

A LUTA CONTRA O CANCRO EM PORTUGAL. ANÁLISE DO PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA*

Hélder Raposo **

Resumo:

Este artigo resulta de um trabalho de investigação realizado no âmbito da tese de licenciatura em Sociologia¹, e nele se pretende dar conta dos resultados empíricos sobre o processo de institucionalização do Instituto Português de Oncologia (IPO). Através de um exercício de enquadramento histórico-sociológico sobre a emergência do cancro como uma doença socialmente representada como o mal absoluto, e tendo como uma das principais plataformas teóricas o construtivismo fenomenológico, procurar-se-á compreender de que modo o cancro se cristalizou como um dos mais graves problemas de Saúde Pública das sociedades contemporâneas, analisando para o efeito o caso concreto de Portugal, através da análise do processo de institucionalização do IPO, ocorrido, tal como em outros contextos, no dealbar do século XX.

Palavras-chave: Cancro, construção social da realidade, institucionalização, representações sociais, sociologia das profissões.

Introdução

A doença, enquanto “fenómeno social total”, é uma realidade complexa que, de modo algum, é passível de ser esgotada por uma única abordagem disciplinar. Esta constatação decorre daquela que é, porventura, uma das mais lapidares e emblemáticas considerações de Marcel Mauss sobre o exercício de interpretação e explicação dos fenómenos sociais, e serve, neste trabalho, o propósito de nos demarcarmos de preconceitos intelectuais que tendam a resvalar para posicionamentos autistas sobre o estatuto de

* Uma versão anterior deste artigo foi objecto de diferentes discussões. Agradeço os comentários e as sugestões de Carlos Miguel Ferreira, Helena Jerónimo, José Luís Garcia e Manuel Silvério Marques. Procurei incorporar os vários contributos dados, porém o resultado final é da minha exclusiva responsabilidade.

** Mestrando em Comunicação, Cultura e Tecnologias de Informação no ISCTE. Assistente na Escola Superior de Tecnologias de Saúde de Lisboa/IPL. Endereço electrónico: helder.raposo@sapo.pt

autoridade científica no exercício de conhecimento da realidade. Pretende-se com isto dizer que, não obstante a doença ser um fenómeno passível de múltiplas abordagens, nomeadamente as de natureza clínica, é possível submetê-la (doença) a modelos heurísticos específicos sem que isso signifique algum tipo de colisão ou subtracção relativamente a outros modelos que privilegiem diferentes modos de equacionar os seus objectos, os seus problemas, os seus quadros conceptuais, etc.

Neste sentido, e convocando a abordagem sociológica para este trabalho, importamos, neste caso, indagar acerca das significações sócio-culturais subjacentes à doença, de modo a melhor interpretarmos as configurações que esta assume, não só ao nível das suas representações sociais, como da própria arquitectura institucional que a suporta e a legitima socialmente.

Deste ponto de vista, podemos, portanto, considerar que a doença, enquanto produto de diferentes construções sociais, desmultiplica-se e fragmenta-se numa pluralidade de discursos, conhecimentos e práticas, cuja interpretação sobre a sua origem e sobre as respostas terapêuticas adequadas nos induz a inferir que esta se inscreve em universos de significação diversificados que veiculam determinadas representações do mundo e da ordem social. Contudo, e não obstante a sociedade ser transversalmente marcada por um pluralismo etiológico e terapêutico² – mesmo no seio da própria Medicina e no conhecimento dito comum –, podemos identificar com relativa nitidez quais as tendências que configuram o protagonismo dos saberes e dos poderes relativamente à doença.

Efectivamente, ao longo dos últimos dois séculos, tem-se tornado particularmente visível a centralidade da profissão médica no que diz respeito ao fenómeno da doença, na medida em que cada vez mais problemas têm sido reinterpretados à luz da medicina, o que traduz a crescente importância da sua perspectiva e da sua acção num contexto favorável ao reconhecimento da sua legitimidade e autonomia³. Este progressivo resgate de autoridade transparece nas trajectórias de apropriação de áreas de conduta anteriormente controladas por outras instituições, tais como a Religião e o Direito⁴, e coloca a Medicina como uma das mais importantes instituições de controlo social na nossa contemporaneidade. Deste modo, o resultado evidente desta peculiar reconfiguração tem sido a crescente identificação do desvio com os problemas de saúde, o que só vem corroborar a ideia de que a Medicina tem conseguido alargar o âmbito das suas interpretações a um número cada vez maior de problemas e fenómenos que, dessa forma, passam a entrar na ampla categoria de doença. Numa palavra, podemos, pois, considerar que a Medicina tem contribuído de maneira decisiva para a afirmação da saúde como um dos valores mais centrais e estruturantes das sociedades modernas ocidentais, ao mesmo tempo que lhe vai definindo os seus contornos sob um ponto de vista que é cada vez mais hermético e esotérico para todos aqueles que, por ausência de uma competência técnica altamente especializada, são considerados como leigos.

No que concerne ao caso particular do cancro, interessar-nos-á compreender de que modo este panorama, marcado por uma crescente legitimidade e credibilidade das definições e interpretações médicas de desvio, se repercutiu naquilo que foi a emergência da luta contra o cancro em Portugal. Analisaremos, para esse efeito, o processo de

institucionalização do IPO, pois este atesta de modo esclarecedor o poder social da profissão médica que, como se procurará evidenciar, assumiu um papel soberano na imposição e definição dos contornos do cancro como flagelo social. Deste modo, se por um lado este singular protagonismo social da profissão médica foi decisivo para a emergência da luta contra o cancro em Portugal, por outro lado, a consolidação deste processo, nomeadamente através da institucionalização do IPO, veio reforçar a legitimidade social dos especialistas nele envolvidos, ao ponto de lhes ser conferida uma dimensão missionária e abnegada que os sacralizou como homens de excepcional humanidade e de desinteressado génio e pioneirismo.

A emergência do cancro como flagelo social

Ao reconstituirmos o contexto histórico que configurou o cancro como um grave problema social das sociedades modernas, rapidamente nos damos conta que este traduz as diferentes etapas de um bem sucedido processo de construção social, onde o papel de determinados agentes e instituições foi decisivo na cristalização dos contornos daquilo que hoje entendemos por esta doença. De facto, ao procurarmos identificar uma causalidade responsável pela emergência do cancro como um problema social grave, verificamos, por um lado, que esse processo é marcado por um movimento social específico – são fundamentalmente as diferentes camadas da classe social dominante (médicos, aristocratas, políticos, etc.) as responsáveis pela produção de categorias sociais relativamente a esta doença –, e por outro, por transformações objectivas muito concretas – como por exemplo o aumento da esperança média de vida, que faz com que um maior número de pessoas se encontre susceptível à manifestação deste tipo de doença, e a evolução da mortalidade e suas causas reveladas pelas estatísticas –, que no seu conjunto concorrem para dar visibilidade a este fenómeno enquanto problema social. Nesse sentido, se é verdade que na sua génese há uma diversidade de factores que despoletam a emergência do cancro na categoria dos problemas sociais graves, o que importa no entanto sublinhar, é que este apenas se torna como tal mediante aquilo que podemos considerar um trabalho social específico e que compreende, no seu essencial, duas etapas que são decisivas para compreendermos a sua efectiva emergência, a saber, aquilo que Remi Lenoir designa de *reconhecimento* e de *legitimação*.

Segundo este autor, o reconhecimento torna “visível uma situação particular, torna-a, como se diz, «digna de atenção», pressupõe a acção de grupos socialmente interessados em produzir uma nova categoria de percepção do mundo social a fim de agir sobre o mesmo”⁵, ao passo que a legitimação “pressupõe uma verdadeira operação de promoção para inseri-lo (problema) no campo das preocupações «sociais» do momento.”⁶

Com efeito, e como decorre do atrás exposto, podemos, então, inferir que o cancro, mais do que um problema que subitamente se afirma em determinada configuração social, acaba por ser o reflexo de um trabalho social contextualmente específico, onde estão envolvidos actores sociais (representantes de um grupo social, de uma causa im-

plicitamente partilhada, etc.) culturalmente favorecidos que dão expressão pública e explicitam determinado fenómeno ou realidade enquanto problema que pretendem que seja socialmente contemplado. Neste sentido, portanto, é decisivo perceber a importância das forças sociais envolvidas na imposição de determinado problema nos debates públicos, pois só dessa forma se tornam nítidos os contornos do processo de construção social a que aludimos, e que no caso do cancro em particular, será protagonizado por grupos e instituições específicas. O corolário de todo este processo é, enfim, a consagração estatal, pois tem o significado de um reconhecimento oficial de um problema social pelas instâncias estatais, o que confere uma legitimidade reforçada e uma garantia de autonomia absoluta indispensáveis para que determinada instituição possa ser soberana e proferir com autoridade os pareceres que julga adequados em relação ao problema que justifica a sua acção e a sua própria existência. Os discursos das instituições passarão a ser, na expressão de Remi Lenoir, uma espécie de senso comum erudito cuja a autoridade é incontestável, na medida em que, presumivelmente, toda a sua acção e todo o seu trabalho se esgotam numa só matéria, num só problema social.

Ancorando a análise na própria evolução da Saúde Pública, verificamos que este processo de construção social só se torna evidente a partir do início do século XX, altura em que as doenças epidémicas deixam de ser a principal preocupação das instâncias e dos organismos com responsabilidades em questões sanitárias, em virtude de um conjunto de mutações que reconfiguram a própria distribuição da doença e a sua consequente percepção social.

Como nos mostra Thomas McKeown⁷, o não reconhecimento das doenças não transmissíveis – ou “doenças da abundância” como o próprio designa – na saúde humana até ao início do século XX, deve-se, por um lado, à própria brevidade da vida humana, e por outro, à predominância das doenças infecciosas. Segundo este autor, a emergência das doenças não transmissíveis – enganosamente tidas como exclusivamente modernas –, deve-se ao facto de a saúde humana estar a sofrer transformações em consequência das profundas alterações nas condições de vida. A constatação que decorre deste novo panorama dos problemas da saúde humana é, por um lado, a de que a constituição genética humana é hoje quase a mesma de há cem mil anos, ao contrário das condições de vida que estão hoje profundamente modificadas e, portanto, desadequadas face a esse arsenal genético. Por outro lado, a descoberta, pela ciência médica, da natureza das doenças infecciosas fez com que estas declinassem vertiginosamente, deixando de ser um risco efectivo ao bem-estar das populações. E por fim, a de que a maior parte das doenças não transmissíveis também tem origem em modificações ambientais e de comportamentos ligados a práticas específicas das sociedades modernas industrializadas (consumos, alimentação, vida sedentária, etc.)⁸.

Com efeito, uma das condições essenciais que, no conjunto das transformações enunciadas, concorreram de forma determinante para a visibilidade das doenças não transmissíveis, tal como é o caso do cancro, foi, sobretudo, o aumento da esperança média de vida das populações – circunstância que potencia a manifestação deste tipo de doenças, pois em regra elas verificam-se em idades mais avançadas –, mas também, e este é

um factor muito relevante, as próprias estatísticas que se tornaram mais precisas e rigorosas no que às causas subjacentes à evolução da mortalidade diz respeito. Estas transformações objectivas, aliadas ao facto do conhecimento sobre o cancro se tornar gradualmente mais rigoroso⁹, são, pois, etapas decisivas para que o cancro deixe de ter um estatuto marginal e ambíguo nas preocupações sociais, tornando-se, em contrapartida, um dos problemas sociais que de forma mais lapidar afronta as sociedades modernas.

No que diz respeito à percepção social desta doença, importa referir que não obstante esta remontar, pelo menos, ao saber médico hipocrático, a verdade é que, tal como nos fazem notar Claudine Herzlich e Janine Pierret¹⁰, persistem dificuldades em apresentar uma história da doença cancro, as quais são responsáveis pela cristalização da ideia de que esta é uma doença sem passado; somente do presente. Neste sentido, portanto, o cancro é, no imaginário colectivo, a metáfora por excelência das desordens e dos conflitos sociais actuais.

Efectivamente, ao nível da sua percepção social, o cancro manteve um estatuto de relativo anonimato que pouco ou nada se alterou ao longo do tempo, dado que nunca foi mais do que um mal terrível e atroz que colhia fatalmente alguns desafortunados. De facto, só muito tardiamente – início do século XX, com pontuais excepções que remontam ao século XIX, tal como é o caso de França em que aparece uma instituição votada exclusivamente aos cuidados dos cancerosos incuráveis (“L’Oeuvre du Calvaire”) – é que a imagem do cancro adquire a dimensão social de um mal absoluto que o torna um verdadeiro flagelo aos olhos daqueles que ocupam os lugares de decisão na sociedade. Quer isto, portanto, dizer, que essa dimensão social só é adquirida a partir do momento em que o cancro é apropriado por um discurso público que vai começando a moldar as suas representações em torno da ideia perturbadora da morte colectiva.

Com efeito, e analogamente ao que aconteceu em relação à emergência e consequente institucionalização da consciência sanitária que marcou de forma indelével o perfil da Moderna Saúde Pública¹¹, também em relação à luta contra o cancro podemos verificar que são grupos sociais específicos, nomeadamente os médicos, quem primeiramente irá definir o cancro como uma prioridade governativa ao nível da saúde das populações.

Assim sendo, e ainda que na sua génese possam ser identificadas algumas preocupações de índole filantrópica ou caritativa, a verdade é que desde muito cedo a definição de estratégias e dos mecanismos de luta contra uma ameaça tida como específica das sociedades modernas é monopolizada pelos médicos que, em virtude de transformações relativamente profundas no seio do seu próprio campo, se afirmam com uma redobrada legitimidade social para se apropriarem de uma matéria que pela sua especificidade escapa às acções “clássicas” da higiene social. Como suporte de argumentação, são convocados para este trabalho de construção da representação do cancro como flagelo, não tanto os critérios demográficos – pelo menos no seu início, na medida em que o contexto histórico da época era marcado por um esforço de concorrência bastante grande com outras doenças que concentravam a atenção dos poderes públicos, como por exemplo a tuberculose –, mas sim a ideia de se tratar de uma doença distinta e es-

pecífica. Como nos mostra Patrice Pinell¹², essa especificidade prendia-se com a progressão regular da sua incidência, alheia a movimentos de refluxo tal como se processava em relação às doenças infecciosas; com a transversalidade da sua distribuição, dado que ao contrário das doenças suas “concorrentes”, esta manifestava-se de forma indistinta entre pobres e ricos, sendo por isso uma preocupação para toda a sociedade; com os dilemas morais colocados perante uma doença tida consensualmente como trágica; com as degradações corporais infligidas em fases adiantadas e irreversíveis da doença; e por fim, com o carácter de doença universal que atravessa a história e acompanha a humanidade e que deve ser erradicada de vez.

Esta lógica de distinção subjacente à doença, assim como a retórica de combate que lhe surge associada, vai sendo gradualmente sedimentada, à medida em que a própria medicina vai assumindo um renovado protagonismo baseado em novas competências que lhe conferem uma autoridade cada vez mais soberana e circunscrita às suas fronteiras esotéricas. Aliás, se procurarmos compreender esta questão do advento e do crescente protagonismo da profissão médica à luz daquilo que na literatura sociológica está consagrado como o “paradigma do poder”¹³, facilmente nos damos conta dos processos que estão na base da legitimidade e do poder social de determinada profissão ou ocupação nas suas respectivas áreas de incidência. Nesse sentido, o poder social define-se – tal como é sublinhado, no essencial, pelas diferentes abordagens teóricas deste paradigma – “pela capacidade de transformação de determinada ordem de recursos (cognitivos, políticos, relacionais/organizacionais, culturais e ideológicos) numa outra ordem (acesso privilegiado ao mercado, autonomia sobre o trabalho, controlo sobre o acesso à profissão e outros privilégios profissionais), que no seu conjunto constituem áreas de incidência do poder profissional, mas também recurso de manutenção e alargamento desse mesmo poder.”¹⁴

De facto, o que se pretende dizer com isto é que o cancro acabou por funcionar como um excelente pretexto para a medicina reconfigurar o seu próprio perfil, deixando de ser apenas uma “arte de curar”, para se tornar numa prática científica altamente técnica e especializada¹⁵. Aliás, os primeiros sucessos terapêuticos da medicina relativamente a uma doença da qual se desconhece a sua exacta etiologia, e que por isso coloca enormes desafios à ciência, foram determinantes para projectar a sua autoridade social para um patamar de prestígio bem singular.

Com efeito, esta assunção da medicina “moderna” é fortemente marcada pelos avanços operados ao nível da terapêutica, nomeadamente da cirurgia que se assume como uma prática em meteórica ascensão devido às possibilidades de resposta que oferece na cura do cancro. Em paralelo com outras inovações terapêuticas, em particular a Radioterapia e os Raios X, a cirurgia afirma-se como a prática com mais visibilidade e capacidade de resposta numa área (cancerologia) que passa a representar a vanguarda da ciência, tal não é a relação de estreita dependência que assume relativamente aos avanços e progressos da tecnologia.

Neste sentido, portanto, compreende-se a trajectória de uma crescente e incontestada legitimidade social da medicina, que passa a ser reconhecida como a úni-

ca instituição capaz de dar resposta aos desafios colocados por um problema tido como terrivelmente ameaçador da vida da humanidade, circunstância que passa a justificar avultados investimentos dos poderes públicos, nomeadamente no domínio da biologia experimental. De facto, perante a dimensão escatológica da cura e da conquista da ciência sobre a própria morte, a medicina torna-se, inquestionavelmente, o único “subuniverso de significação” com legitimidade social para se inteirar de todos os problemas referentes à saúde e à doença, o que significa que os seus profissionais se tornam detentores de um grande poder social que os consagra como *experts* a quem se reconhece autoridade para definirem a melhor maneira de resolver os problemas¹⁶.

Deste ponto de vista, e tendo em linha de conta que “os membros das profissões não constituem um agregado homogéneo, mas sim diferenciado por especialistas, segmentos, circunstâncias de prática profissional, por diferentes posições na hierarquia interna, pela sua relativa proeminência cultural, política e intelectual dentro da profissão e fora dela, como líderes, etc., e que essas diferenças corporizam-se, muitas vezes, em associações separadas ou em segmentações no interior de associações existentes”¹⁷, compreende-se, então, que tenham sido os cirurgiões, pelas razões já enunciadas, aqueles que assumiram maior protagonismo social no seio da medicina, pois eles representavam a vanguarda científica de uma prática profissional cada vez mais sofisticada e especializada. Dito de outro modo, o crescente protagonismo dos cirurgiões no âmbito da profissão médica, traduz de forma lapidar a passagem de um paradigma assistencialista para um paradigma positivista da medicina, ou seja, para um paradigma que podemos designar de organicismo redutor, – na medida em que a sua lógica específica consiste unicamente na localização e reparação das lesões orgânicas, – e que irá marcar de modo decisivo o próprio perfil do IPO enquanto instituição hospitalar especializada numa patologia “complexa”¹⁸.

Com efeito, e tendo em linha de conta esta importante reconfiguração do próprio campo médico, torna-se mais fácil compreender a tendência que se generaliza ao nível dos investimentos públicos para o combate desta doença. Numa conjuntura marcada por uma crescente cumplicidade entre os poderes públicos e a medicina, a tônica passa a ser posta num forte investimento em centros de tratamento especializado, – onde a tecnologia desempenha um papel determinante – o que traduz o reforço de autoridade e legitimidade social destes especialistas a quem é delegada, por essa mesma razão, a responsabilidade de organizar os métodos e as formas mais eficazes no tratamento da doença. Essas formas – que gozam de um consenso internacional notável – são, fundamentalmente, o reforço da investigação, a organização do diagnóstico precoce, a luta contra tudo o que é considerado charlatanismo pela medicina, etc., e constituem parte de uma estratégia que se vai ampliando a uma escala supranacional cujo corolário óbvio é a criação de estruturas e organizações internacionais que procuram promover a coordenação dos esforços na luta contra o cancro, tal como foi o caso da criação da União Internacional Contra o Cancro em 1934.

Mas de tudo isto, que de resto só vem corroborar a ideia de que, ao nível das representações sociais, o cancro se torna a partir de certa altura um mal absoluto nas socieda-

des modernas, o que importa para já destacar é a questão das especializações hospitalares e da crescente tecnicidade da medicina que se revelaram decisivas para o protagonismo e para a autoridade dos diferentes grupos sociais implicados na luta contra o cancro. O lugar de destaque ocupado pela medicina – detentora dos recursos cognitivos fundamentais para produzir e utilizar os constantes aperfeiçoamentos terapêuticos – permitiu-lhe, desde cedo, fazer exigências no sentido de melhorar as suas estruturas institucionais de modo a garantir respostas eficazes ao cada vez mais “complexo” problema do cancro. Assim sendo, e não obstante ser possível reconhecer a existência de eventuais lógicas contraditórias e controversas na própria génese do processo de desenvolvimento da luta contra o cancro¹⁹, o que nos interessará compreender, para lá destes traços gerais sinteticamente assinalados, é a especificidade do caso português, isto é, procuraremos reconstituir, sob um ponto de vista simultaneamente histórico e sociológico, o processo de institucionalização do IPO, pois ele é a face visível e o testemunho objectivo daquilo que foi, e continua a ser, a luta contra o cancro em Portugal. Procuraremos, em suma, identificar e compreender quais as razões e, fundamentalmente, quais os protagonistas que estiveram subjacentes a esse processo de institucionalização, pois foram estes actores sociais que construíram, num contexto que não deixará de ser especificado, a realidade social no que ao cancro diz respeito.

A luta contra o cancro em Portugal: a institucionalização do IPO

Os primeiros esboços da luta contra o cancro em Portugal, independentemente das particularidades que a caracterizam, enquadram-se, antes de mais, numa nova orientação da saúde pública à escala internacional. Com efeito, é a partir dos finais do século XIX e início do século XX que se começam a delinear estratégias e políticas de luta contra o cancro nos países dito civilizados de então – fundamentalmente a Europa e o continente Americano –, circunstância que atesta as profundas alterações ao nível da percepção social da doença. A partir de então, e assumindo a forma de uma tendência generalizada, assiste-se a uma reconfiguração do problema cancro que ganha, nesse sentido, uma dimensão social até então desconhecida.

De facto, desde muito cedo (início do século XX), ou seja, desde que o problema do cancro começa a ganhar visibilidade e, conseqüentemente, a ser apresentado pelos grupos sociais dominantes, em particular os médicos, como problema social, que são postas em prática medidas que visam avaliar e combater uma doença que rapidamente ganha, no plano das representações sociais, um estatuto de “malignidade absoluta”. Datam, portanto, do início do século XX, as primeiras investigações epidemiológicas com o forte apoio dos poderes públicos, e a criação dos primeiros centros de tratamento especializado, que correspondem a práticas concretas que se irão generalizar com um extraordinário consenso a todos os países que, de uma maneira ou de outra, estabelecem como prioridade, no âmbito da saúde pública, a luta contra o cancro. Aliás, essa relativa harmonização de políticas e de práticas é o reflexo da dimensão do flagelo nas sociedades modernas, que desde logo o colocam numa escala internacional, como o

comprova a criação, em 1925, de uma comissão do cancro por parte da Sociedade das Nações (SDN), com o objectivo desta coordenar os esforços das Ligas contra o cancro que se iam multiplicando no vários países que dela faziam parte.

O caso português é, a esta luz, paradigmático, na medida em que as primeiras manifestações e as primeiras tentativas de uma institucionalização da luta contra o cancro são todas no sentido de se integrarem nesta tendência. Se é verdade que não cabe a Portugal o mérito de ser um dos primeiros países a desenvolver políticas e mecanismos de luta contra esta doença, a verdade é que as primeiras tentativas esboçadas nesse sentido, malgrado a sua não imediata concretização, comprovam, pelo menos em termos de preocupação social de uma parcela da profissão médica portuguesa – alguns dos mais prestigiados médicos e cirurgiões da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa –, uma contemporaneidade relativamente às experiências pioneiras que se iam concretizando nalguns países estrangeiros, como por exemplo, em França, EUA, Alemanha, etc.

É, portanto, neste contexto, que podemos destacar o papel pioneiro de Azevedo Neves que, enquanto secretário de uma comissão nomeada em 1904 para o estudo do cancro, desenvolve importantes trabalhos para o conhecimento da doença em Portugal. De facto, é integrado nessa comissão, à qual preside o Prof. Ferraz de Macedo, que Azevedo Neves apresenta, em 1906, um relatório sobre a epidemiologia da doença oncológica em Portugal, o que constituiu, na época, um importante avanço para o efectivo conhecimento da expressão da doença em contexto nacional. O seu trabalho mereceu grande atenção e destaque, nomeadamente na exposição do Congresso da Sociedade Internacional de Cirurgia em Bruxelas no ano de 1908, onde foram afixados alguns dos seus resultados, e constitui, sem dúvida alguma, um marco de referência na história da luta contra o cancro em Portugal, na medida em que apesar de ter havido, entre 1900 e 1901, uma primeira tentativa de instalação de um centro anticanceroso no Instituto Bacteriológico Câmara Pestana com o apoio do Prof. Annibal Bettencourt, a verdade é que é o relatório epidemiológico deste médico que constitui o documento fundador para aquilo que foram os desenvolvimentos subsequentes.

Seguindo de perto algumas das principais orientações decorrentes do estudo de Azevedo Neves, destacamos o papel de Francisco Gentil que desde 1906, altura em que passa a integrar a referida comissão para o estudo do cancro, enceta uma trajectória de afirmação no estudo da oncologia que o tornará uma referência incontornável para a compreensão da história da luta contra o cancro em Portugal. Como veremos, essa trajectória de gradual afirmação corresponderá a um trabalho de pressão que se traduzirá em pequenas conquistas até 1923, altura em que obtém a necessária consagração estatal para a criação do Instituto Português para o Estudo do Cancro, a expressão embrionária daquilo que viria a ser, poucos anos depois, o Instituto Português de Oncologia.

Procurando sistematizar em termos analíticos as diferentes etapas históricas que marcaram o processo de institucionalização do IPO, podemos identificar, com base nas considerações de Remi Lenoir sobre a génese de um problema social, três momentos precisos que nos ajudam a dar conta das conquistas e vicissitudes inerentes ao trabalho de afirmação do cancro como problema social em Portugal.

O primeiro desses momentos corresponde ao período compreendido entre 1906 e 1923²⁰, pois é nesse lapso de tempo que Francisco Gentil emerge na figura de um notável cirurgião que impõe os seus planos prospectivos como prioridades a serem materializadas no âmbito de uma saúde pública que se pretendia contemporânea da vanguarda científica e organizativa já amplamente testemunhada nalguns dos principais países do tão orgulhosamente apregoadado “mundo civilizado”²¹. Esse período corresponde, portanto, a uma fase em que Francisco Gentil desenvolve uma intensa actividade distinguida pelo reconhecimento dos seus pares, nomeadamente no que diz respeito às suas competências enquanto médico-cirurgião. Aliás, e dando continuidade a uma trajectória repleta de louvores e de prémios – enquanto estudante obteve 8 prémios escolares –, Francisco Gentil cedo assume grandes responsabilidades e lugares de evidente destaque, tal como o de demonstrador da secção cirúrgica e director do teatro anatómico em 1905, apenas com 27 anos; o de 1º secretário da Sociedade de Ciências Médicas em, 1906; o de vogal do Concelho Médico-legal em 1910; o de lente proprietário de Medicina Operatória no Hospitalar Escolar de Santa Marta em 1911, o de Director do Hospital de S. José e de Enfermeiro-Mor dos Hospitais Cívicos em 1912; o de Director da Faculdade de Medicina de Lisboa em 1915; etc.

Pela exposição sumária do seu *curriculum*, compreende-se facilmente que Francisco Gentil não teve grandes dificuldades em se afirmar no panorama da medicina da época, pois a sua carreira conferia-lhe o protagonismo suficiente para que pudesse conquistar uma posição de destaque num meio de grande ecletismo e prestígio social. Foi, aliás, o seu próprio prestígio que lhe permitiu integrar em 1906 a já referida Comissão para o Estudo do Cancro, sendo essa data um dos momentos mais decisivos, pois é a partir daí que Francisco Gentil se empenha de forma bastante intensa no estudo da doença e no desejo de definir uma estratégia de luta contra aquilo que ele próprio ajudaria a definir como grave flagelo social. Assumindo-se como um “especialista benévolo” detentor de um elevado capital científico e simbólico²², Francisco Gentil, juntamente com outros colaboradores que o acompanharam desde o início do seu projecto – entre os quais Mark Athias, Henrique Parreira, Bénard Guedes e Luís Simões Raposo; todos eles especialistas de grande autoridade científica em diferentes áreas de investigação médica com uma crescente visibilidade, como por exemplo, a Anatomia Patológica, a Cirurgia e a Radiologia – conseguem impor nos debates e nas preocupações públicas de então o problema do cancro que, pela “evidente” perigosidade demonstrada por este grupo de especialistas, se torna um grave problema social, logo uma nova prioridade no âmbito da saúde pública. Enquanto “empresário moral”²³, – entendido aqui como aquele que consegue influenciar a opinião pública e os planos de acção política acerca de determinada doença que procura (re)definir enquanto especialista –, Francisco Gentil adquire uma legitimidade social incontestada, na medida em que se assume como o principal obreiro de um empreendimento humanitário que visa debelar o “terrível flagelo”, e dessa forma, minorar o sofrimento humano. Este espírito de cruzada humanitária, para além da grande legitimidade social que confere à luta contra o cancro, permite aos seus protagonistas obter uma absoluta autonomia na definição das estraté-

gias e das orientações de semelhante empreendimento, o que significa que o trabalho de legitimação social do seu projecto de luta contra o cancro é assumido em exclusivo pelos próprios médicos que definiram o problema nos moldes em que passou a ser representado socialmente.

Contudo, e utilizando ainda estas referências cronológicas, parece ser o ano de 1911, aquele que realmente foi decisivo para o arranque da luta contra o cancro, na medida em que é nesse ano que consegue pôr em prática um serviço clínico para cancerosos no Hospital Escolar de Santa Marta. A este respeito, tal como nos mostra um dos seus principais colaboradores, Luís Simões Raposo,

“Em 1911 (...), Dr. Francisco Branco Gentil, regressado duma comissão de serviço no estrangeiro onde esteve estudando os progressos realizados no diagnóstico e tratamento do cancro, foi nomeado, em comissão gratuita, juntamente com o então Professor da Faculdade de Medicina de Coimbra, Dr. João Emílio Raposo de Magalhães, para estudar o problema do cancro, sendo-lhe confiado pela Faculdade de Medicina de Lisboa um serviço clínico e uma consulta, especiais para cancerosos no Hospital Escolar de Santa Marta.”²⁴

A partir desta altura, todas as conquistas da sua carreira profissional passam a constituir um importante capital que ele não hesitará em procurar rentabilizar, no sentido de ver concretizados os seus projectos no que à luta contra o cancro diz respeito. Este período, que culmina com a consagração estatal do cancro como problema social em 1923, corresponde, assim, a uma fase em que Francisco Gentil e os seus mais directos colaboradores desenvolvem um verdadeiro trabalho de pressão e expressão pública do problema junto dos sectores socialmente influentes da época. De facto, o prestígio social da medicina permitiu que estes intermediários, cultural e socialmente favorecidos, desempenhassem a função de porta-vozes, pois ao representarem a causa da luta contra o cancro, eles contribuíram de forma decisiva para a sua explicitação e para a sua discussão no cenário dos debates públicos de então.

Enquanto protagonistas de grande autoridade científica, Francisco Gentil e os seus colaboradores, vão gradualmente evocando e impondo, nem sempre com resultados imediatos, o problema do cancro nas prioridades da saúde pública. São eles que desempenham o papel decisivo de atribuir a formulação pública ao problema, algo que encontra as suas primeiras raízes nos anos de 1907-1908, altura em que se organizam, na Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, uma série de conferências sobre o cancro.

Quanto às especificidades do processo de consagração estatal, verificamos que não obstante a crescente legitimidade social reconhecida aos constantes esforços e conquistas da luta contra o cancro, o factor realmente decisivo para a consumação desta etapa foram as diligências e a acção de um dos mais directos colaboradores de Francisco Gentil, Luís Simões Raposo, que conseguiu levar junto dos poderes públicos, em particular junto do Ministro de Instrução Pública de então, António Sérgio, a visão de um problema por parte de um conjunto de “agentes socialmente reconhecidos como competentes

para examinar sua natureza e propor soluções aceitáveis”²⁵. A autoridade e a verosimilhança reconhecida à apresentação do cancro como problema social, levou, portanto, os poderes públicos a subscreverem semelhante formulação do problema e a consagrá-lo estatalmente, fazendo-o entrar nas prioridades da acção governativa²⁶. Como nos mostra Remi Lenoir, “é por um processo de consagração estatal que determinados problemas da vida particular e apenas tematizados são transformados em problemas sociais que exigem soluções coletivas, muitas vezes sob a forma de regulamentações gerais, direitos, equipamentos, transferências económicas. Tais soluções são elaboradas, quase sempre, por “especialistas” benévolos ou profissionais. Uma das fases essenciais da constituição de um problema como problema social é justamente seu reconhecimento como tal pelas instâncias estatais”²⁷.

Assegurado o reconhecimento estatal do cancro como problema social e garantido o apoio dos poderes públicos na criação do Instituto Português do Cancro (designação usada até 1930, altura em que é substituída por Instituto Português de Oncologia, o que só vem corroborar o que atrás foi dito sobre o advento do paradigma positivista, na medida em que com esta mudança de designação se reforça a ideia de que a Medicina se torna altamente especializada), consolida-se o processo de institucionalização da luta contra o cancro em Portugal, passando a ser o IPO o organismo por excelência na definição da própria percepção social da doença, pois foi esta instituição a responsável pela fixação das categorias através das quais o cancro passou a ser representado socialmente. Ao tornarem “evidente” a percepção social do cancro como flagelo, Francisco Gentil e os restantes responsáveis pelo IPO concorreram de forma determinante para objectivar a realidade que eles próprios “criaram”, pois foram estes actores quem definiram a nova ordem institucional. Assim, enquanto «actores que efectuam uma tipificação recíproca de acções habituais», é a este conjunto de médicos que é imputável a institucionalização da luta contra o cancro em Portugal, que a partir de então ganha uma facticidade objectiva inegável, na medida em que se opera aquilo que Berger e Luckmann chamam de “objectivação do mundo institucional”. Segundo estes autores semelhante processo traduz o estabelecimento de padrões previamente definidos de conduta (tipificação) que passam a controlar com uma eficácia fáctica extremamente forte determinado segmento da actividade humana. Em termos mais precisos, falar da objectividade do mundo institucional significa, segundo os autores referidos, que “experimentam-se as instituições como se possuíssem realidade própria, realidade com a qual os indivíduos se defrontam na condição de fato exterior e coercitivo”²⁸, ou seja, as instituições objectivadas afiguram-se e são vistas como dadas, inalteráveis e evidentes; o mundo institucional é, assim, experimentado como realidade objectiva.

Com efeito, e uma vez assim definida a realidade por este grupo de indivíduos concretos, do qual se destaca Francisco Gentil, passará a ser socialmente consensual reconhecer no IPO a instituição por excelência na luta contra o cancro em Portugal. Aliás, essa luta é vista como sinónimo e esgota-se nesta instituição que congrega em si toda a autoridade, todos os meios e todo o conhecimento acumulado sobre tudo o que diga respeito ao cancro em Portugal. Enquanto único e incontestado epicentro de todo

o empreendimento da luta contra o cancro, é, então, “natural” que tudo o que diga respeito a esta doença passe invariavelmente, de uma maneira ou de outra, pelo IPO, ou seja, no que ao cancro diz respeito a sua legitimidade social é hegemónica e inquestionável; tudo começa e tudo acaba sob a jurisdição desta omnipresente instituição na luta contra o flagelo social.

Relativamente à segunda fase histórica que importa destacar, ela reporta-se ao período de tempo compreendido entre 1923 e 1927, no qual se efectiva a consolidação da consagração estatal, isto é, dota-se o Instituto Português para o Estudo do Cancro com os meios financeiros indispensáveis para concretizar os seus projectos, mas, principalmente, para poder assumir o controlo na definição da estratégia da luta contra o cancro em Portugal.

Efectivamente, durante este curto período de tempo, o então chamado Instituto Português para o Estudo do Cancro continua a funcionar, em regime tido como provisório nas instalações do Hospital Escolar de Santa Marta, o que é tido como incompatível com a ambição dos projectos que Francisco Gentil ia continuamente concebendo. É de certa maneira um período de alguma impaciência e ansiedade, dado que a exiguidade dos meios e dos recursos não é tida como compatível com o estatuto oficial de instituição de “utilidade pública” consagrado no artigo 3º do Decreto 9.333 de 29 de Dezembro de 1923. Nesse sentido, e procurando, uma vez mais, rentabilizar o capital científico e social, Francisco Gentil e os seus colaboradores não cessam de empreender esforços de molde a obterem o apoio tido como necessário para a verdadeira consolidação da obra então iniciada. É, portanto, enquanto “especialistas benévolos”, isto é, enquanto missionários da grandiosa cruzada, – conforme é representada a luta contra o cancro –, que este grupo concreto de indivíduos multiplica diligências e obtém os auxílios necessários para o verdadeiro arranque dos seus projectos, nomeadamente a construção de instalações próprias.

Neste contexto, a principal conquista é consumada em Junho de 1927, altura em que por intermédio de um antigo discípulo, João Luís Ricardo, é atribuída uma verba de quatro mil contos pelo Instituto de Seguros Sociais Obrigatórios e de Previdência Geral ao qual este último pertencia. Essa verba, oficializada com o Decreto nº 13098 de 29 de Janeiro de 1927, visava conceder “ao Instituto criado em 29 de Dezembro de 1923, quatro mil contos para «aquisição de terreno, construção de edifício próprio, instalação e aquisição de material para funcionamento do Instituto Português do Cancro e constituição de um centro regional de luta anti-cancerosa”²⁹.

Um papel igualmente decisivo nesta fase de verdadeiro arranque, foi o desempenhado por D. Maria Henriqueta nas facilidades de concessão de terrenos a ela pertencentes. Num gesto de filantropia, esta aristocrata proporcionou uma oportunidade de negócio bastante vantajosa para os responsáveis do IPO que passaram a ser proprietários de uma área de terreno bastante extensa e bem próxima do centro de Lisboa. Como o próprio Francisco Gentil nos relata, “o terreno pertencia à Il.^{ma} Senhora Condessa Emo Copodilista (D. Maria Henriqueta), filha dos Duques de Cadaval, que teve a generosidade de o ceder ao Instituto em condições de bem merecer o título de sua bemfeitoria”.³⁰

Por fim, a terceira fase reporta-se ao período compreendido entre 1927 e 1948, altura em que o IPO se expande e se desenvolve, nomeadamente através de alguns investimentos públicos que marcaram de forma determinante a própria eficácia desta instituição. Os principais saltos qualitativos são dados neste período, pois é dele que datam as principais construções que compõem o IPO, em particular o Pavilhão das Radiações em 1933 que beneficiou da acção do próprio Salazar, na altura já Presidente do Conselho. Este Pavilhão teve a particularidade de ser o primeiro construído na Europa, segundo os princípios estabelecidos em 1928 pelo II Congresso Internacional de Radiologia, realizado em Estocolmo, sobre a maneira de proteger os trabalhadores contra as substâncias radioactivas.

A outra construção que marcou de forma decisiva o perfil do próprio instituto, foi o Bloco Hospitalar em 1948 – em si mesmo paradigmático do ponto de vista da centralidade da cirurgia e da lógica de crescente especialização –, pois este constituía o projecto mais grandioso e mais aguardado desde o início da luta contra o cancro levada a cabo pelos responsáveis do IPO, mas muito concretamente por Francisco Gentil, que tendo desempenhado funções e competências em matéria de construções hospitalares na sua extensa carreira profissional, desde sempre o concebeu como a expressão mais grandiosa do seu empreendimento. A inauguração desta importante construção constituiu um momento apoteótico na história da própria instituição; foi um momento de inflamada aclamação e exaltação, tendo a cerimónia oficial sido rodeada das mais altas honras de Estado, nomeadamente com a presença de Salazar e com a do Presidente da República de então, Marechal Carmona.

A propaganda e a legitimação social da luta contra o cancro

Para compreendermos de maneira mais ampla a consolidação da luta contra o cancro em Portugal, torna-se necessário não só apreender a forma como esta emerge e se institucionaliza, o que fizemos nas considerações anteriores, mas fundamentalmente tornar inteligível a forma como esta se legitima, ou seja, o modo como torna efectivamente objectiva para os indivíduos, a ordem institucionalizada. Ancorando a nossa análise nas reflexões de Berger e Luckmann, e nos modelos do neo-institucionalismo sociológicos³¹, todos eles de recorte construtivista, tal significa que a ordem institucional torna necessária a existência de fórmulas legitimadoras que garantam e reforcem a sua objectividade, assim como o desenvolvimento de mecanismos específicos de controlo social que evitem as tentações individuais de redefinição. Nas palavras dos primeiros autores, a legitimação é, assim, uma objectivação de significado de «segunda ordem», isto é, “produz novos significados, que servem para integrar os significados já ligados a processos institucionais díspares. A função da legitimação consiste em tornar objectivamente acessível e subjectivamente plausível as objectivações de «primeira ordem», que foram institucionalizadas.”³²

Estas considerações são importantes para a nossa análise, na medida em que nos permitem interpretar de que modo um conhecimento socialmente objectivado se assu-

me como um corpo de verdades válidas sobre a realidade. De facto, e como veremos em relação ao caso concreto da propaganda usada para legitimar e difundir a luta contra o cancro junto de toda a população profana, esse conhecimento objectiva-se mediante um trabalho de legitimação específico que, enquanto processo, «explica» a ordem institucional outorgando validade cognoscitiva a seus significados objectivados. A legitimação justifica a ordem institucional dando dignidade normativa a seus imperativos práticos. É importante compreender que a legitimação tem um elemento cognoscitivo assim como um elemento normativo. Em outras palavras, a legitimação não é apenas uma questão de «valores». Sempre implica também «conhecimento».³³

No mesmo sentido desta perspectiva, vão as considerações dos modelos do chamado neo-institucionalismo sociológico, que privilegiam, acima de todas as outras, a dimensão da cultura enquanto garante da legitimação das organizações. Os principais autores desta corrente, embora postulem modelos de análise específicos, são unânimes em considerar a legitimação social como um dos principais recursos das organizações, pois é através dela que se entende a aceitação social e a própria sobrevivência das organizações no seu contexto, ou seja, no seu “sistema ambiental”, conforme s seus autores o designam.

Para Walter Powell e Paul DiMaggio, a análise sobre a homogeneidade organizacional – ou seja, o modo como as organizações se tornam semelhantes quando, paradoxalmente, tentam mudar – revela que esta ocorre enquanto resposta e reflexo das regras e padrões legitimados e não apenas em função de cálculos em termos de eficiência, ou seja, essa homogeneidade explica-se “enquanto produto de várias pressões institucionais que impelem as organizações a um ajustamento às exigências sociais, culturais, legais e políticas do sistema ambiental pertinente”³⁴.

Quanto aos autores John Meyer e Bryen Rowan, a ênfase permanece colocada em torno da cultura, enquanto garante de legitimação e sobrevivência das organizações, porém o seu foco de análise é dirigido para a compreensão daquilo que os autores designam pela partilha e a adesão a mitos racionalizados e institucionalizados. O que esta perspectiva pretende sublinhar é a importância do ajustamento das organizações aos seus respectivos enquadramentos, através da incorporação dos mitos aí existentes, pois só desse modo se assegura a legitimidade e aceitação social.

Enquanto processo caracterizado pelo “ajustamento contínuo a configurações ideológicas, retóricas e simbólicas que favorecem uma espécie de consenso, um quadro de aceitação tácita e a manutenção de uma aparência legitimada colectivamente”³⁵, a legitimação das instituições afigura-se-nos como uma dimensão analítica extremamente relevante, na medida em que nos permite dar conta do modo como esse processo dinâmico de ajustamento se processa. Como veremos, tal entendimento é algo de extremamente útil para o caso em apreço, dado que nos elucida acerca dos modos como se operam as manipulações, adesões e adaptações aos valores consensuais do “sistema ambiental” em causa.

Com efeito, e tendo estes elementos em consideração, interessa-nos, deste modo, compreender a estratégia utilizada pelo IPO no sentido de sedimentar o seu reconhecimento social enquanto solução «permanente» de um problema «permanente» da colec-

tividade³⁶, isto é, compreender de que forma conseguiu que os seus significados (institucionais) passassem a estar presentes na consciência dos indivíduos. Tal estratégia passou inevitavelmente, aliás como em todos os países onde se desenvolveu a luta contra o cancro, por um processo de envolvimento da população, no sentido de a implicar activamente no empreendimento da luta contra o flagelo, tornando, assim, os indivíduos preciosos colaboradores da “missão” protagonizada pela profissão médica.

Embora a finalidade última de semelhante estratégia fosse esse envolvimento, a verdade é que o trabalho de legitimação levado a cabo nesse sentido, revela-nos um processo pouco linear, na medida em que ele é composto por diversas etapas que explicam a sua gradual sedimentação junto daquilo que poderemos designar, tendo em conta que falamos de propaganda, de “público-alvo”.

Com efeito, e entendendo a propaganda como um trabalho de manipulação simbólica que visa obter a conversão dos indivíduos às ideias tidas como adequadas, – neste caso particular, aos significados institucionais –, não se torna difícil de perceber que a prioridade de tal estratégia fosse inicialmente o envolvimento das elites, tendo em conta as potencialidades associadas ao prestígio social destas. Embora no caso português essa estratégia apenas tenha assumido um carácter tácito, porque não obstante se reconhecer a importância de tal envolvimento, o facto é que não se conhecem proclamações ou estratégias inequívocas para obter a cumplicidade e o apoio das classes possidentes, não deixa, contudo, de ser assinalável o facto de que a consolidação do IPO se deveu, fundamentalmente, a um conjunto de apoios decisivos que lhe garantiu uma visibilidade social importante.

Apesar da questão da propaganda, nomeadamente em termos da educação do público leigo, estar contemplada desde o seu início na estratégia concebida por Francisco Gentil e seus colaboradores na luta contra o cancro – lembremos a este respeito que da orgânica do Instituto figurava uma Secção de Publicidade e Propaganda –, a verdade é que tal objectivo só se começa a concretizar de modo assinalável a partir do momento em que passa a contar com o apoio da “Comissão de Iniciativa Particular de Luta Contra o Cancro”. Esta Comissão, composta por senhoras distintas oriundas das classes possidentes – D. Mécia Mouzinho de Albuquerque, Condessa de Murça, D. Beatriz Magalhães Colaço e Maria Sant’Ana Bénard Guedes – toma forma em 1931, e resolve oferecer o seu auxílio na luta contra o cancro, nomeadamente através da recolha de donativos e na organização de campanhas de sensibilização. Esta primeira aproximação da iniciativa privada aos objectivos do IPO reflecte, em grande medida, o impacto que a ideia do cancro, enquanto problema social, começava a ter junto de algumas camadas esclarecidas da população. Aliás, os próprios argumentos que justificavam o carácter social da doença iam no sentido de convocar a ideia de uma perigosidade implacável e indiferente a classes sociais, o que significava que a própria elite era susceptível de ser vitimada. A definição “institucional” do cancro como flagelo social era, assim, peremptória e exortava a uma mobilização generalizada que entretanto começou gradualmente a tomar forma através de uma propaganda cada vez mais ampla e incisiva. Segundo uma publicação do próprio IPO, considerava-se que

“Embora não seja contagioso, embora não se possa considerar hereditário (...), o cancro, pela sua frequência, pelos sofrimentos físicos e morais que determina, pela complexidade do seu problema, e sobretudo pela necessidade de ser combatido por processos muito largos de educação e publicidade, - é uma doença social. Atacando pobres e ricos, fracos e fortes, velhos e novos (...), o cancro é uma doença que a todos interessa muito particularmente, e a cujo combate todos tem não só o dever como a conveniência de dar tóda a colaboração.”³⁷

Esta argumentação, que apenas reitera algumas das principais formulações insistentemente repetidas pelo IPO desde a sua institucionalização, será, no entanto, decisiva para que as diligências da “Comissão de Iniciativa Particular de Luta contra o Cancro” se tornem consequentes junto das pessoas a quem se dirige. Inicialmente, essas diligências estavam de certa forma confinadas à própria elite, na medida em que as estratégias de aproximação delineadas – fundamentalmente festas sociais para recolha de fundos – eram de molde a obter apoios de um grupo social com os recursos suficientes para dar visibilidade ao problema. A estratégia era, assim, a de familiarizar a elite com as mensagens veiculadas pelo IPO através desta Comissão, para que esta reconhecesse o cancro como flagelo social que a todos pode vitimar.

Garantida assim a chamada “conversão” da elite, o passo seguinte que foi dado na estratégia de envolvimento do público no empreendimento da luta contra o cancro, foi a generalização da propaganda, que se foi tornando progressivamente mais sofisticada e mais eficaz pela constância da sua difusão. A massificação da mensagem, garantida pela utilização de vários meios de comunicação social – desde jornais, até programas de rádio e projecção de filmes –, foi abrangendo camadas cada vez mais vastas da população, e permitiu a cristalização da ideia do cancro como flagelo social. O grande desafio do IPO era, a partir desta plataforma, a efectiva ampliação do processo de educação do público, pois dele dependia em grande medida o seu sucesso em termos de resultados terapêuticos, mas principalmente, e em virtude disso, a consolidação da sua credibilidade social. A palavra de ordem passou, então, a ser o diagnóstico precoce e a profilaxia.

Com efeito, e assumindo como objectivo primordial o envolvimento de toda a população na luta contra um flagelo ameaçador da harmonia social, coube ao IPO o papel de sedimentar um clima de colaboração e confiança³⁸ assente no reconhecimento explícito da grandiosidade de um empreendimento messiânico levado a cabo por médicos abnegados e conhecedores das complexas soluções.

De facto, enquanto construtores desta realidade social particular, foi aos médicos que coube o papel de definir os contornos do problema cancro, mas também de se assumirem como parte incontornável da solução. Quer isto dizer que o trabalho de legitimação levado a cabo pelos empreendedores da luta contra o cancro em Portugal, à semelhança do que aconteceu em todos os países onde tal luta se desenvolveu, implicou uma inequívoca consagração da medicina como a instituição por excelência à qual se reconhece absoluta autoridade social para se inteirar dos problemas que concernem à saúde e à doença.

No caso particular do cancro, parte substancial dessa autoridade foi canalizada para a tarefa de educação do público, na medida em que os horizontes de sucesso proclamados pela estratégia de luta só eram perspectivados mediante a cooperação activa da população profana. Em termos simples, tal significava que era necessário garantir uma estreita proximidade entre a população e a profissão médica, por forma a se poderem obter sucessos terapêuticos que atestassem, dessa forma, a legitimidade e a autoridade social que esta última reclamava soberanamente sobre a matéria, ou seja, se a principal razão que levou à consagração do IPO como a principal, – e neste caso a única –, estrutura de luta contra o flagelo social, foi, precisamente, a sua potencial capacidade para debelar as dimensões do problema, parece, então, óbvio que a obtenção de resultados se afigurava como uma prioridade, pois era necessário justificar as competências únicas de que se reclamava.

Relativamente ao cancro, esta questão foi colocada com grande acuidade, na medida em que se tratava de uma doença tida como implacável e dificilmente curável quando desvinculada do controlo da medicina. Efectivamente, é em torno desta ideia que o IPO energicamente se bate, dado que o seu bom desempenho depende do reconhecimento social da eficácia das suas práticas, logo, da ideia de sucesso terapêutico num cenário de contornos tão catastrofistas. Conscientes desta enorme responsabilidade social, pois é de um “flagelo social” que se trata, o IPO, em conformidade com as principais orientações de estratégias congêneres – nomeadamente a dos Estados Unidos da América, através da *American Society for the Control of Cancer* –, investe fortemente na estratégia de educação do público, pois essa era, sem dúvida, a maneira mais eficaz da medicina controlar a doença desde o seu início.

Esta urgência de actuar em fases precoces da doença, explica-se pelas próprias características inerentes ao cancro cujos sintomas do seu aparecimento são geralmente tidos como escassos e pouco reveladores, isto é, é uma doença que não se manifesta através de dores, pelo que implica, na perspectiva médica, uma vigilância cuidada do corpo, de forma a interpretar os sinais em tempo útil, ou seja, o tempo tido como necessário para evitar a irreversibilidade da doença: a sua incurabilidade.

Como veremos, semelhante ideia será absolutamente basilar na estratégia levada a cabo pelo IPO, na medida em que é tida como a forma mais eficaz de garantir que os avanços na investigação e na terapêutica impõem resultados práticos sobre a dimensão da doença, isto é, é tida como a forma mais eficaz de garantir a curabilidade do cancro.

O pressuposto fundamental em que assenta toda esta estratégia é o de que localizado a tempo, o cancro pode ser curado. O diagnóstico precoce é assim tido como uma das principais soluções que concorrem para o sucesso da medicina na luta “heróica” contra o cancro, o que explica que o potencial doente passe a ser visto como um “auxiliar médico” indispensável, pois da sua colaboração dependem os bons resultados obtidos pela medicina.³⁹

Sob este ponto de vista, o doente adquire, assim, um novo estatuto na sua relação com a medicina; transmuta-se virtualmente num “Homo Medicus” tal como o considera Patrice Pinell. De facto, segundo este autor, o “Homo Medicus” nada mais é do

que o resultado de uma propaganda educativa metódica e incisiva que através da insistência dos ensinamentos referentes à prevenção do cancro e à interpretação dos seus sinais, consegue cristalizar um conjunto de ideias que implicam uma abordagem específica sobre o seu (doente) próprio corpo, isto é, convida o doente potencial a adoptar um ponto de vista objectivante sobre o seu próprio corpo.

Neste sentido, enquanto “auxiliar médico”, o doente deve ser vigilante e sentinela do seu corpo, ou seja, deve saber interpretar o seu corpo como objecto clínico, pois esse é, em ultima instância, o resultado da sua metamorfose.⁴⁰

Com efeito, neste processo de “formação” do doente, presume-se que ele se torne colaborante e, acima de tudo, um cumpridor zeloso das indicações médicas, que, sob este ponto de vista, adquirem uma autoridade praticamente irrefutável. Tal como é dito num dos artigos do *Boletim do Instituto Português de Oncologia*, “sem dúvida a ameaça paira sobre todos, mas há um ser que protege o homem, é o médico, que deve ser consultado assim que aparecem os primeiros sinais suspeitos.”⁴¹

O não cumprimento destes elementares “deveres” por parte do doente, torna-se, deste modo, um efectivo pretexto de condenação moral da sua conduta, responsabilizando-o, em última análise, pela sua própria doença, que passa a ser vista como resultado de desmazelo e laxismo, isto é, como resultado de condutas refractárias às indicações e ensinamentos médicos. Neste sentido, e no que ao cancro diz respeito, o doente que não procura sair da sua ignorância e aceitar os conselhos médicos, é visto como um involuntário suicida.

Mas porque é de propaganda que estamos a falar como instrumento privilegiado de manipulação simbólica – elemento chave na consolidação da legitimação social da luta contra o cancro –, importa ver de que forma esta estratégia de educação do público, contemplava as potenciais dissidências ao controlo da medicina. De facto, e analisando a estratégia desenvolvida pelo IPO nesta matéria, podemos inferir que o alcance e as potencialidades da propaganda eram claramente compreendidas pelos mentores da luta contra o cancro em Portugal. Se é verdade que tal preocupação existia desde o início da instituição, não menos verdade é que ela adquiriu muito rapidamente – tendo como referência a experiência de outros países na luta contra o cancro, nomeadamente a França e os EUA –, uma importância singular, ao ponto de justificar mais investimentos, mas, sobretudo, maior sofisticação, não só nos meios utilizados (rádio, cinema, etc.), mas principalmente nas metodologias da difusão.

Dois exemplos bem paradigmáticos dessa tentativa de assegurar a eficácia da propaganda, podemos encontrá-los na opção de difundir a propaganda pelas Escolas, que o IPO adoptará, tendo como referência experiências congéneres, especialmente as da *American Society for the Control of Cancer*⁴², assim como a publicação no seu Boletim de relatos de casos de cancro em personagens históricas famosas, nomeadamente em Rainhas, Princesas, Imperadores, etc., por forma a sedimentar a ideia de que o cancro é, efectivamente, uma ameaça impiedosa que não poupa ninguém, independentemente do seu estatuto ou classe social:

“O cancro, como muitas outras doenças sérias, não respeita pessoas ou personagens. Como muitas outras doenças pode, no entanto, evitar-se e curar-se, mas só se o doente presta atenção aos sinais de alarme e toma medidas imediatas para obter um diagnóstico da doença e um tratamento adequado.

As rainhas e princesas dos tempos passados podem não ter tido as facilidades de médicos hábeis que pusessem em prática medidas preventivas necessárias, mas a mulher moderna não tem e não deve dar provas de semelhante ignorância.”⁴³

Uma outra dimensão onde é particularmente visível o papel da propaganda como instrumento privilegiado de manipulação simbólica, é a que diz respeito às relações de concorrência entre a instituição médica e outras ordens institucionais no que concerne à disputa da legitimidade social no plano da saúde e da doença, dado que qualquer prática que não assentasse na racionalidade científica era rotulada de charlatanismo e sujeita a um trabalho de desacreditação social efectivo.

Com efeito, as insistentes campanhas de apelo à cooperação do público levadas a cabo pelo IPO tinham de se confrontar com este obstáculo concreto do charlatanismo, que retirava a sua eficácia explorando a ideia do fracasso da medicina na cura do cancro, utilizando para isso, os mesmos meios desta última, ou seja, a propaganda. Como resposta, a instituição médica – pois tal situação não foi exclusiva do caso português – desenvolveu inúmeros esforços, de forma a resgatar o público da influência destas práticas que punham em causa a sua hegemonia nesta matéria. Tratando-se, sem dúvida, de uma situação de concorrência, a ordem institucional rapidamente desenvolveu mecanismos de controlo social, – mais propaganda e maior insistência na educação do público, enfatizando a ideia de perigosidade que representam as práticas não médicas – , de forma a assegurar as fronteiras da sua jurisdição, e, conseqüentemente, a sua legitimidade social. Desencadeou-se, segundo a terminologia de Meyer e Rowan, um processo de reforço da adesão e da incorporação de regras institucionalizadas, de modo a evitar que o questionamento do ambiente relativamente às condutas da organização, compromettesse a chamada “sobrevivência organizacional”.⁴⁴

No seguimento destas considerações, e como fazem notar Berger e Luckmann a propósito da competição entre subuniversos de significação, não é, de todo, suficiente instituir um subuniverso esotérico da medicina:

“É preciso convencer o público leigo de que isto é correto e benéfico e a fraternidade médica deve ser conservada nos padrões deste subuniverso. Assim a população geral é intimidada pelas imagens da ruína física que se segue à atitude de «opor-se aos conselhos do médico». É persuadida a não fazer isso pelos benefícios práticos da obediência e pelo seu próprio horror da doença e da morte. Para sublinhar sua autoridade, a profissão médica recobre-se com os velhos símbolos de poder e mistério, das vestimentas exóticas à linguagem incompreensível, tudo isso obviamente legitimado para o público e para ela própria em termos práticos. Enquanto isso, os habitantes devidamente credenciados do mundo médico são preservados do «charlatanismo» (isto é, de pisa-

rem fora do subuniverso médico em pensamento ou na acção) não só pelos poderosos controles externos de que a profissão dispõe, mas também por todo um corpo de conhecimento profissional que lhes oferece a «prova científica» da loucura, e até da maldade, deste desvio. Em outras palavras, entra em acção uma maquinaria inteira de legitimação, com o fim de manter os leigos como leigos e os médicos como médicos, e (se possível) que ambos assim procedam com satisfação.”⁴⁵

Centrando a nossa atenção nos aspectos concretos desta competição da Medicina com os subuniversos “heréticos” do charlatanismo, o que verificamos pela análise da propaganda da época é a opção por uma abordagem de denúncia e de ataque extremamente virulento em relação aos aspectos que atestam a falta de legitimidade destes últimos, ou seja, um carácter fraudulento – porque se exploram os sentimentos de superstição e de desespero dos doentes –, e a total ausência de credibilidade – pois não assentam em bases científicas.

Semelhante estratégia assentou, como se compreende, no claro reforço das campanhas de educação do público, pois estas constituíam o principal mecanismo para que o “esclarecimento” se pudesse fazer, dissipando, por consequência, o fantasma da dissidência do público para outros subuniversos de significação potencialmente perturbadores da hegemonia da luta científica contra o cancro. “As massas ingénuas e dóceis ficam indefesas perante a avalanche de estupidez que os exércitos de presunçosos comerciantes lançam ante os olhos e os ouvidos em cada vinte e quatro horas.”⁴⁶

Um dos aspectos mais marcantes do inflamado exercício de denúncia da propaganda charlatã é, precisamente, a absoluta desvalorização dos meios de cura por estes utilizados – pomadas, inalações várias, etc. –, em contraposição com a excelência das soluções propostas pela medicina. De facto, é na exaltação das terapêuticas da medicina – Cirurgia, Rádio e Raios X –, que assenta o essencial da sua estratégia propagandística, pois é através da sua cientificidade que esta se demarca das demais práticas.

Com efeito, e tal como podemos ver através de um excerto de um artigo do Boletim de «La lute conttre le cancer» de Paris, publicado pelo IPO, o conhecimento médico sobre o cancro é descrito como uma competência distintiva e inapropriável por todos aqueles que sejam estranhos ao subuniverso da medicina, o que significa que se acentua de forma radical o fechamento esotérico desta última em detrimento de outros subuniversos paralelos, reduzidos que ficam ao estatuto de uma marginalidade estigmatizante. Segundo esse referido artigo,

“Ainda desconhecida, na sua natureza e nas suas origens, insidiosa nos princípios, quasi sem dôr quando ainda é curável, a doença não pode ser diagnosticada a tempo senão por médicos sabedores, com métodos de investigação bem regulamentados e muitas vezes sob o contrôle do microscópio. Não pode ser curado senão por operações cirúrgicas ou por dois agentes físicos, os raios X (roentgenerapia) e o rádio (curieterapia), agentes de delicado êmprego, e que não devem ser postos directamente e sem contrôle à disposição do público como o fazem certos industriais. Só os práticos especializados

podem utilizar sem perigo êstes agentes que não são eficazes contra todos os cancros, e que lhe podem precipitar a evolução quando aplicados sem discernimento.

(...) Evitemos êsses êrros no país de Descartes, onde o bom senso devia ser dividido por todos. Lembremo-nos de que o cancro não pode ser curado senão a principio, que é criminoso fazer perder um tempo precioso aos doentes, iludindo-os com falsas promessas (...).⁴⁷

À luz destes argumentos, parece claro que esta estratégia de desacreditação desenvolvida pelo subuniverso da medicina, em particular pelos médicos responsáveis pela(s) luta(s) contra o cancro, retira a sua força, precisamente, da ideia de exclusividade de um conhecimento pericial que se distingue dos saberes profanos, pelo facto de ser suportado pela racionalidade científica. Neste contexto, todos os outros conhecimentos que se mostram refractários a este proselitismo positivista, são, pura e simplesmente, segregados e denunciados como desvios criminosos, pois representam o obscurantismo e a regressão das conquistas da razão humana.

Em suma, esta estratégia de denúncia do charlatanismo, enquanto componente essencial do processo de legitimação social de luta contra o cancro em Portugal (educação do público), reflecte um trabalho de inequívoca afirmação do subuniverso da medicina, no sentido de alargar a sua jurisdição e de assegurar a sua autonomia, numa palavra, a sua superioridade, pois “o aparecimento de um outro possível universo simbólico representa uma ameaça porque sua simples existência demonstra empiricamente que o nosso próprio não é inevitável.”⁴⁸

Notas

¹ Hélder António dos Santos Nunes Raposo, *A luta contra o cancro em Portugal. Análise do processo de institucionalização do Instituto Português de Oncologia*, Tese de licenciatura em Sociologia, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Janeiro, 2001.

² Um dos autores incontornáveis relativamente a esta questão é François Laplantine. Numa das suas obras mais importantes – *Antropologia da Doença* –, este autor problematiza a ideia de doença como fenómeno social, de modo a evidenciar de que esta não é um produto exclusivo dos especialistas, mas de todos. Por outras palavras, o autor nega a ideia que confunde a própria etiologia com a etiologia científica da medicina moderna em detrimento de uma etiologia de carácter mais subjectivo (aquilo que ele considera a doença na primeira pessoa), ou seja, pressupor que o conhecimento racional e objectivo é o único com validade e legitimidade para se assumir como a fonte da verdade autêntica e absoluta. Aliás, tal concepção não faz o mínimo sentido quando confrontada com a grandiosidade do empreendimento teórico e empírico que este autor leva a cabo, pois o que ele mostra, através de uma análise metacultural das formas elementares da doença e da cura, é que existe uma pluralidade de discursos sobre a doença e a saúde que só podem ser inteligibilizados e articulados através da construção de modelos etiológicos e terapêuticos concretos, ou seja, através de modelos que põem em evidência a pluralidade de normas interpretativas, sem contudo se confundirem com elas, elaboradas pelas diferentes culturas e sujeitos, exactamente, sobre a doença e a saúde. Em suma, é totalmente rebatida a ideia da presumível superioridade da medicina quanto à interpretação da doença, pois a verdadeira amplitude do discurso sobre este fenómeno social, abrange, entre outros, o da própria medicina, e isto porque “qualquer médico, seja em sua prática de diagnóstico, seja no tratamento que administra e, evidentemente, em sua própria experiência da doença, tem também uma compreensão não (bio)médica da patologia e da terapia. Cotidianamente confrontado com a doença,

ele não pode se apegar a um comportamento estritamente racional. Nem os processos de troca entre os que curam e os que são curados efectua-se apenas (...) entre a experiência vivida pelo paciente e o saber científico do médico, mas também entre o saber do doente quanto à sua doença e a experiência vivida pelo médico. Ou seja, o corolário do facto de a representação mais afectiva da doença pelo primeiro jamais ser integralmente fictícia é que a compreensão mais “cientificamente neutra” do segundo jamais é integralmente científica, ou seja, isenta de representações.” (Cf. François Laplantine (1991), *Antropologia da Doença*, São Paulo: Martins Fontes, pg.14).

- ³ Esta discussão enquadra-se no âmbito das problemáticas relacionadas com as especificidades das sociedades contemporâneas, nomeadamente no que diz respeito à centralidade do saber e do conhecimento pericial. Embora esta discussão seja transversal ao pensamento de vários autores das ciências sociais, em particular da Sociologia, destacamos o contributo de Anthony Giddens, na medida em que uma parte significativa da obra deste autor reflecte de modo ilustrativo algumas das principais questões que se articulam em torno desta discussão. De modo sintético, este autor argumenta que a natureza das instituições modernas se encontra profundamente ligada aos mecanismos de confiança nos sistemas abstractos. Com efeito, segundo este autor, a confiança depositada pelos actores comuns nos sistemas periciais decorre, fundamentalmente, da sua ignorância relativamente ao funcionamento de saberes que pressupõem competências especiais e técnicas. Tais manifestações de fidedignidade são, para Giddens, reflexo dos mecanismos de descontextualização próprios da modernidade. Nas suas próprias palavras, temos, portanto, que “nas condições da modernidade, as atitudes de confiança para com os sistemas abstractos são normalmente incorporadas, de forma rotineira, na continuidade das actividades quotidianas e são, em grande medida, reforçadas pelas circunstâncias intrínsecas da vida diária. Assim, a confiança é muito menos «um salto para o compromisso» do que uma aceitação tácita de circunstâncias em que outras alternativas estão largamente excluídas.” (Cf. Anthony Giddens (1998 [1990]), *As consequências da modernidade*, Oeiras: Celta Editora, (4ªed.), pg.63).
- ⁴ Freidson refere a este respeito que “(...) mi propia sospecha es que la jurisdicción de las otras instituciones fue absolutamente debilitada porque el empuje de la expansión de la aplicación de designaciones médicas fue dirigida hacia las formas graves de desviación (y a su control) dejando a las otras instituciones un resíduo de transgresiones esencialmente triviales o escasamente técnicas.” (Cf. Eliot Freidson (1978), *La Profesión Médica*, Barcelona: Ediciones Península, pg.251-252).
- ⁵ Remi Lenoir, «Objecto sociológico e problema social» in Dominique Merllié (et al.) (1998), *Iniciação à prática sociológica*, Petrópolis: Editora Vozes, Petrópolis, pg.84.
- ⁶ Idem, ibidem.
- ⁷ Embora os termos com que é classificada a doença na abordagem deste autor possam ser discutíveis no próprio campo da medicina, no sentido de remeterem para uma leitura algo dicotómica e simplificada, eles servem o propósito deste artigo, na medida em que apresentam uma classificação suficientemente sistematizada para darmos conta da dimensão e da natureza da doença ao longo da história humana. Por opção, entendemos não aprofundar a discussão no que diz respeito à existência de outras grelhas de classificação, porventura mais sofisticadas, por entendemos ser uma questão relativamente marginal aos objectivos deste artigo.
- ⁸ Thomas McKeown (1990), *As origens da doença humana*, Lisboa: Editorial Caminho (Biblioteca da Saúde), pg.185-186.
- ⁹ Esse rigor a que nos referimos decorre de um marco extremamente importante da História da Medicina Moderna, que é a teoria celular de Rudolph Virchow (1850) que permitiu o desenvolvimento da Anatomia Patológica, inaugurando uma nova dimensão da medicina – o estudo laboratorial –, em detrimento da exclusividade de detida pela medicina anátomo-clínica. “Se a medicina anátomo-clínica conquistou o mundo no período de vinte anos, não serão necessários muitos mais para a destronar, pois os recursos que as outras ciências põem agora à disposição da arte de curar, daqui em diante, desvendam com precisão a arquitectura dos tecidos vivos.” (Jean Charles Sournia (1995 [1992]), *História da Medicina*, Lisboa: Instituto Piaget, pg.251.) Ainda segundo as palavras do autor, para Virchow, “a célula é «a forma elementar da vida, a unidade orgânica». Cada célula tem uma função determinada, que assegura devido à sua estrutura: estrutura e função encontram-se intimamente ligadas, constituindo a especificidade de cada célula. A alteração de uma das duas dá origem à «patologia celular» e, eventualmente, à doença do organismo.

- (...) A partir daí o diagnóstico não pode basear-se apenas na observação das lesões na mesa da autópsia, necessitando da confirmação fornecida pelo microscópio. Mais do que isso, este mesmo aparelho permite agora precisar o diagnóstico e portanto o prognóstico da lesão observada em vida.” (Idem, pg.262-263).
- ¹⁰ Claudine Herzlich, Janine Pierret (1991), *Maladies d’hier, maladies d’aujourd’hui*, Paris : Éditions Payot, pg.85-86.
- ¹¹ Cf. George Rosen (1994 [1958]), *Uma História da Saúde Pública*, São Paulo: Editora UNESP.
- ¹² Cf. Patrice Pinell (1992), *Naissance d’un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*, Paris : Métailié, pg.295-296.
- ¹³ A breve alusão às diferentes perspectivas teóricas decorrentes do paradigma do poder, é feita no capítulo 1.2.3 da tese de licenciatura que está na base deste artigo. Aqui, apenas procuraremos destacar os aspectos essenciais que nos permitam problematizar e enriquecer a discussão em causa, a saber, a compreensão do estatuto de soberania alcançado pelo poder profissional da medicina em relação à doença.
- ¹⁴ Maria de Lurdes Rodrigues (1997), *Sociologia das Profissões*, Oeiras: Celta Editora, pg. 58-59.
Uma das abordagens do “paradigma do poder” que nos parece particularmente ilustrativa para a discussão aqui em causa, é a de Freidson, na medida em que este autor entende o poder profissional como resultado da autonomia ou controlo na organização do próprio trabalho, só possível com o monopólio do conhecimento e a protecção do mercado. Fundamentalmente, o que Freidson destaca na sua análise sobre o poder das profissões, é a importância dos recursos cognitivos, na medida em que só através da afirmação das competências especiais e esotéricas é que determinada ocupação consegue dar substância ao argumento que veicula a ideia da particular qualidade do seu trabalho e dos benefícios que pode potencialmente proporcionar à sociedade. Assim, e uma vez consolidada esta ideia, o resultado óbvio deste processo é a obtenção do direito exclusivo de realizar um determinado tipo de trabalho, o controlo sobre a formação e o acesso, bem como o direito de determinar e avaliar a forma como o trabalho é realizado. Noutras palavras, “a análise de Freidson sobre o poder profissional centra-se nas vantagens (autonomia e poder sobre o próprio trabalho) conferidas por monopólio do conhecimento (*expertise*) e por *gatekeeping* (credenciais), que são os principais recursos ou fontes de poder profissional, isto é, criam a base de grande parte dos poderes profissionais, incluindo o mais fundamental deles, que é a capacidade de definir a forma como o trabalho deve ser realizado - este controlo sobre o trabalho, ou autonomia técnica, é o mais amplo e fundamental dos poderes dos profissionais.” (Cf. Idem, pg. 51).
- ¹⁵ Estas considerações não procuram subvalorizar esta dimensão da medicina (Arte de curar), que é, aliás, uma das suas componentes fundacionais mais importantes, e que ainda hoje perdura através do acto simbólico que é o “Juramento de Hipócrates”. O que, no contexto deste trabalho, se procura evidenciar, é que, não obstante a reflexão filosófica da própria medicina, nomeadamente a sua herança hipocrática (enquanto ciência do indivíduo, em que se privilegia a individualidade da natureza humana e a singularidade e unicidade dos fenómenos, evitando a fixação de uma teoria geral), ser ainda uma realidade constitutiva da sua matriz como ciência, ela assume uma dimensão cada vez mais residual e marginal na prática médica. Neste sentido, o quadro traçado apenas indica qual a tendência geral da medicina moderna, ou seja, o modo como esta se tem vindo a transformar numa prática científica altamente técnica e fragmentada num número crescente de especialidades cada vez mais autónomas e desconectadas da perspectiva holista hipocrática.
Para uma reflexão mais aprofundada desta problemática, remetemos para a consulta de três obras importantes que dão conta destes, e de outros, dilemas ético-filosóficos. (Cf. Manuel Silvério Marques (1999), *O espelho declinado. Natureza e Legitimação do acto médico*, Lisboa: Edições Colibri; Maria Luísa Couto Soares (coord.) (1999), *Hipócrates e a Arte da Medicina*, Lisboa: Edições Colibri; Karl Jaspers (1998 [1986]), *O Médico na era da Técnica*, Lisboa: Edições 70).
- ¹⁶ Estas considerações remetem-nos para a análise do poder das profissões segundo o paradigma do poder de Friedson, nomeadamente para a dimensão ideológica que estas transportam, ou seja, “um conjunto de crenças sobre qual a melhor maneira de resolver os problemas, que tende a ser imperialista e que pode ser analisada nos conflitos com outras ocupações.” (Cf. Maria de Lurdes Rodrigues, op.cit, pg. 52).
- ¹⁷ Idem, pg. 53-54.
- ¹⁸ Para o aprofundamento desta discussão, nomeadamente as transformações ocorridas no seio do campo da medicina a partir do século XIX - altura em que esta se demarca do seu próprio passado como forma de afir-

mar o seu estatuto de cientificidade - remetemos para a consulta de uma das obras de Michel Foucault, especialmente consagrada a esta problemática. (Cf. Michel Foucault (1994 [1980]), *O Nascimento da Clínica*, Rio de Janeiro: Forense Universitária (4ª ed)).

- ¹⁹ Algo que Patrice Pinnel faz na sua análise histórico-sociológica sobre a luta contra o cancro em França. (Cf. Patrice Pinnel, op.cit., em particular os capítulos 5 e 6 (pg.143 à 201)).
- ²⁰ Consideramos como marco inicial o ano de 1906, porque é a partir dessa data que Francisco Gentil integra a Comissão, criada em 1904, para o estudo do cancro em Portugal. Focamos a nossa atenção em Francisco Gentil, dado que, por um lado, ele faz parte integrante do nosso objecto de estudo – o IPO –, e, por outro, porque as tentativas anteriores não foram consequentes em termos de continuidade, ao contrário dos protagonizados por este médico, visto, aliás, como o obreiro indiscutível da luta contra o cancro em Portugal.
- ²¹ Convocando, uma vez mais, o “paradigma do poder”, verificamos que esta questão se articula com as condições de institucionalização do conhecimento, pois só dessa forma é que é possível compreender o processo de transformação desse conhecimento em instituições, em funções ou papéis sociais concretos. Neste sentido, e nitidamente influenciadas pelas teses institucionalistas de Michel Foucault, as abordagens que privilegiam este eixo de análise têm o mérito de tornar evidente até que ponto a supremacia de um grupo profissional corresponde a um processo de construção social particular. Parece ser este o caso, por exemplo, de Larson, que argumenta “que o saber em si não é suficiente para constituir recurso e que para demonstrar a superioridade de um grupo é necessário desenvolver um processo de construção e de apropriação de um discurso científico, autorizado e autorizante («verdadeiro»). O sucesso deste processo dependerá do contexto político, da eficácia dos profissionais e dos recursos intelectuais, ideológicos e sociais dos seus membros.” (Cf. Maria de Lurdes Rodrigues, op.cit. pg.114).
- ²² Expressão usada no sentido conferido por Pierre Bourdieu, e que é ilustrada pela análise que o autor faz daquilo que o próprio designa de *poder simbólico*: “O poder simbólico como poder de constituir o dado pela enunciação, de fazer ver e fazer crer, de confirmar ou de transformar a visão do mundo e, deste modo, a acção sobre o mundo, portanto o mundo; poder quase mágico que permite obter o equivalente daquilo que é obtido pela força (física ou económica), graças ao efeito específico de mobilização, só se exerce se for *reconhecido*, quer dizer, ignorado como arbitrário. Isto significa que o poder simbólico não reside nos «sistemas simbólicos» em forma de uma «illocutionary force» mas que se define numa relação determinada - e por meio desta - entre os que exercem o poder e os que lhe estão sujeitos, quer dizer, isto é, na própria estrutura do campo em que se produz e se reproduz a *crença*. O que faz o poder das palavras e das palavras de ordem, poder de manter a ordem ou de subverter, é a crença na legitimidade das palavras e daquele que as pronuncia, crença cuja produção não é da competência das palavras.” (Cf. Pierre Bourdieu (1994 [1989]), *O Poder Simbólico*, Lisboa: Difel, (3ªed.), pg. 14 -15).
- ²³ Cf. Eliot Freidson, Op. Cit., pg. 254-257.
- ²⁴ Luís Simões Raposo, «O Instituto Português para o Estudo do Cancro», in *Arquivo de Patologia*, vol. 1, Lisboa, 1925, pg. 54.
- ²⁵ Remi Lenoir, Op. Cit, pg. 88.
- ²⁶ O reconhecimento incontestado da autoridade científica dos especialistas (médicos) por parte do poder político do período a que nos reportamos, revela alguma singularidade quando entendido no âmbito dos *sistemas de regras sociais* das sociedades contemporâneas, na medida em que se trata, inequivocamente, de uma lógica unitária entre ciência e acção política. Segundo Tom R. Burns e Reiner de Man, o estudo da inter-relação entre estes dois sistemas de regras sociais ou *lógicas de acção* em contextos organizacionais ou interorganizacionais revela a frequente concorrência entre eles, dado que, como os autores ilustram através do seu estudo, “muitos dos contextos da investigação aplicada e política são caracterizados por *lógicas diversas e múltiplas*” (Cf. Tom R. Burns, Reiner de Man, «Ciência e acção prática. Estudos sobre lógicas concorrentes» in Tom R. Burns, Helena Flam (2000 [1987]), *Sistemas de Regras Sociais. Teoria e Aplicações*, Oeiras: Celta Editora, pg. 311).
- ²⁷ Remi Lenoir, Op. Cit, pg. 89.
- ²⁸ Peter Berger, Thomas Luckmann (1998 [1966]), *A construção social da realidade*, Petrópolis: Editora Vozes (Antropologia 5), (15ªed.), pg. 84.

Um exemplo prático acerca de um outro processo de institucionalização ainda no âmbito da saúde pública, podemos-lo encontrar no estudo de Carlos Miguel Ferreira que demonstra, a pretexto da luta contra a tuberculose em Portugal em finais do século XIX, que o processo de institucionalização da Parede como estância sanatorial corresponde, igualmente, a um trabalho de tipificação por parte de um conjunto preciso de actores sociais, na sua maioria médicos que institucionalizam a luta contra o tuberculose no sentido de a considerar um flagelo social cujo potencial de contágio impõe o isolamento dos doentes em espaços específicos igualmente por si tipificados. Assim, e nas palavras do próprio autor, no “processo de institucionalização da Parede como estância sanatorial, seguem-se de perto as teorias médicas que consideram a tuberculose uma doença eminentemente contagiosa e «grande o poder de disseminação e virulência do seu bacilo necessário será não só isolar os doentes mas também destruir os germes». Defende-se a acção benéfica dos climas no tratamento da tuberculose e da escrofulose, e que tem em Sousa Martins o seu expoente; adoptando-se igualmente as disposições da Liga Nacional Contra a Tuberculose e da Assistência Nacional aos Tuberculosos que preconizavam «construir sanatórios para tratamento de tuberculosos curáveis e criar hospitais marítimos para crianças escrofulosas, ou dispostas por qualquer tara hereditária, ou vício nutritivo adquirido a contrair tuberculose», nos arredores de Lisboa” (Cf. Carlos Miguel Ferreira (1996), *Os sanatórios marítimos. Construção social da Vila da Parede como estância sanatorial*. Dissertação de Mestrado em Sociologia aprofundada e realidade portuguesa, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, pg. 124).

A consagração estatal, em 1948, com o Plano de Urbanização da Costa do Sol, é, pois, o corolário do processo de institucionalização da Parede como estância sanatorial que o autor analisa enquanto construção social.

- ²⁹ Francisco Gentil, «O Instituto Português do Cancro. Conferência realizada na IV Secção, Higiene e Medicina Preventiva, do III Congresso Nacional de Medicina em 2 de Maio de 1928», in *Arquivo de Patologia*, vol.3, Lisboa, 1928, pg.32.
- ³⁰ Idem, pg. 33.
- ³¹ Para uma visão panorâmica e mais detalhada destes modelos, remetemos para duas obras esclarecedoras a esse nível. (Cf. J.M.Carvalho Ferreira, Sara Falcão Casaca, Helena Mateus Jerónimo, “Teorias ecológicas e sócio-cognitivas” in J.M.Carvalho Ferreira, José Neves, António Caetano (cord.) (2001), *Manual de Psicossociologia das Organizações*, Lisboa: McGraw-Hill; John W.Meyer, Brian Rowan, “Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony” e Paul J. DiMaggio, Walter W.Powell, “The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and collective rationality” in Walter W.Powell and Paul J. DiMaggio (Ed.) (1991), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago: The University of Chicago Press.
- ³² Peter Berger, Thomas Luckmann, op. cit., pg.127.
- ³³ Idem, pg.128.
- ³⁴ J.M.Carvalho Ferreira, Sara Falcão Casaca, Helena Mateus Jerónimo, Op.Cit., pg.146.
- ³⁵ Idem, Ibidem
- ³⁶ Peter Berger, Thomas Luckmann, Op. Cit., pg.98.
- ³⁷ Instituto Português de Oncologia, *O Problema do Cancro*, Edições Cosmos, Lisboa, 1941, pg. 16.
- ³⁸ Esta questão entronca, claramente, no modelo anteriormente analisado, de Meyer e Rowan, em particular numa das suas principais proposições, onde se postula que “quanto mais uma estrutura organizacional derivar de mitos institucionalizados, mais ela demonstra confiança, satisfação e boa fé, tanto a nível interno como externo”. (J. M. Carvalho Ferreira, Sara Falcão Casaca, Helena Mateus Jerónimo, Op. Cit., pg.152).
- ³⁹ Aliás, se analisarmos a própria lógica que está subjacente à organização do serviço social, nomeadamente na sua vertente de assistência aos indigentes e de visitaçao domiciliária, concluímos que esta traduz a preocupação de não se quebrar o vínculo e a proximidade entre o doente e a instituição médica, ou seja, garante-se a continuidade dos tratamentos e a aplicação das terapêuticas.
- ⁴⁰ Nas palavras do próprio autor, “dans cette logique, le patient potentiel trouve sa place comme auxiliaire médical. Premie maillon de la chaîne, il est en quelque sorte le sentinelle qui alerte le médecin omnipraticien. D` ou l`importance acoordée à la «formation» de ce «patient-sentinelle», avec tout ce que cela suppose de «transformation» afin que la femme frivole et la femme pudique se métamorphosent en *homo medicus*, ce sujet

- idéal de la médecine capable de percevoir son corps comme un objet clinique.” (Cf. Patrice Pinell, Op. Cit., 273-274).
- ⁴¹ «O problema do cancro pelo Professor Cornil» in *Boletim do Instituto Português de Oncologia*, vol. III, Lisboa, 1936, pg.3.
- ⁴² “O primeiro objectivo é introduzir no espirito dos colegas em idade de compreensão, de uma maneira natural e atractiva, os factos principais que mais tarde os tornarão colaboradores inteligentes de qualquer programa geral de educação sôbre cancro com o qual venham a ter contacto. O segundo objectivo é distribuir entre êles folhetos especialmente escritos para leigos que levarão para casa e mostrarão aos pais.” (Cf. «Aspecto internacional da Campanha anti-cancerosa.» in *Boletim do Instituto Português de Oncologia*, vol. 1, nº1, Lisboa, 1934, pg.8.).
- ⁴³ «O cancro entre as Princesas e Rainhas da história», in *Boletim do Instituto Português de Oncologia*, vol IV, Lisboa, 1937, pg.8.
- ⁴⁴ Para um desenvolvimento mais detalhado desta argumentação, remetemos para a consulta do artigo de Meyer e Rowan (Cf. John W Meyer, Brian Rowan, Op.Cit., nomeadamente, pg.49-53).
- ⁴⁵ Peter Berger, Thomas Luckmann, op. cit., pg.121.
- ⁴⁶ António Escobedo, «O flagelo do Charlatanismo», in *Boletim do Instituto Português de Oncologia*, vol. XI, Lisboa, 1944, pg.7.
- ⁴⁷ «Os Charlatães e o Cancro», in *Boletim do Instituto Português de Oncologia*, vol. V, Lisboa, 1938, pg.4-5.
- ⁴⁸ Peter Berger, Thomas Luckmann, Op. Cit., pg.147.