b).

A proposta descrita acima foi o modelo implementado pelo HAM na organização dos postos de atendimento no interior do estado da Bahia⁴⁵. As ações do Hospital para o controle do câncer do colo do útero não se limitaram ao atendimento ambulatorial na cidade de Salvador. Na organização de campanhas para diagnóstico precoce da doença, um dos focos da instituição foi o trabalho de formação profissional e atendimento nos municípios interioranos. Esta organização tinha como base o registro de que mais de 50% dos pacientes diagnosticados com câncer no HAM eram provenientes do interior. Com a organização destes espaços, além do aumento da influência do Hospital como parâmetro nas ações de controle da doença, a ampliação do atendimento desafogava os trabalhos no próprio HAM e permitia à instituição voltar-se para o atendimento mais especializado.

As campanhas tiveram início em 1955 com a fundação do primeiro Consultório Preventivo de Combate ao Câncer, na cidade de Alagoinhas. O consultório foi resultado da parceria entre a LBCC, o governo da Bahia e prefeitura municipal de Alagoinhas. No espaço, eram realizados exames de rotina, principalmente através da citologia, sendo as lâminas para análise enviadas para Salvador. O consultório contava também com um aparelho colposcópico para realização de exames mais minuciosos. A função destes espaços, no entanto, era apenas de diagnóstico e indicação de algumas medidas terapêuticas em casos de menor complexidade. Os casos de maior gravidade eram diretamente encaminhados ao HAM para novos exames e tratamento. Após a iniciativa em Alagoinhas, outras cidades receberam núcleos de controle da doença, em parceria com a Liga: Ilhéus e Itabuna em 1956, Santo Amaro e Feira de Santana em 1957 (*O Câncer – Boletim de divulgação da Liga Baiana Contra o Câncer*, ano 2, numero 2, maio de 1959).

A criação dos consultórios seguia o modelo básico proposto pelos profissionais do HAM, de descentralização dos serviços médicos, concedendo maior autonomia aos municípios e ampliando o atendimento à população mais carente. No formato proposto para as campanhas, o contato dos consultórios com o HAM deveria ser constante, tanto nos

⁴⁵ A realização das campanhas no interior do Estado era descrita e detalhada no regimento da LBCC. O artigo 1º dizia que: “A *Liga Baiana Contra o Câncer*, dentro de suas disponibilidades, estabelecerá e manterá Campanhas junto aos diversos municípios do Estado da Bahia, visando em princípio a prevenção e detecção do câncer genital, com especial ênfase ao câncer do colo uterino” (Arquivos de Oncologia – 1(4), 1963).

relatórios de atendimento quanto na especialização dos profissionais que atuavam no interior. Até o ano de 1958, nos cinco consultórios que haviam sido criados, o quantitativo total de atendimentos passava de 1000. Deste total, foram realizados 247 exames colposcópicos e diagnosticados 23 casos de câncer. De todos os casos atendidos nos primeiros anos, 25 foram encaminhados ao HAM em decorrência do avançado estágio de evolução em que foi diagnosticado e/ou gravidade da lesão (Neves, 1958).

Com a realização deste atendimento inicial, grande parte dos casos era resolvida no próprio interior, o que potencializava os atendimentos na capital baiana, através da realização de uma triagem prévia das pacientes. Nas campanhas realizadas e ambulatórios instalados, o modelo de diagnóstico já seguia os preceitos de exame em maior escala, empregando a citologia como principal ferramenta. Nos casos de lâminas com resultados suspeitos, as mesmas eram encaminhadas ao HAM para novos exames e orientações sobre tratamento. Ao propor a estrutura de organização do atendimento, com foco no exame citológico, Os médicos registraram que:

“Queremos deixar patente que é a citologia, no momento atual, o elemento de maior valor na prevenção e detecção do câncer, pela sua simplicidade, inocuidade, baixo custo e por permitir atingir grandes massas populacionais (...). Está, portanto, na instalação de ambulatórios preventivos o grande trunfo na luta contra o câncer genital” (Maltez Filho, 1966b: 64).

O modelo empregado pelo HAM nos ambulatórios do interior representava uma transição em relação ao uso das tecnologias de diagnóstico do câncer do colo do útero no Brasil. Inicialmente pensado e estruturado com o viés do “modelo triplo, divulgado pelo Instituto de Ginecologia”, o HAM, em decorrência das demandas de diagnóstico e da inserção da doença no campo da saúde pública reorientou seus trabalhos a partir do final dos anos 1950. A principal marca desta reorientação foi a organização das campanhas do interior, nos parâmetros acima descritos.

Os primeiros programas de realização de exames em larga escala para diagnóstico do câncer do colo do útero com base na citologia foram desenvolvidos nos Estados Unidos

no início da década de 1950. Este modelo teve impulso nos anos seguintes, principalmente em países europeus (Lowy, 2010). No mesmo período na América Latina, de forma geral, a Organização Pan-americana de Saúde começou a veicular a ideia da doença como uma questão de saúde pública, necessitando, portanto, de ações mais articuladas a nível estatal e com a realização de rastreio populacional para detecção e como forma de prevenção. No Brasil, o modelo de saúde, ainda direcionado prioritariamente para aspectos da medicina hospitalar e sem uma ação organizada a nível nacional, ia de encontro à visão do câncer como uma doença de saúde pública. Este fator representava um entrave para a implantação de campanhas nacionais de rastreio para detecção da doença (Teixeira e Fonseca, 2007).

Ações mais sistematizadas começaram a ocorrer nos anos 1960 no estado da Bahia, impulsionadas pelo HAM. Em 1966 foi lançado um projeto piloto na cidade de Santo Amaro e a ação foi estendida para mais 15 municípios do Recôncavo Baiano entre o fim da década de 1960 e início dos anos 1970 (Maltez, 1968). O projeto seguia as mesmas diretrizes dos ambulatórios criados nos anos 1950 e tinha como objetivos ampliar a estrutura de atendimento no interior do estado. A escolha da região do Recôncavo Baiano para a execução dos primeiros projetos deveu-se ao fato de que cerca de 62% dos atendimentos do HAM até 1970 eram provenientes daquela região do Estado, que não possuía espaços para diagnóstico e tratamento da doença (Idem).

Os trabalhos nos municípios interioranos seguiam alguns preceitos básicos. O grupo selecionado para as atividades permanecia na região por 30 dias, hospedado pela comunidade, e mantinha o atendimento ambulatorial durante todos os dias, nos períodos da manhã e da tarde. Dentre as competências do grupo estavam: o registro das pacientes; o exame citológico e do toque vaginal, seguidos pela colposcopia e biópsia dirigida nos casos de evolução tumoral em curso; registro dos atendimentos em fichas próprias; encaminhamento dos casos de maior gravidade clínica para serviços especializados. Ao final da primeira fase dos trabalhos, de coleta do material de exame e seleção das pacientes com diagnóstico da doença, os casos de câncer “in situ” e de lesões em início de desenvolvimento eram encaminhados para internação em hospitais locais ou para o próprio HAM. Nos casos de tumores invasivos ou quadros clínicos mais graves, a orientação era o encaminhamento direto ao HAM para tratamento especializado (Maltez, 1968).

A maior parte das verbas tanto para os exames quanto para os tratamentos era proveniente da própria Liga Baiana Contra o Câncer. Os médicos participantes do projeto defendiam que o custo do mesmo era reduzido. E quanto maior o número de pacientes atendidas, menores os gastos com os exames (Maltez, 1968). Eram computados nos custos do programa despesas com: pessoal, locomoção e materiais para exame. Os gastos com laboratório de citologia e anatomia patológica não eram descritos por serem estes serviços disponibilizados pelo HAM e componentes da estrutura e orçamento do Hospital. Nesta diretriz, as campanhas eram defendidas como forma de minimizar gastos. Isto porque a estrutura montada não demandava grandes investimentos e os materiais e tecnologias mais caras estavam disponíveis no HAM, tomado como referência para realização dos trabalhos.

O modelo de trabalho configurado pela LBCC, através da atuação dos médicos do HAM nos municípios do interior baiano foi denominado de “Modelo Bahia”. Na década de 1970 foi criada a “equipe de prevenção da LBCC”. Esta equipe era composta por dois grupos de trabalho: o grupo de colheita e seleção e o grupo de tratamento. Antes do início do atendimento médico, era realizada uma visita na cidade a ser atendida para serem analisadas as condições de atendimento, a infraestrutura da cidade em termos de hospitais, postos de saúde e as condições de montagem de ambulatórios preventivos. Quando o município dispunha de hospitais próprios, no geral eram utilizadas as instalações e espaços dos mesmos para a montagem dos ambulatórios. Para atrair o público feminino eram distribuídos panfletos no comércio local e realizadas visitas aos domicílios divulgando e explicando o funcionamento do programa (Maltez, 1968).

O “Modelo Bahia” oferecia, segundo seus idealizadores, condições de aplicação em quaisquer partes do país. No entanto, alguns pontos deveriam ser observados para a implantação e sucesso do programa. No território baiano, o modelo ofereceria melhores condições de êxito quando fossem seguidas algumas instruções básicas. Primeiramente, era necessário manter um grupo permanentemente em atividade e com contato direto com as prefeituras e núcleos sociais para que fosse prestada assistência aos pacientes em exames. A seleção das pacientes se daria pela citologia, sendo seguida pela colposcopia e biópsia e, nos casos que necessitassem de tratamento especializado, o controle e acompanhamento deveriam ser constantes. O encaminhamento ao Hospital Aristides Maltez deveria ser feito

sempre que os centros locais não oferecessem condições de internação e nos casos mais graves. E por fim, a formação profissional, a qualificação e o incentivo aos grupos de estudos, como ocorria no Centro de Estudos do HAM fazia-se importante por garantir o envolvimento dos profissionais e a qualidade do atendimento (Maltez, 1968).

O modelo criado e difundido na Bahia pelo HAM foi um dos pioneiros na realização destas campanhas de maior alcance. Mesmo ocorrendo de forma regional e sem uma proposta de ação para outros estados, a iniciativa representava uma mudança no status da doença no país, que saía aos poucos do âmbito exclusivo dos hospitais especializados e gabinetes ginecológicos das faculdades de medicina, como pudemos perceber ao longo deste trabalho. A atuação da instituição baiana foi construída de forma contemporânea e outras iniciativas no país, como em Porto Alegre e São Paulo que, mesmo organizadas de forma desconexa e sem uma proposta de diálogo ilustravam uma mudança nas diretrizes de controle do câncer do colo do útero no Brasil.

Em 1965 foi organizado o “Programa de Controle do Câncer Cérvico-Uterino”, na cidade de Campinas, São Paulo. O programa foi implementado no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, liderado pelo médico ginecologista José Aristodemo Pinotti⁴⁶. A utilização da citologia como método de diagnóstico do câncer do colo do útero foi a marca característica do programa. A orientação principal era baseada na descentralização da coleta de material para o exame citológico e a centralização na realização deste exame e organização de um arquivo para registro das pacientes. O trabalho foi estruturado em colaboração com postos de saúde municipais e estaduais, hospitais e instituições médicas filantrópicas. Estes espaços seriam os responsáveis pela descentralização da coleta, o que evitava a necessidade de criação de novos centros para a mesma função. A análise das lâminas era centralizada em laboratórios específicos, criados para este fim. De modo geral, o programa atingiu uma escala de atendimento ainda não visualizada no país. Em dez anos de funcionamento, o

⁴⁶ José Aristodemo Pinotti formou-se em Medicina pela Universidade de São Paulo em 1958 e especializou-se em câncer ginecológico e mamário na Universidade de Florença. Foi professor de ginecologia e obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas e Reitor pela mesma Universidade.

número de exames citológicos realizados passou de 461 a mais de 19 mil (Pinotti e Zeferino, 1987).

Apesar de ocorrerem praticamente ao mesmo tempo, o programa implantado pelo HAM no estado da Bahia não teve uma articulação tão estruturada quanto a experiência de Campinas. Não houve também um diálogo na organização e implementação de ambos os programas. A iniciativa dos médicos baianos fazia parte das estratégias de afirmação da centralidade do HAM nas ações de controle do câncer na região. Ao descentralizar a realização dos exames através da criação de ambulatórios de atendimento em municípios do interior, o HAM centralizava na instituição a leitura das lâminas coletadas e as medidas profiláticas após o diagnóstico. Esse modelo representou, na instituição, um momento de transição da forma de utilização das tecnologias de diagnóstico precoce do câncer do colo do útero. Dentro da rede da qual o HAM fazia parte, o Hospital foi o pioneiro nesta nova organização, que acompanhava as modificações da doença dentro do cenário médico nacional.

Jornada Brasileira de Cancerologia

Dentre os espaços e instituições que compunham a rede de discussões e ações de controle do câncer do colo do útero no Brasil de meados do século XX, estava a organização de congressos médicos. Os profissionais envolvidos nesta rede tinham nos congressos um dos principais lócus de interação, construção de conhecimento, afirmação e divulgação dos trabalhos desenvolvidos em cada instituição.

Desde sua fundação no início da década de 1950, o Hospital Aristides Maltez buscou evidenciar sua importância nas discussões sobre a doença no país. Esta busca ia ao encontro da estruturação da rede de ações de controle à qual a instituição fazia parte. Como parte do processo de afirmação papel do HAM no controle do câncer no Brasil, foi organizado, entre os dias 12 e 15 de outubro de 1960 na cidade de Salvador, a I Jornada

Brasileira de Cancerologia. O evento era uma iniciativa do Hospital Aristides Maltez em conjunto com o governo do Estado da Bahia. Durante o evento foram realizadas palestras sobre o câncer em geral, estando presentes grandes nomes da cancerologia no Brasil. Os “Arquivos de Oncologia” publicaram na íntegra a cobertura da Jornada e os textos apresentados. Estiveram presentes médicos de vários estados brasileiros como Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul, Alagoas, Maranhão, Ceará, Pernambuco, Pará, Minas Gerais e Rio Grande do Norte (Arquivos de Oncologia, 4(1), 1961 – I Jornada Brasileira de Cancerologia).

A jornada representava uma concretização dos trabalhos da LBCC e do HAM no controle do câncer e a projeção da instituição para além do território baiano. Na fala dos médicos que participaram efetivamente do evento percebemos que os pontos levantados em relação à organização de ações contra a doença eram similares. As iniciativas para controle do câncer do colo do útero, antes localizadas nos estados, começavam a se tornar mais homogêneas e relacionadas em diferentes regiões do país. As propostas apresentadas refletiam ações a serem efetuadas a nível nacional, com a cooperação de instituições de diferentes estados da federação. A participação de diferentes instituições evidenciava a importância que a doença ganhava no cenário nacional e o papel de destaque dos espaços que iniciaram as discussões e organização de ações de controle, mais propriamente o Instituto de Ginecologia, o Hospital de Ginecologia e o próprio Hospital Aristides Maltez.

Dos trabalhos apresentados, a grande maioria era sobre o câncer do colo do útero. Como discutimos, o HAM, mesmo não sendo uma instituição voltada exclusivamente aos cânceres femininos, teve uma atuação, principalmente nos primeiros anos, mais efetiva em relação aos cânceres ginecológicos, em decorrência dos altos índices apresentados em relação às demais tipologias. Foi em torno das discussões e ações de controle do câncer do colo do útero que o Hospital se institucionalizou, solidificou suas diretrizes de trabalho e consolidou-se como referência na região. A organização de um evento sobre a doença era uma oportunidade para reunir os nomes da cancerologia nacional e estreitar as relações com as instituições de diálogo com o HAM.

Durante a realização da I Jornada de Cancerologia foi proposta a organização de um novo periódico, que compilasse os dados das publicações sobre câncer em todo o país. Tal periódico ganhou forma como a “Bibliografia Brasileira de Oncologia”, lançada em 1961. O momento escolhido para apresentação da primeira versão impressa foi a II Jornada Brasileira de Cancerologia, com a previsão do lançamento de mais dois números. A proposta da publicação era preencher a lacuna correspondente à dificuldade de um levantamento bibliográfico sobre o câncer na literatura brasileira. O primeiro volume correspondia ao levantamento bibliográfico referente ao período de 1851 a 1952. O segundo abarcaria os anos de 1953 a 1960, e o terceiro, de 1961 a 1962 (Bibliografia Brasileira de Oncologia, 1(1): outubro de 1961).

O critério de seleção das referências apresentadas não foi explicitado, mas podemos inferir que, na concepção dos organizadores, tratava-se daquelas que tinham circulação no campo médico e, de alguma forma, mantinham um intercâmbio com os “Arquivos de Oncologia”, seja por permuta, por citação de referência nos artigos ou pela própria veiculação dos autores em diferentes revistas. As referências eram divididas por temas, tendo como base o título dos artigos. Dentre os temas estavam: carcinoma, citologia, colo uterino, colposcopia, diagnóstico, ginecologia, profilaxia, prognóstico, tratamento. Aos temas, dispostos em ordem alfabética, eram seguidos os textos e seus periódicos de origem, ou as teses, livros. De modo geral, a publicação apresentava um balanço das discussões sobre o câncer no Brasil, sendo a maior parte relacionada ao câncer do colo do útero.

Após a I Jornada, ocorreram outras da mesma natureza. Em 1962 foi organizada a II Jornada de Cancerologia, cujo tema oficial foi a educação profissional médica para a luta contra o câncer. O enfoque era a necessidade de aumentar o “nível cultural” dos médicos e profissionais da saúde, não somente em relação ao diagnóstico precoce, mas também no que se referia à identificação e atuação com casos já em avançado estado de evolução do tumor. Registravam-se os erros de interpretação, de lesões já em avançado estado de desenvolvimento serem confundidas com processos inflamatórios comuns e, no caso dos tratamentos, doses desreguladas nas sessões de radioterapia levariam a uma piora da paciente, e por muitas vezes sua morte (Coutinho, 1963). A questão da educação era retomada como um dos pilares na formação de políticas de controle da doença. Para a

efetividade destas políticas, a formação profissional era o ponto de destaque nos discursos médicos desde os anos 1940.

As Jornadas podem ser vistas como um momento de diálogo entre diferentes instituições e profissionais e de construção de diretrizes comuns nas ações de controle do câncer no Brasil. Nos discursos sobre o câncer do colo do útero, as ideias do diagnóstico precoce e a utilização da colposcopia e citologia como principais ferramentas tornaram-se uma diretriz compartilhada pelas instituições nacionais em meados do século XX. A circulação dos atores, as discussões, e publicações em periódicos evidenciavam a formação e concretização de uma rede de ações em relação à doença, que a colocou na agenda de saúde nacional e difundiu as tecnologias médicas de diagnóstico no país.

Considerações finais

A organização do Hospital Aristides Maltez representou a solidificação da Liga Baiana Contra o Câncer nas ações de controle da doença no nordeste do país. O Hospital concretizou as aspirações da Liga na criação de um espaço para tratamento e construção de conhecimento sobre a doença. Com atenção voltada para todos os tipos de cânceres, foi nos femininos, mais particularmente o de colo do útero, que os discursos mais se articularam. A bandeira do diagnóstico precoce foi o grande lema dos médicos envolvidos neste projeto, baseados no argumento de quanto mais no início um tumor, ou a possibilidade do acometimento por esse, fosse identificado, melhores as expectativas no prognóstico da doença. A partir desta ideia foram enredados os discursos e práticas na tentativa de conscientização tanto das mulheres em procurarem os serviços de exames, quanto para os profissionais, na busca pela capacitação para reconhecer os primeiros sinais de alteração no corpo feminino.

No processo de difusão das tecnologias de diagnóstico do câncer do colo do útero no Brasil, o HAM foi o responsável pela introdução das mesmas na região baiana e da

formação de profissionais para utilização das técnicas. Nos primeiros anos de atividade o modelo de detecção adotado consistiu na utilização conjunta de colposcopia, citologia e biópsia, numa perspectiva de atendimento ambulatorial. Inserido no conjunto de mudanças na saúde pública brasileira, a implementação de campanhas de diagnóstico precoce no interior do estado deslocou a perspectiva para a análise em maior escala, adotando a citologia como principal estratégia de detecção, o que atendia à demanda de ampliar os atendimentos da instituição.

O Hospital, assim, destacou-se por seu pioneirismo na região nordeste do Brasil, na articulação de ações em câncer e na implementação de modelos de atuação em relação à doença, com atendimento referencial em toda a região. O HAM representou a concretização na organização da rede de discussões e ações de controle do câncer do colo do útero no Brasil de meados do século XX, que tinha “modelo triplo” sua principal estratégia para prevenção da doença. No mesmo sentido que a instituição baiana concretizou esta rede, também indicou a transição para um novo modelo nas ações sobre a doença, representado pela formação de campanhas em municípios do interior, que tinham como objetivo examinar um número maior de mulheres e, para tal, tiveram na citologia sua principal ferramenta de ação. Anos após a organização das primeiras campanhas, a doença se torna foco de uma discussão articulada a nível nacional, que engendrou uma política de diagnóstico baseada na ideia de rastreio e planejada dentro de um escopo de nação.

CONCLUSÃO

Em artigo sobre educação na luta contra o câncer, o médico Alberto Lima Coutinho⁴⁷ afirmou que a maior e melhor estratégia para controle da doença era a educação profissional e leiga. Na medida em que fosse oferecido aos profissionais da medicina o ensino obrigatório da cancerologia ainda na faculdade, cursos de especialização para os médicos já graduados, e ensinamentos para o público em geral, menores seriam os casos incuráveis e os números de mortes. Como princípio norteador das ações em câncer no Brasil durante todo o século XX, a detecção em sua “etapa local”, garantiria maiores possibilidades de intervenção terapêutica do que na fase de “doença invasiva” (Coutinho, 1957). Neste caminho, o ideal de diagnóstico precoce permeou as discussões em câncer no Brasil durante todo o período por nós analisado, consistindo no objetivo principal dos cancerologistas.

Parte da publicação de Coutinho foi dedicada ao papel dos ambulatórios preventivos na educação em câncer. Em meados do século XX, o termo ambulatório preventivo estava relacionado, principalmente, aos cânceres ginecológicos e tinha na prevenção da doença sua principal meta de trabalho. No final da década de 1950, estes espaços constituíam-se enquanto “(...) *verdadeiras unidades de saúde onde se processa trabalho de prevenção, aplicando-se os mais minuciosos e avançados métodos para reconhecimento precoce do câncer*” (Coutinho, 1957: 41). No final da década de 1950 havia no Rio de Janeiro sete ambulatórios preventivos, voltados para o controle do câncer feminino, principalmente o do colo do útero, uma vez que este apresentava a maior incidência no período.

⁴⁷ Alberto Coutinho era pernambucano e formou-se pela Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil em 1927. Foi um dos fundadores do Serviço Nacional do Câncer e diretor do Instituto de Câncer. Destacou-se como cirurgião, ocupando a cátedra de Clínica Cirúrgica na Universidade do Brasil.

O Instituto de Ginecologia da Faculdade de Medicina foi a primeira instituição a organizar este formato de prevenção da doença no país, através da estruturação do Ambulatório Preventivo do Câncer Ginecológico. Num momento em que a saúde pública brasileira estava voltada para o controle de doenças infecto contagiosas como a malária e a tuberculose, o câncer do colo do útero não era uma prioridade na agenda de ações estatais para a saúde. O controle da doença era realizado pela medicina ambulatorial, ligada às faculdades de medicina, às instituições filantrópicas e à medicina privada, dos consultórios médicos.

O interesse pela doença cresceu a partir dos anos 1930, juntamente com o desenvolvimento das principais tecnologias para diagnóstico precoce: colposcopia e citologia. O IG foi pioneiro na introdução e difusão destas ferramentas para detecção de alterações no colo uterino. Nos anos 1940, a colposcopia foi a mola propulsora da formação e organização das instituições de controle do câncer do colo do útero no Brasil. Foi em torno da difusão da ferramenta que as ações sobre a doença foram pensadas e se iniciaram as preocupações com a formação profissional e a criação de um modelo de atendimento para realização do diagnóstico precoce.

A colposcopia no Brasil, no entanto, não foi difundida como único método na detecção da doença. Para aumentar as certezas no diagnóstico e catalisar os resultados das ações de controle e prevenção, a ferramenta foi divulgada em conjunto com a citologia. Enquanto que em países como os EUA, a introdução do colposcópio foi articulada após a estabilização do teste de Papanicolaou nas campanhas de prevenção, no Brasil, esta organização seguiu caminhos diferentes. Aqui, ambas as tecnologias foram destacadas como estratégias no diagnóstico da doença, desde a estruturação dos primeiros serviços de atenção à mesma, como o Instituto de Ginecologia e o Hospital de Ginecologia. Esta particularidade na organização dos serviços de diagnóstico no país seguiu os caminhos da “exceção latino americana” (Eraso, 2010). A aplicação deste modelo no Brasil foi viabilizada por uma conjuntura de fatores como atenção ao câncer do colo do útero dentro dos ambulatórios preventivos e a aproximação entre as ciências brasileira e alemã, o que foi reforçado com as visitas de Hinselmann no Rio de Janeiro e em Belo Horizonte.

O Instituto de Ginecologia foi o responsável pela implantação de um modelo de ação em câncer que foi referência para a organização de outros espaços de atenção à doença no período. Utilizando conjuntamente colposcopia, citologia e biópsia no exame de todas as pacientes atendidas no ambulatório, os médicos do Instituto conseguiram aumentar as porcentagens de diagnóstico em estágios iniciais de evolução e diminuir o número de mortes. O “modelo triplo” foi identificado no trabalho de Teixeira e Lowy (2011) como uma forma específica de prevenção do câncer do colo do útero no país até a década de 1960. Em nosso trabalho, apontamos que os espaços de desenvolvimento deste modelo se articularam numa rede de discussões e ações de controle da doença. Nesta rede estavam o Instituto de Ginecologia no Rio de Janeiro, o Hospital de Ginecologia em Belo Horizonte e o Hospital Aristides Maltez em Salvador. Estas instituições, com suas peculiaridades, se constituíram como espaços de controle da doença em suas regiões e de institucionalização de um modelo específico de ação que se afirmou no país até a década de 1970.

A rede de prevenção do câncer do colo do útero, impulsionada pela organização de estratégias de controle e discussões entre os especialistas, era constituída, além das instituições aqui trabalhadas, por publicações especializadas, associações profissionais, iniciativas para formação de pessoal e intercâmbio científico. Uma das estratégias de articulação desta rede foi o ensino em colposcopia e citologia, através de cursos de formação, liderados pelos médicos do IG. Os cursos, além da divulgação das ferramentas, tinham como objetivo incentivar a organização de novos espaços de atendimento e ampliar o alcance da prevenção, com um aumento no número de mulheres examinadas e encaminhadas ao tratamento especializado.

Nas instituições analisadas neste trabalho, percebemos que estes cursos de formação estreitavam as relações, e confluíam para as discussões e definição de diretrizes semelhantes na prevenção da doença. No caso da colposcopia, por exemplo, o médico do IG João Paulo Rieper tornou-se o grande artífice de divulgação do método e uma referência no ensino no país. A figura de Rieper esteve diretamente ligada à introdução e difusão da ferramenta no Hospital de Ginecologia em Minas Gerais, pela atuação de Alberto Henrique da Rocha.

O Hospital mineiro foi a primeira instituição organizada sob influência direta do IG. Como espaço de atendimento e ensino de ginecologia na Faculdade de Medicina, adotou o “modelo triplo” no exame das pacientes, investindo na formação profissional e na produção de conhecimento através da organização das fichas ambulatoriais. Outro ponto de confluência com a instituição carioca foi a implementação de um ambulatório preventivo como orientação para o controle do câncer do colo do útero na capital mineira.

Na década de 1950, a fundação do Hospital Aristides Maltez em Salvador concretizou a estruturação da rede de prevenção, solidificando o “modelo triplo” como marca do diagnóstico precoce no país e fomentando a interação entre as instituições, através dos periódicos científicos e congressos médicos. O processo de institucionalização do HAM, no entanto, foi marcado por uma mudança gradativa na orientação sobre as ações de controle do câncer do colo do útero no país. Inserido na rede institucional de prevenção da doença, o Hospital representou a transição no formato da utilização das ferramentas de diagnóstico.

Nos anos 1960, numa estratégia de aumentar os alcances das ações da instituição baiana e, ao mesmo tempo, desafogar o grande número de atendimentos prestados, o HAM elaborou uma proposta de descentralização das atividades através da criação de ambulatórios em municípios do interior do estado. O chamado “modelo Bahia”, consistia na organização de campanhas de diagnóstico através da criação de espaços de atendimento permanentes em diferentes cidades baianas. Na proposta, estes espaços seriam montados para realização de exames no maior número possível de mulheres, através, principalmente, do teste de Papanicolaou. Nos ambulatórios haveria apenas a coleta do material, que seria enviado para análise no próprio HAM. Após esta análise, o Hospital retornava ao interior os resultados, dando prosseguimento às ações terapêuticas quando necessário. Neste formato, a colposcopia seria utilizada apenas nas situações em que a citologia apontasse alterações nas células.

Mesmo ocorrendo de forma pouco articulada com outros estados e instituições, o “modelo Bahia” evidenciava uma mudança nas perspectivas de prevenção do câncer do colo do útero no Brasil. Dentro da rede de prevenção que englobava as instituições carioca

e mineira, a divulgação do novo modelo modificava traços importantes da própria organização da rede. Na realidade, esta mudança representava não um enfraquecimento, mas sim uma reorientação das práticas, inserida nas novas diretrizes em saúde no país, das propostas e demandas para o controle da doença. Este processo se tornou mais visível no final dos anos 1960 e início dos anos 1970.

A partir da década de 1970, as orientações de saúde em relação ao câncer no colo do útero no Brasil sofreram uma profunda modificação em relação às décadas anteriores. Neste período, a Organização Pan Americana de Saúde destacou a importância da doença como um problema de saúde pública na América Latina e incentivou a organização de campanhas de detecção, com o uso do esfregaço vaginal. No Brasil, as orientações da OPAS iam ao encontro dos interesses dos médicos locais no reconhecimento e participação na atividade científica internacional (Teixeira e Lowy, 2011). Na medida em que a doença ia se tornando um foco de discussão da medicina nacional, ia também transcendendo os espaços de atendimento privado. Os ambulatórios preventivos não deixaram de existir, mas transformam-se em parte de uma estrutura de saúde mais complexa, que tinha na ideia de realização de exames em massa para diagnóstico precoce da doença seu principal pilar de atuação.

Este processo foi evidenciado com a criação do Programa Nacional de Controle do Câncer (PNCC) em 1973, como iniciativa do então diretor da Divisão Nacional do Câncer (antigo Serviço Nacional do Câncer), Sampaio Góes. O Programa propunha uma ampliação das ações de prevenção do câncer do colo do útero, tendo como base o uso da citologia como ferramenta de diagnóstico (Teixeira, Porto e Souza, 2012a). O planejamento e divulgação das ações teriam uma abrangência maior do que a verificada nas décadas anteriores e a ideia de normatização se fazia presente através da padronização dos cursos de formação profissional e das diretrizes para implementação de campanhas.

A organização acima descrita marcou um novo momento na prevenção do câncer do colo do útero no país, que substituiu o “modelo triplo” nas orientações de diagnóstico e agregou um número maior de instituições em sua proposta e aplicação. A rede de discussões e ações de controle que se formou em meados do século XX e foi a responsável

pela introdução, difusão e implantação de um modelo próprio de atendimento, difundiu-se num projeto maior, que englobava estratégias de alcance nacional em campanhas de prevenção à doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Instituições pesquisadas

- Biblioteca Alfredo Nascimento - Academia Nacional de Medicina, Rio de Janeiro (RJ)
- Biblioteca Mário Kroeff - Hospital Aristides Maltez, Salvador (BA)
- Centro de Memória da Medicina da Faculdade de Medicina da UFMG – CEMEMOR – Belo Horizonte (MG)
- John Rylands Library - University of Manchester, UK
- Biblioteca do “Centre for the History of Science, Technology and Medicine”, University of Manchester (UK)

FONTES PRIMÁRIAS

Decretos, Leis e Documentos Institucionais

Brasil. Decreto-Lei nº 3171, de 02 de abril de 1941. Reorganiza o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e saúde, e dá outras providências.

Brasil. Decreto-Lei nº 3643 de 2 de setembro de 1941. Cria o Serviço Nacional de Câncer.

Decreto-Lei nº 6525, de 24 de maio de 1944 – Declara incorporada à Campanha Nacional Contra o Cancer a Liga Baiana Contra o Cancer.

Estatutos da Liga Brasileira Contra o Câncer. In: *Primeiro Congresso Brasileiro de Câncer: promovido pela Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e reunido de 24 a 30 de novembro de 1935. Actas e trabalhos*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde Pública, v.2, 1936.

Estatutos da Liga Bahiana Contra o Câncer. Imprensa Oficial. 1955.

_____. 1970.

Estatutos da Sociedade Brasileira de Prevenção do Câncer Ginecológico. 1969.

“O Câncer” – Boletim de divulgação da Liga Baiana Contra o Câncer. Ano 2, número 2 – maio de 1959.

Regimento Interno do Hospital Aristides Maltez – Liga Bahiana Contra o Câncer, 1965. Salvador, Bahia, Brasil.

Relatórios de atividades do Hospital Aristides Maltez – Salvador / Bahia, 1954 a 1957.

Artigos e obras médicas

Aguinara, Armando. *Câncer do collo uterino: diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro: Litho – Typographia Fluminense, 1925.

Aguinara, Armando. *Diagnóstico precoce do câncer do collo uterino: curietherapia*. [Rio de Janeiro]: [s.n], 1924.

Alvarenga, Roberto. “Mesa redonda sobre zona de transformação atípica”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 55(4): 202, 1963.

Alves, Hélio Eloy e Maltez, Carlos Aristides. “Carcinoma do colo restante – incidência no Hospital Aristides Maltez”. In: *Arquivos de Oncologia*, 7(2): 79-82, 1966.

Alves, Hélio Eloy e Maltez, Carlos Aristides (b). “Câncer do colo do útero – análise de 158 casos”. In: *Arquivos de Oncologia*, 7(2): 83-86, 1966b.

Anais Brasileiros de Ginecologia. “Relatório sobre o Simpósio de Colposcopia realizado em 11 e 12 de junho de 1962, organizado pela Sociedade Brasileira de Colposcopia. 55(4): 254-268, 1963.

Anais Brasileiros de Ginecologia. “Encerramento do curso de extensão universitária sobre ‘Câncer Ginecológico’ – Resumo das palavras proferidas pelo professor Arnaldo de Moraes”. Notas e Comentários. 41(1): 45-47, 1956.

Anais Brasileiros de Ginecologia. “Professor Dr. Hans Hinselmam” - editorial, 29(3): 207-210, 1950.

Anais Brasileiros de Ginecologia. “Relatório sobre o curso de colposcopia, de 5 a 17 de dezembro de 1949, no Instituto de Ginecologia, pelo professor Dr. Hans Hinselmam, de Hamburgo”. 29(3): 251-270, 1950b.

Anais Brasileiros de Ginecologia. “Câncer ginecológico” – editorial. 21(4): 296-299, 1946.

Anais Brasileiros de Ginecologia. “Câncer Ginecológico”. Programa Curso de Extensão Universitária da Universidade do Brasil. Cátedra do professor Arnaldo de Moraes. Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina. 22(2): 137-138, 1946b.

Anais Brasileiros de Ginecologia. “A luta contra o câncer em Belo Horizonte” – nota. 17(3): 224-226, 1944.

Anais Brasileiros de Ginecologia. “Citologia vaginal e seu emprego clínico” – editorial. 14(2): 56-59, 1942.

Anais Brasileiros de Ginecologia. “Carcinoma do colo do útero e gestação” – editorial. 9(6): 523-526, 1940.

Anais Brasileiros de Ginecologia. “Câncer do colo do útero. Diagnóstico e tratamento”. Apresentação dos relatórios e discussão dos temas, em 10/09/1940, na 2ª sessão do I Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia. 10(4): 298-311, 1940b.

Anais Brasileiros de Ginecologia. “Therapeutica do carcinoma cervical” – editorial. 7(4): 324-326, 1939.

Anais Brasileiros de Ginecologia. “Colposcopia e teste de Schiller” – editorial. 6(3): 261-263, 1937.

Arenas, Normando. “Conduta e resultados no tratamento do carcinoma do colo do útero”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 42(2): 71-88, 1956.

Arenas, Normando; Jacob, Alfredo e Gori, Roberto. “El valor de la colposcopia em la lucha contra o câncer del cuello uterino”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 27(3): 209-214, 1949.

Arquivos de Oncologia. “O Hospital Aristides Maltez e o ensino” – editorial. 7(1): 3-4, 1966.

Arquivos de Oncologia. “Relatório do Diretor do Hospital Aristides Maltez, referente ao período de 1954 a 1957”. 2(2): 81-86, 1957.

Arquivos de Oncologia. “Relatório das atividades do Centro de Estudos professor Aristides Maltez, ano de 1957”. 2(2): 88-97, 1957b.

Arquivos de Oncologia. “Apresentação da Revista”. 1(1): 1-5, 1956.

Augusto, Alípio. “Carcinoma grau 0 do colo do útero” – editorial. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 58(3): 189-196, 1964.

Augusto, Alípio (a). “Estado atual da terapêutica cirúrgica do câncer do colo” - editorial. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 39(3): 159-166, 1955.

Augusto, Alípio (b). “Problemas da terapêutica do carcinoma do colo uterino”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 39(6): 327-336, 1955b.

Augusto, Alípio. *Terapêutica cirúrgica do câncer genital feminino avançado*. Tese para concorrer à livre-docência de clínica ginecológica da Faculdade Fluminense de Medicina, 1953.

Baiocchi, Orlando. *Biópsia rotativa da cérvix – contribuição ao estudo do carcinoma estágio 0*. Tese para concorrer à Livre-Docência de Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, 1960.

Baruffi, Ítalo. *Carcinoma “in situ” do colo uterino. Contribuição à detecção, ao diagnóstico e ao tratamento*. Tese apresentada para livre docência da cadeira de obstetrícia e ginecologia na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1965.

Bergamin, Francisco. “Carcinoma do colo uterino – dados estatísticos”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 9(3): 215-228, 1940.

Bolten, Karl. “Practical colposcopy in early cervical and vagina cancer”. In: *Clinic Obstetric Gynecologic*, vol. 10, number 808, 1967.

Bolten, Karl. “Practical colposcopy in early cervical and vagina cancer”. In: *Clinic Obstetric Gynecologic*, vol. 10, number 808, 1967.

Brandão, Afonso Silviano. “Transformação atípica”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 55(4): 197-201, 1963.

Brandão, Afonso Silviano (c). “Colposcopia e colpocitologia”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 55(4): 223-228, 1963b.

Brandão, Afonso Silviano e Brandão, Hugo Junqueira Silviano. “Carcinoma superficial (Estádio 0) do colo uterino conceito e evolução”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 53(2): 61-68, 1962.

Campos, Alexandre e Paz, A. Campos da. “Prevenção do câncer ginecológico no meio rural”. In: *Arquivos de Oncologia*, 7(2): 31-46, 1966.

Chalfant, Robert. “Use of the Colposcope in Gynecological Practice”. In: *Southern Medical Journal*. Vol. 55, May, 1962.

Coppleson, Malcolm. “Colposcopy”. In: Stallworthy, John and Bourne, Gordon (eds). *Recent Advances in Obstetrics and Gynecology*, 12th ed, Churchill Livingstone, Edinburg, 1977.

Coppleson, Malcolm, Pixtey, Ellis and Red, Bevan. *Colposcopy: a Scientific and practical approach to the cervix in health and disease*. Charles C. Thomas Publishers, Springfield, Illinois, 1970.

Coppleson, Malcolm. “Colposcopy, cervical carcinoma *in situ* and the gynaecologist – based on experience with the method in 200 cases of carcinoma *in situ*”. In: *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Volume 71, Issue 6, pages 854 – 870, December, 1964.

Coutinho, Alberto. “Educação profissional do médico na luta contra o câncer”. In: *Arquivos de Oncologia*, 1: 15-17, 1963.

Coutinho, Alberto Lima de Moraes. A educação na luta contra o câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*. Rio de Janeiro: v. 14, n. 17, dezembro de 1957.

Davis, A. “Colposcopy”. In: *The British Medical Journal*. Vol. 2, No. 5037, July, 1957.

Drampeer, T. K. “Colposcopy”. In.: *Southern Medical Journal*. Vol. 55, May, 1962.

Ferraz, Plínio Tissi e Fonseca, Armando Sampaio. “A prevenção e detecção do câncer do colo uterino em obstetrícia” - editorial. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 65(4): 215-217, 1968.

Ferreira, Clarisse do Amaral. “Citologia, lesões displásicas e câncer in situ”. In: *Arquivos de Oncologia*, 9(1): 89-91, 1968.

Ferreira, Clarisse do Amaral. “Vantagens do emprego sistemático da colposcopia e da colpocitologia no diagnóstico precoce do câncer cervical”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 53(2): 69-74, 1962.

Ferreira, Clarisse do Amaral. “Professor Arnaldo de Moraes 1893-1961– in memoriam”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 51(4): 211-215, 1961.

Ferreira, Clarisse do Amaral. “Dispensário Preventivo do câncer genital feminino. Estudo estatístico dos exames citológicos, num período de 9 anos”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 44(5): 309-315, 1957.

Ferreira, Clarisse do Amaral. “Valor eficiente que a citologia tem dado à Clínica Ginecológica através da experiência de 15 anos”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 42(5): 263-268, 1956.

Ferreira, Clarisse do Amaral. “Considerações sobre o ‘complexo celular pré-canceroso’ de Ayre”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 38(3): 167-168, 1954.

Ferreira, Clarisse do Amaral. “Um decênio de experiência sobre a colpocitologia na Clínica Ginecológica da Universidade do Brasil (Rio de Janeiro)”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 34(3): 143-146, 1952.

Ferreira, Clarisse do Amaral. “Citologia endometrial e endocervical” – editorial. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 25(1): 33-37, 1948.

Ferreira, Clarisse do Amaral. “A colpocitologia no diagnóstico precoce do câncer ginecológico”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 26(4): 281-286, 1948b.

Ferreira, Clarice do Amaral. “Colpocitologia”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 19(1): 67-76, 1945.

Ferreira, Clarisse do Amaral. “Uma viagem de estudos a Buenos Aires”. Lições e Conferências. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 13 (3): 41 – 53, 1942.

Gebara, Dib. “Valor da citologia cérvico-vaginal como rotina no diagnóstico do câncer do útero”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 42(5): 263-267, 1956.

Gouvez, Nabuco de. “Tratamento cirúrgico do câncer do colo uterino”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 6(6): 523-533, 1938.

Hinselmann, Hans. “Pensamento sobre o futuro da colposcopia”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 40(3): 133-140, 1955.

Hinselmam, Hans. “História da Colposcopia”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 33(2): 65-98, 1952.

Hinselmam, Hans. “As mortes e sofrimentos por câncer do colo uterino são evitáveis. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 31(5): 259-264, 1951.

Hinselmam, Hans. “A questão da nomenclatura em colposcopia”. 29(3): 221-226, 1950.

Lang, Warren R. “Interrelationships of cytology, colposcopy and biopsy”. 1960

Lang, W. and Rakoff A. E. “Colposcopy and Cytology – comparative values in the diagnosis of cervical atypism and malignancy”. In: *Obstetrics and Gynecology*. Vol. 8, n. 3, September, 1956.

Lang, Warren R. “Colposcopy and the Diagnosis of Early Carcinoma of the Uterine Cervix”. In: *A Cancer Journal for Clinicians*, 6; 205-207, 1956. Disponível em: <http://caonline.amcancersoc.org>.

Lima, José Vieira de. “Prevenção e diagnóstico precoce do câncer do colo uterino”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 67(6): 499-514, 1969.

Linburg, Hans. “Valor da colposcopia, citologia e histologia no diagnóstico precoce do carcinoma do colo uterino”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 59(5): 287-300, 1965.

Luz, Nilo Pereira. “O registro das lesões colposcópicas”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 55(4): 155-166, 1963.

Luz, Nilo Pereira. “Valor diagnóstico da zona de transformação atípica”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 55(4): 193-196, 1963b.

Luz, Nilo Pereira. (RS) “Sistematização em colposcopia”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 37(6): 333-342, 1954.

Maclean, James. “The life of Hans Hinselmann”. In: *Obstetrical and Gynecological Survey*. Vol 34, n. 11, 1979.

Maltez, Carlos Aristides. “Avaliação da experiência brasileira na prevenção do câncer cervico uterino (Em municípios do interior)”. In: *Arquivos de Oncologia*, 4(1): 47 – 51, 1968.

Maltez, Carlos Aristides; Lima, Alberto Pereira Dias e Teixeira, Regina Stella Calmon. “Câncer in situ do colo uterino – experiência do Hospital Aristides Maltez”. In: *Arquivos de Oncologia*, 6(1): 18-25, 1965.

Maltez, Carlos Aristides. “Complicações da terapêutica cirúrgica do câncer do colo”. In: *Arquivos de Oncologia*, 1(4): 97-102, 1961.

Maltez, Carlos Aristides. “Adenocarcinoma do colo do útero. Análises dos casos observados no Hospital Aristides Maltez no período de 1952 a 1959”. In: *Arquivos de Oncologia*, 1(4): 129-131, 1961b.

Maltez, Carlos Aristides. *Esvaziamento pélvico no câncer avançado do colo uterino*. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia para concorrer à Livre Docência de Clínica Ginecológica, 1957.

Maltez, Carlos Aristides. “Considerações em torno de 31 casos de esvaziamento pélvico por câncer do colo do útero”. In: *Arquivos de Oncologia*, 2(2): 6-22, 1957b.

Maltez, Carlos Aristides (b). “Dilatação pelo calicial nos casos de câncer do colo do útero. Incidência encontrada no Hospital Aristides Maltez”. In: *Arquivos de Oncologia*, 2(2): 33-36, 1957c.

_____. *Câncer do colo uterino (tipos I, II e III)*. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia em 18 de agosto de 1955 afim de obter o grau de Doutor em Ciências Médico-Cirúrgicas. Bahia, Brasil, 1955.

Maltez, Rui de Lima. “Esboço Histórico da Campanha Contra o Câncer na Bahia”. In: *Arquivos de Oncologia*, 1(3): 7-25, 1958.

Maltez Filho, Aristides. “Organização de Centros e Clínicas de Diagnóstico Precoce do câncer genital”. In: *Arquivos de Oncologia*, 7(1): 62-67, 1966.

Marçal, Ennio e Andrade, Carlos Laynes de. “Aspectos colposcópicos do carcinoma ‘in situ’ e invasivo do colo uterino”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 55(4): 167-176, 1963.

Marsillac, Jorge de e Melo, Eder Jansen de. “Notas sobre o câncer como problema de saúde pública”. In: *Arquivos de Oncologia*, 4(1): 39-45, 1968.

Marigliano, F. e Goldenstein, L. “O exame patológico sistemático nas pacientes portadores de câncer do colo uterino”. In: *Arquivos de Oncologia*, 6(1): 39-42, 1965.

Medina, José (et alli). “Carcinoma invasivo do colo do útero. Revisão de 800 casos”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 62(2): 67-86, 1966.

Meirelles Filho, Rogério “Valor e particularidades da prova de Schiller”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 55(4): 233-236, 1963.

Moraes, Arnaldo de. “Exercício e ensino de Oncologia”. In: *Arquivos de Oncologia*, 1(4): 15-21, 1961.

Moraes, Arnaldo de. “Prática e ensino de oncologia”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 51(5): 233-246, 1961b.

Moraes, Arnaldo de. “Prof. Dr. Hinselmann – sua vida, obra científica”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 49(5): 299-308, 1960.

Moraes, Arnaldo de (b). “Diagnóstico precoce do carcinoma do colo uterino” – editorial. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 50(2): 105-110, 1960b.

Moraes, Arnaldo de. “Estado atual do tratamento do câncer genital avançado na mulher”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 46(1): 1-34, 1958.

Moraes, Arnaldo de; Rieper, João Paulo; Ferreira, Clarisse do Amaral; Stoltz, Hildegard e Baiocchi, Orlando. “Estudo comparativo do valor da colpocitologia, da colposcopia e da biópsia para o diagnóstico precoce do câncer do útero”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 46(2): 61-68, 1958.

Moraes, Arnaldo de. “A colposcopia no Brasil. Seus começos e desenvolvimento no Instituto de Ginecologia da Universidade do Brasil”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 40(3): 201-206, 1955.

Moraes, Arnaldo de. “Carcinoma do colo do útero ‘grau 0’”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 36(6): 313-322, 1953.

Moraes, Arnaldo de. “O valor do chamado Dispensário Preventivo na luta contra o câncer genital feminino”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 33(1): 15-28, 1952.

Moraes, Arnaldo de. “Como avaliar os resultados do Dispensário Preventivo de câncer” – editorial. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 33(5): 321-324, 1952b.

Moraes, Arnaldo de. “Prática do diagnóstico precoce do câncer ginecológico”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 29(3): 247-250, 1950.

Moraes, Arnaldo de. “Sobre o tratamento do câncer cervical” – editorial. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 28(2): 165-170, 1949.

Moraes, Arnaldo de. “Consultório preventivo de câncer ginecológico” – editorial. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 25(3): 207-210, 1948.

Moraes, Arnaldo de. “Problema do diagnóstico precoce do câncer do corpo e do colo do útero”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 25(7): 17-23, 1948b.

Moraes, Arnaldo de e Lima, Jorge Rodrigues. “Diagnóstico precoce do câncer cervical”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 19(1): 22-34, 1945.

Moraes, Arnaldo de. “Aspecto social do câncer do aparelho genital feminino” – editorial. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 19(3): 297-301, 1945b.

Moraes, Arnaldo. “Sobre o ensino da Clínica Ginecológica e a orientação atual da prática da especialidade”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 13 (4): 295 – 301, 1942.

Neves, Luiz de Oliveira. “Organização da luta contra o câncer no Brasil”. In: *Arquivos de Oncologia*, 1: 18-26, 1963.

Neves, Luiz de Oliveira e Ribeiro, Lair de Castro. “O problema do câncer em face do exercício da profissão médica”. In: *Arquivos de Oncologia*, 2(2): 71-80, 1957.

Neves, Luiz de Oliveira. “Relatório do Serviço Estadual do Câncer”. In: *Arquivos de Oncologia*, 1(3): 63-67, 1958.

Neves, Luiz de Oliveira. “Aspectos epidemiológicos do câncer no Hospital Aristides Maltez”. In: *Arquivos de Oncologia*, 1(1): 102-125, 1956.

Nunes, Fábio de Carvalho. *Aspectos epidemiológicos do câncer na cidade de Salvador*. Instituto de Saúde pública. Salvador, Bahia, 1950.

Paiva, José Ayres de. “Câncer de colo do útero de I grau e gravidez no 3º mês”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 13(1): 1-19, 1942.

Pardal, Mário. “Câncer do colo do útero e gravidez”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 11(1): 122-126, 1941.

Provenzano, Milton Italo. “Etiopathogenia dos cânceres epidérmicos do aparelho genital feminino”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 8(1): 21-30, 1939.

Quinet, Antônio. “Contribuição da citologia vaginal à clínica ginecológica”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 9(4): 311-338, 1940.

Ramos, A. Vespasiano. “A colpocitologia no diagnóstico do câncer uterino”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 15(7): 453-463, 1943.

Rieper, João Paulo. “O papel da colposcopia na alteração maligna do colo uterino”. In: *Arquivos de Oncologia*, 4(1): 83-87, 1968.

Rieper, João Paulo e Nacioka, Chie Kasai “Relatório apresentado ao IX Congresso Internacional de Câncer”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 65(2): 95-98, 1968.

Rieper, João Paulo. “Orientação do tratamento cirúrgico do carcinoma incipiente do colo uterino pela colposcopia”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 61(1): 35-40, 1966.

Rieper, João Paulo. “A biópsia do colo uterino – orientações técnicas”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 61(4): 331-336, 1966b.

Rieper, João Paulo. “Colposcopia brasileira” – editorial. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 59(5): 313-316, 1965.

Rieper, João Paulo. “Ambulatório Preventivo de Câncer Ginecológico” – editorial. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 60(3): 163-166, 1965b.

Rieper, João Paulo. “A formação de técnicos para o diagnóstico precoce do câncer ginecológico”. In: *Arquivos de Oncologia*, 1: 62-64, 1963.

Rieper, João Paulo. “Apresentação”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 55(4): 15-16, 1963b.

Rieper, João Paulo. “Conduta terapêutica do câncer grao zero do colo uterino”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 49(5): 245-266, 1960.

Rieper, João Paulo. “O problema do tratamento do carcinoma do colo ‘estadio 0’”. – editorial. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 47(6): 337-342, 1959.

Rieper, João Paulo. “Sobre o valor didático do Ambulatório Preventivo do Câncer Ginecológico do Instituto de Ginecologia da Universidade do Brasil”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 48(1): 21-30, 1959b.

Rieper, João Paulo. “Professor dr. H. c. Hans Hinselmam” – notas e comentários. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 48(1): 39-40, 1959c.

Rieper, João Paulo. “A situação da colposcopia no Brasil”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 46(6): 305-310, 1958.

Rieper, João Paulo. “Relações entre a colposcopia e a colpocitologia”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 42(5): 268-271, 1956.

Rieper, João Paulo. “Como fazer o exame colposcópico?”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 40(3): 207-212, 1955.

Rieper, João Paulo. “Colposcopia e colpocitologia no diagnóstico precoce do câncer cervical” – estudo comparativo. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 30(4): 277-282, 1950.

Rieper, João Paulo. “Evolução da colposcopia no Brasil” – editorial. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 30(6): 462-466, 1950b.

Rieper, João Paulo. “Sessão perguntas e respostas – colposcopia”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 25(2): 141, 1948.

Rieper, João Paulo e Stoltz, Hildegard. “Ambulatório Preventivo do Câncer – Organização, experiência e conclusões”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 26(4): 273-280, 1948.

Rieper, João Paulo. “Limites da colposcopia”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 22(4): 282-288, 1946.

Rieper, João Paulo. “Método auxiliar para o diagnóstico das lesões do colo uterino”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 19(1): 63-66, 1945.

Rieper, João Paulo. “Estudo comparativo entre aspectos colposcópicos e histológicos de lesões do colo uterino”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 20(4): 300-308, 1945b.

Rieper, João Paulo. “Em torno de 200 casos de colposcopia”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 13(2): 89-98, 1942.

Rieper, João Paulo. “Câncer incipiente do colo uterino descoberto pelo colposcópico”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 11(1): 143-151, 1941.

Rocha, Alberto Henrique. “Zonas de transformação atípica: aspecto, conceito e significação”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 55(4): 187-192, 1963.

Rocha, Alberto Henrique. “Vantagens específicas da colposcopia em relação a outros métodos de diagnóstico precoce de câncer do colo uterino”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 55(4): 207-212, 1963b.

Rocha, Alberto Henrique. “A colposcopia na Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais (1941-1955)”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 40(3): 219-226, 1955.

Rocha, Alberto Henrique. “Follow-up em casos de carcinoma do colo uterino” – BH. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 34(2): 65-70, 1952.

Rocha, Alberto Henrique. “Prevenção do câncer genital feminino”. Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina de Minas Gerais. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 22(6): 467-473, 1946.

Rodrigues, Victor. “Os estudos citológicos no diagnóstico do câncer” - editorial. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 26(5): 415-418, 1948.

Salgado, Clovis e Rieper, João Paulo. *Colposcopia*. Rio de Janeiro: FENAME - Fundação Nacional de Material Escolar / Ministério da Educação e Cultura, 1970.

Salgado, Clóvis. “Prevenção do câncer ginecológico no Brasil”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 58(5): 297-310, 1964.

Salgado, Clóvis. “Ensino de colposcopia”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 55(4): 149-154, 1963.

Salgado, Clóvis; Rocha, Alberto Henrique e Junqueira, Moacir. “Do método colposcópico”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 27(5): 339-358, 1949.

Salles, Álvaro. “A luta contra o câncer no Instituto de Ginecologia da Universidade de Brasil”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 53(2): 53-60, 1963.

Salles, A. A. “Novas diretrizes na pesquisa do câncer” – editorial. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 24(2): 123-127, 1947.

Salomé, Nelson. “O valor da citotécnica no laboratório de citologia”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 64(1): 11-16, 1967.

Salomé, Nelson. “Mesa redonda sobre colposcopia e colpocitologia”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 55(4). 229-232, 1963.

Salvatore, Carlos Alberto. “Prevenção e detecção do câncer ginecológico”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 62(4): 173-206, 1966.

Scheffey, Lewis; Bolten, Karl and Lang, Warren. “Colposcopy: aid in diagnosis of cervical cancer”. In: *Obstetrics and Gynecology*. Vol. 5, number 3, March, 1955.

Schirch, Paulo. “Pré- câncer histológico? – A propósito de um caso de amputação do colo uterino”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 12(1): 18-23, 1941.

Schmitt, Albrecht. “Colposcopy detection of atypical and cancerous lesions of the cervix”. In: *Obstetrics and Gynecology*. Vol. 13, number 6, June, 1959.

Senra, Alcides. “Sociedade Brasileira de Ginecologia – Ata da sessão extraordinária – recepção do professor Hans Hinselmam. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 29(3): 275-276, 1950.

Silvany Filho, A. M. “Centro de Registro de Câncer – importância e problemática”. In: *Arquivos de Oncologia*, 1(10): 49-53, 1969.

Silvany Filho, A. M. “Patologia Geográfica do Câncer – Estado da Bahia”. In: *Arquivos de Oncologia*, 7(1): 31-36, 1966.

Silveira, Agnaldo da. “Câncer do colo uterino e seu tratamento pelas irradiações – primeiros resultados do Hospital Aristides Maltez”. In: *Arquivos de Oncologia*, 1(1): 7-22, 1956.

Stafl, Adolf. “Colposcopy”. In: *Clinical Obstetrics and Gynecology*. Vol. 18, n. 3, September, 1975.

Stafl, Adolf and Mattingly, Richard. “Colposcopic diagnosis of cervical neoplasia”. In: *Obstetrics and Gynecology*. Vol. 41, number 2, February, 1973.

Sthel Filho, J. C. e Rieper, J. P. “Considerações sobre frequência, diagnóstico e tratamento de câncer nos últimos 4 anos” – da Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil. – professor Arnaldo de Moraes. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 11(1): 52-62, 1941.

Sthel Filho, José de Castro. “Indicações e diretrizes no tratamento radium-terapico dos cânceres do colo do útero”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 6(2): 135-156, 1937.

Stoltz, Hildegard. “Estudos estatísticos sobre o carcinoma do colo do útero no Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro”. In: *Arquivos de Oncologia*, 7(2): 40-46, 1966.

Stoltz, Hildegard. “Treze anos de Ambulatório Preventivo de Câncer Ginecológico”. In: *Arquivos de Oncologia*, 1: 40-48, 1963.

Stoltz, Hildegard e Maldonado, Hélia. “Comportamento das zonas matrizes no decorrer dos anos”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 55(4): 177-186, 1963.

Stoltz, Hildegard. “Considerações em torno de 700 casos de carcinoma do colo do útero, internados no Instituto de Ginecologia”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 48(5): 227-287, 1959.

Stoltz, Hildegard. “Prática atual do diagnóstico precoce e tratamento do carcinoma estágio ‘0’ do colo do útero no Instituto de Ginecologia da Universidade do Brasil”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 46(2): 69-77, 1958.

Stoltz, Hildegard. “Radioterapia do colo do útero”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 41(4): 209-215, 1956.

Stoltz, Hildegard. “Aspectos colposcópicos do carcinoma grau 0”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 40(3): 213-218, 1955.

Stoltz, Hildegard. “Diagnóstico e terapêutica do ‘carcinoma de superfície’”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 35(1): 19-24, 1953.

Stoltz, Hildegard. “Radioterapia do carcinoma do colo do útero” - editorial. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 34(4): 229-231, 1952.

Stoltz, Hildegard. “Relatório periódico dos casos de câncer do colo do útero tratados na Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, de 1936 a 1948”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 28(6): 513-524, 1949.

Stoltz, Hildegard. “Em torno de 4 casos de carcinoma do colo restante do útero”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 20(1): 10-15, 1945.

Stoltz, Hildegard. “Tumores malignos do aparelho genital feminino – 277 casos tratados durante um decênio na Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina”. In: *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 20(4): 327-341, 1945b.

Teixeira, Luiz Carlos Calmon e Costa José de Souza. “Organização do registro de câncer no Estado da Bahia”. In: *Arquivos de Oncologia*, 1(10): 148-151, 1969.

Wilds, Preston. “Is colposcopy practical? – A two-year appraisal”. In: *Obstetrics and Gynecology*. Vol. 20, number 5, November, 1962.

BIBLIOGRAFIA

Anderson, George H.; et. ali. “Organisation And Results Of The Cervical Cytology Screening Programme In BritishColumbia, 1955-85”. In: *British Medical Journal* (Clinical Research Edition), Vol. 296, No. 6627 (Apr. 2, 1988), p. 975-978.

Aronowitz, Robert A. *Unnatural History. Brest Cancer and American Society*. New York: Cambridge University Press, 2007.

Aronowitz, Robert A. “Do Not Delay: Brest Cancer and Time, 1900-1970”. *Milbank Quartely*, 79 (3), 2001, p. 355-386.

Arouca, Antônio Sérgio. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médica da Universidade Estadual de Campinas, 1975.

Blume, Stuart. *Insight and Industry: on the dynamic of technological change in medicine*. Massachusetts Institute of Technology, 1992.

Boletim da Sociedade Brasileira de prevenção do Câncer Ginecológico – Órgão informativo da SBPCG. Ano 2, número 2, agosto de 1971.

Bulletin of the History of Medicine. Spring 2007, volume 81, number 1.

Bodstein, Regina Cele de Andrade (Coord.). *História e saúde pública: A política de controle do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1987.

Branzino, Joseph; Smith, Vicente and Wode, Maurice. *Medical Technology and Society: an Interdisciplinary Perspective*. Massachusetts. MIT Press, 1990.

Brown, Nik and Webster, Andrew. *New Medical Technologies and Society: reordering life*. Cambridge: Potity Press, 2004.

Bryder, Linda. *A History of the “Unfortunate Experiment” at National Women’s Hospital*. New Zealand: Auckland University Press, 2009.

Bryder, Linda. “Debates about cervical screening: an historical overview”. In: *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2008, 62: 284 – 287.

Byker, Wiebe, Hugdes, Tomas and Pinch, Trevor (eds). *The Social Construction of Technological Systems: new directions in the Sociology and History of Technology*. Cambridge Massachusetts: MIT Press, 1987.

Campanha Nacional de Combate ao Câncer. Ministério da Saúde. Divisão Nacional do Câncer, 1971.

Campanha Nacional de Combate ao Câncer. *Coordenação central dos registros de câncer*. 1968.

Como salvar um povo do câncer?. Campanha Nacional de Combate ao Câncer, 1971.

Cantor, David. *Cancer in the Twentieth Century*. Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press, 2008.

Cantor, David. Introduction: Cancer Control and Prevention in the Twentieth Century. *Bulletin of the History of Medicine*. Spring 2007, volume 81, number 1.

Cantor, David. "Cancer". In.: Bynum, W. F. e Porter, Roy (eds). *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. Routledge, 1993, p. 537-561.

Capucci, Fátima e Gonçalves, Tatiana. *Filosofia Sampaio Góes: IBCC – 35 anos*. Instituto Brasileiro de Controle do Câncer. São Paulo: Editora Activa Comunicação, 2003.

Carvalho, Alexandre Octavio Ribeiro de. *O Instituto Nacional de Câncer e sua memória: uma contribuição ao estudo da invenção da cancerologia no Brasil*. Dissertação de mestrado profissional apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História Política e Bens Culturais da Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

Carvalho, Antonio Ivo de e Buss, Paulo Marchiori. "Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção". In: Giovanella, Lígia; Escorel, Sarah; Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa; Noronha, José de Carvalho e Carvalho, Antonio Ivo de (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

Carrara, Sérgio. *Tributo a Vênus: A luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

Casper, Monica J. and Clarke, Adele E. "Making Pap smear into the 'right tool' for the job: cervical cancer screening in the USA, circa 1940-1955". *Social Studies of Science*, 28 (2), 1998, p. 255-290.

Casper, Monica J. and Clarke, Adele E. "From Simple Technology to Complex Arena: Classification of Pap Smears, 1917-90". In: *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol. 10, No. 4, December, 1996, pp. 601-623.

Castro Santos, Luiz Antonio de & Faria, Lina. O ensino de saúde pública no Brasil: os primeiros tempos no Rio de Janeiro. *Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Vol. 4 n. 2, Setembro 2006, p. 291-324.

Clow, Barbara. *Negotiating Disease. Power and Cancer Care, 1900-1950*. McGill-Queen's University Press, 2001.

Cresswell, Kathrin M., Worth, Allison and Sheikh, Aziz. "Actor-Network Theory and its role in understanding the implementation of information technology developments in healthcare". In: *BMC: Medical Informatics & Decision Making*. 2010, 10:67. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/10/67>.

Czeresnia, Dina. *Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS*. Texto elaborado para o Fórum de Saúde Suplementar. Julho de 2003.

Czeresnia, Dina. "The concept of health and the difference between prevention and promotion". In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(4): 701-709, out – dez, 1999.

DHBB - *Dicionário Histórico Biográfico Brasileiro pós 1930*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2001.

Doménech, Rosa Maria Medina. *¿ Curar el Câncer? Los orígenes de la radioterapia española em el primer tercio del siglo XX*. Granada: Monográfica, 1996.

Eraso, Yolanda. "Migrating Techniques, Multiplying Diagnoses: The Contribution of Argentina and Brazil to Cervical Cancer 'early detection' Policy". *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 1, julho 2010.

Fee, Elizabeth and Krieger, N. *Women's Health, Politics and Power: Essays on Sex / Gender, Medicine and Public Health*. Amityville, New York: Bay Wood Publishing Company, 1994.

Fernandes, Benedicto Strito. *Notas sobre a incidência e distribuição dos tumores recebidos no Instituto Anatomico Pathologico de São Paulo*. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, 1923.

Ferreira, Clarisse do Amaral. *Colpocitologia e demais citodiagnósticos em ginecologia*. Universidade do Brasil, Rio de Janeiro, 1962.

Figueirôa, Silvia Fernanda de Mendonça. Mundialização da ciência e respostas locais: sobre a institucionalização das ciências naturais no Brasil (de fins do século XVIII à transição ao século XX). *Asclepio – Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, Madrid, v.L, fasc.2, 1998, p.107-123.

_____. *As Ciências Geológicas no Brasil: uma história social e institucional, 1875-1934*. São Paulo: HUCITEC, 1997.

Fonseca, Cristina M. O. *Saúde no Governo Vargas (1930-45) Dualidade Institucional de um Bem Público*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

Fonseca, Maria Rachel Fróes. Fontes para a história das ciências da saúde no Brasil (1808-1930). In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol 9, suplemento, Rio de Janeiro, 2002.

Foucault, Michel. *Microfísica do Poder*. 15ª Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2000.

Fox, Robert. *Technological Change: Methods and Themes in History of Technology*. London: Routledge Studies in the History of Science, Technology and Medicine, 2009.

Freitas, Patrícia de. “A mulher é seu útero”. A criação da moderna medicina feminina no Brasil. In: *Antíteses*, vol. 1, n. 1, jan.- jun. de 2008, pp. 174-187. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/antiteses> (Acesso em 20 abril 2012).

Gadelha, Maria Inês. *Planejamento da assistência oncológica: um exercício de estimativas*. In: *Revista Brasileira de Cancerologia*. Rio de Janeiro, v. 48, n. 4, pp. 534-543, out/nov/dez, 2002.

Gardner, Kirsten E. *Early Detection: Women, Cancer, and Awareness Campaigns in the Twentieth-Century United States*. Chapel Hill: University of North Carolina Press, 2006.

Halioua, Bruno. “The Participation of Hans Hinselmann in Medical Experiments at Auschwitz”. In: *Journal of Lower Genital Tract Disease*. Volume 14(1), January 2010, pp 1-4.

Harlan, L.; Et. Al. “Cervical Cancer Screening: who is not screened and why?”. In: *American Journal of Public Health*, 1991, 81 (7): 885 – 890.

Herzlich, Claudine. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. In: *Physys: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento): 57-70, 2005.

Hochman, Gilberto. A ciência entre a comunidade e o mercado: leituras de Kuhn, Bourdieu, Knorr-Cetina e Latour. In: Portocarrero, Vera (org.). *Filosofia, História e Sociologia das Ciências I: abordagens contemporâneas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

Imault-Huart, Marie-Joseph. História do cancro. IN: LE GOFF, Jacques. *A doença tem história*. Lisboa: Terramar, 1991.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). *Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil*. Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: Inca, 2011.

Instituto Nacional do Câncer (INCA). *A situação do Câncer no Brasil*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: Inca, 2006.

Instituto de Ginecologia da UFRJ – Edição especial de aniversário. Rio de Janeiro (S/ Ed.), 1997.

Joan, Austoker. *A History of the Imperial Cancer Research Found, 1902 – 1986*. Oxford: Oxford University Press, 1988.

Judt, Mathias and Ciesta, Burghard. *Technology transfer out Germany after 1945*. London: Routledge Studies in the History of Science, Technology and Medicine, 2008.

Jurbeg, Cláudia; Macchiute, B. Câncer nas ondas do Rádio. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 53, p. 291-296, 2007.

Jurbeg, Cláudia; Gouveia, M.E. ; Sousa, C. . Na mira do câncer: o papel da mídia brasileira. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 52, p. 139-146, 2006.

Koch. “In the Image of Science? Negoting the development of diagnostic ultrasound in the culture of surgery and radiology”. In: *Technology and Culture*, 1993, 34(4), 858 – 893.

Koos, L. “The Papanicolaou Test for Cervical Cancer Detection: a Triumph and a Tragedy”. In: *Jama*, 1989, 261 (5): 737 – 743.

Kowalski, I.S.G.; Sousa, C.P. de. Câncer: uma doença com representações historicamente construídas. *Acta Oncológica Brasileira*, São Paulo, v. 22, n. 4, out/dez, 2002.

Kroeff, Mario. *Resenha da luta contra o câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Documentário do Serviço Nacional do Câncer, 1947.

Kutcher, Gerald. *Contested Medicine – Cancer research and the military*. Chicago & London: The University of Chicago Press, 2009.

Lana, Vanessa. “Da eletrocirurgia a uma proposta de atenção integralizada: Mário Kroeff e a luta contra o câncer no Brasil na primeira metade do século XX”. In: Nascimento, Dilene Raimundo e Carvalho, Diana Maul de (orgs). *Uma História Brasileira das Doenças*. Volume 3. Belo Horizonte: Argvmentvm, 2010a.

Lana, Vanessa e Andrade, Rômulo. "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, julho 2010b.

Lana, Vanessa. *Uma associação científica no “interior das Gerais”: a Sociedade de Medicina e Cirurgia de Juiz de Fora (SMCJF) - 1889-1908*. Dissertação de Mestrado. Casa de Oswaldo Cruz / FIOCRUZ, 2006.

Laqueur, Thomas. *Corpos, detalhes e narrativa humanitária*. In: Hunt, Lynn. *A Nova História Cultural*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

Latour, Bruno. *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory*. Claredon Lectures in Management Studies, 2007.

Latour, Bruno. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

Latour, Bruno. *A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

Lecourt, Dominique. *Dictionnaire de la pensée médicale*. Paris: Quadrige / PUF, 2004.

Lerner, Barron H. *The Breast Cancer Wars: Fear, Hope and the Pursuit of a Cure in Twentieth Century America*. Oxford: Oxford University Press, 2001.

Löwy, Ilana. *A Woman's Disease: the history of cervical cancer*. Oxford: Oxford University Press, 2011

Löwy, Ilana. *Preventive Strikes: Women, Precancer, and Prophylactic Surgery*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2010a.

Löwy, Ilana. “Cancer, women and public health: the history of screening for cervical cancer”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 17, supl. 1, julho 2010b.

Löwy, Ilana. “Breast Cancer and the ‘Materiality of Risk’: The Rise of Morphological Prediction”. *Bulletin of the History of Medicine*. Spring 2007, volume 81, number 1.

Machado, Bárbara de Araújo e Neto, André de Faria Pereira. “O pioneirismo brasileiro na medicina brasileira: Clarisse Ferreira e as estratégias para se impor”. In: *CESUMAR*. 10 (2), Jul. Dez., 2008, p, 129 – 133.

Marques, Rita de Cássia. *A imagem social do médico de senhoras no século XX*. Belo Horizonte: Coopmed, 2005.

Martins, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

Merhy, Emerson e Queiroz, Marcos. “Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro”. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 9 (2): 177-184, abr/jun, 1993.

Miller, Antony. “The Public Health Basis on Cancer Screening: principles and Ethical Aspects”. In: Miller, Antony (ed). *Advances in Cancer Screening*. New York: Kluwer Academic Publishers, 1996.

Miller, Anthony; ET. AL. (Eds). *Cancer Screening*. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.

Ministério da Saúde – Instituto Nacional do Câncer – Relatório Anual – 2006.

Ministério da Saúde – Instituto Nacional do Câncer – Relatório Anual – 2005.

Mirra, Antonio Pedro (ed). *Registros de Câncer no Brasil e sua história*. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia, 2005.

Monteiro, Norma de Góis (coord.). *Dicionário Bibliográfico de Minas Gerais. Período Republicano 1889/1991*. Belo Horizonte, Assembleia Legislativa de Minas Gerais, 1994.

Moraes, Arnaldo de. “Prefácio da monografia sobre ‘colpocitologia’”. In: Ferreira, Clarisse do Amaral. *Colpocitologia e demais citodiagnósticos em ginecologia*. Universidade do Brasil, Rio de Janeiro, 1962.

Moscucci, Ornela. “The ‘Ineffable Freemasonry of Sex’: Feminist Surgeons and the Establishment of Radiotherapy in Early Twentieth-Century Britain”. *Bulletin of the History of Medicine*. Spring 2007, volume 81, number 1.

Moscucci, Ornela. “Gender and câncer in Britain, 1860-1910”. *American Journal of Public Health*, 95, 2005, p. 1312-1321.

Moscucci, Ornella. *The Science of Woman: Gynecology and Gender in England 180 – 1829*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

Moss, Ralph. *The Cancer Industry: Unraveling the Politics*. New York: Paragon House, 1989.

Mota, André. Resenha – “História da Saúde na Bahia: Instituições e Patrimônio Arquitetônico (1808 – 1958)”. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2012; 28(5): 1005 – 1009.

Mott, Maria Lúcia. “As parteiras e a assistência ao parto em São Paulo nas primeiras décadas do século XX”. In: *Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro*. 163(415): 67-84, abr. / jun. 2002.

Nauad, Paulo (et.al). “História da colposcopia: do invento de Hinselmann aos ensaios clínicos atuais”. In: *Femina*. Vol 34, n. 9, 2006.

Neves, Luiz de Oliveira. Relatório do Diretor do Hospital Aristides Maltez, referente ao período de 1954 a 1957. Apresentado em sessão do Conselho Técnico da Liga Baiana Contra o Câncer em 10 de setembro de 1957.

Newson – Davis, J. and Weatherall, D. J. (eds). *Health Policy and Technological Innovation*. London: Chapman and Hall, 1994.

Nunes, Everardo Duarte. Análise de alguns modelos utilizados no ensino das ciências sociais nas escolas médicas. In: *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, 12: 506-515, 1978.

Otto, Shirley. *Oncologia*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002. (Coleção Enfermagem Prática).

Pickstone, John V. “Contested Cumulations: Configurations of Cancer Treatments through the Twentieth Century”. *Bulletin of the History of Medicine*. Spring 2007, volume 81, number 1.

Pickstone, John (ed). *Medical Innovations in Historical Perspective*. New York: St Martin’s Press, 1992.

Pinell, Patrice. *The fight against cancer: France 1890 – 1940*. London: Routledge Studies in the History of Science, Technology and Medicine, 2007.

Pinell, Patrice. “Cancer”. In: Cooter and Pickstone, John (eds). *Medicine in the Twentieth Century*. Amsterdam: Harwood Academic, 2000.

Pinel, Patrice. *Naissance d’un fléau: l’histoire de La lutte contre o cancer em France (1890-1940)*. Paris: Métailié, 1992.

Pinotti, José Aristodemo e Zeferino, Luiz Carlos. *Programa de Controle do Câncer Cérvico Uterino*. Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1987.

Posner, Tina. “What’s in a Smear? Cervical Cancer Screening, Medical Signs, and Metaphors”. In: *Science as Culture*, 1991, 2 (1): 167 – 187.

Powell, John L. “Biographic Sketch: Powell’s Pearls: Hans Hinselmann, MD (1884 – 1959)”. In: *Obstetrical and Gynecological Survey*. Volume 59, number 10, 2004.

Rago, Elisabeth Juliska. “Medicina e feminismo no início do século XX: Francisca Prager Fróes (Bahia: 1872-1931). In: *Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro*. 163(415): 53-66, abr. / jun. 2002.

Proctor, Robert. *Cancer Wars. How Politics Shapes what we Know and don’t know about cancer*. New York: Basic Books, 1995.

Rombout, Raoul. “Colposcopy for evaluation of cervical abnormalities”. In: : *Obstetrics and Gynecology*. Vol. 27, number 3, April, 1966.

Ronald, Jones and Fitzgerald, Norman. “The development of cervical cytology and colposcopy in New Zealand: 50 years since the first cytology screening laboratory at National Women’s Hospital. *NZMJ*, vol. 177, 2004, p. 1179 – 88.

Rosenberg, Charles. “The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience”. In: *The Milbank Quarterly*. Vol. 80, number 2, 2002.

Rosenberg, Charles. “Introduction: “Framing disease: Illness, society and history”, in Charles Rosenberg e Janet Golden (editors), *Framing Disease - Studies in Cultural History*. New Brunswick, Rutgers University Press, 1997.

Sá, Magali Romero (et. al.). “Medicina, ciência e poder: as relações entre França, Alemanha e Brasil no período de 1919 a 1942”. In: *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. v.16, n.1, p.247-261, jan.-mar. 2009.

Sá, Magali Romero; Silva, André Felipe C. “Por entre as páginas do imperialismo germânico na América Latina: a Revista Médica de Hamburgo e a Revista Médica Germano- Ibero-Americana (1920-1933)”. In: Simpósio Nacional de História, 24, 2007, São Leopoldo. *História e multidisciplinaridade: territórios e deslocamentos*. v.1. São Leopoldo: Oikos. p.565. 2007.

Sabbi, Ricardo. *Câncer: conheça o inimigo*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

Said, Jane Dutra. *Mediar, Mediar, Remediar – aspectos da terapêutica na medicina ocidental*. Rio de Janeiro: Ed UERJ, 1998.

Salzer, Richard B. “Colposcopy: an aid in the detection of early cancer and precancerous conditions of the cervix”. In: *Obstetrics and Gynecology*. Vol. 13, number 4, April, 1959.

Sampaio, Consuelo Novais. *70 Anos de lutas e conquistas: Liga Bahiana Contra o Câncer*. Salvador: LBCC, 2006.

Schall, Virginia e Struchiner, Miriam. Educação em Saúde: novas perspectivas. In: *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. Supll II, 1999.

Silveira, Anny Jackeline Torres e Nascimento, Dilene Raimundo. A doença revelando a história. Uma historiografia das doenças. In: Nascimento, Dilene Raimundo e Carvalho, Diana Maul (orgs). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004.

Simões, Paschoal Martini. “Breve História do Instituto de Ginecologia”. In: *Instituto de Ginecologia da UFRJ – Edição especial de aniversário*. Rio de Janeiro (S/ Ed.), 1997.

Singleton, Vicky and Michael, Mike. “Actor-Networks and Ambivalence: General Practitioners in the UK Cervical Screening”. In: *Social Studies of Science*, Vol. 23, No. 2 (May, 1993), pp. 227-264

Soares, Maurício Caetano Matias. *Um grito pela vida: uma reflexão sobre as políticas sociais de saúde e a atenção oncológica no Brasil*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2007.

Soderquist, Tomas. *The historiography of Contemporary Science and Technology*. London: Routledge Studies in the History of Science, Technology and Medicine.

Stanton, Jennifer (ed). *Innovations in Health and Medicine: diffusion and resistance in the Twentieth Century*. London: Routledge, 2002.

Stuart S. Blume. *Insight and Industry: on the dynamic of technological change in medicine*. Massachusetts Institute of Technology, 1992.

Teixeira, Luiz Antônio; Porto, Marco Antônio e Noronha, Claudio Pompeiano. *O câncer no Brasil: passado e presente*. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2012.

Teixeira, Luiz Antonio; Porto, Marco Antonio Teixeira e Souza, Letícia Pumar Alves. “A expansão do rastreamento do câncer do colo do útero e a formação de citotécnicos no Brasil”. In: *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 22 [2]: 713-731, 2012a.

Teixeira, Luiz Antônio and Lowy, Ilana. “Imperfect Tools for a Difficult job: Colposcopy, Colpocytology and Screening for Cervical Cancer in Brazil”. In: *Social Studies of Science*, published online 13 June 2011.

Teixeira, Luiz Antônio. “O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 1, julho 2010.

Teixeira, Luiz Antonio. "O câncer na mira da medicina brasileira". *Revista Brasileira de História da Ciência*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 104-117, jan | jun 2009.

Teixeira, Luiz Antonio e Fonseca, Cristina. *De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2007.

Timmermann, Carsten and Anderson, Julie (eds). *Devices and designs: medical technologies in historical perspective*. Palgrave Macmillan, 2006.

Timmermans, S. and Berg, M. “Standardization in Action: Achieving local universality through medical protocols”. In: *Social Studies of Science*, 27(1997), pp. 273 – 305.

Vayena, Eftychia. *Cancer detectors: an international history of the Pap test and cervical cancer screening, 1928 – 1970*. Thesis, Faculty of the Graduate School of the University of Minnesota, nov. 1999.