



O HOSPITAL ARISTIDES MALTEZ E AS CAMPANHAS DE DETECÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO INTERIOR BAIANO

*Christiane Maria Cruz de Souza*¹

*Luiz Antônio Teixeira*²

*Vanessa Lana*³

Resumo: O Hospital Aristides Maltez foi inaugurado em 1952 na cidade de Salvador (Bahia), como uma instituição filantrópica pertencente à Liga Baiana Contra o Câncer. Centro especializado no tratamento de variados tipos de câncer, o Hospital tinha sua atenção voltada prioritariamente para os cânceres femininos, principalmente o câncer do colo do útero. A instituição tornou-se referência nas ações de controle da doença na Região Nordeste do Brasil. A proposta deste artigo é analisar a organização do Hospital como espaço de diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero e o processo de implementação de campanhas de diagnóstico precoce em municípios do interior baiano. Estas campanhas, a partir dos anos 1960, atenderam ao novo modelo de detecção, baseado numa proposta de atendimento a um maior número de mulheres, com a utilização da citologia (teste de Papanicolaou).

Palavras-chave: Câncer; Diagnóstico; Terapêutica; Mulheres; Bahia.

ARISTIDES MALTEZ HOSPITAL AND THE DETECTION OF UTERINE CERVICAL CANCER CAMPAIGNS IN THE INTERIOR OF BAHIA

Abstract: The Aristides Maltez Hospital was opened in 1952 in Salvador city (Bahia), as a philanthropic institution belonging to the à Liga Baiana Contra o Câncer (Bahian League Against Cancer). Specializing center in treatment of various types of cancer, the hospital cared for priority to female cancers, especially uterine cervical cancer. The institution became a reference in disease control actions in Northeastern Brazil. The purpose of this article is to analyze the organization of the Hospital as a space for diagnosis and treatment of uterine cervical cancer and the implementation process of early diagnosis campaigns in municipalities of Bahia's interior. These campaigns, from 1960s, responded to the new detection model, based on a proposed of assistance a larger number of women using cytology (Pap test).

Key-words: Cancer; Diagnosis, Therapy; Women; Bahia.

¹ Doutora em História das Ciências pela Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ. Professora e pesquisadora do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia-IFBA. Coordenadora do projeto de pesquisa “Saúde, gênero e assistência na Bahia (séculos XIX e XX)” (IFBA).

² Doutor em História pela Universidade de São Paulo. Professor e pesquisador da Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRU-RJ e da Universidade Estácio de Sá. Coordenador do projeto “História do Câncer: atores, cenários e políticas públicas” (FIOCRU / INCA).

³ Doutora em História das Ciências e da Saúde pela Casa de Oswaldo Cruz / FIOCRUZ. Professora adjunta no Departamento de História Universidade Federal de Viçosa. Pesquisadora no projeto “História do Câncer: atores, cenários e políticas públicas” (FIOCRUZ/ INCA).



L'HÔPITAL ARISTIDES MALTEZ ET LES CAMPAGNES DE DÉTECTION DU CANCER DU COL UTÉRIN À L'INTÉRIEUR DE BAHIA

Résumé: L'hôpital Aristides Maltez a été ouvert en 1952 dans la ville de Salvador (Bahia), comme une institution philanthropique de la Liga Baiana Contra o Câncer. Centre spécialisé en traitement de divers types de cancer, l'hôpital avait leur attention se tourne principalement par les cancers féminins, en particulier le cancer du col utérin. L'institution est devenue une référence dans les actions de lutte contrôle de la maladie dans la région nord-est du Brésil. Le but de cet article est d'analyser l'organisation de l'hôpital comme un espace de diagnostic et de traitement du cancer du col utérin et le processus de réalisation des campagnes de détection précoce dans les municipalités à l'intérieur de Bahia. Ces campagnes, dès les années 1960, a assisté le nouveau modèle de détection, basé sur une proposition d'assistance à un plus grand nombre de femmes, avec l'utilisation de la cytologie (PAP test)

Mots clés: Cancer; Diagnostic; Thérapie; Femmes; Bahia.

EL HOSPITAL ARISTIDES MALTEZ Y LAS CAMPAÑAS DE DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO NEL INTERIOR BAHIANO

Resumen: El hospital Aristides Maltez fue inaugurado en 1952 en la ciudad de Salvador (Bahia), como una institución Filantrópica que pertenecía a la Liga Bahiana contra el Cáncer, el Hospital tenía su atención como prioridad a los cánceres femeninos, principalmente el cáncer de cuello de útero. La institución se volvió referencia en las acciones de control de la enfermedad en la Región del Nordeste de Brasil. La propuesta de este artículo es analizar la organización del hospital como espacio de diagnóstico y tratamiento de cáncer de cuello de útero en el proceso de implementación de campañas, a partir de los años 1960, atendieron a un nuevo modelo de detección, basado en una propuesta de atendimento a un mayor número de mujeres, con la utilización de la citología (Test de Papanicolaou).

Palabras-clave: Cáncer; Diagnóstico; Terapéutica; Mujeres; Bahia.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Desde as últimas décadas do século XX, temas como saúde pública, doença e medicina deixaram de ser objeto exclusivo dos profissionais da saúde, passando a interessar também aos historiadores e cientistas sociais. Estudos no âmbito da história da medicina, história da saúde pública e história sociocultural da doença vêm ganhando destaque nas universidades europeias, norte-americanas e latino-americanas. O Brasil segue essa tendência, com uma produção crescente de trabalhos historiográficos, especialmente, aqueles desenvolvidos nos programas de pós-graduação e nas instituições de pesquisa aonde o campo vem se firmando como uma área importante para a compreensão da sociedade e suas problemáticas contemporâneas.



A recente produção historiográfica sobre medicina, doença e saúde pública tem ampliado o diálogo entre as ciências humanas, sociais e biomédicas. Dentro desse campo do conhecimento vários temas podem ser elencados: a coletivização dos bens de saúde, com ênfase na análise das motivações, do processo de implantação e gestão das ações pelo Estado ou por outros atores sociais, como também da sua receptividade e impacto na sociedade; os aspectos sociais e institucionais da medicina; a interação entre engenharia, arquitetura e saúde, na busca pela compreensão das construções hospitalares e asilares; as doenças e as suas referências sociais; o enfermo e o processo de adoecimento e morte; formação e atuação dos profissionais das áreas vinculadas à saúde; os saberes e práticas terapêuticas engendrados no processo de cura; dentre outros assuntos.

Nas décadas de 1970 e 1980, surgem, no Brasil, os primeiros trabalhos historiográficos com a categoria “mulher” ou “mulheres” nas análises das fontes e nas narrativas produzidas, por influência do modelo norte-americano dos famosos “women’s studies”. (Soihet; Pedro, 2007, p. 281-282) Mais tarde, essas categorias analíticas foram substituídas pelos estudos de *gênero*, que rejeitavam o determinismo biológico da diferença sexual e evidenciavam a construção social dos sexos masculino e feminino. (Sandenberg, 1994, p. 5-7) A partir de então, o tema tornou-se um campo definido de pesquisa para os historiadores que passaram a estudar novas temáticas tais como corpo, sexualidade, família, violência, trabalho, direito, imigração, doença e saúde.

É na interface entre história, saúde, doença e gênero que se insere o presente trabalho. Nesse texto tomaremos como objeto de análise historiográfica o processo de cognição do câncer, especialmente o câncer cervical, causa da morte de muitas mulheres, e as ações para o controle da doença na Bahia entre as décadas de 1840 e 1960. Interessamo-nos por compreender o processo de constituição de um conhecimento e de um campo da medicina voltado para a saúde da mulher.

Nesse sentido, objetivamos, também, evidenciar a relação dos cuidados com a saúde da mulher com o desenvolvimento da biomedicina e com a inserção de novas tecnologias voltadas para a terapêutica e prevenção do câncer ginecológico. A Liga Baiana Contra o Câncer (LBCC) e o Hospital Aristides Maltez (HAM) ocuparão posição central nessa análise, por se constituírem em espaços especializados para a pesquisa, diagnóstico, tratamento e divulgação de informações sobre os cânceres

femininos na Bahia. Dessa maneira, pretendemos mostrar a doença não são só como o *locus* onde sociedade, política, cultura e medicina interagem em determinado espaço e tempo, mas também como ferramenta analítica para entender a permanente complexidade da experiência histórica.

Para a realização desse texto, foram utilizadas fontes primárias diversas. Dentre estas, destacamos os boletins editados pela Liga Bahiana Contra o Câncer e pelo Hospital Aristides Maltez: o HAM – Boletim do Hospital Aristides Maltez; O Câncer – Boletim de Divulgação da Liga Bahiana Contra o Câncer; e os Arquivos de Oncologia da Liga Bahiana Contra o Câncer. Esses boletins veiculavam a história da LBCC, do HAM e os relatórios das gestões; divulgavam as campanhas para o controle da doença, como também as promovidas pela LBCC para arrecadar de recursos financeiros para a construção e manutenção do HAM; traziam informações diversas sobre a doença, alertando sobre a necessidade do diagnóstico precoce e as novas tecnologias disponíveis para o controle da doença, dentre outras informações.

Alguns artigos publicados na Gazeta Médica da Bahia, periódico criado em 1866, pelos médicos que compunham núcleo inicial da Escola Tropicalista Baiana – Wucherer, Paterson e Silva Lima –, também foram utilizados como fontes para este trabalho. A Gazeta representava e continua a representar importante instrumento de divulgação do conhecimento e tecnologias biomédicas produzido nos centros de pesquisa do Brasil e do mundo.

Assim como os artigos publicados na Gazeta Médica da Bahia e os boletins do HAM e da LBCC, as teses publicadas pela Faculdade de Medicina da Bahia nos apresentaram importantes informações sobre o conhecimento em circulação nos meios científicos e acadêmicos da Bahia, do Brasil e até do mundo. Tais publicações contribuíram para ampliar a nossa compreensão do processo de diagnose e terapêutica da doença.

OS ESTUDOS SOBRE O CÂNCER NA BAHIA E AS ARMADILHAS DO DIAGNÓSTICO

O câncer não era uma doença totalmente desconhecida dos médicos baianos. Desde a década de 1840, que médicos e acadêmicos tratavam do assunto nas teses doutorais de final de curso ou em trabalhos apresentados por ocasião dos concursos para professor da Faculdade de Medicina da Bahia – FMB (Meireles *et al*, 2004, p. 9-101).



Nesse período, os médicos cuidavam de registrar sintomas e sinais após submeter a doente a um interrogatório minucioso e proceder ao exame da cavidade uterina. Aliava-se, assim, a subjetividade da narrativa da doente a respeito dos seus padecimentos, à observação direta dos sinais da doença. Por meio da palpação e com o auxílio do especulo, o médico se servia dos próprios sentidos – visual e tátil e olfativo – para detectar algum tipo de anomalia e estabelecer um diagnóstico. Em casos de morte, realizava-se a investigação anatomopatológica, para identificar as lesões e confirmar o diagnóstico.

Em tese apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia em 1843, o acadêmico Antônio Ozório descreveu os sintomas e sinais percebidos através do exame clínico, que possibilitavam o diagnóstico do câncer uterino: a cor, a consistência, o formato e o odor característico da lesão, como também o relato de dores, a palidez, a rápida perda de peso e de massa muscular e a astenia da paciente. (Ozório, 1843) O médico argumentava que nenhum sinal característico era percebido no primeiro estágio da doença e os evidentes eram comuns a outros tipos de afecções uterinas. Apesar das contribuições que a microscopia e a anatomopatologia alcançaram naquela altura, só era possível estabelecer um diagnóstico mais preciso após o exame das lesões tissulares extirpadas pelo cirurgião, geralmente, em uma etapa mais avançada da doença. Para Ozório, mesmo se fosse possível estudar as diversas fases da lesão, através do exame minucioso do tecido do órgão afetado, ainda assim haveria dissonâncias sobre a natureza das alterações patológicas próprias do câncer. (Ozório, 1843, p. 5-6)

Outras teses de doutoramento apresentadas à Faculdade de Medicina da Bahia no final dos Oitocentos, também se referiram às possíveis confusões no diagnóstico dos tumores fibrosos e dos cancerígenos, chegando a conclusões semelhantes – a caquexia,⁴ a ausência de dores no início da doença e o cheiro putrefato da afecção cancerígena era um diferencial no momento do diagnóstico. Estes sinais e sintomas, entretanto, só se revelavam em estágios avançados da doença. (Lima, 1883, p. 60)

O diagnóstico tardio era apontado como a principal causa da mortalidade por câncer na Bahia. Os médicos reconheciam que os primeiros sinais da doença não eram facilmente percebidos, nem pelos mais competentes profissionais. A ignorância da

⁴ Fraqueza geral do organismo.



sociedade sobre a enfermidade, a aparente falta de sintomas e, certamente, o medo paralisante da morte, contribuía, igualmente, para retardar a consulta ao médico. Assim, os doentes só se valiam do auxílio da medicina quando o câncer já atingira uma condição tal, que não era mais possível barrar o seu desenvolvimento.

A crença na incurabilidade do câncer era, então, predominante entre internos, acadêmicos de medicina e médicos. Quando optou por escrever sobre o câncer cervical, na tese “Da lucta contra o cancer do utero”, a ser apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia em 1916, o ex-interno da Clínica de Ginecologia, Galdino da Silveira Magalhães Ribeiro (1916, p. 9) ouviu de a seguinte crítica de seus colegas: “Para que escrever sobre tal assumpto se o cancer é uma molestia incuravel!” [*sic.*] Doença insidiosa e quase sempre fatal, o câncer foi assim descrito por Olavo Bilac, em discurso dirigido aos estudantes da Faculdade de Medicina de São Paulo, em 14 de outubro de 1915:

Conheceis, ou conhecereis, entre os casos clínicos, que vistes ou vereis, uma das mais terríveis desgraças do organismo humano, a mais cruel, talvez, de todas as misérias físicas. Um leve endurecimento, a princípio, e uma ligeira corrosão na pele ou na mucosa; em seguida, o alargamento e a penetração do núcleo destruidor; e o tumor lançando raízes envenenadoras, polvo hediondo, dilatando e aferrando os seus tentáculos vorazes, mordendo e triturando os tegumentos, roendo e comendo os tecidos, e a marcha fatal e implacável da ruína, desfazendo as carnes em sânie; e o mal sem cura infiltrando-se em todo o corpo; e o vírus letal intoxicando todo o sangue, mirrando e extinguindo a força; e, enfim, a caquexia, o marasmo, a agonia, e a morte. É o cancro. (Bilac, 1924, p. 124-125)

Contrário a essa postura derrotista, Galdino Ribeiro (1916, p. 4-7) fez questão de ressaltar os ganhos obtidos pela medicina ao incorporar as contribuições da biologia, da física e da química, desde os Oitocentos: a utilização do microscópio para os estudos da célula, que possibilitou maior conhecimento da patologia; o uso de substâncias anestésicas e técnicas de assepsia e antissepsia, que permitiram cirurgias mais invasivas, como as de extirpação de cânceres de mama e as histerectomias; a descoberta e o uso dos Raios X e da radioterapia na terapêutica do câncer.

Tal como os médicos que o precederam, Magalhães ressaltava que apesar de todo esse conhecimento e tecnologia acumulados, o estabelecimento do diagnóstico precoce, ainda que dificultado pelo caráter quase assintomático da doença em seu estágio inicial, contava muito no combate ao câncer. Era preciso estar atento aos



corrimentos sanguíneos e leucorréicos, que poderiam ser sintomas da doença. A hemorragia e a dor só apareciam em etapa muito avançada da enfermidade.

O processo de diagnose descrito por Ribeiro (1916, p. 28-30) não diferia muito do descrito nas teses oitocentistas: o médico deveria começar pela anamnese pessoal, seguida da anamnese remota, porque não se podia descartar “a herança da predisposição”; depois, proceder ao imprescindível exame de toque; depois, realizar o exame especular; tendo sido detectada alguma anomalia, fazer a biópsia do material coletado. Retirado o pedaço do tecido doente, este devia ser levado ao laboratório para ser observado no microscópio por um especialista em histopatologia, para identificar a existência de células cancerígenas. Tratava-se de procedimento cirúrgico de menor ou maior complexidade, a depender da localização da lesão. Segundo Ribeiro, havia um tipo de biópsia para cada localização da lesão e as técnicas de assepsia, antissepsia e anestesia utilizadas variavam conforme o caso.

Tendo sido diagnosticada a doença, a paciente poderia ser submetida à soroterapia e a aplicações de *radium* e de Raios X. Contudo, Ribeiro (1916, p. 6) advertia que os ganhos obtidos com esse tratamento eram limitados. Os Raios X e a radioterapia passaram a ser utilizados na terapêutica do câncer na Europa e Estados Unidos desde os primeiros anos do século XX. (Coley, 1903) Muitos médicos viam com cautela a nova tecnologia, não só por sua eficácia limitada a casos ou estágios específicos da doença, mas também porque se verificou que a radiação, se utilizada em altas doses, contribuía para o desenvolvimento de câncer.

Como a maioria dos médicos do seu tempo, Ribeiro (1916, p. 6) defendia que só o diagnóstico e a intervenção cirúrgica precoce poderiam contribuir de forma efetiva para ampliar a expectativa de vida das portadoras da doença (Benson, 1904; Lima, 1909). O recurso cirúrgico, entretanto, não se aplicava aos casos em que o câncer já se encontrava em estágio avançado.⁵ Além da falta de sintomas no estágio inicial da doença, o ex-interno reputava ao medo que nutriam pelos médicos o fato de as mulheres recorrerem antes aos remédios caseiros e empregarem as “mais variadas e absurdas drogas, preconizadas pelo charlatanismo, ignorante e interesseiro”, ao invés de procurar auxílio médico.

⁵ Veja também os artigos publicados na *Gazeta Médica da Bahia* em 1908.



A vergonha de desnudar o corpo diante de um homem que não era seu marido, bem como do nojo que as secreções despertavam entre os que a rodeavam também era motivo de retardar a consulta médica. (1916, p. 13) Esses e outros fatores concorriam para que a maioria das mulheres, que recorriam à clínica a clínica ginecológica na qual Ribeiro fora interno e realizara seu estudo, se encontrassem em estado tão deplorável, que não se tinha mais nada a fazer por elas.

A clínica ginecológica anexa à Maternidade Climério de Oliveira fora criada por iniciativa do diretor desse hospital, Menandro Meireles Filho. Eram em tais espaços que professores e alunos da FMB realizavam as práticas das cadeiras de Obstetrícia e de Ginecologia, disciplinas desmembradas em 1911, após a reforma Rivadávia. A clínica ginecológica era dirigida pelo professor titular da Cátedra de Ginecologia da FMB, José Adeodato de Souza. Este havia sido professor substituto de Clínica Obstétrica e Ginecológica entre 1902 e 1911, assumindo a cátedra de Ginecologia após a desvinculação, mediante concurso.

Neste mesmo ano, Aristides Pereira Maltez foi nomeado Assistente da Cadeira de Clínica Ginecológica, por indicação de José Adeodato de Souza. (Costa, 2007, p.118-120)⁶ Aristides Maltez havia se especializado em Ginecologia e Obstetrícia no *New York Post-Graduate Medical School and Hospital* e no *Beth Israel Hospital* de Nova Iorque no ano de 1909, onde iniciou os estudos de Patologia Genital Feminina, destacando-se em cancerologia da mulher. (Liga Bahiana Contra o Câncer, s/d, fl.1)

Apesar do respeito demonstrado e do reconhecimento do esforço dos professores que atuavam na referida clínica ginecológica, por ele nomeados como J. Adeodato, Maltez, J. Martins, Borja e Menandro, Ribeiro (1916, p. 30) teceu críticas severas às condições de trabalho naquele espaço. Ali não se podia realizar o diagnóstico precoce por dois motivos: primeiro, porque não existia um gabinete onde o mestre pudesse ministrar as devidas orientações às observações dos estudantes e internos e realizar o estudo anatomopatológico “das mais raras e importantes peças”; segundo, porque, quando as doentes procuravam o hospital, a doença já se encontrava em estágio tão

⁶ Aristides Pereira Maltez foi nomeado Assistente da Cadeira de Clínica Ginecológica em 1911. Em 1919, foi aprovado no concurso de Professor Substituto da 14ª secção, Cadeira de Clínica Ginecológica, permanecendo nesta função até 1925, quando, mediante concurso, tornou-se Professor Catedrático de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Bahia. (Costa, 2007, p. 119-120) Para saber mais, confira os documentos de nomeação, pertencentes ao acervo do HAM.



avanzado, que só era possível administrar tratamento paliativo. Todavia, antes da criação da clínica a situação era muito pior – muitas pacientes eram recusadas ou não recebiam tratamento adequado nas outras clínicas cirúrgicas, por falta de material necessário ou mesmo por acúmulo de serviço. (Ribeiro, 1916, p.66)

A circulação da notícia de cura de algumas pacientes fez aumentar a procura de tratamento no Hospital da Santa Casa e na Clínica de Ginecologia, mas a maioria chegava em estágio tão avançado da doença, que nada se podia fazer. Ribeiro (1916, p. 67) reconhecia que mesmo em “meios mais civilizados”, nos quais era mais fácil a vulgarização científica, ainda era difícil realizar o diagnóstico precoce do câncer. O que dizer da Bahia? Segundo ele, a doente só recorria ao hospital “nos extremos de dor e de debilidade”. Recomendava, então, que fosse feito um apelo “aos não especialistas” que enviassem as pacientes a um exame mais acurado, ao apresentarem sintomas suspeitos de câncer.

Professor de Galdino Ribeiro, Aristides Maltez estava a par das dificuldades existentes para o tratamento da doença na Bahia. Os estudos eram incipientes, a sociedade estava mal informada sobre os sintomas e possibilidades de cura da doença e o hospital da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, o Santa Izabel, não dispunha de leitos suficientes para atender o número crescente de enfermas que buscavam atendimento.⁷ Percebeu, então, que a solução para esse problema seria a criação de um espaço específico para a pesquisa e tratamento gratuito do câncer.

Ciente de que grande parte dos recursos do governo estadual destinava-se ao controle das epidemias que assolavam a Bahia, Aristides Maltez buscou o apoio dos seus pares para a execução de seu projeto. O câncer era, entretanto, uma doença silenciosa, que não chamava a atenção dos poderes públicos, nem da sociedade, nem da classe médica. Envolvidos em seus próprios projetos, os médicos e autoridades sanitárias não abraçaram de imediato a causa de Maltez.

O interesse pelo câncer só aumentou partir da década de 1920, depois que a doença se tornou alvo da atenção do Departamento Nacional de Saúde Pública, que

⁷ O Santa Izabel era o hospital de maior importância da Bahia, não só por que ali atuavam médicos e professores Faculdade de Medicina da Bahia, como também por sua capacidade de internar 600 doentes. Todavia, por ser um hospital geral e de caráter filantrópico, para lá convergiam os desvalidos, tanto da capital como do interior do estado. Era natural, portanto, que faltassem leitos para acomodar tanta gente, inclusive, para acolher o número crescente de mulheres atingidas pelo câncer.



estabeleceu a obrigatoriedade da notificação dos casos. (Teixeira; Fonseca, 2007, p. 9-10) Favorecido por uma conjuntura nacional positiva, Aristides Maltez, conseguiu, enfim, mobilizar as elites e as autoridades públicas em direção ao seu objetivo.

A fundação da Sociedade de Ginecologia da Bahia, em 1932, foi o primeiro passo dado nesse sentido. Anos depois, em 13 de dezembro de 1936, em uma sessão extraordinária da Sociedade de Ginecologia realizada nas dependências do Hospital Santa Izabel, médicos e outros membros da elite baiana criavam a Liga Bahiana Contra o Câncer – LBCC –, cujo objetivo primordial era promover a educação profissional e pública, além de criar o Instituto de Câncer da Bahia. (Maltez, 1957, p. 7-8) Para o presidente da Sociedade de Ginecologia e da LBCC, Ruy de Lima Maltez (1957, p. 7), ao tempo em que a fundação da *Liga* contribuiria para conferir projeção social aos trabalhos já realizados pela Sociedade de Ginecologia, ofereceria aos médicos baianos a oportunidade de pertencer a um novo campo de estudos de amplitude internacional.

Pode-se afirmar que a expansão dos serviços de saúde na Bahia resultou em grande parte da ação do poder local, mas também da ação da filantropia. (Cruz de Souza, 2011) Dentre os filantropos baianos, destacavam-se os médicos, que influenciados pelos deveres caritativos próprios da cultura cristã em que estavam imersos, mobilizaram seus pares, os gestores públicos, as mulheres da elite e a sociedade em geral em torno da constituição de equipamentos de saúde, voltados para as camadas mais pobres da população.⁸

O viés caritativo de tais ações benemerentes, todavia, não excluía nem escondia outras motivações – a necessidade de solidificar posições no cenário acadêmico e profissional, em contexto de crescente especialização da medicina, e o desejo inserção em campos de estudos emergentes e de amplitude internacional. Ao protagonizar ou contribuir para a constituição de bens de saúde com fins filantrópicos, os médicos baianos buscavam garantir o monopólio da competência científica em um campo específico da medicina ao tempo em que angariavam notoriedade e autoridade no meio acadêmico e social.

⁸ Essa questão foi analisada mais detalhadamente no texto “Médicos e mulheres em ação: o controle do câncer na Bahia (primeira metade do século XX) da autoria de Christiane M.^a Cruz de Souza, a ser publicado no livro “Filantropos da nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal”, no prelo.



O câncer, que figurava na literatura e nos congressos médicos internacionais desde os primeiros anos do século XX, ganhara maior visibilidade naquela década. Em 1933, foi criada em Paris a *L'Union Internationale Contre Le Cancer* – U.I.C.C., idealizada por Jacques Bandaline com o objetivo de compartilhar, mundialmente, conhecimentos e competências entre médicos e pesquisadores da doença. (UICC, 2010; Rowntree, 1934) Em 1935, no Brasil, no I Congresso Brasileiro de Câncer, foram discutidas propostas de controle da doença em todo o território nacional. (Teixeira e Fonseca, 2007, p. 48)

Nessa ocasião, os médicos baianos já possuíam prestígio social e político. O projeto da *Liga* conseguiu mobilizar a sociedade. Aristides Maltez contava, também, angariar a simpatia do então governador do estado, Juracy Magalhães. (Maltez, 1957, p. 8) Entretanto, logo após a criação da *Liga*, os baianos vivenciaram um período conturbado pela renúncia de Juracy Magalhães, que se mostrou contrário ao golpe de Estado perpetrado por Getúlio Vargas, e pela posterior ascensão do interventor Landolfo Alves ao governo da Bahia. Esses fatos desorientaram e desmobilizaram os integrantes da *Liga*, que só retomaram inteiramente o projeto depois de um hiato de mais de dois anos. (Sampaio, 2006, p. 28 -30)

Os trabalhos foram reiniciados em julho 1939 e campanhas educativas foram empreendidas. Muitos médicos proferiram palestras sobre o assunto e especialistas de outros estados e países foram convidados a apresentar conferências sobre as causas, profilaxia e tratamento da doença (Maltez, 1957, p. 16-17). Utilizando-se dos meios de comunicação, os médicos salientavam a importância do diagnóstico precoce para a cura da doença. A mídia (a imprensa e o rádio) assumiu um papel importante na campanha de conscientização e mobilização da sociedade, veiculando informações importantes sobre o câncer e tentando despertar a solidariedade em relação ao problema da assistência aos enfermos na Bahia.

Mulheres da elite baiana foram convidadas a integrar a *Liga*, com a finalidade de promover campanhas para angariar recursos para a construção do Instituto de Câncer da Bahia. Formou-se, então, o *Conselho Feminino de Proteção*, com regimento interno próprio, após ter sido promulgado o estatuto da *Liga* (Maltez, 1957, p. 17; Maltez Filho, s/d, p.12. O Conselho assumiu papel relevante na LBCC. Organizou-se em comissões com diversas atribuições – comissão de honra, de festas, de recepção, de propaganda e



de senhoras visitadoras – no intuito de objetivar as ações de controle do câncer na Bahia e de arrecadar recursos para erigir o Instituto de Câncer da Bahia.

Enquanto o projeto do Instituto de Câncer da Bahia não se materializava, o atendimento aos doentes continuava sendo realizado no Hospital Santa Izabel, que, para isso, criou uma enfermaria com dez leitos, denominada Santa Úrsula. Alguns médicos também disponibilizaram seus consultórios para o atendimento dos enfermos e laboratório para a realização dos exames de anatomia patológica. O serviço de radioterapia passou a ser realizado, gratuitamente, pelo médico Portela Lima, um dos fundadores da Liga Bahiana Contra o Câncer. (Barros, 1977, p. 13; Maltez, 1957, p. 17-18)

Finalmente, após a injeção de recursos dos governos estadual e federal, a LBCC pode, enfim, inaugurar o primeiro pavilhão do seu hospital no dia 2 de fevereiro de 1952. Aristides Maltez, entretanto, falecera antes de ver a obra concluída, em sua homenagem, o hospital passou a se chamar Hospital Aristides Maltez - HAM.⁹ O HAM começou a funcionar com apenas 15 leitos, mas nos anos subseqüentes as instalações foram sendo ampliadas, à medida que os recursos públicos eram liberados. Em 1957, o hospital já comportava um centro cirúrgico, um laboratório de análises clínicas, oficina de radium, radioterapia cinética, centro de recuperação e aspiração central e sua capacidade foi ampliada para 88 leitos. (Maltez, 1957, p. 23; Sampaio, 2006, p.62)

Houve considerável esforço para qualificar profissionais na área de Oncologia, capacitar técnicos e aparelhar o novo hospital com as inovações tecnológicas necessárias. Estágios, cursos e bolsas de estudo forma concedidas nos mais avançados centros de combate à doença e vários especialistas foram convidados a vir à Bahia para discutir com os médicos locais diferentes aspectos da doença e da Cancerologia. (Sampaio, 2006, p.55)

O HAM E O CONTROLE DOS CÂNCERES FEMININOS

A atuação do HAM no controle dos cânceres femininos em meados do século XX se direcionou prioritariamente ao câncer do colo do útero. Isto porque este era o de

⁹ Aristides Maltez morreu em janeiro de 1943.



maior incidência e mortalidade. Nesse período, o modelo empregado no controle da doença no Brasil consistia no uso conjunto da colposcopia, citologia e biópsia, em exames sistemáticos das mulheres que apresentassem ou não sintomas da enfermidade. Tais exames eram efetuados em postos ginecológicos específicos, existentes em alguns centros urbanos e em consultórios privados.

Conhecido como “modelo triplo”, essa forma de lidar com a doença foi estruturada inicialmente no Instituto de Ginecologia do Rio de Janeiro, sob a direção do ginecologista Arnaldo de Moraes. (Teixeira; Lowy, 2011) A instituição foi responsável pela estruturação e difusão deste modelo, criando uma rede da qual o HAM fazia parte. Esta rede se estruturou através de intercâmbio científico, periódicos médicos e da formação de profissionais. (Lana, 2012)

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. As ações terapêuticas eram em grande parte 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 a instalação dos ambulatórios preventivos, houve aumento das possibilidades de detecção precoce, o que impulsionou os trabalhos na instituição.

Uma das maiores dificuldades relatadas pelos médicos do hospital era o acompanhamento das pacientes após o diagnóstico. Segundo estes, 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; Teixeira, 1965)

Nos casos em que era possível intervir no quadro clínico da paciente, os principais recursos terapêuticos utilizados foram a cirurgia e a radioterapia. No caso da cirurgia, a limitação terapêutica se relacionava à alta taxa de identificação do tumor em fases avançadas. No período de 1958 a 1962, por exemplo, pouco mais de 15% das pacientes diagnosticadas foram submetidas à intervenção cirúrgica. Este número era explicado também pelo reduzido número de leitos cirúrgicos de que dispunha o hospital, devido aos altos custos de instalação, manutenção a estadia no pós-operatório. (Alves;

Maltez, 1966) Depois da cirurgia, a técnica mais empregada para tratamento era a radioterapia. Esta era utilizada tanto na busca da cura quanto como medida paliativa, para atenuar as dores das pacientes, em decorrência dos estágios avançados nos quais muitos tumores eram diagnosticados. (Silveira, 1956).

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. Como exemplo das atividades do Centro, no ano de 1956 foram realizadas trinta e sete sessões.¹⁰

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 finalidade inicial funcionar como veículo de divulgação dos trabalhos da instituição. Ademais, seria um espaço utilizado para prestar homenagens aos fundadores e perpetuadores das atividades da LBCC. Dentre os objetivos destacados por seus idealizadores, estavam o fortalecimento do intercâmbio científico e a divulgação de conhecimentos com as congêneres nacionais e internacionais. (Arquivos de Oncologia, 1956)

Outra estratégia para divulgar os trabalhos do HAM e conscientizar população e médicos da importância do diagnóstico precoce no controle da doença, foi a organização de campanhas educativas. A organização das campanhas ia ao encontro dos trabalhos da maioria dos cancerologistas brasileiros, que, principalmente a partir da década de 1940, utilizaram-se amplamente de artefatos de propaganda como artigos,

¹⁰ Informações extraídas de documentos pertencentes ao Centro de Estudos “Professor Aristides Maltez” da Biblioteca Mário Kroeff.

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.

As “Campanhas Contra o Câncer” realizadas, anualmente, pela LBCC em conjunto com o HAM ocorriam em vários espaços da sociedade. 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, colposcópicos, tratamento, dentre outras. (*O Câncer*, 1959)

A LBCC, juntamente com o HAM, investiu no ensino como estratégia 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 Marsillac¹¹, João Paulo Rieper e Ugo Pinheiro Guimarães.¹² (Sampaio, 2006)

¹¹ 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.



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, 1958) A formação de profissionais em citotecnologia acompanhava um movimento maior, derivado da necessidade de organização de campanhas de detecção do câncer do colo do útero em maior escala, que envolvesse um maior número de mulheres. Este movimento era reflexo da própria conjuntura de saúde internacional.

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.

¹² 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.



Esta nova orientação para a detecção da doença ocorreu em grande medida através da organização de campanhas nos municípios do interior baiano. Estes, foram o principal alvo do HAM na expansão de suas atividades e na utilização da citologia para detecção de anormalidades no colo uterino.

AS CAMPANHAS DE CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO INTERIOR BAIANO

Do total de atendimentos realizados no HAM, mais de 50% das pacientes diagnosticadas com câncer eram provenientes do interior. Assim, na perspectiva de ampliação do atendimento 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. (Maltez Filho, 1966) 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*, 1959)

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 as ações na capital baiana, através da realização de uma triagem prévia das pacientes. Nas campanhas realizadas e ambulatorios instalados, o modelo de diagnóstico já seguia os preceitos de exame em maior escala, empregando a citologia como principal tecnologia. 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 ambulatorios preventivos o grande trunfo na luta contra o câncer genital. (Maltez Filho, 1966, p. 64)

O modelo empregado pelo HAM nos ambulatorios do interior representava uma transição em relação ao uso das tecnologias de diagnóstico do câncer do colo do útero no Brasil. 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 em 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 em 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; Fonseca, 2007)

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 ambulatorios 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 procedentes daquela região do Estado, que não possuía espaços especializados para a realização do diagnóstico e tratamento da doença.

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, com locomoção e com 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 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 criado e difundido na Bahia pelo HAM foi um dos pioneiros na realização destas campanhas de maior alcance a partir de uma instituição local. Ao descentralizar a realização dos exames através da criação de ambulatórios de atendimento em municípios do interior, e centralizar na instituição a leitura das lâminas coletadas e as ações de “follow up”, o HAM foi também pioneiro na utilização de um novo modelo de controle da doença, que serviria de base para as campanhas de rastreamento, baseadas no uso extensivo do teste Papanicolaou, surgidas a partir da década de 1970. Na instituição, essas mudanças conformaram um momento de transição



da forma de utilização das técnicas de prevenção e diagnóstico precoce do câncer do colo do útero com a ampliação do uso do Papanicolaou e a consequente abandono do modelo triplo.

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 saia aos poucos do âmbito exclusivo dos hospitais especializados e gabinetes ginecológicos das faculdades de medicina. 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.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma doença começa com a percepção das manifestações, frequentemente, físicas dos sintomas. E as origens históricas da medicina estão ligadas à atenção oferecida ao sofredor em busca de restaurar sua saúde e de uma explicação para o seu drama. Esta busca por um conselho que cure constitui a base histórica do papel do médico. E um aspecto essencial deste papel se desenvolve em torno da habilidade do curador em dar nome à dor e ao desconforto do paciente. Mesmo um mau prognóstico pode ser melhor que nenhum; mesmo perigosa, mas familiar e compreensível, a doença pode ser emocionalmente mais digerível que uma misteriosa e insondável aflição. Este é certamente o ponto de vista do médico. Diagnóstico e prognóstico, o enquadramento social e intelectual da doença, tem sido sempre o ponto central do relacionamento médico-paciente. (Rosenberg, 1992, p. 310)

Nesse trabalho, ensejamos demonstrar a importância assumida pelo diagnóstico precoce nas ações de controle do câncer do colo do útero. Doença silenciosa, aterrorizante e pouco conhecida, o câncer se instalava no corpo de mulheres aparentemente saudáveis sem que estas se dessem conta. A falta de conhecimento sobre a doença e o medo a ela associado alimentavam um círculo vicioso – o diagnóstico tardio diminuía as chances de cura, limitava os recursos da medicina, alimentava as estatísticas de morte, cuja divulgação contribuía para aumentar a crença na incurabilidade da doença e alimentar o medo paralisante da morte. Esse quadro começou a mudar muito lentamente com as ações para conferir visibilidade à doença,



empreendidas por médicos e pela Liga Bahiana Contra o Câncer. Foram promovidas campanhas nos meios de comunicação e nas escolas para informar e sensibilizar o grande público sobre a doença, enfatizando-se a necessidade do diagnóstico precoce para se alcançar a cura.

A partir do século XIX, a prática de diagnóstico afastou-se da narrativa subjetiva do paciente em direção sinais clínicos da doença, detectados pelo médico através dos sentidos –palpação, observação e percussão – abrindo espaço para a uma dependência crescente da tecnologia de diagnóstico, conferindo maior autoridade ao médico. Originalmente projetados para ampliar os sentidos, instrumentos como o estetoscópio, otoscópio e laringoscópio tornaram possível detectar sinais de doenças, aparentes apenas para o perito. Essas tecnologias sofreram um crescimento exponencial no final do século XIX e início do século XX, como arsenal médico do diagnóstico com a inclusão do microscópio, dos Raios-X, a análise química da urina e do sangue do paciente, o manguito de pressão arterial, dentre outras modernidades.

Com o crescimento da tecnologia do diagnóstico vieram as mudanças na organização social da medicina – a localização espacial do diagnóstico mudou da residência do paciente para a sala de exame e para o laboratório, onde o material colhido seria analisado. A partir de então, o hospital assumiu uma posição central no processo saúde-doença, dado o alto custo dos equipamentos e a necessidade de espaço para abrigá-los. As novas tecnologias também ampliaram a divisão médica de trabalho para os técnicos necessários para realizar os testes e novos médicos peritos e especialistas necessários para interpretá-los.

Na Bahia, a LBCC pode, finalmente, erguer um hospital especializado em prevenção e tratamento do câncer. A Liga, a equipe do HAM e a Faculdade de Medicina da Bahia buscaram aperfeiçoar os conhecimentos médicos, consolidando-se, assim, campos de estudos voltados especificamente para da saúde da mulher e para a área da Oncologia. Houve considerável esforço para qualificar médicos, capacitar técnicos e aparelhar o novo hospital com as inovações tecnológicas necessárias. Por fim, o HAM criou um modelo inovador, que estrapolava os muros dos hospitais especializados e gabinetes ginecológicos das faculdades de medicina, estendendo a possibilidade do diagnóstico precoce às mulheres do interior do estado, através da criação de ambulatórios de atendimento nos municípios do interior.



Ao analisarmos as transformações científicas e tecnológicas relacionadas ao controle do câncer cervical na Bahia, pretendemos mostrar a doença não só como o *locus* onde sociedade, política, cultura e medicina interagem em determinado espaço e tempo, mas também como ferramenta analítica para entender a permanente complexidade da experiência histórica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Hélio Eloy; Maltez, Carlos Aristides (b). Câncer do colo do útero – análise de 158 casos. *Arquivos de Oncologia*, v. 2, n. 7, 1966, p. 83-86.

ARQUIVOS de Oncologia, vol. I, n. I, 1956.

BARROS, Aldiza de Oliveira. Memórias históricas da L.B.C.C. *Arquivos de Oncologia*. Salvador, v. 18, n.1, 1977, p. 13.

BESSON. Tratamento cirúrgico do cancro do útero. *Gazeta Médica da Bahia*, 36:182-183, 1904.

BILAC, O. *Últimas conferências e discursos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1924.

CANCRO do útero inoperável. *Gazeta Médica da Bahia*, 40:75, 1908.

COLEY. Influência dos raios de Roentgen sobre as diferentes formas de sarcoma. *Gazeta Médica da Bahia*, 35: 181-182, 1903.

COSTA, Rui Manuel Pinto. *Luta Contra o Cancro e Oncologia em Portugal. Estruturação e normalização de uma área científica (1839-1974)*. Porto: CITCEM – Centro de Investigação Transdisciplinar «Cultura, Espaço e Memória»/Edições Afrontamento, 2012.

COSTA, José de Souza. Histórico da Ginecologia na Faculdade de Medicina da Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, 77: 2(Jul-Dez):117-124, 2007.

CRUZ DE SOUZA, Christiane Maria. A constituição de uma rede de assistência à saúde na Bahia, Brasil, voltada para o combate das epidemias. *Dynamis*, Granada, Barcelona, v. 31, n. 1, 2011. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-95362011000100005&script=sci_arttext Acessado em: 29/09/2014.

GARDNER, Kirsten E. *Early Detection: Women, Cancer, and Awareness Campaigns in the Twentieth-Century United States*. Chapel Hill: University of North Carolina Press: 2006.

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*. Tese

(Doutorado em História), Casa de Oswaldo Cruz / Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2012.

LIGA Bahiana Contra o Câncer. Resumo biográfico do Prof.º Aristides Maltez. Salvador: Hospital Aristides Maltez, Biblioteca Mario Kroeff, s/d, fl. 1.

LIMA, A. R. Tratamento dos carcinomas do útero. *Gazeta Médica da Bahia*, 41: 199-210, 267-276, 1909.

LOWY, Ilana. *Preventive Strikes: Women, Precancer, and Prophylactic Surgery*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press: 2010.

MALTEZ, Carlos Aristides. Avaliação da experiência brasileira na prevenção do câncer cervico uterino (Em municípios do interior). *Arquivos de Oncologia*, v. 1, n. 4, 1968, p. 47-51.

MALTEZ FILHO, Aristides. Organização de Centros e Clínicas de Diagnóstico Precoce do câncer genital. *Arquivos de Oncologia*, v. 1, n. 7, 1966, p. 62-67.

_____. Manual do Voluntário. Salvador: s/Ed.: s/d.

MALTEZ, Carlos Aristides; LIMA, Alberto Pereira Dias; TEIXEIRA, Regina Stella Calmon. Câncer in situ do colo uterino – experiência do Hospital Aristides Maltez. *Arquivos de Oncologia*, v. 1, n. 6, 1965, p. 72-84.

MALTEZ, Ruy de Lima. “Esboço Histórico da Campanha Contra o Câncer na Bahia.” *Arquivos de Oncologia*, Salvador, 1957, p. 8-25.

MEIRELLES, Nevolanda Sampaio et al. Teses Doutoriais de Titulados pela Faculdade de Medicina da Bahia, de 1840 a 1928. *Gazeta Médica da Bahia*, 74(1):Jan-Jun:9-101, 2004.

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. *Arquivos de Oncologia*, v. 3, n. 1, 1958, p. 50-55.

O CÂNCER – Boletim de divulgação da Liga Baiana Contra o Câncer, ano 2, n.º 2, maio de 1959.

OZÓRIO, A. J. *Signaes pelos quaes se póde reconhecer o cancro do utero e o diagnostico diferencial entre as ulcerações e o cancro do mesmo órgão*. These apresentada, e sustentada, no dia 16 de novembro de 1843 perante o jury da Faculdade de Medicina da Bahia no concurso para o lugar de substituto da secção cirúrgica. Salvador: Typ. de Epifanio, 1843.

RESULTADOS longínquos do tratamento do cancro do uterino pela hysterectomia abdominal. *Gazeta Medica da Bahia*, 39:560; 40:71-74, 1908.

RIBEIRO, Galdino da Silveira Magalhães. Da lueta contra o cancer do utero (Cadeira de Clinica Ginecológica). These apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia em 4 de outubro de 1916, afim de obter o grao de Doutor em Medicina. Bahia: Secção de Obras da “Revista do Brasil”, 1916.

ROSENBERG, Charles E. *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press: 1992.

_____.The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *The Milbank Quaterly*, Oxford, UK, v. 80, n. 2, p. 237-60, 2002.

ROWNTREE, C. L'Union Internationale Contre Le Câncer. *The British Medical Journal*, London, v. 2, n. 3850, p. 742, Oct. 20, 1934, p. 742. Disponível em: http://www.uicc.org/index.php?option=com_content&task=view&id=15975&Itemid=339. Acessado em: 12 jul. 2010.

SAMPAIO, Consuelo Novais. *70 Anos de lutas e conquistas: Liga Bahiana Contra o Câncer*. Salvador: LBCC: 2006.

SARDENBERG, Cecília M. B. Estudos feministas: um esboço crítico. In: AMARAL, Célia (org.), *Teoria e Práxis dos Enfoques de Gênero*, Salvador; Fortaleza: REDOR: NEGIF: 2004, p.17-40.

SILVEIRA, Agnaldo da. Câncer do colo uterino e seu tratamento pelas irradiações – primeiros resultados do Hospital Aristides Maltez. *Arquivos de Oncologia*, v. 1, n. 1, 1956, p. 7-22.

SOIHET, Rachel; PEDRO, Joana Maria. A emergência da pesquisa da história das mulheres e das relações de gênero. *Rev. Bras. Hist.*, São Paulo, v. 27, n. 54, Dec. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-01882007000200015&lng=en&nrm=iso>. Access on 19 Sept. 2012.

TEIXEIRA, Luiz Antônio; Löwy, Ilana. Imperfect tools for a difficult job: Colposcopy, colpocytology and screening for cervical cancer in Brazil. *Social Studies of Science*, v. 1, n. 41, 2011, p. 585-608.

TEIXEIRA, Luiz Antônio; 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.

*Recebido em julho de 2014
Aprovado em setembro de 2014*