

ORGANIZAÇÃO

Dilene Raimundo do Nascimento
Diana Maul de Carvalho

Uma história brasileira das doenças

Volume 3

Aline Lopes de Lacerda, Allister Teixeira Dias, Cláudia Freitas de Oliveira, Diana Maul de Carvalho, Dilene Raimundo do Nascimento, Éder Mendes de Paula, Eduardo Severiano Ponce Maranhão, Fernando Sergio Dumas dos Santos, Heitor Pinto de Moura Filho, Huener Silva Gonçalves, Keith Valéria de Oliveira Barbosa, Luiz Fernando Rangel Tura, Maria Carlota Rosa, Pedro Felipe Neves de Muñoz, Roberto Kennedy Gomes Franco, Rosangela Gaze, Simone Kropf, Tatiana da Silva Bulhões, Tiago Jacques, Vanessa Lana, Vicente Saul Moreira dos Santos

ARGUMENTVM

Belo Horizonte
2010

Todos os direitos reservados à
ARGUMENTVM Editora Ltda.

© Autores

Este livro ou parte dele não pode ser reproduzido
por qualquer meio sem a autorização da editora.

As ideias contidas neste livro são de responsabilidade de seu autor
e não expressam necessariamente a posição da editora.

CIP-BRASIL CATALOGAÇÃO-NA-FONTE | SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVRO, RJ

H58

v.3

Uma história brasileira das doenças, volume 3 / organização Dilene Raimundo do Nascimento, Diana Maul de Carvalho ; Aline Lopes de Lacerda,... [et al.]. – Belo Horizonte, MG : Argvmentvm, 2010.

364p. : il. ; (História ; 16)

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-8054-001-7

1. Doenças – Brasil – História. 2. Epidemiologia – Brasil. 3. Saúde pública – Brasil.
I. Nascimento, Dilene Raimundo do, 1947-. II. Carvalho, Diana Maul de.

10-5807.

CDD: 614.4281

CDU: 614(81)(09)

10.11.10

24.11.10

022812

CONSELHO EDITORIAL COLEÇÃO HISTÓRIA

Alexandre Mansur Barata | UFJF

Andréa Lisly Gonçalves | UFOP

Gabriela Pellegrino | USP

Iris Kantor | USP

Marcelo Badaró Mattos | UFF

Paulo Miceli | UNICAMP

Rosângela Patriota Ramos | UFU

ARGUMENTVM

Editora Ltda.

Rua dos Caetés, 530 sala 1113 – Centro

Belo Horizonte. MG. Brasil

Telefax: (31) 3212 9444

www.argvmentvmeditora.com.br

Da eletrocirurgia a uma proposta de atenção integralizada: Mário Kroeff e a luta contra o câncer no Brasil na primeira metade do século XX

Vanessa Lana

O objetivo deste texto é discutir uma ampliação na perspectiva das práticas terapêuticas relacionadas ao câncer no Brasil na primeira metade do século XX. Inicialmente, uma ação localizada, que não levava em consideração a qualidade de vida do paciente, partindo da premissa de extirpação do tumor, amparada na ideia de localidade da doença e de que, quanto mais áreas ao redor da lesão fossem extirpadas, menor seria a possibilidade de uma reincidência da enfermidade naquele organismo. Posteriormente, uma ampliação da noção de cuidados, com atenção paliativa e aumento no leque de possibilidades terapêuticas, atentando, inclusive, à sobrevivência e à qualidade de vida do paciente durante e após o tratamento.

Tal discussão será construída a partir da trajetória profissional e das ações e políticas do médico cirurgião Mário Kroeff. Kroeff tornou-se um símbolo da cancerologia no Brasil, permanecendo na memória deste grupo como principal artífice na transformação do câncer em problema de saúde pública e também na implementação de ações médicas e organização de espaços institucionais para controle da doença (Teixeira e Fonseca, 2007). Em 1946, editou um livro intitulado: *Resenha da luta contra o câncer no Brasil*, que se tornará a principal referência nos estudos posteriores sobre a história da doença no país e das tentativas de controle da mesma. Assim, grande parte da literatura sobre o tema baseou-se nos registros e escritos deixados por Kroeff, o que levou a análises das políticas de saúde muito centradas na visão do cirurgião e de seus feitos e iniciativas no ramo da cancerologia.

No presente texto, optamos por analisar as ações e proposições do médico no campo da cancerologia brasileira. Reconhecemos a existência de outros espaços e atores de peso que estiveram envolvidos na luta contra

o câncer no país no mesmo período. Como exemplos, temos o caso paulista com Antonio Prudente de Moraes e a Associação Paulista de Combate ao Câncer; e o gaúcho Saint-Pastous e a Sociedade Médica de Combate ao Câncer no Rio Grande do Sul. Assim, para este trabalho, nossa análise atentarà para as ações e discussões em torno da terapêutica no âmbito do então Distrito Federal, a cidade do Rio de Janeiro, espaço de atuação profissional de Kroeff.

Nossa intenção, portanto, é discutir uma ampliação na perspectiva das práticas terapêuticas a partir do discurso de Mário Kroeff e o grupo a ele ligado, em relação a um problema específico: a questão do controle do câncer no Brasil. Para tal, pensar a passagem de uma defesa irrestrita da eletrocirurgia na década de 1920 para uma atenção mais ampla à doença a partir dos anos 1940, principalmente após a fundação e regulamentação do Serviço Nacional do Câncer.

Nosso argumento principal é que tal alargamento na perspectiva de controle e ação fez parte das estratégias do médico para firmar sua autoridade científica e profissional, bem como se manter no rol de personalidades em torno da luta contra a doença. Numa luta pelo reconhecimento de seu capital social, o médico buscou tanto o reconhecimento profissional quanto a aceitação de predomínio entre seus pares. Fazemos, assim, uso da ideia de campo científico, desenvolvida por Pierre Bourdieu, entendendo aquele como um locus de luta concorrencial pela busca do monopólio da autoridade científica, pensada como a junção entre capacidade técnica e poder social (Ortiz, 1983). Na busca pelo monopólio da competência científica, o médico objetivou ver sua produção reconhecida pelo campo, destacando-a como importante e fundamental para o desenvolvimento das ações de controle do câncer no Brasil. No mesmo sentido, ao ampliar suas proposições para além da defesa irrestrita da eletrocirurgia, buscou angariar aceitação e prestígio entre os pares, e firmar sua atividade profissional no campo da cancerologia, num momento em que a especialidade médica, sob influência dos Estados Unidos, havia se modificado, com destaque a utilização do *radium* e de modelos de ação pautados nesta prática.

Acreditamos, portanto, que a trajetória profissional de Kroeff nos permite visualizar as problematizações em torno da questão do câncer no Brasil na primeira metade do século XX, assim como pensar nas diversas ações e proposições que envolveram a construção de uma política nacional sólida e complexa de controle da doença. Posto isso, primeiramente teremos breves considerações acerca da trajetória profissional do médico. Logo após, faremos uma imersão nas diretrizes que regiam a técnica da eletrocirurgia para tratamento do câncer. Neste ponto, discutiremos a aproximação e

apropriação da técnica por Kroeff, analisando, neste percurso, os meandros institucionais que permearam a aplicação da prática e as políticas de controle do câncer no país. Por fim, buscaremos perceber como se desenrola uma certa dilatação de perspectiva em relação aos cuidados para com a doença, com uma ideia de prevenção atrelada ao controle e assistencialismo. Buscaremos, neste sentido, perceber como os discursos institucionais confluem neste caminho e quais os interesses envolvidos neste processo.

O presente texto é produto das reflexões desenvolvidas no curso de doutorado na Casa de Oswaldo Cruz, sob orientação do professor Luiz Antonio Teixeira, e no projeto "História, Ciência, Educação e Saúde: as campanhas de prevenção do câncer no contexto do desenvolvimento da cancerologia no Brasil", em desenvolvimento. Utilizamos como fontes principais para o escopo deste trabalho o livro de Kroeff, *Resenha da Luta Contra o Câncer no Brasil*, a obra editada por Teixeira e Fonseca *De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil*, além de outras publicações de Kroeff e documentos institucionais.

Doença... a amplitude de um conceito

Acreditamos que as mudanças ocorridas em relação às proposições para o controle do câncer no Brasil fizeram parte do processo de construção da doença como objeto da nossa medicina, e também da formação da cancerologia como um campo de atuação profissional no país. Dessa forma, ao nos propormos a trabalhar com uma doença específica, nesse caso o câncer, e as ações de controle endereçadas à mesma, faz-se necessário discutir o que entendemos por doença e da constituição desta num determinado tempo/espaço. Tal discussão terá como pano de fundo a ideia de "construção social da doença" e sua estruturação no meio social, embasadas nas reflexões de Charles Rosenberg (1997). Isto, tanto no que se refere aos conhecimentos e delimitação da categoria doença quanto na formação de uma comunidade profissional específica.

Compartilhamos a ideia, discutida por Rosenberg, da doença não como algo dado e determinado *a priori*, mas sim como um fenômeno social. Enquanto evento socialmente construído, esta carrega consigo significados reveladores de uma determinada sociedade (Rosenberg, 1997). A doença, neste sentido, revela portar 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. Tal “integração” traz a questão da enfermidade à agenda de debates, tornando-a alvo de ações mais articuladas e programadas (Silveira e Nascimento, 2004).

A existência de uma doença provém de um acordo socialmente dado entre grupos sociais: médicos, cientistas, pacientes, famílias. Reconhecemos uma doença 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 “construindo”. Em outras palavras, o fenômeno doença é delineado socialmente, como entidade específica, que se constitui e manifesta mediante características particulares quando há acordo sobre ela. A construção social de uma doença reflete e incorpora valores e atitudes inseridos em um contexto cultural. Neste sentido, é necessária 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, no caso específico do Brasil, remetem a uma necessidade social de criação e formulação de uma explicação sobre a enfermidade em si. A doença demanda um sentido que, na maioria das vezes, gira ao redor da comunidade médica com a construção do sentido para si a 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, a identificação em seus múltiplos sentidos (propagação, diagnóstico, profilaxia e prevenção) e as respostas médicas e sociais que são atribuídas a esses fenômenos.

Como resposta à doença, o tratamento é uma peça chave na própria relação médico-paciente e mesmo entre os pares, no ambiente acadêmico. As técnicas terapêuticas utilizadas implicam em aceitabilidade e visibilidade sociais tanto ao profissional no singular quanto ao grupo dedicado à enfermidade. A ação frente à doença ou a terapêutica da qual se lança mão para combatê-la contribuem, no mesmo sentido, para a resposta à categoria e incorporam interesses e posições profissionais neste debate.

Mas antes de refletirmos acerca das questões terapêuticas e de assistência relacionadas ao câncer no Brasil, teceremos breves considerações acerca de nosso protagonista: o cirurgião Mário Kroeff.

Um pouco de Mário Kroeff

Mário Kroeff nasceu em 13 de outubro de 1891, na pequena cidade de São Francisco de Paula de Cima da Serra, no Rio Grande do Sul. Após terminar o ensino médio, matriculou-se no curso de medicina em Porto Alegre, em 1910. Dois anos mais tarde, transferiu-se para a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, onde se formou em 1915. Depois de formado, o médico clinico no estado de Santa Catarina por alguns meses e trabalhou na Assistência Municipal em Porto Alegre, Rio Grande do Sul (Teixeira e Fonseca, 2007).

Em 1917, Kroeff voltou ao Rio de Janeiro com o objetivo de se alistar no Corpo de Saúde da Armada. Aquele momento estava marcado pelas questões e nacionalismos que envolviam a Primeira Guerra Mundial. O Brasil se preparava para entrar no conflito ao lado dos países aliados, em decorrência direta do bombardeio de navios por tropas submarinas alemãs. Na Europa, as tropas brasileiras participariam principalmente de missões de apoio médico e fornecimento de matérias-primas aos combatentes. Em um de seus batalhões estava o 1º tenente médico Mário Kroeff, encarregado, inicialmente, da missão de manter um hospital de campanha na França. Posteriormente, Kroeff seria deslocado para Tours, onde trabalhou no serviço de cirurgia, atendendo a prisioneiros alemães, e para Paris, onde chefou uma enfermaria no “Hôpital Brésilien” (Teixeira e Fonseca, 2007).

Com o fim da guerra, Mário Kroeff retorna ao Rio de Janeiro, e é admitido por concurso para o cargo de subinspetor sanitário, sendo logo designado diretor do Dispensário Central de Doenças Venéreas. Seu interesse pelo tema o fez retornar a Europa em 1924, numa comissão governamental para estudar a Organização da Luta contra a Sífilis e as Doenças Venéreas. Foi nesta viagem que Kroeff voltou seu interesse para o tratamento cirúrgico do câncer, em particular para as cirurgias feitas com uma nova tecnologia que utilizava a eletricidade para aquecer o bisturi e cauterizar os tumores e tecidos afetados. Depois de publicar diversos trabalhos sobre o tema, Kroeff fez concurso para Livre Docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, com uma tese intitulada “Diatermo Coagulação no Tratamento do Câncer”. Aprovado, passou a trabalhar com o tema na Clínica Cirúrgica.

Em decorrência de sua atuação em prol da criação de um espaço específico para tratamento da doença e, concomitantemente, da liderança frente a importantes locus institucionais como o Centro de Cancerologia e o Serviço Nacional do Câncer, Mário Kroeff relacionou seu nome ao controle do câncer no Brasil no século XX. Como os espaços citados serão

rediscutidos posteriormente, por hora, enfatizaremos a técnica divulgada e defendida pelo médico no Brasil e que se transformou em sua principal característica profissional: a eletrocirurgia.

Bisturi elétrica, diatermia, diatermocoagulação, eletrocirurgia... a eletrocirurgia

Em meados da década de 1920, surgia no Brasil uma nova técnica cirúrgica para aplicação em casos de cânceres, trazida da Alemanha por Mário Kroeff. O novo procedimento, tal qual havia ocorrido com a radiologia, catalisaria expectativas de controle e cura para a doença. A eletrocirurgia ou diatermia consistia no uso de um bisturi que transmitia intenso calor aos tecidos por meio de energia elétrica de alta frequência. Ela possibilitava incisões mais amplas com menor sangramento, por coagular os tecidos próximos à ação do bisturi. A técnica seria utilizada por diversos cirurgiões, inicialmente em retiradas de pequenos melanomas cutâneos e em cirurgias de cânceres da boca, e logo passou a ser empregada nas mais variadas cirurgias de câncer (Teixeira e Fonseca, 2007).

Kroeff teve seu primeiro contato com a técnica durante uma viagem à Europa, a serviço da Inspeção de Leprosos, Doenças Venéreas e Câncer, órgão do Departamento Nacional de Saúde Pública. Nesta viagem, o médico conheceu o procedimento, utilizado por profissionais alemães, para pacientes com câncer e doenças dermatológicas. No retorno ao Brasil, além dos conhecimentos sobre a técnica, trouxe a aparelhagem necessária para utilização desta no país (Teixeira e Fonseca, 2007).

Em 1927, a Academia Nacional de Medicina abrigou um intenso debate sobre a utilização da nova forma de cirurgia que vinha despertando o interesse de diversos médicos. No ano seguinte, o cirurgião Franz Keyser, responsável pelo aperfeiçoamento da técnica da eletrocirurgia, veio ao Rio de Janeiro, assim como percorreu diversos países da América Latina, para divulgar e vender seu equipamento, obtendo grande sucesso em seu empreendimento (Carvalho, 2006).

Mário Kroeff testou a utilização do novo procedimento na enfermaria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. A partir de seus estudos e aperfeiçoamento na utilização da diatermia, Kroeff elaborou a tese, acima referida, intitulada "Diatermia Coagulação no Tratamento do Câncer", com a qual obteve livre docência para ingresso na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro em 1929. A tese consistia num

relatório experimental de 36 casos com os quais foram utilizadas aplicações de diatermocoagulação, na enfermaria da Santa Casa, demonstrando os efeitos positivos de tais aplicações (Kroeff, 2007).

Abaixo, transcrevemos uma definição e explicação de Kroeff para a tecnologia e a experiência do médico com a mesma:

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

Na sua ação destrutiva, ela influi também até certa distância, além do ponto de contato do eletrodo, por propagação do calor, cujo efeito cresce em proporção com a intensidade de duração da corrente. (...) Assim, além da destruição propriamente coagulante local dos tecidos no ponto de contato do eletrodo a diatermia possui um efeito anticanceroso até certo limite, contra as células malignas que se acharem a pequena vizinhança de zona coagulada. (Kroeff, 1936)

A expectativa com a nova técnica tinha como foco a possibilidade concreta de um aumento nos limites de operabilidade dos tumores cancerosos e também em um maior nível de segurança nas intervenções por meio de diminuição nos sangramentos e no risco de infecções pós-operatórias. Kroeff ainda defendia a proeminência da técnica frente a outras alternativas terapêuticas, afirmando ser um método preciso e de resultados garantidos. Além disso, a eletrocirurgia permitiria uma ampliação da intervenção anticâncer para regiões distantes dos grandes centros, conforme verificaremos mais adiante nos discursos de Kroeff.

Na década de 1930, além da defesa da nova técnica pelo médico, outras questões atuaram no aumento do interesse pela eletrocirurgia aplicada ao tratamento do câncer. Isto em virtude da conjugação de três fatores: aproximação entre Brasil e Alemanha nos anos precedentes à Segunda Guerra Mundial, o empossamento de Getúlio Vargas no poder e as relações de Kroeff com o novo governo, que ampliaram a capacidade de ação do médico.

Tal interesse, assim como um aumento da visibilidade da doença nas órbitas de ações em saúde pública, pode ser verificado na ocorrência do Primeiro Congresso Brasileiro de Cancerologia. O evento, ocorrido em

pela eficácia da ferramenta quanto à vantagem em oferecer aos médicos de cidades do interior uma forma simples de combater a doença. A última premissa estava pautada na ideia de que a técnica, sendo de fácil utilização, sem sangramentos e pela própria esterilização propiciada pelo eletrodo, dispensava alguns cuidados cirúrgicos que, se não observados, poderiam levar ao óbito do paciente. Pensando na dimensão territorial brasileira e nas diversas dificuldades da saúde pública do período, Kroeff ressaltava que os maiores recursos estavam localizados nos grandes centros, mas a maioria da população não tinha acesso a esses espaços, recorrendo ao disponível em sua localidade. E, devido à escassez e precariedade de recursos verificadas nas regiões interiores, tais pacientes muitas vezes ficavam à deriva de um atendimento correto e, no caso do câncer, comprometendo o diagnóstico precoce do tumor e sua extirpação por formas mais brandas e rápidas.

Obviamente, não seria possível equipar todas as pequenas localidades com aparelhagem para diagnóstico e tratamento do câncer. Estas deveriam ser planejadas para estarem em conexão com centros de maior envergadura. Neste sentido, o defendido por Kroeff era o valor do bisturi elétrico e intervenções ambulatoriais emergenciais, de pequena amplitude e complexidade. Isto, em diálogo com os centros, que ficariam incumbidos com a elaboração de biópsias e tratamentos de maior complexidade. A difusão da eletrocirurgia, portanto, canalizaria esforços em prol da formação de uma política articulada de combate à doença, englobando múltiplos espaços geográficos e possibilitando a rapidez no atendimento dos cânceres iniciais e de cura fácil (Kroeff, 1935).

Nas grandes cidades, seria de crucial importância a construção de centros anticancerosos bem aparelhados que pudessem servir ao atendimento local, assim como na assistência aos pacientes enviados de outras localidades. Em tais centros, além de uma equipe de profissionais qualificados e especializados, fazia-se necessária a completa aparelhagem e disposição de todos os recursos disponíveis para tratamento, a diatermia, os raios X e radioterapia, todos atuando em uma ação conjunta (Kroeff, 1935).

No rol de discussões apresentadas naquele momento, já se percebe uma ampliação das preocupações para com os cuidados em relação ao câncer. Quando iniciou sua atividade profissional, Kroeff defendia enfaticamente uma larga utilização da eletrocirurgia como a ferramenta mais adequada e eficaz para tratamento do câncer e para a condução de ações em saúde para combater a doença. Mas, na década de 1930, já se percebe um discurso de ampliação e complexificação do pensamento acerca da política anticâncer a ser configurada no Brasil, com a formação de um centro de diagnóstico e tratamento, que lançasse mão de recursos médicos disponíveis e utilizados em outros espaços como Belo Horizonte, São Paulo e em outros países. Dentro desta perspectiva,

1935 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. Além disso, reuniu, ainda, médicos de diversos estados brasileiros.

O Congresso colocaria a enfermidade em evidência no meio médico, entre as autoridades e na imprensa. Na sessão de abertura, Kroeff dissertou acerca da eletrocirurgia, defendendo a eficácia da técnica no tratamento dos diversos tipos de cânceres e postulando que esta poderia ser a base para formação de uma estrutura completa das ações contra a doença. Durante a apresentação deixava clara sua posição de que a eletrocirurgia seria um método superior a qualquer outro processo de cura do câncer, numa proposta de utilização desta como principal ferramenta contra a enfermidade (Kroeff, 2007). Segundo o médico, nos casos de cânceres mais simples, a técnica bastaria por si só, consistindo em um método “eficaz, prático, rápido e econômico” (Kroeff, 2007: 37). E, em contrapartida, nos casos de maior complexidade e mais avançados clinicamente, ela possibilitaria uma ampliação nos limites de operabilidade da doença. A eletrocoagulação, por sua vez, não excluiria de pronto outras ferramentas profiláticas, podendo atuar em conjunto à co-laboração do *radium*, os raios X e até mesmo o bisturi sangrento, elevando, assim, as estatísticas de cura. Kroeff acreditava ainda que a ampliação da utilização da eletrocirurgia nas ações em saúde pública poderia definir uma atuação frente a doença particularizada em relação ao praticado em outros países, como na França, em que o tratamento pela radiologia tinham a função chave no tratamento anticanceroso (Teixeira e Fonseca, 2007).

Kroeff, no entanto, destacava em sua fala alguns limites para a correta aplicação da técnica no então Distrito Federal. Primeiramente, faltavam espaços adequados para o atendimento aos pacientes. Muitos casos de lesões incipientes poderiam ser curados simplesmente com a ponta do eletrodo. Todavia, estas mesmas lesões transformavam-se em incuráveis em decorrência da demora em conseguir tratamento especializado para o tumor. E, nestes casos, a eletrocirurgia por si, em muitos momentos, não garantia a cura e sobrevida do paciente. Outro fator importante era a correta utilização e aplicação do eletrodo por profissionais capacitados. O sucesso na cirurgia deveria ser atribuído não ao bisturi ou à eletricidade propriamente, mas sim, e principalmente, à forma de condução das operações. Os bons resultados almejados seriam diretamente proporcionais à boa e correta aplicação da técnica (Kroeff, 2007).

O médico defendia, ainda, o importante papel a ser desempenhado pela eletrocirurgia numa campanha anticancerosa. Tal importância se dava tanto

uma das bandeiras levantadas era a criação de uma instituição que reunisse todos os últimos recursos disponíveis de controle do câncer e engendrasse ações e políticas de combate à doença que abarcassem diversos aspectos de atenção ao paciente.

Tal ideia, defendida por Mário Kroeff, pautava-se na implantação de um espaço de ação contra o câncer no Rio de Janeiro, o que, após intensas negociações com o poder público, veio a se concretizar com a criação do Centro de Cancerologia em 1937. O então presidente da República, Getúlio Vargas, indicou Mário Kroeff para a direção do Centro, que iniciou suas atividades em maio de 1938 (Teixeira e Fonseca, 2007). No discurso inaugural, Mário Kroeff foi enfático ao afirmar que a nova instituição não seria um depósito de incuráveis, mas, sim, um ambiente de cura que atuaria em consonância com os atuais avanços da área médica, imbuído na ideia da possibilidade real de cura do câncer, desde que realizado o diagnóstico precocemente (Kroeff, 2007).

A defesa da criação de um Centro que tivesse como base a utilização da radioterapia como terapêutica e do recurso à propagação como ferramentas de combate ao câncer alinhava a proposta de Kroeff aos ditames da saúde pública do período. Era um momento de maior centralização política oriunda dos preceitos trazidos pelo governo getulista, com uma proposta de formação de políticas públicas em saúde como um instrumento institucional de resposta a anseios nacionalistas e de construção da nacionalidade e do Estado brasileiro centralizado em termos de poderio político (Fonseca, 2007). A temática central era a constituição de um sistema de saúde abrangente, que viabilizasse um projeto de construção e implementação de uma política de saúde de cunho nacional. E para tal, com relação ao câncer, era mister lançar mão dos principais recursos em termos de terapêutica, dentro de um propósito de atenção ao paciente e de ampliação dos cuidados em saúde. Com a criação do Centro de Cancerologia, Kroeff também buscava firmar sua autoridade científica e reconhecimento profissional. As negociações que efetuava com a elite política de então lhe garantiam a construção de espaços profissionais específicos e no aparato de saúde pública para implementação de políticas anticancerígenas no país.

A organização do Centro de Cancerologia, por sua vez, era modesta, sem maiores complexidades, contando com uma seção técnica hospitalar, que abarcava a cirurgia e a radioterapia, e uma seção administrativa. A atenção estava voltada para os aspectos de tratamento imediato da doença, com função curativa. Além dos espaços de tratamento e profilaxia, havia ainda a proposta de estudos epidemiológicos sobre o câncer e sua difusão no território brasileiro, por mais que a atuação do Centro ficasse muito restrita ao Distrito Federal. Eram citados também a propagação e o ensino, mas sem um esboço nem

um plano de ação mais bem articulado e passível de aplicabilidade imediata (Kroeff, 2007). Apesar das propostas, os cuidados estariam muito centrados na utilização da eletrocirurgia como ferramenta chave para combate à doença, em consonância com outras ferramentas como *radium* e raios X.

Dentre as preocupações esboçadas naquele momento havia também a atenção direcionada aos pacientes identificados como incuráveis pela ciência médica. A ideia defendida por Kroeff era a da criação de um espaço de acolhimento para abrigar e tentar atenuar a dor e sofrimento de tais pacientes. Propiciar a eles uma “assistência afetiva na dor física e moral” (Kroeff, 2007: 64). Tal formulação baseava-se na premissa de que a dor que acometia os cancerosos em estágio avançado da doença só poderia ser respondida efetivamente em centros especialmente montados e voltados para tal. E, para além dos aspectos de filantropia e caridade, um asilo desafiaria as atividades e internações do Centro de Cancerologia. Ficando este, então, reservado especialmente para os tumores passíveis de cura (Kroeff, 2007). Tal projeto ganha força anos depois, conforme discutiremos na próxima seção deste artigo.

O Centro de Cancerologia, portanto, teve ação limitada com relação à enfermidade. Mas o novo espaço, apesar da estrutura e raio de ações limitado, funcionaria como uma amostra do rol de atividades contra o câncer, e também como um esforço inicial para programas mais articulados e complexificados em termos organizacionais para controle da doença. Tempos depois de sua fundação, o Centro de Cancerologia sofreu os impactos da transferência dos hospitais que compunham a Diretoria de Assistência Hospitalar do Distrito Federal para a os serviços de saúde da prefeitura do Rio de Janeiro. Pensado inicialmente como um projeto de atuação e abrangência nacional, o Centro, nesse momento, restringia sua atuação aos limites da capital federal (Teixeira e Fonseca, 2007). A centralização do tratamento, pesquisa e campanhas em câncer, numa perspectiva de atenção ampla ao paciente, tanto nos aspectos terapêuticos, quanto educativos e assistencialistas, daria largos passos anos depois, na década de 1940, com a fundação do Serviço Nacional do Câncer (SNC).

Ampliação e institucionalização da atenção ao doente / paciente

A proposta de criação do SNC esteve atrelada à conjuntura da saúde pública no período varguista. No escopo de mudanças ocorridas com a implantação do regime do Estado Novo no Brasil, e na tentativa do governo em ampliar o controle e normatização das ações e políticas em saúde no território nacional, em 1941 ocorre uma grande reforma na área da saúde,

encabeçada pelo então Ministro da Educação e Saúde Gustavo Capanema. Nesta reforma, o Departamento Nacional de Saúde é reorganizado e são criados 13 serviços nacionais,¹ ligados ao controle de doenças específicas que estavam na pauta das discussões governamentais naquele momento. De modo geral, cada Serviço contaria com um diretor responsável por acompanhar e supervisionar o trabalho desenvolvido nas diferentes regiões do país. A nacionalização dos Serviços caminharía no sentido de centralizar as atividades em saúde pública frente a doenças específicas, conferindo a execução das mesmas conforme normas e padrões previamente estipulados pelos gestores federais (Fonseca, 2007). Mas cada Serviço, por sua vez, contava com regulamentação própria, condizente com as especificidades de atuação e demandas naturais de cada enfermidade.

Dentre os serviços criados estava o Serviço Nacional do Câncer (SNC), que incorporou em definitivo a doença no rol de ações da saúde pública brasileira. O novo espaço teria a função de fomentar uma campanha permanente de combate ao 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 (Kroeff, 2007). Ao novo espaço institucional caberia a organização do combate à doença em nível nacional, através das atividades de orientação, coordenação e fiscalização das mesmas, com assistência técnica e material (Regimento do SNC).

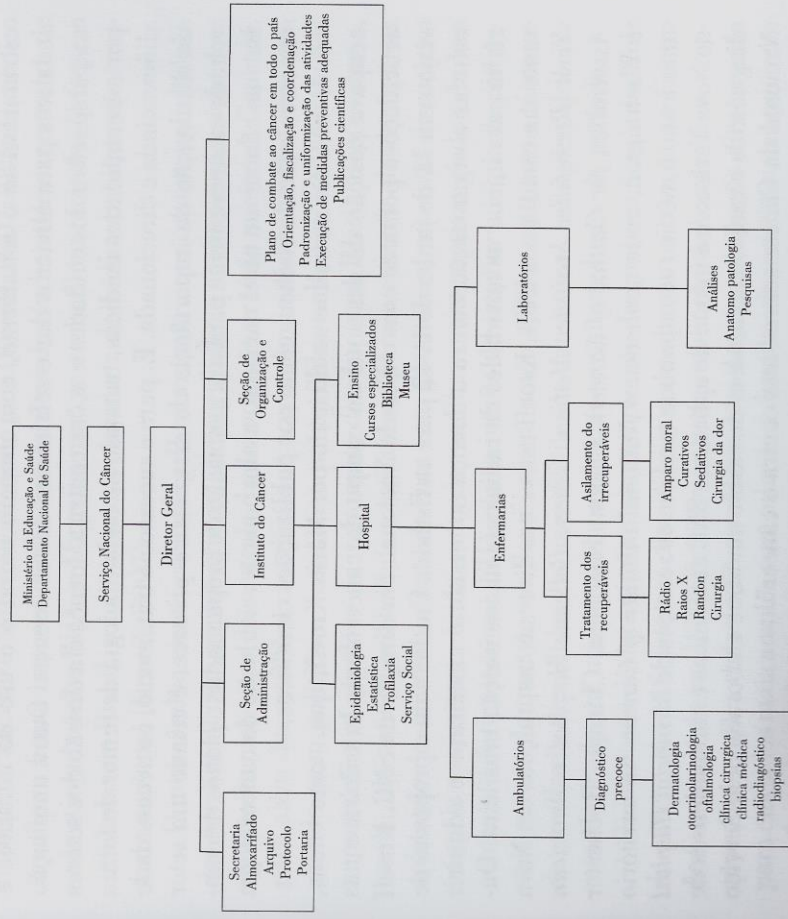
De acordo com o regimento de Serviço, este seria composto de três partes independentes, mas correspondentes entre si: o Instituto de Câncer (IC); a Seção de Organização e Controle (SOC) e a Seção de Administração (SA). A divisão por seções já indica uma maior complexidade das ações então propostas na formação de uma política nacional para controle da doença. Ao IC caberiam questões ligadas a laboratórios, enfermarias e ambulatórios, incluindo a realização de estudos acerca da epidemiologia, profilaxia, diagnóstico e tratamento do câncer. Já a SOC reunia questões mais gerais, como o estudo de formas de controle da enfermidade em nível nacional, a orientação e coordenação de organizações oficiais e privadas ligadas à luta contra a doença. Isto, no entanto, respeitando as realidades

¹ Os serviços, criados pela lei nº 3.171 de 2/04/1941, foram: Serviço Nacional de Pesto, 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. Por não ser nosso objetivo no presente trabalho, não nos deteremos nos pormenores que nortearam a fundação e funcionamento dos Serviços. Para maiores informações ver: Fonseca (2007).

de operacionalização nas diferentes regiões, dentro da proposta de normatização administrativa e centralização das ações em saúde pública trazida pelo governo federal naquela conjuntura. Ainda na competência deste último órgão estavam a execução de medidas preventivas, tanto individuais quanto coletivas, na luta contra a doença; a promoção de campanhas de propaganda e educação sanitária em relação ao câncer; a edição uma revista de cancerologia e, também, o fomento à criação de associações e à realização de congressos de cancerologia, mantendo o intercâmbio com espaços nacionais e estrangeiros (Regimento do SNC).

Abaixo, reproduzimos o organograma que indicava as divisões e subdivisões presentes no funcionamento do Serviço:

Estrutura do Serviço Nacional do Câncer em 1944



Fonte: Kroeff (2007).

A partir da estrutura reproduzida acima podemos perceber as multitudes presentes na proposta do Serviço e nas atribuições aos órgãos

componentes do mesmo. O desenho trazido à política de controle do câncer naquele momento contemplava múltiplos aspectos atrelados ao fenômeno doença que transcendiam sua dimensão puramente biológica, sobre os efeitos das práticas e técnicas terapêuticas. Conforme destacamos anteriormente, a divisão do Serviço em órgãos deliberava a cada espaço viáveis de atuação específicos e complementares que envolviam uma integralização dos cuidados tanto para com o aumento e efeitos da doença quanto para com os pacientes passíveis de cura ou não.

A complexidade trazida à organização do novo Serviço evidência, por exemplo, a recorrência a formas diferentes de terapêuticas, como a conjugação de rádio, raios X e cirurgia. Estas, para o tratamento aos pacientes considerados recuperáveis. Já para aqueles sem esperança de cura, estruturava-se o asilamento, com amparo moral e o uso de curativos e sedativos para aliviar a dor e sofrimento destes doentes. Outra ampliação na perspectiva dos cuidados e ações contra a doença é a divisão dos setores por especialidades médicas, tratando de cada tipologia de tumor de forma diferenciada e direcionada. E, para o sucesso no tratamento, na necessidade da divulgação da importância do diagnóstico precoce, é criado um setor voltado exclusivamente para a organização de propagandas e planos de combate ao câncer em nível nacional, assim como a veiculação da cancerologia via circulação de conhecimento por publicações científicas.

O SNC foi inicialmente dirigido por Mário Kroeff, que, como vimos, ocupava posição de destaque no campo da cancerologia brasileira e nas articulações políticas com o Estado Nacional. Na direção do SNC, Kroeff viajou em 11 de junho de 1942 para os Estados Unidos com o propósito de estudar a organização contra a doença no território americano e adquirir rádio para iniciar as atividades de radiologia na instituição brasileira. Durante sua estadia nos EUA, Kroeff esteve em diversas instituições em Nova York (*Rockefeller Institute, Medical Center, Bellevue Hospital e American Association for Central of Cancer*), Boston, Filadélfia, Chicago, Rochester e Washington, onde conheceu o *National Institute of Cancer*. No território americano o médico acompanhou também os serviços do *Memorial Hospital* de Nova York com o intuito de aplicar no SNC as técnicas estadunidenses de diagnóstico e radioterapia, além de exibir um filme elaborado pelo Serviço Nacional do Câncer sobre “luta contra o câncer”.

Após o retorno da viagem, Kroeff foi condecorado com um banquete oferecido a ele no Automóvel Clube no Rio de Janeiro em agosto de 1943. Em tempos de guerra mundial, o discurso era de enaltecimento pela “missão” de Kroeff no exterior, e seu ímpeto de atuação contra o câncer no Brasil. Ao se pronunciar sobre a viagem e suas impressões pessoais, o médico

relatou seus compromissos institucionais, tendo sido recebido por várias organizações ligadas à saúde nos Estados Unidos como Universidade de Harvard, o Colégio Americano de Cirurgiões e a Academia de Medicina de Nova Iorque. Num tom ufanista e de cordialidade, Kroeff ressaltou as relações “amistosas” entre os dois países, atentando para a ideia de que os jantares, as reuniões, congressos, visitas e jornadas médicas evidenciavam um “leal intercâmbio científico” entre Brasil e EUA, consolidando, ainda, os princípios da cordialidade continental, no rol de ações da política da boa vizinhança (Kroeff, 2007: 140).

No Brasil, Kroeff escreveu um artigo para o jornal carioca *Correio da Manhã*, no qual afirmava que “os olhos da humanidade estavam voltados para os laboratórios dos Estados Unidos da América” devido ao grande trabalho anticanceroso desenvolvido neste país (Kroeff, 2007: 327). O médico brasileiro ficara impressionado com os altos dos índices de expectativa de vida atingida pelos EUA, e afirmava que, se as medidas tomadas lá fossem aplicadas no Brasil, o país teria oportunidade de melhorar a questão sanitária nacional (Kroeff, 2007).

O intercâmbio científico verificado na viagem e nos contatos estabelecidos por Kroeff com a medicina americana aludia a novas perspectivas com relação às propostas de controle da doença no território nacional. Contudo, para além das questões científicas, a aquisição de rádio, em um país com grande peso político e econômico no período, tinha um efeito simbólico importante nas questões de tratamento do câncer no Brasil. Representava, assim, um avanço em termos terapêuticos para o controle da doença, na aplicação de um instrumento de cura com grandes expectativas de sucesso naquela conjuntura. A ideia era de recolher e sistematizar dados da luta contra a enfermidade nos EUA com o intuito de ampliar o leque de discussões acerca da questão no Brasil, assim como aplicar aqui novas técnicas de profilaxia e medidas de assistência aos cancerosos, com respaldo em métodos cada vez mais seguros e eficazes para a medicina do período.

Tal situação destaca ainda mais a ampliação das proposições de controle do câncer, já verificada nos discursos que envolveram a criação do Centro de Cancerologia em 1937. Percebe-se uma ampliação da bandeira de preocupações e ações em relação ao câncer, com uma preocupação direcionada para cuidados mais amplos com relação à doença, na assistência ao paciente e na formulação de estratégias para prevenção e controle do mal. Assim, na exposição feita por Mário Kroeff à Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados no então Distrito Federal em 1951, o médico esboçava suas principais questões e direcionamentos da medicina e dos profissionais do período para os cuidados com relação ao câncer. Neste sentido, a luta contra a doença

compreenderia pontos específicos que, em conjunto, contribuiriam para um tratamento mais humanizado e mais eficaz, assim como na perspectiva de redução da mortalidade e de cura para a enfermidade.

Os primeiros pontos versavam em torno da questão da assistência. E, esta, por sua vez, dividia-se na assistência aos recuperáveis e aos incuráveis. A principal ideia defendida, e que orientou o trabalho de Kroeff nos anos em que esteve engajado na luta contra o câncer no Brasil, era de que a doença era curável. Mas, para tal, era estritamente necessário que o diagnóstico ocorresse logo às primeiras manifestações ou até mesmo na ausência destas, através de exames preventivos. E tal premissa era endossada pelas estatísticas trazidas de que, “se no início, em cinco casos de câncer curam-se quatro, no fim talvez nem um sobre cinco” (Kroeff, 1951: 71).

O médico apontava para os fatores que atuavam de forma coadjuvante na catalisação dos resultados no controle do mal. E, num discurso diferente ao enfatizado décadas antes, naquele momento, direcionava o foco do controle para o trabalho em equipe, que conglomerava uma diversidade de profissionais e estratégias de atuação. A cancerologia, neste aspecto, englobaria diferentes ramos de atividades especializadas para o trabalho em saúde: clínica, patologia, radiologia, cirurgia, radioterapia e roentgenterapia.² Tais aspectos nos levam a um entendimento de uma atenção à doença em seus múltiplos aspectos, englobando atenção paliativa ao paciente e lançando mão de todos os recursos médicos disponíveis para combater o tumor.

A primazia pela excelência nos trabalhos e na aplicação dos recursos tecnológicos disponíveis era outra questão de relevância no leque de posições. E, para aperfeiçoar a técnica e aplicá-la de modo eficiente, era necessária a existência de centros bem equipados e monitorados. Contudo, por questões econômicas, dos altos custos de aparelhagem, manutenção e treinamento dos profissionais, somente um grande instituto seria capaz de corresponder de forma efetiva a tal demanda. Nesta proposição, a alusão do médico era a uma questão insistentemente debatida por ele, que era da necessidade da existência de um espaço central para execução de medidas de combate à enfermidade. Um órgão central de pesquisas e atendimento a pacientes, o que se concretizaria com a conclusão das obras da nova sede do Instituto Nacional do Câncer (INCA) em 1953.

Mas a assistência aos pacientes não se restringiria somente aos casos que pudessem ser curados pela terapêutica disponível no período e pelos

cuidados especializados. Segundo Kroeff, e num tom de lástima, cerca de metade dos pacientes que compareciam ao ambulatório do Serviço Nacional do Câncer já chegavam em estado avançado e irreparável da doença. E os fatores indicados como os responsáveis por tal quadro eram de múltiplas naturezas, com destaque para a “ignorância, negligência, medo ou pobreza” por parte dos doentes, que deixavam as lesões avançarem em demasia para procurarem cuidados médicos. Mas o corpo profissional também teria sua parcela neste bolo. Isto porque, em muitos casos, o mau preparo de alguns clínicos em reconhecer e diagnosticar precocemente a doença retardava medidas específicas para controle do tumor.

Mas o maior problema referente à grande parcela dos pacientes incuráveis dizia respeito à sobrevida destes e à falta de instalações adequadas para abrigá-los na fase final da vida e na prestação de atenções mínimas para conforto das consequências nefastas do avanço da doença no organismo destas pessoas. Assim, a solução apontada estava em expandir associações voltadas para o auxílio, médico, pessoal e emocional, a estes pacientes (Kroeff, 1951). Exemplo deste perfil de organização era a “Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos”. A instituição tinha caráter filantrópico, e contava com a contribuição mensal de sócios. Como presidente de honra, a primeira dama do Brasil na época, Sra. Darcy Vargas engendrou esforços e visibilidade à nova causa, formando uma rede de senhoras dispostas a contribuir com a Associação e somar esforços para amenizar os efeitos nefastos da doença nos pacientes em estado terminal. Um dos objetivos da Associação era a construção de um espaço integralmente dedicado ao atendimento, tanto médico quanto afetivo, aos pacientes em estágio clínico avançado e sem possibilidade de reversão do quadro nosológico. Tal meta foi alcançada em 1944 com a inauguração de um Hospital Asilo para os Cancerosos Incuráveis, no bairro da Penha, hoje conhecido como Hospital Mário Kroeff (Teixeira e Fonseca, 2007). Caracterizando-se como uma organização privada e filantrópica, o novo hospital tinha como metas, de forma análoga à Associação, oferecer cuidados paliativos aos doentes incuráveis, retirando-os dos hospitais gerais, como forma de auxiliar a manutenção do sistema de saúde no tratamento do câncer. Além de Diretor do Serviço Nacional do Câncer, quando da inauguração do novo hospital, Kroeff também foi indicado para sua direção, concretizando uma das bandeiras defendidas pelo médico em suas postulações para a formação e concretização de uma política nacional de controle da enfermidade.

Com atenção direcionada à questão dos pacientes que evoluíam para estágios incuráveis da doença, o discurso enfatizava o papel do profissional médico na identificação do tumor e prevenção destes estágios. Assim, o

² Aplicação terapêutica dos raios X. Consultado em: *Dicionário Digital de Termos Médicos*, 2007, (disponível no domínio http://www.pdamed.com.br/dicomed/pdamed_0001_aa.php, consultado em 21 de junho de 2009).

melhor apontamento para solucionar o mau preparo de alguns profissionais em identificar as lesões, ao menor sinal de acometimento, era investir no ensino de cancerologia ainda nas universidades. Antes mesmo da formação de especialistas, fazia-se necessária a instrução de clínicos para diagnóstico do câncer e encaminhamento ao tratamento necessário. Como intermediário entre o doente e o cancerologista, o médico generalista teria importante função nesta cadeia, ao encaminhar o paciente e lhe garantir boas condições na luta contra a doença e na sobrevida à mesma. Isso, no entanto, não descartava a imperiosa premissa da formação de técnicos em cancerologia, que pudessem discutir, estudar e perpetuar ações profiláticas e constituir um campo de ação sólido e profícuo no país.

A educação não estaria somente endereçada aos médicos. A população era o alvo de intensa preocupação por parte do grupo de Kroeff, que, seguindo preceitos já difundidos em outros países, como Estados Unidos e Inglaterra, acreditava que a educação em saúde era uma importante ferramenta no combate ao câncer.

Uma das incumbências do Serviço Nacional do Câncer, conforme pontos anteriores, seria a de fomentar uma campanha permanente de combate ao câncer. Segundo seu artigo 8º, uma das competências do SNC era promover e difundir campanhas de propaganda e educação sanitária relacionadas ao câncer em todo o território nacional (Regimento do SNC). E foi no escopo do Serviço que as primeiras ações mais articuladas em relação à educação em saúde no Brasil começaram a ser pensadas e executadas.

Para os cancerologistas inseridos nos ideários do SNC, a problemática do câncer havia ultrapassado os limites da medicina hospitalar e ambulatorial, devendo ser encarada como uma questão de saúde pública e imbuída em esforços nacionais para o controle da doença. E, para além dos recursos tecnológicos e da formação de pessoal, fazia-se importante difundir os preceitos de preocupação com a enfermidade, assim como informar ao grande público, e até mesmo à comunidade científica, acerca da identificação, etiologia, profilaxia e tratamento do câncer.

Como diretor do SNC, Mário Kroeff será um dos principais artífices no início dos esforços de formação e implementação das campanhas educativas em território nacional. Em sua estada nos EUA, o médico teve contato com as campanhas de educação em saúde lá executadas e trouxe essa discussão para ampliação desta perspectiva nas ações do SNC. O principal lema defendido por Kroeff era o da importância do diagnóstico precoce, afirmando a possibilidade de cura para o câncer desde que este fosse identificado o quanto antes. Dentre as estratégias empregadas estava a realização de palestras radiofônicas com explicações sobre a etiologia da doença, localização

dos tumores e as formas e mecanismos de tratamento. Havia a chamada às mulheres para participar da luta, visto serem personagens de peso no núcleo familiar. Contudo, não se pensava em uma organização mais delimitada nem tampouco a ênfase em cânceres tipicamente femininos. Dentre os tipos de cânceres destacados estavam os da pele, do lábio, da laringe, do pulmão, da mama, do útero, do estômago e do reto. Nos folhetos de propaganda eram enfatizados aspectos como as características de cada tumor, a incidência em âmbito nacional e as terapêuticas mais indicadas para cada especificidade (Kroeff, 2007). As campanhas, de forma geral, 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 enfermidade.

No ano de 1948 fora inaugurada a primeira campanha de educação sobre o câncer no escopo do SNC. Intitulada de “Campanha Nacional contra o Câncer”, consistia em uma amostra de fotografias e desenhos que apresentavam imagens sobre a doença, indicando diversas tipologias de cânceres, localizações no corpo humano, manifestações, dentre outros pontos. Mesmo após a saída de Mário Kroeff da direção do Serviço Nacional do Câncer, o que ocorreu em 1954, as ações educativas mantiveram regularidade, com a realização de campanhas anuais nos estados da federação, em cooperação com os espaços locais filiados ao Serviço (Teixeira e Fonseca, 2007).

As estratégias e a formulação de campanhas educativas contra o câncer integravam as táticas de legitimação do corpo profissional de cancerologistas no Brasil e da consolidação de uma política nacional de controle do câncer, na órbita das ações em saúde pública. Tais campanhas estiveram inseridas num projeto maior de institucionalização do campo da cancerologia no Brasil e da formação de políticas públicas de controle da doença. As campanhas faziam parte de uma série de estratégias das quais o corpo profissional lançou mão com o objetivo de 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 enfermidade. Assim, tais campanhas contribuíram para sensibilizar diferentes camadas sociais para a problemática do câncer e para a necessidade de ações mais articuladas de combate à doença. Isto, inserido no projeto profissional de tomada do câncer como questão de saúde pública e alvo de políticas oficiais e permanentes de controle da doença.

Diante destas considerações, podemos perceber que as práticas terapêuticas, antes vistas como excelência da eletrocirurgia, agora perpassavam outras discussões que não somente e propriamente as questões biológicas

da enfermidade. Mesmo sob o aspecto curativo em si, da aplicação de ferramentas de combate à doença, as ações terapêuticas engendravam-se por multiplicidades de caminhos, que variavam conforme a localidade do tumor no corpo humano.

Voltando algumas décadas, reproduzimos abaixo parte do discurso pronunciado por Kroeff na inauguração do Centro de Cancerologia em maio de 1938:

A maior soma de benefícios em tratamento, se aüfere inegavelmente da colaboração amigável, da simbiose desapaixonada, entre o cirurgião, o radiologista, o radioterapeuta e o anatomopatologista. Os estudiosos da cancerologia sabem o quanto evoluem as técnicas usadas no tratamento dos tumores. É preciso entrar constantemente a examinar os resultados obtidos, rever as estatísticas pessoais e alheias, para que se possa prever, escolher, modificar a forma de tratamento até então empregada, nas múltiplas localizações e várias modalidades histopatológicas dos tumores malignos.

(...)

Se os benefícios não puderem ser apreciados pelo êxito de conjunções terapêuticas acertadas, em condições de ampliar os limites de curabilidade dos casos avançados, sejam ao menos por meios terapêuticos oportunos, aplicados precocemente, em grande número de indivíduos portadores de lesões iniciais.

Cabe-nos, portanto, à margem das atribuições relativas ao tratamento propriamente dito, também a obrigação de realizar a tarefa da propaganda e do ensino, como complemento da faina terapêutica. (Kroeff, 2007)

A fala de Kroeff nos permite sintetizar alguns dos pontos discutidos nas linhas anteriores. Os cuidados para com a doença, portanto, excederiam as fronteiras da terapêutica por si, com a extirpação do tumor somente, para um trabalho realizado em equipe e de forma mais complexificada. Dentro de um contexto de ampliação da ação do estado brasileiro com vistas a uma maior centralização administrativa, inclusive em matéria de saúde pública e das preocupações com os doentes para além do processo de tratamento em si, estender a bandeira da luta contra o câncer engendriaria maiores atenções para a doença e para o corpo profissional. Assim, seria evidenciada a importância da enfermidade no rol de prioridades da saúde pública naquele momento e da solidificação de Mário Kroeff no campo da cancerologia e políticas de saúde nacionais.

Considerações finais

Mário Kroeff destacou-se no cenário médico e científico por seu protagonismo no processo de institucionalização da cancerologia brasileira. Sua atuação na criação de instituições públicas voltadas para a doença e na divulgação da eletrocirurgia como técnica terapêutica foram responsáveis pela criação de um modelo específico de controle da doença que vigorou entre a década de 1920 e 1950. Nas linhas anteriores buscamos discutir o controle do câncer nesse período através da visão de Kroeff. As mudanças e negociações que envolveram a ampliação de uma visão de tratamento para a enfermidade através de uma técnica cirúrgica canalizada na formação de uma política nacional de controle do câncer, com uma proposta de certa forma ampliada em relação ao escopo das discussões apresentado nas primeiras décadas do século XX.

No rol de mudanças pelas quais passou a saúde pública no Brasil e a própria sociedade e políticas nacionais, principalmente após a década de 1930, o médico gaúcho estendeu suas perspectivas em relação ao controle do câncer a partir dos novos embasamentos que permeavam as modificações das ações contra a doença no período. Se no início de suas atividades a bandeira principal era a do aumento da utilização de eletrocirurgia como principal terapêutica contra a doença, a partir da década de 1930 novas questões são somadas ao discurso médico. Postulava-se, então, a criação de espaços institucionais para tratamento dos acometidos, com equipamentos que contemplassem a tecnologia disponível pela medicina do período, como a cirurgia e a radioterapia. Além das questões terapêuticas, as ações contra a doença envolveriam a fomentação e constituição de uma campanha permanente de instrução e alusão ao diagnóstico precoce e assistência aos pacientes que não dispunham de recursos para o tratamento, assim como para os casos incuráveis.

A ideia de controle, portanto, perpassaria a questão da doença em si, como uma entidade puramente biológica, pensando em sua incidência e mortalidade, para questões mais gerais que envolviam fatores sociais, emocionais e de controle não somente da enfermidade propriamente, mas dos mecanismos de agir e conviver com esta. Assim, prevenção pela educação em saúde, tratamento dos acometidos, cuidados com os incuráveis e contínuo aperfeiçoamento profissional dos envolvidos com o combate à doença, passaram a ser tópicos discutidos e defendidos como propostas para uma estratégia de atuação mais articulada com relação ao câncer, viabilizadas via ação institucionalizada do Serviço Nacional do Câncer.

Referências bibliográficas

- BODSTEIN, Regina Cele de Andrade (coord.). *História e saúde pública: a política de controle do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: PPECENSP, 1997.
- BRASIL. Decreto Lei n. 3643 de 2 de setembro de 1941. Cria o Serviço Nacional de Câncer.
- CARVALHO, Alexandre Octavio Ribeiro de. *O Instituto Nacional de Câncer: sua memória: uma contribuição ao estudo da invenção da cancerologia no Brasil*. Dissertação de mestrado profissional – Programa de Pós-Graduação em História Política e Bens Culturais da Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro: FGV, 2006.
- FONSECA, Cristina M. Oliveira. *Saúde no governo Vargas (1930-1945): modelo de institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Ed. Faperj, 2007.
- KROEFF, Mario. *Resenha da luta contra o câncer no Brasil: documentação do Serviço Nacional do Câncer*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007 (1ª edição, 1947).
- KROEFF, Mario. *O câncer como flagelo* (exposição feita à Comissão de Câncer da Câmara dos Deputados). Revista Brasileira de Cancerologia, vol. 4, jun, 1951.
- KROEFF, Mario. *Tratamento do Câncer pela Eletro-cirurgia*. Rio de Janeiro: FGV, 1936.
- KROEFF, Mario. *O papel da Eletro-cirurgia numa campanha anti-câncer*. In: Anais do I Congresso Brasileiro de Câncer. Rio de Janeiro, 1935.
- ORTIZ, Renato (Org.). *Pierre Bourdieu: Sociologia*. São Paulo: Ática, 1983.
- REGIMENTO DO SERVIÇO NACIONAL DO CÂNCER. Decreto nº 3290 de 4 de julho de 1944.
- ROSENBERG, Charles. "Introduction: "Framing disease: illness, science and history", in Charles Rosenberg e Janet Golden (editors), *Framing Disease – Studies in Cultural History*. New Brunswick, Rutgers University Press, 1997.
- SILVEIRA, Anny Jackeline Torres e NASCIMENTO, Dilene Raimundo. *Doença revelando a história. Uma historiografia das doenças*. In: Nascimento, Dilene Raimundo e Carvalho, Diana Maul (orgs.). *Uma história: história das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004.
- TEIXEIRA, Luiz Antonio e FONSECA, Cristina Maria. *De doença documentada a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007.