

Histórias da Oncologia Clínica no Instituto Nacional de Câncer (INCA)

© 2008 Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.

Tiragem: 3.000 exemplares

Criação, Informação e Distribuição

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Praça Cruz Vermelha, 23 - Centro

20231-130 - Rio de Janeiro - RJ

www.inca.gov.br

Realização

Coordenação de Assistência (COAS)

Hospital do Câncer I

Serviço de Oncologia Clínica

Praça Cruz Vermelha, 23 - 8º andar

20231-130 - Centro - Rio de Janeiro - RJ

Edição

Coordenação de Ensino e Divulgação Científica (CEDC)

Divisão de Divulgação Científica (DDC)

Rua do Resende, 128 - Centro

20230-092 - Rio de Janeiro - RJ - Tel.: (21) 3970-7818

Impressão

ESDEVA

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

B823h Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer.
Histórias da oncologia clínica no Instituto Nacional de
Câncer: INCA. Instituto Nacional de Câncer - Rio de
Janeiro: INCA, 2008.
110p.: il. color.
Inclui anexos
ISBN 978-85-7318-132-6
1. Oncologia-História. I. Instituto Nacional de Câncer. II.
Título.

CDD 616.9940981

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Instituto Nacional de Câncer - INCA

Histórias da Oncologia Clínica no Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Rio de Janeiro, RJ

2008

Coordenação de Elaboração

Roberto Gil
Serviço de Oncologia Clínica/HCI/COAS

Elaboração e Pesquisa

Solange Bastos
Família Bastos Editora
www.familiabastos.net

Supervisão Editorial

Silvia M. M. Costa
DDC/CEDC

Edição

Taís Facina
Área de Edição/DDC/CEDC

Copidesque

Jacqueline Gutierrez

Projeto Gráfico

g-dés

Fotos

Carlos Leite
José Antônio Campos
Seção de Multimeios/DDC/CEDC

Filmagem dos depoimentos

CasaBlanca (José Carlos do Valle, Gilberto Salgado, Lena Bulcão e Magda Rezende)
José Antônio Campos (José Carlos do Valle, Gilberto Salgado, Lena Bulcão, Magda Rezende, Sérgio Allan, Plínio Lucena e Carlos José)
Solange Bastos (Roberto Gil)

Normalização bibliográfica

Valéria Pacheco
Seção de Bibliotecas/DDC/CEDC

Prefácio

No transcorrer dos 70 anos de sua história, o INCA sempre lutou para que o câncer fosse tratado como uma questão de saúde pública. Primeiro foi a afirmação do caráter nacional da instituição no combate ao câncer, durante o governo Vargas. Como Centro Nacional de Referência, o Instituto incorporou desde a sua fundação as atividades de ensino, pesquisa, divulgação de conhecimentos e formação de profissionais. Ao conquistar uma sede própria, em 1957, na Praça Cruz Vermelha, o INCA se consolidou como hospital, permitindo o aperfeiçoamento da produção de serviços.

Hoje há uma verdadeira explosão de novos conhecimentos, resultando em procedimentos cada vez mais eficientes no combate à doença. A quimioterapia, que surgiu como experimentação nos anos 1950, evoluiu nos anos 1980, dando nascimento à especialidade “Oncologia Clínica”. Ao acompanhar essa trajetória até nossos dias, reconstituída a partir de relatos muitas vezes impregnados de emoção de vários profissionais que participaram diretamente dessa história, temos a chance de recuperar a memória e, sobretudo, aprender com ela.

Quando em 1980 a Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC) ajudou a implementar a co-gestão do INCA pelo Ministério da Saúde e pelo Inamps, foi possível concretizar o Sistema Integrado de Controle do Câncer, incluindo, de forma inédita, entidades de combate ao câncer e Secretarias de Saúde, o que ampliou as funções do Instituto e exigiu uma estrutura organizacional mais complexa. A cooperação e interação com outros órgãos criaram uma rede assistencial e de alcance científico até então inédita.

Foi nesse contexto que se criou o Serviço de Oncologia Clínica do INCA, constituído pelo núcleo pioneiro de profissionais da instituição, reforçado por vários outros especialistas contratados pela Campanha. Muitos deles já estavam profundamente engajados no projeto da reforma sanitária, que se concretizaria anos mais tarde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Mais uma vez o INCA e, particularmente, a Oncologia Clínica, estavam no centro das decisões sobre as políticas públicas de saúde no país.

Na década seguinte, nos anos 1990, o novo salto de desenvolvimento institucional foi viabilizado pela criação da Fundação Ary Frauzino (FAF), aos moldes da CNCC, um organismo legalmente flexível aproximando as instâncias formuladoras e implementadoras, o que permitiu redimensionar os vários níveis de atuação do INCA e restaurar seu quadro profissional, com claras implicações para o Serviço de Oncologia Clínica.

A entrada no século XXI nos trouxe novos desafios. A consolidação do INCA, ao longo desses 70 anos, demonstrou que o hospital público, dirigido para o inte-

resse público, pode atender qualitativa e quantitativamente às demandas geradas pela sociedade.

Uma História da Oncologia Clínica no Instituto Nacional de Câncer nos ajudará a comprovar a enorme capacidade de revitalização da instituição para fazer face aos desafios que o controle do câncer impõe.

Não é mais possível que grande parte da população pense que o câncer é incurável, um problema de especialistas. Essa cultura contribui para que a maioria de pacientes chegue aos hospitais em estágio avançado da doença. Que possamos refletir sobre o muito que o INCA e seus profissionais vêm fazendo ao longo de sua história. Que encontremos novos caminhos, como o fizeram os pioneiros aqui homenageados.

Luiz Antonio Santini Rodrigues da Silva
Diretor-Geral do Instituto Nacional de Câncer

Apresentação

História da História

Entender o passado nos ajuda a tolerar o presente e pensar no futuro. Seguindo uma tradição do Instituto Nacional de Câncer (INCA), nada mais oportuno que a comemoração do septuagésimo aniversário dessa instituição para relatar “Uma História da Oncologia Clínica”. Já foi dito, e com muita propriedade, que não há fatos mas, sim, interpretações. São fragmentos reunidos, recortes capturados na memória afetiva de alguns depoentes e montados pelas lentes e vieses de quem pergunta, relata e edita.

O retorno à atividade no INCA dos Drs. Mário Alberto Dantas, Carlos Augusto Vasconcelos e Roberto Gil de alguma forma nos trouxe fragmentos de um passado não muito distante. E contribuiu para consolidar a idéia, que já se esboçava em minha mente, de resgatar a história do Serviço de Oncologia Clínica – uma história que se confunde com a da especialidade no país. O projeto se concretizou e foi delegado ao Dr. Roberto Gil, homem de sorriso largo, falante como poucos, que aceitou o desafio de ser mais escuta do que fala. Depois de muitas horas de conversa, surge essa história do nosso Serviço, que, esperamos, poderá ser particularmente útil.

O momento de crise nos referenciais também é uma oportunidade de reforçar, relatar e mesmo exaltar os bons exemplos. O futuro nosológico da humanidade situará a Oncologia no topo das especialidades médicas, como a responsável pelo manejo da principal causa de morte nos anos vindouros. São grandes os desafios, que demandam a mobilização de todos os segmentos da sociedade no combate ao câncer, com a identificação e avaliação de seus fatores de risco. A comunicação e modificação desses riscos surgem como uma especialidade a ser aplicada na prevenção do câncer. São fundamentais novos prognósticos e preditores para uma melhor seleção dos pacientes, a partir da concepção dos desenhos de estudos induzidos por prioridades epidemiológicas e da aferição de desfechos em tempo real.

É necessário que reflitamos sobre os caminhos até então trilhados. Apesar da mobilização de recursos sem precedentes para o combate à doença desde a “declaração de guerra” do presidente dos Estados Unidos Richard Nixon contra o câncer em 1971, os resultados alcançados não corresponderam às expectativas, mesmo naquele país. Enquanto o índice de mortalidade por 100 mil habitantes caiu para a metade nas doenças cardiovasculares, ele se manteve no mesmo patamar para o câncer entre os anos de 1950 e 2003. Se tomarmos como avanço a magnitude do benefício no que diz respeito à sobrevida para o câncer de próstata refratário às

manipulações hormonais nos últimos 30 anos, temos de reconhecer que se esperavam melhores resultados. Estaremos nós olhando para o dedo de quem aponta para a Lua em vez de olharmos para a Lua?

Que possamos, plenos da nossa importância no cuidado de quem padece com os medos, com as perdas, as dúvidas e as dores do câncer, olhar para o passado e entender que não se pode deixar o bastão cair. Muitos empenharam suas vidas nesta tarefa. Saibamos valorizá-los. Que ninguém se sinta excluído deste relato, que é apenas um fragmento que busca, mais que tudo, agregar.

Meus agradecimentos a todos os antigos chefes deste Serviço pelo esforço em mantê-lo vivo e, em especial, aos integrantes da atual equipe: engrenagens vivas que fazem esta máquina funcionar.

Carlos José Coelho de Andrade
Chefe do Serviço de Oncologia Clínica do INCA
Novembro de 2007

Sumário

Prefácio	5
Apresentação	7
Introdução	11
Éramos Apenas Quimioterapeutas	13
Antes das drogas	14
Os dourados anos 1950	17
A quimioterapia empírica	19
Anos 1960 de casa nova	20
Corra, Doutor!	25
E surge a Oncologia	33
A produção de conhecimento: o doente começa a ser mais importante que a doença	45
Os terminais voltam à vida	53
Militância na Oncologia	57
Campanha nacional de combate ao câncer revoluciona o INCA	63
Começam as incorporações no INCA	75
Fundação Ary Frauzino dá novo choque de gestão no INCA	83
Chega a hora da geração formada no INCA	89
A sociedade precisa fazer escolhas também na Oncologia	97
Desafios	105
Anexo I Linha do tempo da oncologia clínica do INCA	107
Anexo II Staff do serviço de oncologia clínica do INCA em 2007	111

Introdução

Em busca de nossa História

Foi uma experiência fantástica começar a trilhar esse caminho, o da busca de nossa história: a História da Oncologia Clínica no Instituto Nacional de Câncer (INCA).

Conseguimos entrevistar pessoas que trabalharam desde o início no Instituto, movidas pelo pioneirismo, de certa forma visionário. E algumas das que deram continuidade a esses primeiros passos: Lena Bulcão, Plínio Lucena, José Carlos do Valle, Gilberto Salgado, Magda Rezende, Sérgio Allan, Carlos José.

Cada qual com uma rica experiência e um olhar pessoal sobre essa história cuja origem vai mais longe até que os 70 anos da instituição. Interligando as falas, buscando na pesquisa a resposta às lacunas da memória, foi surgindo uma nova história, impregnada das visões pessoais, todas elas documentadas em vídeo, que integram o patrimônio cultural do Instituto.

Nesse mergulho no passado, por intermédio dos diversos depoimentos e de minha própria vivência, fomos montando a trajetória da Oncologia Clínica no INCA desde a sua origem. Foi surpreendente conhecer detalhes sobre pessoas e fatos que fizeram a instituição relatados com tanta emoção e carinho.

Em sua diversidade de épocas e vivências, nossos entrevistados foram capazes de compreender o papel que o câncer assumiria na sociedade moderna, ocupando um novo espaço de tratamento, de cuidado com o doente, acompanhando o processo de desenvolvimento do arsenal terapêutico e a criação da Oncologia Clínica como especialidade.

Perceberam que não podemos deixar uma distância entre o aumento do conhecimento e o cuidado com o paciente. Nesse particular, a conversa com Dra. Magda Rezende foi muito produtiva, lembrando que em determinado momento estávamos confundindo os pacientes fora de possibilidade terapêutica com os que precisavam ser isolados e terminavam seus dias abandonados. Graças à iniciativa dela e de outros profissionais, esses pacientes foram, então, reintegrados. E atualmente vemos o movimento da própria Oncologia no sentido de fortalecer o tratamento paliativo.

Dr. Carlos José destacou como foi importante o esforço de Dr. Sergio Allan, nos anos 1980, permitindo o acesso aos opiáceos orais para melhor controle da dor dos pacientes. E sabemos, como oncologistas, como é importante poder atender à queixa de dor na relação com o paciente.

Pudemos perceber que sempre houve a concepção de equipes, de grupos, atuando de diferentes maneiras, em diferentes momentos, na evolução do Instituto. Foi assim nas décadas de 1950, 1960, 1970, 1980 e 1990. E no século XXI não vai ser diferente. Com ou sem o computador, o sentimento de solidão do profissional é vencido quando ele interage, quando ele troca informações com o colega.

Vimos como sempre foi muito forte o vínculo com a instituição. O maior patrimônio do INCA sempre foi o humano. A trajetória do Instituto em direção ao crescimento e à manutenção de suas atividades, muitas vezes na contramão dos serviços públicos de saúde, sempre se deveu ao empenho coletivo, da recepção à diretoria-geral. Com o crescimento do Instituto, é preciso, então, empreender todos os esforços para preservar a integração entre os diferentes serviços, eventualmente distribuídos nas várias unidades.

É necessário esse empenho coletivo permanente para repensar a própria instituição. Criar políticas de recursos humanos que consigam remotivar e fixar as pessoas. Resgatar em cada um e em todos esse sentimento institucional.

É necessário compartilhar o conhecimento técnico. Direcionar a pesquisa para que ela atinja o objetivo de servir à sociedade. Queremos mais do que alimentar a vaidade de alguns ou servir a interesses mercadológicos.

Vivemos mais um momento crucial do Instituto Nacional de Câncer. Espero que este trabalho sirva como instrumento de reflexão para pensar o futuro.

Essa perspectiva histórica é o legado para as novas gerações que devem levar adiante o espírito dos pioneiros desta desafiadora especialidade.

Não se trata de viver no passado e, sim, usar o passado para refletir no presente e apontar estratégias para o futuro.

Roberto de Almeida Gil

Novembro de 2007

Éramos Apenas Quimioterapeutas

No começo, existia tão-somente a necessidade de se dar o remédio. E eram poucos. Acerto e erro. Até a aplicação das drogas revolucionar o tratamento do câncer, foi um longo caminho. Somente então, a Oncologia Clínica pôde se transformar numa especialidade.

– Quimioterapia é como jogo de xadrez. Não deu certo, vamos ver qual é o outro movimento possível – lembra Dra. Lena Thereza Lassance Bulcão Vianna, citando uma outra oncologista, colega do Hospital da Lagoa.

Quando Lena Bulcão entrou para o Instituto do Câncer, em 1955, ele ainda funcionava no prédio do Hospital Gaffrée e Guinle, no bairro da Tijuca, no Rio de Janeiro. E a quimioterapia ainda era uma experiência ousada de alguns médicos visionários. Ao chegar ao INCA, 26 anos depois, conheci Dra. Lena como chefe da Seção de Oncologia Clínica. Ela teria sido a primeira chefe do Serviço no Instituto.

– Será que fui mesmo? – questiona, com modéstia. – Lembrome do Grupo de Quimioterapia, no qual sucedi o Dr. Luiz Carlos de Oliveira Júnior, que foi aposentado “à força”, em 1964... Naquela época se falava em Clínica, Oncologia foi bem depois...

De fato. Segundo sua ficha funcional, Dra. Lena chefiou a Seção de Clínica Médica de janeiro a outubro de 1972 e, sete anos depois, a Seção de Oncologia Clínica, já uma especialidade dentro do Serviço de Clínica Médica do Instituto. O episódio que redundou na aposentadoria de Dr. Luiz Carlos, eminente cirurgião que criou o Grupo de Quimioterapia em março de 1964, pouco antes do golpe militar, seria relatado de forma saborosa por Plínio Lucena, funcionário veterano do INCA, hoje com 79 anos de idade. Mas isso veremos adiante.

Antes das drogas

Num primeiro momento, havia a disputa entre as especialidades clínica e cirúrgica quanto à visão preponderante no tratamento do câncer. O médico “prático”, como se dizia, é quem lidava com o paciente e tinha condições de alimentar as estatísticas para se criar a engenharia médico-administrativa de controle do câncer. Mas o prestígio era o do cirurgião.

Estamos falando das décadas de 1920 e 1930, quando, graças a Carlos Chagas, se começou a notificação obrigatória de mortalidade por câncer e quando Mário Kroeff trouxe da França o bisturi elétrico, que revolucionou a 17ª Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia, no Rio de Janeiro, transformada praticamente num centro de câncer.

Anos depois, já no Instituto do Câncer, funcionando no Hospital Gaffrée e Guinle, Dr. Kroeff pediu certa vez ao funcionário Plínio Lucena – como ele nos conta – um grande naco de carne, “de uns cinco quilos”. “Seu” Plínio não teve coragem de perguntar para que era – “morria de medo do Dr. Mário Kroeff, ele era muito sério...”. Depois descobriu: ele queria fazer uma demonstração aos jovens médicos do uso do bisturi elétrico recém-importado pelo Instituto¹.

O rigor do velho chefe era tal que, numa outra situação, Plínio Lucena voltou para casa a pé porque gastou o dinheiro da condução para cumprir um encargo de Dr. Kroeff – levar a cópia datilografada de um discurso até o Jockey Club Brasileiro, onde Kroeff se encontrava, discurso esse que ele faria em seguida na Academia Nacional de Medicina. Mário Kroeff não lhe perguntou se tinha dinheiro para a passagem, simplesmente comunicou ao dedicado funcionário que lhe pagaria o valor do táxi utilizado no dia seguinte...

Até então, além da cirurgia, só existia a curieterapia como tratamento – a irradiação dos tumores por meio de agulhas de platina carregadas de radium. O nome era uma alusão a Marie Curie, descobridora da radiação junto com o marido, e que visitou, em 1926,

¹ Os depoimentos gravados em vídeo integram o acervo do patrimônio cultural do INCA e estão disponíveis para consulta na Coordenação de Ensino e Divulgação Científica (CEDC).



Plínio Lucena recebeu elogios e agradecimentos formais de quase todos os diretores com quem trabalhou. Na foto, ele recebe uma placa de homenagem de Marcos Moraes, que dirigiu o INCA de 1990 a 1998.

a instituição pioneira no Brasil no tratamento do câncer, o Instituto de Roetgenterapia, depois Instituto do Radium, em Belo Horizonte².

Mas só com a revolução de 1930, que dá início aos 15 anos da era Vargas, é que o gaúcho e amigo do presidente, Mário Kroeff, consegue fundar o Centro de Cancerologia, em 1931. É uma instalação acanhada no antigo Hospital de Triagem, que, dois anos depois, se torna o Hospital Estácio de Sá. O prestígio de Kroeff não foi suficiente para evitar que o Centro de Cancerologia passasse, então, para a Faculdade de Medicina, subordinada ao ministério que reunia Educação e Saúde.

Em 1937, Getúlio Vargas fechou o Congresso e instituiu a ditadura do Estado Novo. Desde a Constituição de 1934, o cuidado com saúde e assistência pública já era competência da União e dos Estados federados. A Reforma Capanema cria uma política centralizada de saúde.

² Fenelon S, Almeida SS. A histórica visita de Marie Curie ao Instituto de Câncer de Belo Horizonte. *Radiologia Brasileira*. São Paulo: 2000; (34)4

E é o mesmo ministro Gustavo Capanema, da Educação e Saúde, quem assina, em 30 de dezembro de 1937, a Portaria 158, que designa Mário Kroeff para dirigir o Centro de Cancerologia do Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal. O novo Centro seria inaugurado meses depois, em 14 de maio de 1938, pelo próprio presidente Getúlio Vargas.

A Segunda Guerra Mundial acabaria com o até então monopólio alemão de equipamentos médico-cirúrgicos e da formação técnica dos cancerologistas brasileiros. Fortaleciam-se os laços entre Brasil e Estados Unidos na área sanitária. A guerra seria também o palco de experimentação do mortífero gás mostarda, que geraria a descoberta de sua aplicação terapêutica no tratamento do linfoma, na forma de mostarda nitrogenada. Seria o primórdio da quimioterapia.

Em 1941, é criado o Serviço Nacional do Câncer, tendo à frente Mário Kroeff. Sua missão: articular uma campanha nacional reunindo as ações federal, estadual, municipal e a iniciativa privada no combate ao câncer. Nesse mesmo ano, Alberto Lima de Moraes Coutinho cria a Revista Brasileira de Cancerologia, junto com Jorge de Marsillac, Egberto Penido Burnier e Moacyr Alves dos Santos-Silva. O primeiro número só sairia seis anos depois.

Para Plínio Lucena, o Dr. Alberto Coutinho foi o mais circunspecto e sisudo de todos os diretores da instituição. De Dr. Jorge Sampaio de Marsillac Motta, lembra-se que ele se dirigia a todos por “meu nego”, apesar da origem aristocrática francesa por parte de mãe. O mais afável deles seria Dr. Walter Roriz, que assumiria a direção do Instituto de 1986 a 1990.

Os percalços continuam. Em 1942, o Centro de Cancerologia é transferido para um prédio velho na Lapa, no centro do Rio, que sofre um desabamento meses depois. O Hospital Estácio de Sá é repassado à Polícia Militar, a pedido do coronel Odilio Denys, então chefe da Polícia Militar do Distrito Federal, com uma duvidosa argumentação geográfico-militar quanto à conveniência da localização do hospital, que seria útil em caso de um ataque inimigo pelo mar... O resultado foi o sucateamento dos aparelhos de raios X e da radioterapia.

No ano seguinte, 1943, tanto o Centro de Cancerologia como o Serviço Nacional de Câncer se instalam, em regime de comodato, no Hospital Gaffrée e Guinle, o que foi proposto pela própria fundação mantenedora do hospital. Dois anos depois, o presidente da República interino, José Linhares, compra o terreno da praça Vieira Souto, hoje Praça Cruz Vermelha, para a construção da sede do futuro Instituto Nacional de Câncer. Somente em 1957, a sede definitiva do Instituto seria inaugurada pelo então presidente Juscelino Kubitschek.

Os dourados anos 1950

Quando Getúlio Vargas volta ao poder pelo voto popular, a institucionalização da saúde pública torna-se uma das grandes realizações do Governo, ao lado da criação da Petrobras e do estatuto dos servidores públicos. O Ministério da Saúde é desmembrado da Educação. Em dezembro de 1953, Miguel Couto Filho assume o ministério.

O núcleo pioneiro dos cancerologistas, liderado por Mário Kroeff, e novamente fortalecido, começa a falar em diagnóstico precoce do câncer. O ano de 1952, segundo Jorge de Marsillac, marca o fim da cirurgia genérica e o início das equipes especializadas.

Em 1954, começa a produção industrial da penicilina. Getúlio Vargas se suicida. É o fim da “dinastia Kroeff”, que durara 16 anos, à frente das políticas públicas de combate ao câncer no país. Em janeiro desse ano assume a direção do Serviço Nacional de Câncer o cirurgião paulista Antonio Prudente de Moraes, que havia fundado, em São Paulo, o Hospital A. C. Camargo, especializado em câncer.

Em julho do mesmo ano, pouco antes do suicídio do presidente, Prudente de Moraes consegue realizar em São Paulo o VI Congresso Internacional de Câncer, o evento mais importante até então realizado no Brasil, em parceria com a União Internacional Contra o Câncer (UICC), entidade da qual é vice-presidente. O Brasil ajuda a padronizar o código internacional para as neoplasias. A Sociedade



Equipe do Instituto do Câncer, diante da Fundação Gaffrée e Guinle, onde funcionou até 1957. A foto é de fevereiro de 1954, possivelmente da despedida de Alberto Lima de Moraes Coutinho da direção do Instituto, quando ele passa o cargo para Luiz Carlos de Oliveira Jr. O momento é também de despedida de Mário Kroeff da direção do Serviço Nacional de Câncer. Desde o mês anterior, janeiro de 1954, o novo diretor é o cirurgião paulista Antônio Prudente de Moraes.

- 1) Turíbio Braz- chefe da Obstetrícia
- 2) Carolina Gavinha - médica-chefe do laboratório
- 3) João Bancroft Viana - chefe da Urologia (“melhor caráter que conheci” - Plínio Lucena)
- 4) Ozolando Júdice Machado - chefe da Radioterapia
- 5) Sérgio de Azevedo - “braço direito” de Mário Kroeff (quem conseguiu, segundo Plínio, o “esqueleto” do local do futuro INCA com Getúlio Vargas)
- 6) Mário Kroeff - fundador, em junho de 1954, passou a chefia do SNC para Antônio Prudente Moraes
- 7) Alberto Lima de Moraes Coutinho - diretor
- 8) Evaristo Machado de Moraes Netto - Medioterapeuta
- 9) Marilda Aguilar - Secretária
- 10) Zilda Ramos - enfermeira chefe
- 11) João Carlos Cabral - chefe da Radiologia (seria diretor de janeiro a setembro de 1978)
- 12) Oscar Pereira Cortes - enfermeiro
- 13) João Cândido Brochado
- 14) José Leonardo Machado Vaz - Cabeça e Pescoço
- 15) Clóvis Fraga de Andrade - Ginecologia
- 16) Severino da Silva Jr. (médico urologista)
- 17) Emanuel Rebelo - Chefe do Laboratório
- 18) Amaury Barbosa - Abdômen
- 19) Ataliba Macieira Bellizzi - Cabeça e Pescoço
- 20) Gil Moreira - chefe do Banco de Sangue
- 21) Wolfgang Georg Lamprecht - cirurgião Cabeça e Pescoço (diretor de setembro de 1978 a maio de 1979)
- 22) Darcy da Silva Guimarães
- 23) Amaro - mecânico das ambulâncias
- 24) Lígia Martins Campos - secretária
- 25) Euclides Cunha - boy do gabinete
- 26) Benjamim Ricardo Cordeiro da Silveira
- 27) Durval Vasconcelos - servente do almoxarifado
- 28) Altamir Carvalho Barroso - chefe do Almoxarifado
- 29) Plínio Lucena - escriturário
- 30) Denair Guimarães - almoxarifado

Americana de Câncer aceita o “Manual de Nomenclatura e Codificação de Tumores”.

Para o pesquisador Alexandre Octávio, esse congresso seria o marco da especialização no Brasil no tratamento do câncer³. Nasce o princípio do que se tornaria, anos mais tarde, a especialidade Oncologia Clínica.

A quimioterapia empírica

Quando nada mais se tinha a fazer pela vida do paciente, ele assumia o caso. Como todo pioneiro, o cancerologista Sebastião da Silva Campos era ousado. Ainda nos anos 1950, quando o Instituto Nacional de Câncer se apertava em apenas três enfermarias nas dependências do Hospital Gaffrée e Guinle, Dr. Sebastião criou protocolos de polivacinação. Informalmente, a medicação era conhecida como “coquetel molotov”. Foram os primórdios da quimioterapia “brasileira”.

– Ele morreu como queria, trabalhando. Infartou enquanto atendia a um paciente – lembra o odontólogo Juarez Pereira.

Segundo o radioterapeuta Oswaldo Pereira, que, junto com Dr. Francisco Fialho, é um dos mais antigos médicos do INCA ainda em atividade – ele entrou no Instituto em 16 de janeiro de 1951 e no momento trabalha no Serviço de Radioterapia Ozolando Machado –, ao lado de Sebastião da Silva Santos, Dr. Sérgio Philadelfo Azevedo experimentava os primeiros procedimentos de quimio-imunoterapia.

– Quando eu entrei no Instituto do Câncer, em 1955, ainda no Gaffrée e Guinle, a quimioterapia praticamente não existia – conta Dra. Lena Bulcão. – Era só a mostarda nitrogenada. Eu fazia essa parte de cardiologia, risco cirúrgico, a parte ligada à clínica médica e, não, propriamente, à Cancerologia. Comecei a trabalhar no grupo de

³ Carvalho AOR. O Instituto Nacional de Câncer e sua memória: Uma contribuição ao estudo da invenção da Cancerologia no Brasil. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea no Brasil (CPDOC)/Fundação Getúlio Vargas; 2006.

quimioterapia já no prédio atual do Instituto, com o Dr. Luiz Carlos de Oliveira Júnior, que você conheceu. Mas ainda eram pouquíssimas drogas. Nós, realmente, não tínhamos experiência.

Anos 1960 de casa nova

Estamos em 1957, quase chegando aos anos 1960, quando o Instituto do Câncer ganha, finalmente, sua sede definitiva, tendo na época como diretor Antonio Pinto Vieira⁴. No Serviço Nacional do Câncer, estava Ugo Pinheiro Guimarães, o mesmo que conseguira levar o Centro de Cancerologia de Mário Kroeff para a Faculdade de Medicina, logo após a sua fundação. Em relato documentado na Academia Nacional de Medicina, Pinheiro Guimarães afirma ter intercedido pessoalmente junto ao presidente Kubitschek para conseguir isenção de concorrência para a conclusão das obras do hospital, que se arrastavam há oito anos.

Como sinal de conciliação com o grupo de Kroeff, Pinheiro Guimarães convida Jorge de Marsillac, do comitê de redação da Revista Brasileira de Cancerologia e próximo a Kroeff, para a direção da Seção de Organização e Controle (SOC), responsável pela estratégia do Serviço Nacional de Câncer. Marsillac, que chefia a Seção de Cabeça e Pescoço do Instituto, testemunha que a maioria dos casos precoces atendidos é encaminhada por dentistas, graças ao curso implementado por Alberto Coutinho na Faculdade Nacional de Odontologia.

Em 1962, o novo Código Nacional de Saúde atribui ao câncer a mesma importância que às doenças cardiovasculares. Criase, no Serviço Nacional do Câncer, o Comitê Nacional de Ensino de Cancerologia, no qual se sentam lado a lado os diretores do Instituto Nacional de Câncer e do Instituto Central da APCC (Associação Paulista de Combate ao Câncer). Na pauta, uma política comum de ensino da Cancerologia nas entidades públicas e privadas.

⁴ O então Instituto do Câncer tornou-se Instituto Nacional de Câncer pelo Decreto 50.251, de 28 de janeiro de 1961.

Pouco antes do golpe militar de 1964, no discurso em que Santos-Silva saúda o ministro da Saúde Wilson Fadul, na Academia Nacional de Medicina, ele condena a excessiva federalização dos serviços sanitários desde os anos 1920, com a exclusão dos municípios. Fadul acabara de defender uma visão desenvolvimentista de sua pasta na 17ª Assembléia Mundial de Saúde, em Genebra.

Mais uma vez a proximidade com o presidente da República traz facilidades ao Instituto do Câncer. Dessa vez, Moacyr dos Santos-Silva, médico particular do então presidente Jango, consegue aparelhar tão bem o Serviço de Cardiologia do Instituto que esse se torna referência entre os hospitais especializados, sendo detentor do primeiro cardioversor da América Latina. Dr. Munir Murat operava o equipamento de fonocardiograma, como lembra José Carlos do Valle:

– Em 1965, quando o Ary Frauzino me levou para o Instituto Nacional de Câncer, eu era recém-formado, fui fazer pré e pós-operatório. Aí o Nahaniel Pessoa Rodrigues, cardiologista, me convidou para fazer também os laudos dos eletrocardiogramas. Eles eram da mesma equipe, chefiada pelo Moacyr dos Santos-Silva.

José Carlos do Valle conta que Dr. Moacyr dividia, na galeria Menescal, em Copacabana, um consultório enorme com Dr. Ary Frauzino e acabou levando para a clínica particular quase toda a sua equipe do Instituto.

– Nesse grupo existia um especialista em linfomas que se chamava Félix (Horácio de Mello) Gollo – continua Dr. José Carlos.
– Dr. Klaus Reverdy, que morreu precocemente, era hematologista com treinamento nos Estados Unidos e também trabalhava no consultório do Moacyr. Muito interessante. Dentro desse grupo não havia seções muito formais. Curioso que a de linfomas existia, mas se misturava um pouco com a de hematologia. O Dr. Klaus e o Dr. (Augusto Luiz) Gonzaga⁵ trabalhavam com o seu chefe, Félix Gollo, nesse setor de linfomas.

5 Segundo Dr. Juarez Pereira, Dr. Gonzaga radicou-se em Santa Catarina, onde se tornou empresário do ramo hoteleiro.

Justamente por causa da mostarda nitrogenada, o linfoma foi a primeira patologia clínica que conseguiu ter algum resultado com o tratamento medicamentoso.

– Nessa época tínhamos como quimioterápicos Enduxan, Oncotiotepa... eram apenas cinco ou seis remédios – explica o oncologista José Carlos do Valle. – Então não fazia sentido ter uma seção para o médico manipular cinco ou seis quimioterápicos.

Dr. José Carlos lembra, com pesar, de mais uma integrante do grupo:

– Posteriormente entrou para o grupo a Dra. Margarida Monerat Haberfeld de Mattos. Em 1975, nós dois, mais Hugo Caire de Castro Faria, Hiram Lucas, Luiz Carlos Famadas, José Guido de Azevedo e Aldemar Neves, constituímos a Comissão Executiva para instalar a Unidade de Imunologia no INCA, por decisão do diretor Adayr Eiras de Araújo. Lamentavelmente, anos depois, Dra. Margarida morreu de câncer de mama. Até cuidei dela, com metástase cerebral.

Nos anos 1960, juntam-se à família dos quimioterápicos os alcalóides da vinca e a combinação de quatro drogas conhecida por MOPP: mostarda nitrogenada, vincristina, procarbazina e prednisona, que conseguem remissões completas no tratamento de linfomas.

Em 1968, quando o Instituto Nacional de Câncer comemorou seus 30 anos de funcionamento, a publicação referente à data relacionava na Clínica Médica: José Carlos do Valle, Victor Lahoud Oakim, Samuel Rozemberg. Na Cardiologia: Dr. Munir Murad. Na Unidade de Quimioterapia: Lena Bulcão Vianna, Raul de Carvalho Filho, Aldemar Neves Filho, Gilberto Salgado. Na Seção de Linfomas do Departamento de Medicina: Augusto Luiz Gonzaga, Luiz Carlos Famadas, Félix Horácio de Mello Gollo, Álvaro Saraiva Pontes. Na Unidade de Pediatria: Lourival Perri Chefaly, Ary Caruso, Francisco Gerpe.⁶

⁶ Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Serviço Nacional de Câncer. 30 Anos de Atividades do Instituto Nacional de Câncer - XXX Aniversário, 1938-1968. Rio de Janeiro: 1968.

Gilberto Salgado fazia residência no INCA nessa época (de 1968 a 1971). Mais tarde, ele também fazia parte do grupo que clinicava junto com Santos-Silva na galeria Menescal.

Em setembro de 1971, o Instituto Nacional de Câncer reúne o I Encontro de Quimioterapia, promovido pela Divisão Nacional de Câncer do Ministério da Saúde. Dois meses depois, patrocinam o Fórum Internacional sobre Bleomicina, em parceria com a Sociedade de Pesquisa do Japão.

Ainda no final dos anos 1960, Moacyr dos Santos-Silva traz para o Brasil as últimas inovações tecnológicas em quimioterapia que conheceu nos Estados Unidos. Quem conta é José Carlos do Valle:

– Moacyr entra em contato com o Dr. Emil Freireich, do M. D. Anderson, no Texas, e fica muito empolgado com o ambiente livre de germens. Estava sendo desenvolvido lá no M. D. Anderson um tratamento com quimioterápico em dose alta, para doentes com leucemia e linfomas.

O Dr. José Carlos descreve, maravilhado, como o INCA teve acesso, praticamente assim que foi implantado nos Estados Unidos, ao separador de células, uma outra tecnologia desenvolvida pelo grupo do Dr. Freireich.

– O separador de células visava separar as frações do sangue – plaquetas, glóbulos brancos, plasma e sangue – para serem transfundidos nos pacientes tratados com quimioterapia em altas doses, mantidos nesse ambiente livre de germens. Mais uma vez, fomos pioneiros na América Latina. – E José Carlos conclui, orgulhoso: – Foi assim que o Serviço foi criando personalidade. Em poucos anos a nossa especialidade se desenvolveu muito e se tornou muito claro que deveria ser uma seção independente.

Aos poucos, deixávamos de ser, “apenas”, quimioterapeutas.

Corra, Doutor!

O ano era 1964. O leal funcionário do oitavo andar, o da diretoria, aproxima-se de seu antigo chefe, Dr. Luiz Carlos de Oliveira Júnior, e discretamente o alerta para a emergência. Dessa vez, não era um paciente que exigia os cuidados do experiente cirurgião e chefe de equipe.

– Corra, doutor! O DOPS está na porta e vai prendê-lo!⁷

Apenas esse aviso providencial de Plínio Morais Lucena, naqueles primeiros dias de terror logo depois do golpe militar de 1964, já justificaria a homenagem feita ao velho funcionário na solenidade de abertura das comemorações dos 70 anos do Instituto Nacional de Câncer, realizada em 25 de maio de 2007.

José Gomes Temporão, o diretor que o aposentou e também o autor da homenagem na condição de ministro da Saúde, foi o 19º diretor a quem Plínio serviu. Quando ele entrou para o Instituto, em 1947, esse ainda era o Centro de Cancerologia, fundado por Mário Kroeff dez anos antes. Kroeff dirigia, então, o Serviço Nacional de Câncer (SNC), e o diretor do Centro era Alberto Lima de Morais Coutinho. Tanto o Centro como o SNC funcionavam nas dependências do Hospital Gaffrée e Guinle, ao qual o pai de Plínio fornecia a alimentação. O jovem Plínio entraria por concurso para o Hospital em 1951, como escriturário. O porte atlético de remador e sua inegável simpatia o fizeram “protetor” de vários diretores, transformando-o em chefe de quase todas as seções administrativas e, depois, em um assessor indispensável no gabinete da direção.

– O Dr. Luiz Carlos foi o único aposentado do Instituto por causa do Inquérito Policial Militar (IPM) que fizeram aqui dentro, e eram mais de 300 médicos. Ele foi aposentado, e o Dr. César Chiafitelli, demitido.

⁷ Departamento de Ordem Política e Social. Órgão da polícia civil criado na ditadura do Estado Novo (1937) para a repressão política. Voltou à intensa atividade depois do golpe militar de 1964.



Em maio de 2007, o Ministro José Gomes Temporão (1) entrega troféu a Plínio Moraes Lucena (2), ao lado do diretor-geral do INCA Luiz Antonio Santini Rodrigues da Silva (3) e do secretário de Estado de Saúde do Rio de Janeiro Sérgio Côrtes, na abertura das comemorações pelos 70 anos da instituição. Na ocasião, Sérgio Côrtes (4) prometeu ceder ao INCA o prédio do laserj, vizinho ao Instituto.

O Chiafitelli fugiu e se exilou no Uruguai, era do Partido Comunista e não escondia isso, ele era um colega muito querido – lembra, saudosa, Dra. Lena Bulcão, que não gosta de lembrar das antigas mágoas.

A caça às bruxas que se seguiu ao golpe militar de 1964 dentro do Instituto Nacional de Câncer não ficou famosa como em outras instituições. Mas o ambiente de denúncias rompeu a até então agradável fraternidade que reinava entre os colegas.

– O Luiz Carlos tinha muita intuição clínica – elogia a fiel discípula. – Ele olhava o paciente, palpava e dava o diagnóstico. Tinha um conhecimento enorme de patologia externa. Depois que o aposentaram, nós o procurávamos em seu consultório para tirar dúvidas sobre alguns casos. E mantivemos o ritual que ele criou: depois da reunião no ambulatório mesmo, feito o diagnóstico, íamos todos tomar um cafezinho no Vieira Souto. Com um pedacinho de presunto.



Foto da época dos 30 anos de funcionamento do Instituto, em 1968. Reúne cirurgiões, “quimioterapeutas”, radioterapeutas, residentes. O grupo misturava profissionais das seções do Departamento de Medicina, Cirurgia e de Clínica Médica. Identificação das pessoas:

- 1) Hugo Caire de Castro Faria - Chefe da Pesquisa
- 2) José Carlos do Valle - o então jovem assistente da Clínica Médica e da Cardiologia
- 3) Carlos Silva do Mar - assistente do Ary Frauzino, na Cirurgia
- 4) Evaristo Machado Netto - Radiologia
- 5) João Bancroft Viana - Urologia
- 6) Álvaro Saraiva Pontes - médico da Seção de Linfomas, do Departamento de Medicina
- 7) Gilberto Salgado - residente na Unidade de Quimioterapia
- 8) Dr. Mário Jorge Noronha - cirurgião da Cabeça e Pescoço
- 9) Oswaldo Pereira - Radiologia (em 2007, ainda na Radiologia do HCII)

O Vieira Souto é o barzinho que faz parte da história do INCA. Até mesmo por lembrar o antigo nome da praça em que a sede definitiva do Instituto foi construída, depois renomeada Praça Cruz Vermelha, no centro antigo do Rio. Era um autêntico pé-sujo frequentado por todas as gerações de funcionários do hospital. Hoje carinhosamente conhecido por “Vieira”, ganhou ares de restaurante e continua a funcionar no mesmo lugar, do outro lado da calçada da esquina da praça com a rua Carlos Sampaio.

No começo daquele ano, 1964, Luiz Carlos de Oliveira Júnior fora designado pelo diretor Francisco Fialho para chefiar a Seção Especializada em Cirurgia Abdominal, que reuniu as seções de Cirurgia em Abdomen Superior e a de Cólon e Reto. Ao ser compulsoriamente

aposentado, fora substituído por Ary Frauzino Pereira, que se tornaria diretor de 1980 a 1985.

– Quando eu o avisei do DOPS, o Dr. Luiz Carlos atravessou essa praça correndo. Por força do destino, ele veio a falecer aqui no Instituto, com o Dr. Marcos Moraes, na época, diretor – conta Plínio Lucena. E acrescenta: – O IPM que instauraram aqui dentro funcionou numa sala do almoxarifado, no andar térreo. Foi o chefe do Serviço, Denair Guimarães, quem providenciou a sala. Diziam na época que ele não era muito do lado dos democratas... Não dava informações, mas cedeu espaço físico, indicou nomes das chefias etc.

Coincidência ou não, o fato é que o funcionário Denair compraria algum tempo depois uma bela casa em Copacabana.

– Muita gente se aproveitou da situação para tirar vantagem – denuncia o antigo odontólogo do INCA, hoje advogado, Édio Juarez Andrada Pereira, ele mesmo integrante do núcleo do Partido Comunista no Instituto Nacional de Câncer. – O Luiz Carlos não era comunista, no máximo um simpatizante.

– Um que também foi perseguido por ser muito bom profissional foi o radiologista Gerson Slobak de Freitas – dispara Dr. Juarez, do alto de seus 77 anos de idade bem vividos. – Ele ofuscava o Dr. Evaristo Machado Neto... – alfineta, referindo-se a um dos eméritos fundadores do Serviço Nacional de Câncer e do próprio Instituto, precursor do radiodiagnóstico.

Outro excelente profissional do Instituto que, infelizmente, teria lugar na “lista negra” dos que “entregaram” colegas é Dr. Egberto Penido Burnier, primeiro chefe da Seção de Cirurgia de Tórax criada em 1952, ainda quando o Instituto funcionava nas dependências da Fundação Gaffrée e Guinle, no bairro da Tijuca. – Egberto Moreira Penido Burnier – completa Dr. Juarez, com sua excelente memória, de quem não quer esquecer os algozes. – Irmão daquele brigadeiro ma-

luco que quis explodir o gasômetro e culpar os comunistas, no golpe denunciado pelo Sérgio Macaco...⁸

O mesmo vínculo familiar permitiria que Dr. Penido Burnier ajudasse o funcionário Plínio Lucena a visitar a mãe – fundadora do Partido Comunista no Rio de Janeiro – quando ela foi presa, em 1967 ou 1968, ele não se lembra bem, e que estava incomunicável na unidade da Aeronáutica ao lado do aeroporto Santos Dumont.

A doçura da doutora Lena Bulcão talvez ajude a explicar como ela sobreviveu à ferrenha luta por visibilidade profissional que se revela nas entrelinhas dos relatos de personagens da época. Ela nem mesmo se queixa de ter sido alvo de preconceito por gênero, como se diria hoje.

– Não me lembro de ter sofrido qualquer discriminação por ser mulher – comenta suavemente Dra. Lena. – Quando me formei na Faculdade Nacional de Medicina, havia cerca de 40 mulheres na minha turma. Se me confundiam com enfermeira? Não, usava jaleco com o nome no bolso...

A única mulher a integrar o núcleo pioneiro da Oncologia Clínica no Instituto Nacional de Câncer – primeira chefe da Seção de Quimioterapia – se emociona ao lembrar mais uma vez do gesto de um paciente agradecido: – Não me lembro do nome. Mas ele pegou um bombom Sonho de Valsa, esculpiu uma florzinha e me deu... Quer dizer, uma coisa que a gente se comove até hoje em falar...

Era uma época em que não havia tantos planos de saúde e os pacientes estavam acostumados a pagar pela consulta. Quando eram bem atendidos, buscavam uma forma de agradecer pelo serviço gratuito.

– Era comum ganharmos presentes. Muitos. No Natal – lembra a Dra. Lena –, os médicos levavam para casa sacolas cheias. – E volta e meia um doente dizia: toma uma gorjetinha... – diverte-se.

⁸ Em 1968, o brigadeiro João Paulo Moreira Burnier, então comandante da Base Aérea do Galeão, no Rio de Janeiro, teria ordenado sigilosamente a explosão do gasômetro do Rio e da represa de Ribeirão das Lajes, além de outras ações terroristas. O objetivo era incriminar as forças de esquerda e, assim, justificar um fechamento ainda maior do regime. A denúncia foi feita pelo capitão Sérgio Ribeiro Miranda de Carvalho, conhecido por Sérgio Macaco, da força de elite PARASAR, que se recusou a cumprir as ordens.

Mas do que ela mais se lembra é daquele bombom.

A entrevista de Dra. Lena Bulcão, como as outras que foram gravadas para este livro, foram conduzidas em tom de conversa, favorável às revelações. Ainda assim, foi difícil para ela admitir a dificuldade que sentia no relacionamento com Dr. Moacyr dos Santos-Silva, um dos ícones do Instituto Nacional de Câncer, de inegáveis méritos científicos mas indiscutivelmente autoritário.

– Ele era inteligente, tinha conhecimento de oncologia, isso não se pode negar. Mas uma pessoa muito difícil de se lidar.

Depois de uma pausa, Dra. Lena acaba revelando por que a mágoa:

– Bem, o Moacyr foi diretor do Instituto, foi diretor do Serviço Nacional de Câncer, ele era médico particular do Jango... De modo que quando teve a “revolução” (o golpe de 1964), todo mundo pensou que fosse acontecer alguma coisa com ele. Mas ele saiu fora e envolveu o Dr. Luiz Carlos, foi isso. Por posição política? Não, ele era ele e só.

– Foi graças à força do prestígio do Dr. Moacyr Alves dos Santos-Silva que o INCA pôde se desenvolver – garante Dr. José Carlos do Valle, ele próprio um dos pilares do Serviço de Oncologia Clínica do Instituto, membro da Academia Nacional de Medicina e dono de um vasto currículo. – Quando eu cheguei ao Instituto em 1965, trazido pelo Dr. Ary Frauzino Pereira, o diretor era o Dr. Moacyr. Um homem poderoso, influente. Era médico do presidente da República, João Goulart, e da primeira-dama, Maria Thereza.

Por mais que fosse polêmico, Moacyr Alves dos Santos-Silva, que dirigiu o INCA em duas oportunidades – de 1962 a 1963 e de 1972 a 1974 –, foi o primeiro médico brasileiro a ser filiado à Sociedade de Oncologia Clínica dos Estados Unidos, a American Society of Clinical Oncology (ASCO). A ASCO foi fundada em 1964 e tem atualmente 25 mil afiliados. Seu encontro anual é até hoje considerado o mais importante acontecimento educacional e científico da comunidade oncológica mundial.

– O Moacyr tinha uma personalidade muito forte e se atritava com facilidade, era de pavio curto. Acho que não houve quem não se atritasse de certa forma com o Moacyr, no tempo em que ele dirigia

a instituição – reconhece Dr. José Carlos. – Mas isso em parte porque ele era um revolucionário, um inovador da Oncologia Clínica, e fazia coisas estranhas para o pessoal da época...

Dr. José Carlos ainda comentaria em detalhes sobre as inovações tecnológicas no tratamento do câncer, como veremos mais adiante, graças à ousadia de pioneiros como Dr. Moacyr.

Experiência semelhante teve Dr. Gilberto Luís dos Santos Salgado, residente de 1968 a 1971 no INCA, e que chefiou a Oncologia Médica (na época, ainda não se chamava Oncologia Clínica) de 1972 a 1974, período em que Dr. Moacyr dos Santos-Silva voltou à direção do Instituto. Substituiu justamente Dra. Lena Bulcão, que chefiara o Serviço no tempo do diretor Ugo de Castro Pinheiro Guimarães⁹. Mais tarde Dr. Gilberto chefiaria a Pesquisa Clínica e o Centro de Estudos, voltando finalmente ao Serviço de Oncologia Clínica, até se aposentar.

– A inteligência do Moacyr era uma coisa extraordinária – entusiasma-se Dr. Gilberto. – Foi o primeiro indivíduo que bolou a cirurgia conservadora de mama. Lembro perfeitamente dessa doente, estava viva até há pouco tempo, esteve no meu consultório. Ele chamou o Ary Frauzino e disse: Vamos fazer a ressecção apenas do tumor – relembra. E Dr. Gilberto esmiuçaria os desafios dos inovadores na quimioterapia, grupo que honrosamente integrou. – Realmente ele tinha um raciocínio muito avançado.

“Seu” Plínio lembra de uma ocasião em que Santos-Silva mandou pôr um tapume dividindo o corredor do terceiro andar, onde era seu gabinete, por desavença com o então diretor do hospital (1969-1970), Dr. Francisco Fialho, um lutador de boxe amador e torcedor doente do Fluminense mas de pouca estatura e de índole pacífica. Eles se reconciliaram não muito tempo depois.

Controvérsias à parte, Dra. Lena Bulcão lembraria vários companheiros com quem enfrentou os desafios profissionais que o pio-

9 A Portaria 64, de 25 de junho de 1974, publicada no D.O. de 04-07-1974, às fls. 7400, transformou a Seção de Oncologia Médica em Seção de Oncologia Clínica. Até então, Dr. Gilberto Salgado respondera pela Seção de Clínica de Oncologia Médica, do Serviço de Clínica Médica, do Departamento Médico do Instituto Nacional de Câncer, conforme Portaria 41, de 03 de outubro de 1972, publicada no D.O. de 09-10-1972.

neirismo exigia: Aldemar Neves, Álvaro Saraiva Pontes, Raul de Carvalho Filho.

– Começamos como clínicos. Eu tinha muita experiência por ajudar meu pai, que era cardiologista. Gradualmente começamos a fazer quimioterapia, aí foi se transformando numa especialidade (em 1968, Lena Bulcão chefiava a Seção de Quimioterapia).

Lena cita Hiram Silveira Lucas, diretor entre 1979 e 1980, como o grande revitalizador do INCA. Cirurgião como Dr. Luiz Carlos, contribuiu como ele para fortalecer a Oncologia Clínica.

(Lembro que no dia da posse de Dr. Hiram, Álvaro Saraiva infartou, no próprio hospital. Eu ainda era residente no Hospital de Oncologia. Dra. Lena e eu saímos correndo para socorrê-lo. Recuperou-se, trabalhou ainda muitos anos, mas teve morte súbita depois. O coração levou o grande profissional e amigo, um indisciplinado que não respeitava dietas e fumava escondido dos amigos. Até hoje, quando assisto à posse de um novo diretor, fico com o coração apertado, pensando no Álvaro.)

– O Álvaro era um amigo muito querido, amigo seu também, tinha um conhecimento enorme de Oncologia, era uma autoridade em linfomas – elogia Lena Bulcão.

Ela era uma espécie de anjo da guarda do Álvaro, a quem sucedeu na chefia da Seção de Oncologia Clínica, depois do infarto dele. Na mesma época, Aldemar Neves assumiu o Serviço de Clínica Médica, a quem a Seção era subordinada. Em 1974, Aldemar fora designado responsável por essa mesma Seção, pelo então diretor Adair Eiras de Araújo, que ficou no cargo até 1978¹⁰.

Dr. Lena fala com gratidão da solidariedade do então presidente do Centro de Estudos, o cirurgião de cabeça e pescoço Carlos Murilo Linhares. Na época crítica da ditadura, convidada a dar uma palestra no Centro de Estudos, Lena Bulcão foi por ele autorizada a fazer uma homenagem a Dr. Luiz Carlos de Oliveira Filho.

O silêncio constrangido e amedrontado da platéia permitiu dimensionar a coragem da iniciativa. Lena se sentiu quite com os inquisidores do INCA.

¹⁰ Veja “Linha do Tempo da Oncologia Clínica no INCA”, Anexo I, pág. 107

E surge a Oncologia

Quando o mundo foi sacudido no ano de 1968, o estigma do câncer também mudou.

Estudantes fazem barricadas e proibem proibir na França. Os americanos se desmoralizam na já perdida guerra do Vietnã. O festival de Woodstock prova que pacifistas podem se reunir aos milhares efetivamente em paz, ao som de rock e baladas. A primavera de Praga desmascara o intervencionismo da União Soviética. Dez mil estudantes mexicanos são metralhados pela polícia durante manifestação pacífica na praça principal da cidade do México, El Zócalo. No Brasil, os estudantes lideram as primeiras grandes manifestações de massa contra a ditadura militar.

Câncer vira CA, doença crônico-degenerativa, neoplasia. A Revista Brasileira de Cancerologia (RBC) registra a mudança do símbolo do caranguejo. Em lugar de apelo ao medo, pela referência ao aspecto do crescimento dos tumores, a campanha passa a ser de alerta. Cancerologista se torna oncologista.

Publicações surgidas nessa época registram a tendência mundial da nova designação: *Surgery of Oncology*, o periódico *Oncology*. Mas lembremos que desde 1956 a Liga Baiana Contra o Câncer (LBCC) já publicava os Arquivos de Oncologia, nos moldes da RBC.

Ainda em 1967, o Instituto Brasileiro de Oncologia conclui o Hospital Matilde von Doellinger da Graça, no bairro do Santo Cristo, no Rio de Janeiro, mas não tem recursos para fazê-lo funcionar. Ele seria inaugurado só cinco anos depois, como Hospital de Oncologia do INPS¹¹, futuro HC II. Segundo relato verbal do

11 Desde 1967, quando o Instituto Nacional da Previdência Social unificou os cinco ou seis órgãos previdenciários existentes (IAPs), o Instituto acumulava também a função de assistência médica. Em 1974 seria criado o Ministério da Previdência Social e em 1977 o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps).

Dr. Ernani Sampaio¹² – hoje coordenador do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital – , Álvaro Saraiva, que assumiria a Oncologia Clínica, levou uns quatro pacientes do INCA para que o hospital fosse inaugurado... Depois da cerimônia, os pacientes voltaram de ambulância. Seu primeiro diretor foi Murilo de Castro Montes.

Nesse mesmo ano, um decreto presidencial cria a Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC)¹³. Na prática, a Campanha só se estruturaria em 1980, viabilizando a modernização da instituição e uma considerável injeção de recursos humanos.

Começa um período de “vacas magras” para o Instituto. Moacyr dos Santos-Silva, na direção do Serviço Nacional de Câncer, denuncia a redução das verbas para o Serviço. O Governo tenta empurrar para a iniciativa privada a responsabilidade pelo tratamento do câncer, visto como uma “patologia individual”.

Até que o Instituto Nacional de Câncer sofre um de seus mais graves golpes. Depois de ser passado à Escola de Medicina e Cirurgia por um breve período de três meses, ele é cedido à Federação das Faculdades Isoladas do Estado da Guanabara (Fefieg), atual Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio), instituição vinculada ao Ministério da Educação¹⁴. O INCA é restringido à condição de mais um hospital universitário, com funcionamento parcial e carência material, além da falta de pessoal. Segundo denúncia do odontólogo Juarez Pereira, houve desvio criminoso de equipamentos do INCA durante este período. Entre os muitos que se demitem, estão os dirigentes Adayr Eiras de Araújo e Jorge de Marsillac.

Quem assume a direção do Instituto de 1970 a 1972 é Ugo de Castro Pinheiro Guimarães, antigo “rival” de Santos-Silva. De família ilustre, Pinheiro Guimarães não dispensava o uso do chapéu gelot, já então uma desbotada sombra da elegância dos anos 1950.

12 Dr. Ernani Francisco de Sena Sampaio foi chefe do Serviço de Oncologia Clínica do Hospital de Oncologia de 1979 a 1982, substituindo, portanto, Dr. Álvaro Saraiva Pontes.

13 Decreto 61.968, de 22 de dezembro de 1967, assinado pelo presidente militar Arthur da Costa e Silva.

14 Decreto-Lei 773, de 20 de agosto de 1969.

Moacyr dos Santos-Silva torna-se professor-titular de Clínica Médica, com ênfase na Oncologia. Segundo José Carlos do Valle, o primeiro professor de Oncologia Clínica no Brasil foi José Ramos Júnior, em Sorocaba. Moacyr teria sido o segundo, e ele, José Carlos, o terceiro. No entanto, quem elaborou o primeiro regimento de residência médica no INCA e foi um dos maiores organizadores e incentivadores da criação do ensino da Cancerologia foi Lourival Perri Chefaly, que depois se dedicaria à Radioterapia. Quem garante é Dr. Ernani Sampaio, hoje um dedicado pesquisador da história da instituição.

Enquanto o Governo finge ignorar a revolta dos profissionais ligados à Cancerologia, mesmo dos que não eram do INCA, o Serviço Nacional de Câncer é substituído pela Divisão Nacional de Câncer. E, finalmente, quase dois anos depois, o Governo volta atrás e devolve o Instituto ao Ministério da Saúde ligado diretamente ao gabinete do ministro. A pressão final é da Comissão de Saúde da Câmara Federal, que dá um parecer favorável à reintegração¹⁵. Santos-Silva reassume a direção do INCA.

– Quando o Moacyr assumiu pela segunda vez o Instituto, ele me nomeou seu substituto – relembra Dr. José Carlos do Valle. – O Dr. César da Câmara Lima Santos, que até então chefiava o Serviço de Clínica Médica, foi dirigir o Centro de Atividades Extramurais que o Moacyr criou. E eu assumi a Clínica Médica e o Centro de Estudos.

Dr. José Carlos dá uma pequena alfinetada no colega, com um sorriso nos lábios:

– O César era um ótimo clínico, um homem muito charmoso. Mas ele não gostava muito dessa história de câncer...

Encontramos o nome de Dr. César da Câmara Lima Santos entre os escolhidos em 20 de dezembro de 1976 pelo diretor Adayr Eiras de Araújo para integrar o Grupo Multidisciplinar junto à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), para programas conjuntos de quimioterapia do câncer, ao lado de colegas como Adalberto Silva,

¹⁵ Lei 5.734, de 16 de novembro de 1971.

Aldemar Neves, Hiram Silveira Lucas (que seria diretor do INCA em 1979 e 1980) e Onofre Ferreira de Castro.

Mas voltemos ao relato de Dr. José Carlos do Valle:

– Em 1972, eu tinha acabado de fazer livre-docência de Clínica Médica. Foi quando eu comecei a me encantar com a Oncologia Clínica. Até essa época eu não fazia Oncologia Clínica.

É o tempo das famosas mesas-redondas, insubstituíveis até hoje. Lena Bulcão diz que o hábito foi criado, dentro do INCA, por Ozolando Machado, na Radioterapia. Ela, quando começou no hospital, freqüentava essas mesas-redondas. Depois Dr. Luiz Carlos de Oliveira Júnior consolidou a discussão conjunta dos casos, com o Grupo de Quimioterapia, que se tornou a Seção de Quimioterapia. Todo mundo lembra das reuniões, no ambulatório mesmo, com os médicos apertados entre as camas dos pacientes. E, claro, o cafezinho depois, no Vieira Souto.

– Lena Bulcão Vianna, Aldemar Neves, Álvaro Saraiva Pontes, Raul de Carvalho Filho. Esses quatro estavam sempre juntos – continua José Carlos do Valle. – O Serviço de Clínica Médica englobava também a Pediatria. O chefe era o Dr. Lourival Perri Chefaly. E o Dr. Raul de Carvalho Filho gostava também de tratar de crianças. Ele fez vários cursos na França. Então ele tratava as crianças nesse setor (Clínica Médica) e também fazia parte do Grupo de Quimioterapia. E a Hematologia, por sua vez, foi se separando. Os pacientes de linfoma ora eram tratados por um serviço, ora por outro.

Interface, aliás, que continua até hoje.

– Fui para o INCA fazer minha residência, em 1972 e 1973, logo a seguir do meu internato, no Hospital da Lagoa – conta Magda Côrtes Rodrigues Rezende, que viria a ser a pioneira dos cuidados com os pacientes terminais. – Eu e a Eurídice (Maria de Almeida Figueiredo) fomos levadas pelo Dr. Luiz Carlos Teixeira, hematologista do Hospital da Lagoa. Na época fazíamos rodízio pelas várias seções. Lembro-me bem de Ozolando Machado, da Radioterapia. Mas quem eu adorava era o Ary Frauzino. Ele brigava muito, reclamava muito com os residentes. Mas era uma pessoa maravilhosa, acho que ele me protegia porque também era goiano... O chefe do



O então chefe da Cirurgia, Ary Frauzino (1), cumprimenta o residente formando, entre 1967 e 1969. Esse foi o período em que o professor Jorge S. de Marsillac Motta, fundador do Instituto, foi seu diretor. A cena é registrada pelo fotógrafo Euclides Passos (2), que sempre acompanhou Mário Kroeff em toda a sua carreira. Infelizmente o acervo do fotógrafo se perdeu.

Serviço de Oncologia era o Gilberto Salgado, com quem fiquei trabalhando depois na Pesquisa Clínica.

– Com o auxílio da Magda, que era minha residente na época, fazíamos a quimioterapia na própria enfermaria – detalha Gilberto Salgado, referindo-se às inovações que ajudou a implantar no começo dos anos 1970. – Até então o paciente precisava ficar internado sete dias, para tomar uma injeção por dia, de Oncotiotepa, você se recorda. Com o apoio do Dr. Moacyr, criamos um ambulatório, a chamada “day clínica”.

Gilberto sorri ao lembrar que mandou comprar três cadeiras “daquelas do papai”. Ele e Magda preparavam a medicação e na própria enfermaria a aplicavam. Não se tinha conhecimento dessa série de proteções que hoje é de rotina, como luvas e capela, para proteção pessoal e ambiental. Os profissionais, sem saberem, se expunham muito ao diluírem essas drogas. Até então, os pacientes viam os outros enjoados e ficavam enjoados também, as drogas eram muito tóxicas. Por isso se costumava internar para fazer o tra-

tamento. A entrada em cena dos antieméticos facilitou a aplicação ambulatorial.

– Dávamos, assim, chance a muita gente que não podia ficar internada porque não tinha tempo para isso – prossegue Gilberto Salgado. – O tempo do tratamento quimioterápico era empírico. Fizemos durante cinco anos aquela quimioterapia adjuvante, com as três drogas conhecidas. Depois o Moacyr idealizou um esquema de tratamento que se chamava “cinco drogas”. Tivemos oportunidade de apresentar esse trabalho no Haiti, num congresso da James Ewing Society. Preparamos o protocolo aqui no Instituto, com cem doentes, moldado num trabalho do Cooper, em que ele fez uma avaliação por padrão e por localização de doença (nos pacientes com doença localmente avançada). Os resultados eram extraordinários, com quase 90% de resposta – orgulha-se.

Graças ao cuidado do Dr. Ernani Francisco de Sena Sampaio, fundador da Associação dos Ex-Residentes do INCA (AERINCA), que guardou um exemplar, tenho a honra de ter em mãos o primeiro protocolo totalmente desenvolvido no INCA.

*MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
DIVISÃO NACIONAL DE CÂNCER*

*ONCOLOGIA CLÍNICA
Volume I*

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

*Rio de Janeiro
BRASIL
1973*

Abro a brochura de tamanho ofício, datilografada em máquina IBM de esfera, como se usava na época, impressa em off-set na gráfica do INCA. No interior, depois do Sumário, leio no alto da primeira página a data “Dezembro – 1971”.

“Combinação de VCR, MTX, CTX, 5-Fu e PDN no tratamento do câncer adiantado da mama hormônio-resistente - Protocolo 7102 – Dr. Moacyr Santos-Silva

Supervisor

Dr. Moacyr Santos-Silva

Coordenador

Dr. Gilberto Luiz S. Salgado

Seção de Oncologia Médica

Médicos Participantes

Dr. Álvaro Saraiva Pontes

Dr. Raul de Carvalho Filho

Dr. Aldemar Neves Filho

Dra. Lena Bulcão

Dra. Magda Côrtes Vianna (Res.)”

Passo à página 3, item “Racionalidade”:

“Grandes progressos têm sido feitos no tratamento do câncer por meio de drogas e isso se deve ao modelo trazido pelo tratamento da leucemia linfóide aguda infantil, logo estendido ao tratamento dos linfomas, notadamente à doença de Hodgkin e a outros tumores sólidos.

No quadro abaixo, observa-se que o uso de drogas isoladas permite obter remissões em percentagem muito menor do que quando se usam as mesmas drogas em combinação.

(...)

No Protocolo 7102, em oposição ao Método de Cooper, não é feita saturação com o 5-Fu, o que aumenta a toxicidade, sem aumentar a qualidade da resposta ao tratamento e, principalmente, a Ciclofosfamida é dada, como todas as outras drogas, com exceção da Prednisona, de forma intermitente, para evitar a imunossupressão prolongada e permitir a recuperação imunológica, indispensável à boa resposta terapêutica.”

Depois dos objetivos, vem a descrição das drogas: 5-Fluoracil (5-Fu), Methotrexate (MTX)¹⁶, Ciclofosfamida, (CTX), Vincristina (VCR) e Prednisona (PDN).

¹⁶ Metotrexato, em português.

Na análise preliminar do Protocolo 7102, assinada por Moacyr Santos-Silva e Gilberto Salgado, é relatado que, entre janeiro de 1972 e abril de 1973, foram tratadas 76 doentes com câncer avançado de mama. Somente 22 entre elas não haviam feito tratamento químico prévio. Setenta e três delas fizeram tratamento adequado, com um mínimo de seis ciclos. A toxicidade provocada pelo tratamento foi perfeitamente tolerada. Houve apenas um óbito ligado ao tratamento, de uma paciente diabética que teve uma infecção por *Pseudomonas* não reconhecida a tempo, portanto não convenientemente tratada. Das pacientes, 80,8% tiveram remissão, sendo que em 63% a remissão foi completa.

Na mesma brochura, encontro outro estudo, assinado por Santos-Silva, Gilberto Salgado e Jacob Kligerman, com a análise em andamento de novas drogas: Adriamicina – que mereceu o Protocolo 7209, para tratamento de câncer adiantado de cabeça e pescoço como droga única; Calusterone, CCNU, BCNU, Me-CCNU, DTIC, mostarda uracílica e Lapachol.

– Todos os protocolos internacionais passavam pela Seção de Pesquisa Clínica – resalta Gilberto Salgado. – Nós é que autorizávamos ou não o uso de novas drogas que surgiam, não havia a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). Era uma responsabilidade muito grande. Se não me engano, quem fundou a seção foi o Dr. Ary Frauzino Pereira...

A pressão para a aprovação dos novos medicamentos era enorme. Gilberto se lembra do episódio com um produto japonês imunoestimulante.

– Chegaram uns 20 japoneses com pacotes de resultados de experiências com o medicamento e uma pressão diária pela liberação. Eu analisava e não via qualquer resultado. E os japoneses pressionando, querendo colocar o produto nas farmácias rapidamente. Aí eu pensei: só tem uma forma de derrubar esse pessoal. Vou pedir que eles me tragam uma aprovação do NCI, o National Cancer Institute, de Bethesda, nos Estados Unidos, uma instituição de referência mundial. Marquei uma reunião e eles nunca mais apareceram. Quer dizer, aquilo era um placebo, um negócio para ganhar di-

nheiro. Representava um risco muito grande. Tínhamos que tomar muito cuidado. Mas tivemos oportunidade de liberar muitas drogas, já comprovadas pelo NCI, como a Doxorrubicina, o DTIC, o BCNU, o CCNU.

O Protocolo 7310, de agosto de 1973, é sobre o isolamento no ambiente livre de germens associado à antibioticoterapia profilática. Dessa vez, o coordenador é Dr. José Carlos do Valle. Os médicos participantes são Gilberto Salgado, Luiz Carlos Famadas, José Guido Azevedo, Álvaro Fialho Bastos.

– Quando o Moacyr criou aqui no Brasil o setor em que o ambiente era livre de germens, com enfermarias especiais, ele mandou pintar tudo de branco – retoma José Carlos do Valle. – Acho que era no sétimo andar. Ele queria acabar com a quina do chão, queria que o rodapé fosse curvo, para não juntar poeira nesse setor. Tão branco que chegava a doer nos olhos. Aquelas coisas criativas e geniais do Moacyr...

E o Dr. José Carlos destaca:

– Parecia que você estava num hospital dos Estados Unidos com o maior requinte, porque era uma coisa muito bonita. Fiquei totalmente envolvido com esse ambiente livre de germens, o que acabou originando o CEMO, o Centro de Transplante de Medula Óssea. Na verdade, o CEMO teve origem conosco, com a criação do ambiente livre de germens no sétimo andar.

– Não me esqueço de uma doente com um sarcoma refratário a todas as drogas disponíveis – lembra Gilberto Salgado. – Colocamos essa mulher dentro do ambiente livre de germens, fizemos altas doses de quimioterapia e evitamos que ela fizesse qualquer complicação com antibioticoterapia profilática. Você vê que o Moacyr já tinha a visão do que se faz hoje, a cirurgia conservadora do câncer de mama, a quimioterapia adjuvante e a quimioterapia pré-operatória.

Como José Carlos, Gilberto se empolga ao descrever os feitos científicos do mestre:

– Não consigo encontrar uma foto que eu tenho, toda a equipe no ambulatório, sem qualquer proteção, colhendo a medula de um paciente... na época em que o Félix Gollo era vivo, você conheceu

bem, o Klaus Reverdy... O Moacyr mandou fazer quimioterapia e depois injetou a medula na veia. Você vê que idéia extraordinária. Foi o primeiro passo que se deu para o transplante de medula óssea.

O homem Moacyr dos Santos-Silva era, de fato, peculiar.

– “José Carlos, vamos lá ao oitavo andar, ver como anda a obra”, ele me chamava. “Está vendo, parece até um cinema...” E parecia mesmo. Quando foi inaugurado o anfiteatro do Instituto Nacional de Câncer era o melhor anfiteatro do Rio de Janeiro, melhor até que o do Hospital dos Servidores. Ele dizia: “Você está vendo o que eu fiz? Botei essas cortinas verdes, combinando com o castanho da madeira, isso é que é uma combinação perfeita!” – diverte-se o discípulo, mais de 30 anos depois. – Hoje o anfiteatro tem, merecidamente, o nome dele.

José Carlos lembra outra decisão polêmica de Dr. Moacyr. Ele era muito amigo de Dr. Francisco Fialho, chefe da Anatomia Patológica, que também foi diretor do Instituto. Por sinal, filho de Amadeu Fialho, o precursor da patologia que deu nome ao Centro de Estudos.

– Quando o Moacyr construiu a Anatomia Patológica no quinto andar, comentavam: “Mas pra que tudo isso?!” Porque tradicionalmente os serviços de anatomia patológica funcionavam nas cozinhas, nas copas dos hospitais. Era sempre uma instalação apertadinha, acanhada, e quando ele fez aquele espaço suntuoso, acharam que era dinheiro jogado fora. E hoje é isso aí, você vê que ele era um homem visionário.

O próprio Fialho, em um artigo na Revista Brasileira de Cancerologia, que escreveu junto com Lucilla Zardo e Darcy da Silva Guimarães, em 2003, conta que só em 1964, com a inauguração do prédio anexo, já na Praça Cruz Vermelha, o laboratório ganhou o quinto andar inteiro. Até então, funcionava em parte do terceiro andar do prédio principal. Quando o Instituto ainda estava no Hospital Gaffrée e Guinle, a Anatomia Patológica do Instituto tinha “metade do andar térreo do prédio dos Laboratórios.”¹⁷

17 ZARDO, Lucilla, FIALHO, Francisco e GUIMARÃES, Darcy da Silva. A História da Patologia no Inca. Revista Brasileira de Cancerologia, 49(1). Rio de Janeiro: 2003.

Durante décadas, imperou a cirurgia. Era cirurgia, radioterapia e, eventualmente, quimioterapia. Alguns faziam imunoterapia, sobretudo com BCG. O quimioterapeuta era um aplicador de remédios. E a quimioterapia era vista como tratamento para paciente terminal, um último recurso quando outras alternativas já estavam esgotadas. Com o impacto do tratamento adjuvante, começa a mudar a própria percepção que os colegas têm da Oncologia Clínica. Ela deixa de ser paliativa para se tornar, também, curativa dos tumores sólidos.

A Oncologia Clínica começa a ser uma especialidade.

A produção de conhecimento: o doente começa a ser mais importante que a doença

Um dos meus referenciais na medicina foi Álvaro Saraiva Pontes. Ele tinha um profundo conhecimento e era um grande estudioso, sobretudo de linfomas. Lembro-me que fez Nefrologia, depois Cardiologia e, finalmente, foi para a Oncologia Clínica. Já em 1956, recém-diplomado, chegou a chefiar a Seção de Linfomas, no INCA. Mas era muito tímido. Quando nos dava aula, não que ele não soubesse, ele ensaiava a aula, inúmeras vezes. Dra. Lena Bulcão, colega com quem Álvaro tinha uma amizade quase simbiótica, diz que ele era muito inseguro. Às vezes ele ficava uma noite inteira repetindo a mesma aula, sempre com um medo danado até começá-la, propriamente.



Álvaro Saraiva Pontes,
possivelmente em 1973.

– E quando ele começava a falar, acho que vinha aquela adrenalina toda e ele falava muito bem. Mas antes de falar era uma coisa horrorosa... – lembra, com carinho, a velha amiga. – Eu dizia para ele: Álvaro, não tem ninguém aqui nesse auditório que saiba mais que você. Pode falar o que quiser, porque você sabe mais do que todo mundo. E era verdade. Eu o admirava muito. Sinto muita saudade dele.

– Você sabe que a organização não era o forte do Álvaro – comenta, com um sorriso, Magda Rezende, hoje subsecretária de Ações e Serviços de Saúde do município do

Rio de Janeiro, ao lado de Jacob Kligerman, atual secretário e diretor do INCA de 1998 a 2003. – Ele estudava muito e eu não estudava muito... Então eu fazia toda a parte de organização do Serviço. Isso deve ter sido em 1974, quando passei no concurso e o Álvaro me levou para o Hospital de Oncologia. Tive um tempo trabalhando nos dois lugares, na Pesquisa Clínica do INCA e no Hospital de Oncologia. A pesquisa em que mais participei foi sobre aquele esquema de bleo (bleomicina) para cabeça e pescoço, do Álvaro.

Era vincristina, ciclofosfamida, metotrexato. Bleo durante vários dias. O interessante é que foi um protocolo totalmente desenvolvido no INCA para uma doença que tinha uma grande incidência no Brasil. Foi um protocolo do Álvaro, como lembramos Magda e eu em nossa conversa em sua casa, no bairro da Tijuca, no Rio de Janeiro. Em 1971, Álvaro já tinha participado do Fórum Internacional sobre Bleomicina.

– O Álvaro era um pensador, um sonhador. Criava aqueles protocolos dele, ficava pensando como ia tratar isso, como ia tratar aquilo. A gente fazia o que ele criava e tinha que organizar para dar os resultados que ele precisava para a pesquisa. Ele não era centralizador, o apego dele era ao conhecimento – explica Magda. Ela continuaria no Hospital de Oncologia até 1987, sendo chefe da Seção de Oncologia Clínica de 1982, até 1986. Ela voltaria ao INCA em 1990, a convite de Marcos Moraes.

– Acho que meu amigo e professor Álvaro Saraiva Pontes pagou um preço alto por sua reserva e dedicação. Até depois de infartar, ainda de repouso, eu e Lena encontramos o Álvaro lendo um livro sobre linfomas, quando fomos visitá-lo. Sempre foi muito contido, não externava as emoções.

– Era uma pessoa de vanguarda, que procurava superar o empirismo com pesquisa, com o conhecimento. Não era vaidoso. Tinha compromisso com o resultado da pesquisa, não se preocupava com a autoria em si, ver seu nome encabeçando o protocolo. Por causa dessa sua característica, muitas vezes seu trabalho foi “autorado” por colegas não tão éticos...

Em sua pasta funcional, consta que em 24 de janeiro de 1978 o diretor João Carlos Cabral, cinco dias depois de nomeá-lo como responsável pela Seção de Oncologia Clínica do INCA, designa Álvaro para integrar a Comissão de Óbitos e Infecções, ao lado de José Carlos do Valle, Onofre Ferreira de Castro, Jurandyr Almeida Dias e o enfermeiro-chefe Homério Barbosa Villa Nova. Dr. Jurandyr é o atual chefe da cirurgia abdômino-pélvica do Instituto.

Dr. João Carlos Cabral, que dirigiu o Instituto por um curto período – de janeiro a setembro de 1978, quando passou o cargo para Wolfgang Georg Lamprecht –, foi um diretor alegre e que gostava de confraternizar com os funcionários, segundo Plínio Lucena.

No ano anterior, uma autorização do diretor Adayr Eiras de Araújo, datada de 12 de abril de 1977, para comparecer ao II Encontro Nacional das Comissões de Oncologia, em São Paulo, lista eminentes cancerologistas do Instituto Nacional de Câncer que também estariam no evento: Jayme Brandão de Marsillac, Ary Frauzino, Ozolando Machado, Esther N. Pereira, Gilberto Salgado, o próprio Álvaro, João Luiz Campos Soares, Jacob Kligerman, Onofre de Castro. Meses depois, uma lista semelhante, acrescentando Sergio Lannes Vieira, autorizava o comparecimento ao IX Congresso Brasileiro de Cancerologia, cuja Comissão Executiva era presidida por Marsillac, então vice-presidente da entidade na Guanabara.

“Seu” Plínio também tem uma lembrança, não tão boa, do diretor Adayr Eiras de Araújo. Depois de operar a esposa de Plínio, Leda Lucena, o cirurgião foi pessimista em seu prognóstico: ela dificilmente engravidaria. O casal, felizmente, teve dois lindos filhos. Quanto a Ary Frauzino, “seu” Plínio conta sobre a vez em que o chefe da Cirurgia queria ir ao teatro e pediu ao funcionário Plínio que providenciasse balões de oxigênio para o CTI, pois haviam terminado. Plínio precisou pedir os equipamentos emprestados ao Iaserj e acoplá-los ele mesmo aos pacientes, com a ajuda do médico-residente.

Mas voltando aos avanços recentes da Oncologia, Álvaro Saraiva estaria muito feliz com as conquistas da Biologia Molecular, com o reconhecimento da nossa especialidade. De toda uma geração



Registro de uma mesa-redonda da Oncologia Clínica do HC II, em 1978 ou 1979. Álvaro Saraiva, chefe do Serviço (2), ao lado da residente Heloísa (1), que está de costas. De pé, o pneumologista Osório Barbosa (4) examina uma radiografia. À direita, o residente Marcos Cecatto (5). A seu lado, o médico do staff Evaldo Abreu (6) e, de costas, Eliane Santa Rosa (7).

de oncologistas, ele talvez tenha sido o que melhor percebeu o novo campo que se abria à nossa frente.

– Não seja o primeiro a abandonar um tratamento antigo nem o primeiro a usar um tratamento novo – recomenda Dra. Lena Bulcão, citando um livro de quimioterapia.

Álvaro gostaria de ver como mudou a visão do tratamento, agora mais holística. Deixamos de ser tão agressivos, a extensão das cirurgias mudou, a hora de dar ou não o remédio, também. Alguns fatores antes considerados subjetivos adquiriram grande importância, como a qualidade de vida, a preocupação com os efeitos colaterais, com as seqüelas. Talvez a lição mais importante que aprendi com ele tenha sido privilegiar o doente em relação à doença.

Acho que essa mudança só foi possível com as discussões, as mesas-redondas. Às vezes a sugestão de um residente, de alguém menos habituado à onipotência comum entre os médicos, permite ver melhor o paciente. Mas a troca entre os profissionais, a discussão de várias possíveis soluções para um mesmo caso, só é possível com uma liderança no grupo, que lhe dá impulso e tem segurança suficiente do próprio conhecimento para ser generosa e poder di-

vidi-lo. Foi o caso de Mário Kroeff, Luiz Carlos de Oliveira Júnior, Moacyr dos Santos-Silva, Ary Frauzino, Ozolando Machado.

Alguns, como Dr. Moacyr, formaram-se dentro do próprio INCA. A instituição sempre teve como seus compromissos a assistência, a pesquisa e a educação. Desde 1946 há registro de médicos recém-formados como “internos” ou “estagiários”. Foram internos do INCA, por exemplo, Antonio Vieira Pinto e Francisco Fialho, além de Moacyr dos Santos-Silva, todos futuros diretores da instituição. Em 1953, Dr. João Luiz Campos Soares, mais tarde chefe da Mastologia, funda o primeiro Centro de Estudos, quando o Instituto ainda funcionava nas dependências do Hospital Gaffrée e Guinle. Segundo relato de João Luiz, participavam das reuniões aos sábados pela manhã: Leonardo Machado Vaz, Maria do Carmo, Delcídes Garcia, Joaquim Matos, Belmiro¹⁸.

– Eram muito boas aquelas reuniões – gosta de lembrar Gilberto Salgado, referindo-se às mesas-redondas já nos anos 1970. – O Ary Frauzino tinha umas idéias sobre cirurgia de câncer avançado. Você sabe que ele era muito radical. Discutíamos sobre aqueles tumores grandes, se deveriam ser operados ou não. Ele preferia ouvir outras opiniões, se valia a pena fazer a quimioterapia venosa ou se fazia quimioterapia intra-arterial. Até se formou um grupo de quimioterapia intra-arterial, o que era novidade. Foi um período relativamente longo, em que se acumulou uma grande experiência em tumor de extremidade. Acho que se aprendeu muito nessa época.

Nem sempre foi assim. O conhecimento era considerado um patrimônio do indivíduo, que pertencia só a ele. No meu caso, tive a sorte de fazer residência com um chefe de serviço competente e generoso como Álvaro Saraiva Pontes, que não tinha problema em compartilhar o que sabia. Mais tarde, ficaríamos surpresos com colegas que não teriam essa mesma generosidade. Foi o caso de um chefe que trancava as revistas científicas em seu gabinete, dizendo que ele transmitiria o que os residentes precisavam saber... Em ge-

18 Os nomes completos de dois deles seriam Antonio Joaquim Matos Moreno e Antonio Belmiro Rodrigues Campbell Penna.

ral, ele soltava as revistas seis meses depois... Mas casos como esse são exceções.

Gilberto Salgado comenta alguns dos avanços pioneiros do INCA, que fizeram da instituição uma referência na produção de conhecimento sobre o câncer, com intercâmbio regular com outros países:

– O volume de informações era muito grande. Hoje é mais fácil, temos a internet, as revistas. Mas naquela época, o Moacyr viajava e trazia todas essas informações. Um exemplo interessante era o da doença de Hodgkin. Naquela época se fazia laparotomia exploratória. A primeira laparotomia feita no Brasil foi pelo Ary Frauzino. Pois o Moacyr chegou de Stanford¹⁹, mostrou para o Ary e ele fez a laparotomia de estadiamento, hoje abandonada graças aos avanços da tomografia, da ressonância, do PET/Scan, tudo isso. Os congressos que o Moacyr conseguiu fazer no anfiteatro aqui em cima foram uma fonte imensa de informações. Ele chamava as grandes autoridades, o (italiano) De Vita, o Paul P. Carbone (da Universidade de Wisconsin), a (brasileira) Vera Peters, o Irwin Krakoff (do Sloan Kettering Institute, de Nova York), todo esse pessoal.

Gilberto faz uma pausa, lembrando-se com tristeza do fim do grande mestre:

– O Moacyr morreu comigo lá na Clínica São Vicente. Tinha uma miocardiopatia, não tinha mais coração, como dizemos. O coração não funcionava mais, não bombeava. Ele já estava tomando uns dez comprimidos de Lasix por dia. Depois ele fez uma pancreatite. Morreu novo, com uns 55 anos. Muita coisa ele ainda poderia dar.

Pergunto ao Gilberto como foi o começo da pesquisa clínica, que permitiu ao INCA se integrar à evolução da oncologia internacional:

– A nossa pesquisa clínica se baseou no grupo PAHO-NCI. A PAHO é a sigla em inglês para a Organização Panamericana de Saúde, Pan American Health Organization. E o NCI é o Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos, o National Cancer Institute.

¹⁹ Stanford Cancer Center (SCC), na Califórnia, nos Estados Unidos, até hoje uma referência mundial em pesquisa e tratamento do câncer.

Eu era o representante – *chairman* – do Instituto nesse grupo. Havia encontros uma vez por ano, em Washington, em Bogotá, em Lima. Funcionava uma conexão de instituição para instituição. A nossa, do Instituto Nacional de Câncer, era com o M. D. Anderson Cancer Center, em Houston, no Texas. Então, eles elaboravam protocolos para nós, de cabeça e pescoço, colo de útero etc. Nós realizávamos esses protocolos e discutíamos os resultados nos encontros anuais. O grupo de São Paulo era com o Memorial Sloan Kettering Cancer Center, de Nova York. Foi uma grande porta que se abriu – conclui Gilberto Salgado.

– Com o desenvolvimento da Oncologia, vimos que precisávamos ter a residência específica na área, ainda chamada Oncologia Médica – diz o então chefe do Centro de Estudos e do Serviço de Clínica Médica em 1972, José Carlos do Valle. – Começamos a sofisticar os exames de residência. Àquela altura, praticamente só havia no Brasil como centros de treinamento específico o A. C. Camargo, em São Paulo, e o INCA, no Rio, a quem nordestinos e sulistas até davam preferência. Na elaboração das questões, era o Ary Frauzino na Cirurgia, o Ozolando Machado na Radioterapia, o Jorge da Silva na Cirurgia Plástica, o Machado Vaz na Anestesiologia, e por aí fora. Pessoas de grande destaque médico. O anfiteatro do oitavo andar ficava literalmente cheio de candidatos para fazerem as provas, nosso concurso era muito disputado.

Anos mais tarde, em 1980, José Carlos do Valle assumiria a direção do Hospital de Oncologia do Inamps, futuro HC II. No ano anterior, implantou-se o Setor de Oncologia Clínica da disciplina de Clínica Médica no Hospital Gaffrée e Guinle, da Unirio, a cargo do professor Carlos Alberto Moraes Sá. Na mesma época, foram implantados os Serviços de Oncologia Clínica do Hospital da Faculdade de Medicina da UFRJ, dirigido pelo Prof. Clementino Fraga Filho, e o do Hospital Pedro Ernesto, da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ, todos com a participação de José Carlos do Valle.

– O conceito da própria quimioterapia mudou – ressalta Gilberto Salgado. – Nós éramos clínicos que enveredamos pela Oncologia, considerados quimioterapeutas. Tanto é que hoje o on-

cologista tem que fazer dois anos de Clínica Médica antes da residência em Oncologia Clínica. Hoje o quimioterapeuta é o sujeito que injeta o medicamento na veia. E o oncologista clínico diz como ele deve injetar.

Os terminais voltam à vida

Os anos 1980 foram de reaprendizado democrático de toda a sociedade. O bipartidarismo inventado pela ditadura abre o leque. O moribundo MDB dá lugar ao PMDB. O recém-nascido Partido dos Trabalhadores (PT) extrapola o berço metalúrgico e das comunidades eclesiais de base para absorver boa parte da antiga militância de esquerda. Surge o PDT de Leonel Brizola, que perde a sigla histórica PTB para a inexpressiva Ivete Vargas, por manobra de Golbery do Couto e Silva, conhecido como o “bruxo”. As associações de moradores tomam fôlego e articulam ações conjuntas contra a desumanização dos bairros.

Em todas as categorias, em todos os locais de trabalho, fervem as assembléias. Na saúde, amadurece a discussão da construção de um modelo de saúde pública. Na oncologia, a visão preventiva alia-se à da necessidade de forjar uma política nacional. A Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC) catalisaria essa posição.

Consolida-se o tratamento adjuvante nas fases iniciais da doença, quando há menos células para tratar e, portanto, a sensibilidade ao quimioterápico pode ser maior. Com a cisplatina, pela primeira vez consegue-se, exclusivamente pela quimioterapia, a cura de pacientes com doença metastática – no caso, com câncer de testículo. Abre-se uma possibilidade diferente daquela relativa ao câncer hematológico: curar tumores sólidos.

A indústria farmacêutica começa a perceber que tratar de câncer pode ser um bom negócio. O câncer só tende a aumentar em incidência, com a população envelhecendo cada vez mais. Logo, mais diagnósticos poderiam ser feitos e mais pacientes poderiam ser tratados, por um período maior de tempo.

Os avanços da quimioterapia têm também uma consequência perversa, a do abandono dos pacientes terminais, ou “pacientes fora

de possibilidade terapêutica”. Na prática, os oncologistas se deslumbram com as novas drogas e esquecem um pouco todo esse trajeto que muitos pacientes continuam seguindo. Sem chance de cura, mas com direito a um tratamento digno, eles acabam abandonados no momento mais difícil do tratamento.

Até quando eu comecei na Oncologia, havia uma única linha de tratamento, dificilmente uma segunda, como se o paciente não pudesse ter uma nova chance. Mas um paciente considerado fora de possibilidade terapêutica na década de 1970 teria novas esperanças a cada década, à medida que se verificavam avanços. A política da instituição era simplesmente enviar esse paciente para um hospital de apoio e dar um mínimo de suporte.

– Nesse tempo, Gil, não se dava suporte nenhum – denuncia Dra. Magda Rezende, que desde 1977 trabalhava no Hospital Mário Kroeff, de pacientes terminais²⁰, onde chefiou o Corpo Médico e Paramédico, de 1980 a 1982, antes de chefiar a Seção de Oncologia Clínica no Hospital de Oncologia, futuro HC II, de 1982 a 1986. Ela prossegue: – O oncologista agia como se não tivesse mais responsabilidade sobre o paciente quando não tinha mais drogas a oferecer. E não era só o oncologista, era o cirurgião, o radioterapeuta. Eles se sentiam impotentes diante da doença. O doente era transferido e completamente esquecido. E tinha uma coisa, esse doente às vezes durava muito tempo. Porque eram poucos os recursos da quimioterapia. Você tratava o doente e ele vivia um ano, dois anos, nessas casas de saúde de apoio.

E Magda conta o que descobriu nesses hospitais, onde insistia em visitar seus antigos pacientes, mesmo quando se tornavam “intratáveis”:

– Eram horríveis os hospitais de apoio, verdadeiros depósitos de pacientes. Os do Hospital de Oncologia em geral eram enviados para o Sanatório de Correias, em Petrópolis, originalmente um sanatório para tuberculosos. Uma assistente social, a Tereza, conseguiu

20 O Hospital Mário Kroeff, na Penha, foi o Asilo dos Cancerosos Incuráveis. Hoje é particular, dirigido por Dr. Hiram Silveira Lucas, que foi diretor do INCA em 1979 e 1980. Informação verbal de Alexandre Octávio de Carvalho.

uma Kombi de doação para irmos a Correias uma vez por semana, para visitar os doentes a quem déramos alta e que iam para lá.

Ela se surpreendeu ao encontrar vários doentes que nem tinham câncer e, sim, doenças como leishmaniose e tuberculose:

– No começo atendia só os nossos pacientes, que constavam da lista que eu levava. Aos poucos fui descobrindo outros doentes com diagnóstico de câncer. E muitos outros que lá estavam por vários motivos. Eram doentes que chegavam muito consumidos nos hospitais. Por isso eram encaminhados para os hospitais de apoio, onde acabavam esquecidos. Começamos a identificar as famílias. Em alguns casos, trazíamos o doente de volta para fazer exames que permitissem o diagnóstico. Acabamos dando muitas altas ou reinserindo o doente na rede de tratamento.

A essa altura, Dra. Magda já tinha mobilizado um grupo de voluntários, que a ajudavam também no hospital de Campo Belo, em Jacarepaguá, perto do hospital de Curicica.

– Em 1986 criei no meu próprio apartamento, na rua Anita Garibaldi, em Copacabana, o Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico, o GESTO, com registro em cartório e tudo. Na época, quem dirigia o INCA era o Dr. Walter Roriz de Carvalho (diretor do INCA de 1986 a 1990). Apresentamos um projeto para trabalhar com os cuidados paliativos, mas ele não se interessou. Quem se interessou foi o diretor do Hospital de Oncologia, o Dr. Arley da Silva Júnior. – Dra Magda sorri ao se lembrar: – Ele nos conseguiu um lugarzinho debaixo de uma escada, apertadinho. Mas pusemos uma mesinha, e lá o grupo todo se reunia. Passamos a trabalhar com equipe multidisciplinar, iam psicólogo e assistente social comigo, nas visitas, levávamos medicamento do hospital, medicamentos de doação. Porque era uma pobreza enorme, Campo Belo e Correias.

Vale lembrar aqui o trabalho voluntário de muita gente, como a médica acupunturista Melânia Sidorak, que durante anos ajudou centenas de pessoas sem ganhar um tostão. Melânia foi presidente da Sociedade Médica de Acupuntura do Rio de Janeiro (SOMA-RJ), e diretora científica da Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura.

Uma ou duas vezes por semana, podíamos encontrar Melânia no Hospital de Oncologia.

O objetivo do GESTO era tirar o paciente do hospital e levá-lo para casa. Mas não havia estrutura para se dar apoio à família. Não se pensava ainda em cuidado, a família não tinha como levar o parente para casa. Foi o trabalho do GESTO de atender o doente em casa, levar o medicamento, orientar a família, que começou o que se tornou o Grupo de Suporte Terapêutico Oncológico (GSTO). Hoje, existe, inclusive, a Sociedade de Medicina de Suporte. E a chamada clínica de cuidado é a que reúne o maior número de profissionais do INCA. Localizado ao lado do antigo Hospital das Pioneiras Sociais, hoje o HC III, tornou-se o Hospital do Câncer IV.

– Quando entrou o Dr. Marcos Moraes, em 1990, apresentamos o projeto e ele ficou empolgadíssimo. Fez convênio com o GESTO, passou recursos, contratou pessoas, colocou transporte – entusiasma-se Magda Rezende, que viria a ser braço direito de Marcos Moraes na fusão das demais unidades ao Hospital do Câncer da Praça Cruz Vermelha, unidade que ela própria viria a dirigir.

Militância na Oncologia

Em 1977 entrei por concurso no Hospital de Oncologia, que era do Inamps, depois de um curto período fazendo Clínica Médica no Hospital dos Servidores do Estado. O hospital era pequeno, o que facilitava o convívio e o acesso às pessoas. A ditadura militar caminhava a passos lentos para a abertura, sob o comando do general Ernesto Geisel. Alguns espaços foram se abrindo na sociedade civil, que culminariam com as greves metalúrgicas de Contagem e Osasco no ano seguinte.

No hospital, ao mesmo tempo em que me fascinava o vasto campo de conhecimento da Oncologia que meu mestre Álvaro Saraiva ia me revelando no dia-a-dia do serviço, fui me identificando com a insatisfação dos residentes médicos pela falta de regulamentação profissional. Não havia uma delimitação clara entre acadêmico de medicina, interno, estagiário, residente. Precisávamos definir o espaço da pós-graduação em saúde, particularmente no campo da especialização. Queríamos ser incorporados enquanto trabalhadores da saúde.

Lembro-me de tentar “conclamar as massas” até de cima das mesas da cozinha, em discursos inflamados. Integrei a diretoria da Associação dos Médicos Residentes do Rio de Janeiro de 1976 a 1979, o que me levou a conhecer colegas dos vários hospitais, inclusive do INCA. Brincávamos que existiam o R1, o R2, o R3 e o “é Ridículo”, que seria o estudante profissional que levava dez anos para se formar. Pessoalmente, eu participava do movimento, mas não pretendia fazer política parlamentar, por exemplo. Antes de tudo estava minha formação profissional, meu estudo.

O movimento dos residentes ganhou tal dimensão que se criou a Comissão Nacional de Residência Médica, líder de uma greve por uma plataforma reivindicatória, mas que tinha inegável cunho po-

lítico de contestação ao regime. Conquistamos a carteira de trabalho assinada.

Entre os profissionais da saúde já se dá a discussão do que seria a proposta de reforma sanitária, um modelo mais amplo que contemple um melhor serviço de saúde pública. Mais uma vez o tratamento do câncer ocupa um grande espaço nessa discussão, travada desde os anos 1920. O INCA se tornaria um importante palco dessa luta, por abrigar profissionais comprometidos com esse ideário – carinhosamente identificado mais tarde como “Partido Sanitário” – no começo dos anos 1980.

Em 1979, o presidente-general João Figueiredo assina a anistia ampla, geral e irrestrita. No Hospital de Oncologia, Dr. José Carlos do Valle assume a direção, cargo que exerceria durante todo o governo Figueiredo, imprimindo um grande dinamismo ao hospital. Quando entrou José Sarney na Presidência da República, em 1985, Dr. José Carlos voltaria para o Serviço de Oncologia do Instituto Nacional de Câncer. Três anos depois ocuparia a presidência da Sociedade de Cancerologia do Rio de Janeiro.

Logo ao assumir no Hospital de Oncologia, em 1979, Dr. José Carlos institui o terceiro ano da residência em Oncologia Clínica no hospital, feita, até então, em apenas dois anos. Pareceu-me interessante fazer um terceiro ano de residência, já que, no ano anterior, com o infarto de Álvaro, ficara um hiato na minha formação.

Ainda em 1979, tive oportunidade de conhecer Dr. Sérgio Edgar Allan, recém-chegado dos Estados Unidos, onde se especializou e trabalhou durante 14 anos. Ele viria a ser responsável pela formação de toda uma geração de residentes em Oncologia Clínica no INCA. Naquele momento, Dr. Allan ainda não se vinculara a uma instituição, “flutuando” entre a Santa Casa, o Hospital de Oncologia e o Instituto Nacional de Câncer na Praça Cruz Vermelha.

Numa dessas reuniões de ensino, no Hospital de Oncologia, pude aprender com Dr. Sérgio Allan a fazer biópsia de medula óssea. Ele trouxera na bagagem umas agulhas de Jamshid, para a biópsia, e uma visão diferente da medicina, que revolucionaria a Oncologia Clínica do INCA nos anos seguintes.

O ano de 1979 é também um importante marco para a especialidade. Naquele ano organiza-se em Porto Alegre um simpósio em que se funda, formalmente, a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBCO), elegendo-se Dr. Milton Cunha Filho para a presidência.

As bases da Sociedade tinham sido lançadas em 1963, quando, em Belo Horizonte, Dr. José Caetano Cançado fundou a Sociedade Brasileira de Quimioterapia Antineoplásica, voltada ao estudo do tratamento clínico oncológico no Brasil, cuja atividade foi interrompida com a morte de seu presidente, o baiano Dalmo Carvalho Rodrigues. Naquela ocasião, em 1963, estiveram presentes todos os grandes nomes da Cancerologia no Brasil: Prof. Antônio Prudente, Alberto Lima de Moraes Coutinho, Moacyr dos Santos-Silva, Hugo de Castro Faria, entre tantos outros diretamente ligados ao Instituto Nacional de Câncer.

Gilberto Salgado foi um dos fundadores e primeiro presidente da SBOC, a partir da aprovação dos estatutos, dois anos depois, de 1981 a 1983. Seguiram-no na presidência, a cada dois anos, Sebastião Cabral Filho, Juvenal Antunes de Oliveira Filho, Adalberto Broecker Neto, José Carlos do Valle, Fernando Medina da Cunha, novamente Sebastião Cabral Filho, Artur Katz, Lucilda Cerqueira de Lima, por dois mandatos, André Augusto Jr. G. de Moraes.

Eu teria a oportunidade de presidir a entidade de 2003 a 2005, sendo sucedido por Dr. Enaldo Melo. A entidade, reconhecida como de utilidade pública em 1995, tem hoje cerca de 900 sócios, ou 80% dos oncologistas clínicos ativos no Brasil.

No começo dos anos 1980, um dos maiores responsáveis pelos novos ares na Cancerologia foi Edmur Flávio Pastorello, diretor da Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas (DNDCD), do Ministério da Saúde. Em parceria com Nildo Aguiar, coordenador da Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC) e Ary Frauzino, então diretor do INCA, eles garantiriam ao Instituto o papel de centro nacional de referência no tratamento, estudo do câncer e formação de especialistas.

Foram esses bravos dirigentes que trouxeram para o INCA os profissionais reconhecidamente de esquerda, sabidamente compro-



Na formatura dos residentes de 1977, além do ministro da Saúde na época, Paulo de Almeida Machado, no centro do grupo, a cerimônia contou com a participação de um dos fundadores do Instituto do Câncer, Alberto Lima de Moraes Coutinho, que está à direita, logo abaixo do grupo.

- 1) Paulo Alencar, da Cirurgia Geral;
- 2) Waldir Cunha, da Cabeça e Pescoço;
- 3) Afonso Loza;
- 4) Fernando Ruiz;
- 5) Nilton Visgueiro, da Ginecologia;
- 6) Paulo de Almeida Machado, Ministro da Saúde na época;
- 7) José Walter, da Radiografia;
- 8) William Joseph, da Cirurgia de Cabeça e Pescoço;
- 9) Walber Matos Jurema, da Cirurgia de Cabeça e Pescoço;
- 10) Ernani Francisco de Sena Sampaio, da Oncologia Clínica;
- 11) César da Câmara Lima Santos;
- 12) Hiram Silveira Lucas, vice-diretor do INCA;
- 13) José Carlos do Valle, então oncologista, mas futuro diretor do HCII (nomeado em 1979);
- 14) Adayr Eiras de Araújo, diretor;
- 15) Alberto Lima de Moraes Coutinho, um dos fundadores do Instituto do Câncer.

metidos com o que viria a ser implementado na década seguinte, o Sistema Único de Saúde (SUS). Foi não só uma atitude corajosa, mas também visionária, por reconhecer a contribuição que poderiam dar.

Lembro-me de Eduardo Levcovitz²¹, Mário Delpoz, Eduardo Feinstein, Estela Aquino, Telma Pereira, Ana Tereza. É a época em

21 Em 15 de janeiro de 1985 Eduardo Levcovitz ocupa o cargo de superintendente da CNCC como substituto, condição em que autoriza a opção de Gilberto Salgado pelo regime de FGTS, quando este ocupa a função de Coordenador II da Unidade de Procedimentos Especiais, função para a qual fora designado pelo diretor Ary Frauzino pela Portaria 19 de 15 de janeiro de 1985. Pasta funcional de Gilberto Salgado. Arquivo de Inativos. Departamento de Pessoal do INCA.

que se polarizam a visão assistencial do câncer e a do enfoque da doença como um problema de saúde pública.

Com a abertura política, esses profissionais, que antes tinham dificuldade em conseguir emprego, e por serem formuladores de políticas de saúde, foram cooptados por ministérios, secretarias de saúde, universidades. Todos eles ocupam posições estratégicas na saúde pública no Brasil.

O atual diretor-geral do INCA, Luiz Antonio Santini Rodrigues da Silva, ocupava na época o posto de superintendente do Inamps no Rio de Janeiro, e o atual ministro da Saúde, José Gomes Temporão, era secretário de Planejamento do Inamps. Ambos cerravam fileiras ao lado de Sérgio Arouca, presidente da Fiocruz, considerado o mentor do “Partido Sanitário”.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, consagra os agentes comunitários de saúde como principais vetores da prevenção. Experiências pioneiras como a do município fluminense de Cachoeiras de Macacu e a de Francisco Beltrão, no sudoeste do Paraná, são exemplos para todo o Brasil.

A promulgação da “Constituição Cidadã”, em 1988, institui a universalidade, equidade e integralidade nas ações de saúde.

A discussão contamina a idéia de que o INCA é muito mais que um hospital. É o Instituto Nacional de Câncer, com a responsabilidade de contribuir para a formulação de uma política, referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e transferência de tecnologia nas ações relativas ao câncer. A pesquisa do INCA deveria buscar um caminho prospectivo, que nos fornecesse informações para a escolha de prioridades.

Campanha nacional de combate ao câncer revoluciona o INCA

O paciente de câncer não pode ficar esperando numa fila para ser atendido quatro ou cinco meses depois. O intervalo entre as séries do tratamento tem que ser respeitado, seja de uma, duas ou três semanas. O ambulatório precisa funcionar todos os dias, em horário integral, para garantir o atendimento ao paciente que busca o hospital.

Para Dr. Sérgio Allan essas eram condições indispensáveis para o bom funcionamento do Serviço de Oncologia Clínica do INCA. Como Dr. Allan, Miguel Froimchuk e Milton Rabinowits tinham feito formação nos Estados Unidos. Eles ajudaram a criar um novo espírito crítico, de debate nas reuniões. E foram mudando radicalmente a rotina do Serviço, não sem um certo choque com o “núcleo histórico” de profissionais. Na direção-geral do Instituto, onde permaneceria até 1985, assume Dr. Ary Frauzino Pereira, que daria carta branca a Sérgio Allan para as mudanças.

Em 1980, Valdir Arcoverde fica à frente do Ministério da Saúde e dá início à integração do sistema nacional de saúde, com a articulação do Inamps com o Ministério da Saúde. O INCA é finalmente beneficiado pelos bons ventos da revitalização, depois de quase dez difíceis anos. Uma portaria interministerial²² institui a co-gestão no INCA, subordinando-o a um Conselho Técnico-Administrativo, que amplia a produção e divulgação de conhecimentos sobre o câncer.

Numa dissertação de mestrado defendida em 1985 na Fundação Osvaldo Cruz, o então chefe regional da Campanha Nacional de Combate ao Câncer, Eduardo Levcovitz, descreve o momento vivido pela instituição:

²² Portaria Interministerial 9, de 26 de agosto de 1980.

“Entre os primeiros debates travados na CIPLAN (Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação, coordenada pelos Secretários-Gerais dos dois Ministérios (Saúde e Previdência Social) e integrada por dirigentes do primeiro escalão), estava a situação dos hospitais do MS, onde se assumia a perspectiva de uma ação integrada MS/MPAS que recuperasse os hospitais para a plena utilização de seus potenciais. É apresentada pelo INCA a proposta da ‘co-gestão’ dos hospitais pelo MS e MPAS. (...)

As principais diretrizes programáticas da Co-gestão no INCA, definidas por Portaria Interministerial dizem respeito a:

- Universalização da clientela, atendendo a população sem qualquer discriminação.*
- Utilização compartilhada dos recursos humanos dos dois Ministérios.*
- Participação igualitária no custeio de todas as atividades do INCA: assistência, ensino, pesquisa e administração.*
- Implementação de protocolos nacionais e internacionais para a definição de normas técnico-científicas de prevenção e tratamento do câncer”*

Desde 1967 existia a Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC), subordinada ao Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de intensificar e coordenar em todo o território nacional as atividades de prevenção e tratamento do câncer. Mas é nesse momento que ela se torna operativa, graças à sua autonomia administrativa, que viabilizou a contratação de pessoal regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), além da possibilidade de incorporação de servidores públicos e maior flexibilidade na administração de material e na administração financeira.

“Está na existência da CNCC a chave do sucesso da co-gestão no INCA. A Campanha, pela sua flexibilidade, pode contratar recursos humanos a salários competitivos no mercado, permitindo atrair profissionais altamente gabaritados que os salários do serviço público jamais atrairiam. Este fato foi essencial, particularmente para o desenvolvimento de áreas como a Radioterapia e a Oncologia Clínica. O INCA e a CNCC têm vivido como dois irmãos siameses, inseparáveis, a tal ponto que é impossível falar de um, sem o outro.”

– O Ary Frauzino me deu realmente carta branca para reestruturar o ambulatório, formar um serviço de ensino, contratar quem fosse necessário – conta Sérgio Allan. – Eu era amigo de César Lima Santos e conheci o Ary Frauzino através dele, nas viagens que fazia regularmente ao Brasil. Acabamos muito amigos.

César da Câmara Lima Santos foi o segundo diretor do Serviço de Clínica Médica, depois de Dr. Moacyr e antes de José Carlos do Valle. Como presidente do Centro de Estudos, promovia reuniões tentando estabelecer diretrizes de tratamento em cada caso de câncer. Tentou abrir o diálogo sobre cirurgia conservadora versus cirurgia radical. Era uma questão séria, com uma resistência muito grande às mudanças, lembra Sérgio Allan. Dr. Ary Frauzino, como cita José Carlos do Valle, era um conhecido partidário das cirurgias radicais. César Lima Santos morreu no próprio Instituto Nacional de Câncer, vítima de câncer de pulmão. Era um grande fumante.

Sérgio Allan detalha as mudanças que implantou:

– Passamos a cobrar nas reuniões embasamento na literatura especializada, acabando com aquela história de “baseado na minha experiência”. Além de tudo, insistimos em que as visitas na enfermaria fossem diárias, com a discussão de cada caso. Vimos que esse tipo de paciente tinha que ter uma assistência integral, sete dias por semana. Então tinha que vir alguém aqui no fim de semana.

E referindo-se a mim:

– O Roberto Gil, por exemplo, dava plantão às quintas-feiras no Hospital Pedro II. Então, exigi que ele pagasse a quinta fazendo visita aqui aos domingos. Sábado de manhã, um dos chefes vinha fazer a visita. Ainda insistimos com o Ary que tinha que haver o plantonista oncologista. O paciente que chega com leucopenia e febre não pode ser atendido por um cirurgião geral.

Dr. Sérgio Allan sabia do que estava falando. Formado em 1963 pela Faculdade Nacional de Medicina, fez o internato e a residência em “Medicina Interna”, como se chama a Clínica Médica nos Estados Unidos, em hospitais de Chicago e Nova York. O terceiro ano da residência, Allan fez em Hematologia Clínica no Mount Sinai Hospital Services, tornando-se no quarto ano de residência chefe

residente em Hematologia. Ano após ano prestou exames para ter os diplomas de cada especialização, recebendo o último, em 1981, em Oncologia Médica (o American Board). É membro da ASCO desde 1984 e da SBOC desde 1992.

Pergunto a Sérgio sobre a biópsia de medula óssea:

– Ah, sim. Quem trouxe para o Rio de Janeiro fui eu – assumo com justa vaidade. – Ensinei a você, a José Carlos do Valle, lá na Santa Casa, na Universidade. Ninguém fazia. Quando eu vim da América, me fizeram a encomenda, trouxe 22 agulhas de biópsia. Até então, a biópsia era feita cirurgicamente, com anestesia geral.

Na minha opinião, a grande transformação patrocinada por Sérgio Allan foi compartilhar o conhecimento.

– Quando eu estava ensinando vocês a fazer biópsia de medula óssea, teve um amigo meu que disse: Sérgio, não ensina ninguém não, assim quando precisarem de biópsia, têm que mandar para você. Eu disse: Olha, se eu tiver que guardar conhecimento para subir na vida, eu desisto. A idéia não é lidar com pessoas medíocres, mas cultas. Aquela idéia de que você pega o pior para não concorrer contigo, não treinando gente boa, é a pior coisa que existe. Você tem que ter gente disposta a trabalhar.

Sérgio Allan copiava aquela literatura a que não tínhamos acesso – que hoje se encontra na internet – fazia resumos, cópias xerográficas e distribuía entre médicos e residentes. Mesmo quando os residentes iam embora, continuavam recebendo o material do Sérgio. Isso criou uma rede de contatos que fez com que o Sérgio fosse homenageado várias vezes nas formaturas de residentes.

Já o Dr. Milton era um provocador científico. Quando você dava uma opinião, ele sempre perguntava: Onde você leu isso? Ele nos obrigava a dizer: Não concordo, li isso assim assim, em tal revista, em tal livro, você tinha que ter embasamento na opinião.

Dr. Miguel Froimtchuk, embora não fosse uma pessoa tão comprometida com a assistência, teve um papel essencial na pesquisa dentro da instituição. Conseguiu levar para o Instituto um protocolo internacional sobre a ação do interferon no câncer de cólon, para aprovação pelo FDA (Food and Drug Administration), o que

nos trouxe uma metodologia diferente, com um nível de exigência muito mais alto. Um verdadeiro treinamento para que futuros profissionais pudessem fazer pesquisa clínica aplicada. Allan, Milton e Froimitchuk foram pessoas fundamentais na formação de toda uma geração.

– E outra coisa – prossegue Sérgio Allan. – Uma contribuição que realmente demos, junto com o pessoal do Hospital A. C. Camargo, de São Paulo, foi criar regras para a residência em Oncologia. Propusemos que os residentes em Oncologia tinham que ter um ano prévio de residência em clínica médica. E foi aceito, o presidente Figueiredo assinou a lei que se mantém até hoje²³. Oncologia é uma especialidade clínica. Acabamos com esse negócio de estagiário. É residente. Oncologia você não vai aprender fazendo estágio.

Dr. Sérgio ainda chefiaria a Divisão de Oncologia Médica do INCA, a que a Seção de Oncologia Clínica era subordinada, de março de 1986 até sua exoneração, pelo plano de demissão voluntária, em 17 de janeiro de 1997.

Integrando essa mesma geração, tivemos a chance de conviver com Luiz Souhami Filho, um radioterapeuta que transcendia o que se entendia como o aplicador única e exclusivamente da radioterapia. Como Ozolando Machado antes dele, revolucionou a especialidade. Tinha uma percepção holística, científica da medicina. Era um grande motivador e aglutinador, com uma necessidade permanente de desenvolvimento da pesquisa científica. Lembro-me que naquela época conseguimos produzir alguns trabalhos institucionais que foram publicados em revistas do exterior – em câncer do esôfago, de colo uterino –, que foram citados durante muitos anos como referência de trabalhos feitos com uma determinada dinâmica.

Dr. Souhami foi a pessoa mais motivadora que conheci no Instituto Nacional de Câncer. Impossível ficar indiferente a seus ape-

23 O Estatuto da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC) menciona a emissão de certificado de especialista pelo Conselho Federal de Medicina “concedido a oncologistas em atividade antes de 1984”, época da regulamentação do novo prazo da residência. Apenas em 1991, sob a presidência de José Carlos do Valle, a SBOC institui concurso para atribuição do título de “especialista em Cancerologia na área de Oncologia Clínica”, em convênio com a Associação Médica Brasileira e a Sociedade Brasileira de Cancerologia.

los. Ele sabia sensibilizar o colega para contornar as dificuldades. Se a pessoa tinha dificuldade em escrever, por exemplo, mas era boa em tratar o paciente, ele a motivava para fazê-lo e, no final, ajudava a escrever sobre o resultado. Naquela ocasião passamos a contar com um núcleo de estatística no Instituto, profissionais que foram contratados pela CNCC para ajudar na tabulação das pesquisas. Nós, os oncologistas, passamos a lidar com significativo em estatística, tamanho de amostra, cálculos que tínhamos que fazer, por mérito das inovações implantadas pela equipe de Dr. Allan.

Com o achatamento salarial ocorrido ao longo da década de 1980, muitos profissionais se dividiram entre o INCA e a medicina privada ou suplementar – pagos pelos planos de saúde que se expandiram no período. Souhami, que trouxera a discussão da necessidade de uma política de recursos humanos e que acreditava na medicina institucional, pública, acabou nos deixando, ao receber uma proposta irrecusável do Canadá. Apesar de manter o vínculo afetivo com o INCA, por lá ficou. Vários dos mais importantes protocolos internacionais dos últimos tempos, americanos e canadenses integrados, tiveram a coordenação de Luís Souhami.

Essa efervescência científica, uma verdadeira voracidade na troca permanente de informações entre os diversos serviços, concretizou-se na formação de grupos de patologia. Criamos o grupo de câncer de ovário, o grupo de sarcomas, o de linfomas. Reuníamos profissionais de diferentes áreas, para discutir sobre uma patologia. Tínhamos o compromisso de que o paciente fosse bem atendido. Éramos todos muito jovens, já com alguma bagagem acumulada no processo de formação e muito ansiosos em buscar e trocar informações.

Graças ao cuidadoso registro manuscrito em livros do Departamento de Pessoal do INCA, passados a limpo a cada ano pela chefe do serviço durante quase 40 anos, Aurora Garcia Oliveira, podemos acompanhar as contratações feitas nos anos 1980, em seu “Registro de Empregados – Campanha Nacional de Combate ao Câncer”.

Antes da informatização, apenas a dedicação de antigos funcionários e o respeito dos novos por essa memória institucional permitiram que conhecêssemos tais registros, assim como os da relação de funcionários feita por Édio Juarez Andrada Pereira, odontólogo da instituição, que em 1985 fundou a Afinca, a Associação de Funcionários do INCA²⁴. Ao se aposentar, Dona Aurora passou seus livros e algumas fotos para Dalva Patrocínio Anunciação, atual chefe de Pagamentos, a quem chegamos por intermédio de Hélio Jorge Mascarenhas da Fonseca, assistente do chefe da Divisão de Administração de Pessoal, o coordenador de Recursos Humanos José Luiz Lopes de Oliveira²⁵.

É Dalva Anunciação quem explica que a CNCC contratava em co-gestão com o Inamps, o que levou até funcionários antigos a pedirem exoneração para serem readmitidos por maiores salários. Encontramos, pois, no livro de Dona Aurora²⁶, o registro referente à contratação de Miguel José Froimtchuk para o Serviço de Oncologia ainda no final de 1980. Pela relação datilografada por Juarez Pereira anos depois, vieram cedidos pelo Inamps à CNCC, para a Oncologia Clínica, Froimtchuk, Milton Rabinowits e Mixel Tenenbaum. Mixel permaneceria no Serviço de 1984 a 1988.

Tomamos conhecimento, pela mesma relação, que Sérgio Edgar Allan entra para a Oncologia Clínica em 2 de janeiro de 1981. Allan seria nomeado coordenador de atividades em área de treinamento em “Oncologia Médica” três meses depois, em abril de 1981. Em 16 e 19 de março do mesmo ano, mais duas admissões para a Oncologia Clínica: Maria Ignez Pordeus Gadelha²⁷, ex-residente do

24 Arquivo pessoal de Édio Juarez Andrada Pereira.

25 Só nos foi possível ter acesso às pastas de funcionários muito antigos, alguns já falecidos, graças à boa vontade da auxiliar administrativa Fernanda Duarte Santana, do Núcleo de Inativos do Departamento de Pessoal do INCA, por estarem fora do sistema informatizado. Em alguns casos, foi a única fonte disponível para decifrar o começo da trajetória institucional da Oncologia Clínica.

26 “Registro de Empregados - CNCC”, registro 238, de 03-11-1980, na página 8. Exemplar manuscrito. Departamento de Pessoal do INCA.

27 Registro 421, na página 15 do “Registro de Empregados” da CNCC. O registro seguinte é da relação do Dr. Juarez Pereira.

INCA que mais tarde integraria a equipe do PRO-Onco²⁸ ; e Firmino de Azevedo Gomes Filho, que viria a chefiar a Oncologia no HC II.

Desde o ano anterior, 1980, eu estava trabalhando no Serviço de Oncologia do Hospital do Iaserj, estadual, vizinho ao INCA. Um dia, indo para o hospital, cruzei na rua com o Dr. Sérgio Allan, que me convidou para integrar o staff do INCA na Oncologia Clínica. Lembremos que havia ainda poucos oncologistas naquela época, e eu tinha feito minha residência exatamente em Oncologia Clínica. Fui da segunda turma de residentes formada no Hospital de Oncologia do Inamps.

Minha entrada no Serviço de Oncologia do INCA como “médico especialista” está registrada no livro de Dona Aurora, na página 16, sob o número 474, em 1º de junho de 1981. Até o ano de 1991, quando se encerravam as contratações pela CNCC – ocorreriam a implantação do SUS e a integração das outras unidades ao INCA –, ainda seriam contratados para a “Oncologia”²⁹: o ex-residente João Goulart, em 25 de agosto de 1982; Vania Maria Cabral, em 10 de março de 1983, que viria a chefiar o Serviço e cuja demissão desencadearia uma crise; e Luís Otavio Olivatto, em 17 de julho de 1984.

Na pasta funcional de Gilberto Salgado, consta que, em 5 de maio de 1982, o diretor Ary Frauzino assinava a Portaria 20 do Instituto, criando uma comissão de encaminhamento de pacientes para tratamento no exterior. Os médicos designados são o próprio Gilberto e Luiz Carlos Famadas, “do quadro permanente”, mais os “contratados pela CNCC” Sérgio Edgar Allan, Miguel Froimtchuck e Luiz Souhami Filho.

28 A sigla PRO-Onco identificava o Programa de Oncologia e o tornou conhecido, justificando-se pelo fato de que todos os braços da extinta Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC) chamavam-se programas.

29 As anotações de Dona Aurora não especificam se a Campanha estava contratando para o INCA, ou qualquer outro hospital, para o combate ao câncer. Segundo Dalva Anunciação, o INCA até hoje tem funcionários locados no Hospital de Cardiologia, no antigo Hospital dos Servidores do Estado, no Hospital de Bonsucesso, e assim por diante. Dra. Lena Bulcão, por exemplo, foi durante anos cedida ao Hospital da Lagoa, setor de Oncologia da Clínica Médica. “Oncologia” pode se referir, portanto, ao Hospital de Oncologia, ainda do Inamps.

Dois anos antes, em 28 de fevereiro de 1980, o mesmo diretor assinou a Portaria 31, para criar o Grupo de Trabalho (GT) para Aperfeiçoamento dos Métodos de Diagnóstico e Tratamento dos Osteossarcomas no INCA. A composição do GT traz o cargo de cada um: o chefe, Jayme de Marsillac, era, então, chefe da Seção de Tecidos Ósseos e Conjuntivos; Gilberto Salgado, chefe da Seção de Pesquisa Clínica; Álvaro Fialho Bastos, chefe do Laboratório e Patologia Clínica; José Guido de Azevedo, chefe do Serviço de Hematologia; Francisco Arman Gerpe Filho, chefe da Seção de Pediatria Oncológica; Onofre Ferreira de Castro, chefe da Seção de Anatomia Patológica; e Hilton Koch, chefe da Seção de Radiodiagnóstico.

Hilton Augusto Koch era o coordenador-geral da CNCC, quando, em março de 1990, o PRO-Onco assume a Coordenação de Programas de Controle de Câncer.

Com o mesmo olhar de perceber as figuras que se destacavam, encontramos na pasta funcional de Aldemar Neves – um dos pioneiros do Grupo de Quimioterapia dos anos 1960 – o registro em 31 de julho de 1985 da formação da Comissão Científica do Centro de Estudos e Ensino Amadeu Fialho, para julgar trabalhos científicos. O diretor na época era Geraldo Matos de Sá, o primeiro que chegou ao cargo por eleição. Compõem a comissão: Jayme de Marsillac, como chefe, Carlos Guitman, que foi primeiro assistente de Ary Frauzino, Adalberto Silva, o próprio Aldemar Neves, Onofre Ferreira de Castro. “Pela CNCC, o médico especialista com exercício no INCA” Mauro Muza Zamboni, meu colega de turma.

A eleição de Geraldo Sá, aliás, expressa bem a “euforia democratizante” que nos envolveu a todos, naquele primeiro ano de governo civil após 20 anos de ditadura militar. Apesar da popularidade junto a todo o corpo de funcionários, Dr. Geraldo só se manteve no cargo até o ano seguinte, dando lugar a Walter Roriz de Carvalho. Segundo Plínio Lucena, Geraldo Sá era um péssimo ponta-direita do time de futebol que ele, Plínio, organizara no Hospital. Mas com o detalhe de que não se contentava em ser reserva, sempre pedia para ser escalado... Felizmente era um excelente cirurgião de cabeça e pescoço.

Ainda pela lista de Dr. Juarez, em 1º de março de 1985, fora contratada Sônia Maria Gonçalves Ladeira, com a rubrica “Oncologia”. Ela trabalharia no Hospital das Pioneiras Sociais, futuro HC III. Em convênio com a CNCC, o Hospital de Oncologia forneceria quadros para o Sistema Integralizado e Regionalizado de Controle do Câncer, o SIRC, dirigido por Dra. Magda Rezende. Em agosto de 1986, o SIRC dá lugar ao PRO-Onco, o Programa de Oncologia da CNCC. Ele surge como uma estrutura técnico-administrativa para atender à educação e informação sobre o câncer. Em 20 de julho de 1987, a CNCC faz mais uma admissão, a de Dr. Reinaldo Rondineli. Dessa vez, Dona Aurora anota “PRO-Onco – H. Oncologia”³⁰.

No começo do PRO-Onco, eram só três pessoas, dois médicos e um funcionário administrativo.

– Quando começou o Programa eu estava no Hospital de Oncologia e no PRO-Onco. Aí eu saí do hospital e fiquei só no PRO-Onco, que começou a se ampliar muito – lembra a gerente do programa, Dra. Magda, que ocupou a função de 15 de dezembro de 1987 a 1º de junho de 1988, segundo seu currículo.

Por não gostar de ser “a pessoa de frente”, segundo ela própria, Magda passou a coordenação do programa para Ernani Saltz, que atualmente chefia o Serviço de Oncologia Clínica do Hospital Cardoso Fontes, em Jacarepaguá.

– Nessa época já estávamos viajando pelo país todo pelo PRO-Onco.

Magda coordenaria no PRO-Onco a reconstituição da memória do INCA, com a ajuda de Dr. Evaldo Abreu, Dra. Sônia Ladeira, Dra. Ignez Gadelha e os funcionários Darcy da Silva Guimarães e José Carlos Braga. Segundo Dra. Magda, ela entregou ao funcionário Sílvio, do Departamento de Patrimônio, um rico acervo de documentos, fotos e objetos.

– Tinha até uma antiga capela (proteção para o quimioterapeuta durante a aplicação da medicação no paciente). Deve estar tudo lá, guardado – comenta Dra. Magda. Ela contaria depois como foi traumática sua saída do Instituto.

30 Registro 2682, na página 87.

Em 1985, como superintendente da CNCC, Edmur Pastorello encomendara à Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), por meio de convênio com a Fiocruz, um trabalho sobre a história das ações contra o câncer no Brasil. O projeto seria o embrião da Casa de Oswaldo Cruz.

O atual chefe da Divisão de Patologia do INCA, Dr. Paulo Antonio Silvestre de Faria, destaca a atualidade e oportunidade do trabalho que Eduardo Levcovitz apresentou ao final de seu mestrado justamente naquele ano, 1985, na Fundação Oswaldo Cruz. Na sua própria dissertação de mestrado, ainda inédita, e que ele teve a gentileza de nos enviar³¹, Paulo Faria defende o caráter inovador e empreendedor da equipe que estava à frente do INCA no começo dos anos 1980. “Este período deve ser conhecido por todos que quiserem entender o que o INCA é hoje e participar do projeto de consolidação da instituição como responsável por desenvolver e coordenar as ações integradas para a prevenção e controle do câncer.”

Paulo Faria ainda revelaria como se vinculou pessoalmente ao INCA, muito antes de se tornar um profissional da instituição: aos oito anos de idade, foi operado de apendicite por Dr. Ary Frauzino. No final dos anos 1970, participou ativamente do movimento de residentes. Em 1983, foi contratado pela CNCC para estudar tumores pediátricos no Hospital Jesus. Em 1986, finalmente, entra para o Hospital de Câncer, atual HC I. É, portanto, com toda essa bagagem que ele contribui para a importante reflexão sobre o INCA hoje, olhar que converge para essa nossa história da Oncologia Clínica na instituição, como veremos mais adiante.

31 FARIA, Paulo A.S. Inovação nos Serviços de Anatomia Patológica dos Hospitais Federais do Rio de Janeiro: a construção de um modelo para a Rede de Atenção Oncológica. Dissertação de mestrado na Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

Começam as incorporações no INCA

No começo de 1990 toma posse Fernando Collor de Mello, o primeiro presidente diretamente eleito pelo povo desde o golpe militar de 1964, e que teria seu mandato impedido dois anos depois, também por vontade popular. O plano Collor, que começou com o confisco da poupança, não deu o choque de modernidade desejado, mas provocou uma profunda recessão e um achatamento galopante dos salários. Para os profissionais do INCA, foi a ruptura com os resultados obtidos com a Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC).

Ainda na equipe de transição de governo, o cirurgião Marcos Fernando de Oliveira Moraes, com uma bem-sucedida experiência de gestão no Hospital de Ipanema e na Universidade Gama Filho, é convidado a traçar um novo Programa Nacional do Câncer. O INCA viria “a ser um Departamento do Ministério da Saúde e orientar a política de câncer no Brasil.³²”

– O Dr. Marcos estava chamando as pessoas para conversar no consultório dele, e chamou o Ernane Saltz, que me levou – conta a Dra. Magda Rezende. – Eu sempre gostei de fazer planilhas, então fiz uma apresentação geral. Quando ele assumiu o INCA, me chamou na sala dele, no prédio da Praça Cruz Vermelha. Mostrou-me um organograma em cima da mesa, apontou e disse: quero você aqui. Era a Coordenadoria Médico-Assistencial, logo abaixo do diretor.

Dra. Magda sai do PRO-Onco e vai trabalhar com Dr. Marcos Moraes. Meses depois, em 19 de setembro de 1990, é promulgada a Lei 8080, que cria o Sistema Único de Saúde (SUS), que reorganiza o sistema de atendimento, como resultado do movimento pela reforma sanitária. O cargo, até então ocupado por Magda, transforma-se

³² <http://www.inca.gov.br>.

em direção do Hospital do Câncer, função que ela exerceria nos três anos seguintes.

A municipalização da saúde, principal instrumento de implantação do SUS, nunca chegaria ao INCA. Creio que pela opção das autoridades da área, em acordo com a direção do INCA, de prestigiar o Instituto, ele ficou fora da horizontalização no atendimento. A consequência é que o INCA não se integra aos outros serviços na construção de uma rede de assistência oncológica. A meu ver, essa seria a origem da grave situação atual, em que o INCA, sozinho, não tem condições de responder à demanda crescente da sociedade.

Eu estava na chefia do Serviço de Oncologia Clínica do INCA desde 1988. Apesar de contar com o apoio da equipe, acho que me faltava amadurecimento para tentar vôos mais altos. Hoje eu me empenharia em estabelecer uma relação mais clara entre a pesquisa e a assistência. Também tentaria encontrar novas formas de motivação da equipe. No entanto, pude nortear as contratações pelo mérito profissional, como as dos ex-residentes Mário Alberto Dantas Loures da Costa e de Carlos Augusto Vasconcelos de Andrade, que me substituiria na chefia do Serviço com a entrada de Dr. Marcos Moraes na direção-geral. Dr. Mário Alberto também ocuparia o mesmo cargo a partir de 30 de julho de 1992, tendo como substituta Vânia Maria Cabral³³.

José Carlos do Valle – que desde 1986 voltara ao INCA ao terminar seu mandato de diretor do Hospital de Oncologia – conta como foi sua conversa com Marcos Moraes na época:

– Eu me lembro que fui ao gabinete do Marcos e ele me disse: O Governo quer saber se eu quero o prédio das Pioneiras Sociais e o Hospital de Oncologia, sob pena de todos dois passarem para o município. Qual é a “tua” opinião? Ao que respondi: A minha opinião, Marcos, é que você deve pegar. Primeiro, se abandonar o Hospital de Oncologia ele naufraga, fecha. O município não dá conta de tratar pronto-socorro, vai dar conta de tratar doença crônica? Da mes-

³³ Segundo registro manuscrito de Aurora Garcia Oliveira, em seu livro “Controle de Estrutura”, em que anualmente passava a limpo o nome dos ocupantes dos cargos de chefia.

ma forma o Hospital das Pioneiras Sociais (Hospital Luíza Gomes de Lemos, em Vila Isabel, futuro HC III). O município não vai investir em prevenção do câncer no colo uterino. E eu acredito que o Instituto vai sair fortalecido. Foi o que ele fez. Não tinha saída. Acho que foi um momento histórico em que o dirigente tomou a única decisão possível.

– Não sei disso não – nega Magda Rezende, quando lhe pergunto sobre essa ameaça de municipalização dos dois hospitais. – Acabou o Inamps, então o Hospital de Oncologia passou para o Instituto Nacional de Câncer. A mesma coisa com o Hospital Luíza Gomes de Lemos, dedicado à prevenção, quando a sede das Pioneiras Sociais foi para Brasília.

Magda Rezende torna-se uma gestora em saúde. Em 1988, para responder à demanda do PRO-Onco, realiza seu primeiro curso de Planejamento em Saúde e Gerenciamento de Programas em Doenças Crônico-Degenerativas, na ENSP³⁴. Em 1995, faz um ciclo de extensão na Escola Superior de Guerra, além de dois anos de Treinamento em Técnicas de Gestão pela Qualidade Total, no Instituto Brasileiro de Qualidade Nuclear. Obtém ainda especialização na Fundação Ontário, no Canadá (Fellowship in Oncology Administration), em 1997; cursa o MBA em Saúde na Coppead/UFRJ³⁵, em 1998; e o Programa de Treinamento Gerencial do INCA, em 2001/2002, pela consultoria Vision.

Portanto, se o INCA tornou-se multiinstitucional, mãos à obra. Essa, pelo menos, parece ter sido a postura dos dirigentes a partir daquele momento. A resistência, como era de se esperar, foi enorme. A própria Magda relata como foi doloroso esse processo:

– Foi muito difícil, demorado, tivemos que forçar a incorporação. Tínhamos três serviços de mama, três serviços de ginecologia, três serviços de abdome. A solução era racionalizar. Todo mundo que faz mama vai ficar num mesmo espaço, então levamos para Vila Isabel. Todos que trabalham com ginecologia vão para o Hospital

34 Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz.

35 Centro de Pesquisa e Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

de Oncologia, o HC II. Foi muito sofrido – lembra ela. – Até porque cada equipe dessas tinha um líder, seu chefe. Quando a gente juntou os serviços, passou a ter um chefe só. Foi difícil aceitar, é humano.

Dr. José Carlos do Valle, que assumiu nessa ocasião a Oncologia Clínica no Hospital de Oncologia, discorda da decisão tomada à época:

– Cada unidade teria que tratar de uma patologia. Aumentou a fila de cabeça e pescoço, não é verdade? Aumentou a fila de aparelho digestivo. O cirurgião perde uma boa chance de operar, porque fica uma fila muito grande. Muitos leitos e muitos cirurgiões juntos no mesmo serviço. Parece que a escala era assim: de mês em mês uma cirurgia, e todo mundo reclamando. O cirurgião ginecológico acaba precisando do suporte do cirurgião geral e do urologista. Ainda bem que voltaram atrás na questão do cirurgião geral. Isso às vezes atrapalha muito.

Outro integrante do núcleo histórico de oncologistas do INCA, Gilberto Salgado, também se queixa da incorporação, da forma como foi feita:

– Esse é o modelo americano em que tem indivíduos que só fazem cabeça e pescoço, outros que fazem só mama, outros só pulmão, outros só melanoma... Na minha formação, como a do Gil, nós tratamos tudo. Fazemos hematologia e fazemos a parte de tumores sólidos. Então não me agradou quando dividiram os departamentos pelos vários prédios. Um se desloca ali para a Rodoviária (ex-Inamps), outro se desloca ali para Vila Isabel, um faz mama lá, outro faz sarcoma aqui... Eu sou da moda antiga, antes o Instituto tinha tudo aqui dentro.

Todos concordam, no entanto, que a instituição estava crescendo, precisava expandir as instalações, dar mais conforto aos doentes. Com o aumento do conhecimento, existe uma tendência à segmentação, aumenta muito o volume de informações. Mas não se pode nunca perder a visão holística do paciente, que exige a multidisciplinaridade, a relação entre os vários serviços. Esse foi o grande desafio da incorporação das duas novas unidades, além da es-

trutura do PRO-Onco, ao antigo Hospital do Câncer na Praça Cruz Vermelha.

– Não tínhamos como cobrir de profissionais três serviços simultaneamente – explica Magda. – Eu sempre dizia para eles: Um grande hospital de mama é sempre melhor que três pequenos serviços em três diferentes hospitais, cada um com uma conduta diferente. O doente ia a um hospital, se não gostava da conduta ele ia a outro. Se já é difícil padronizar a conduta mesmo quando se escreve junto um protocolo, imagine quando se trabalha totalmente isolado. E era assim, em cada hospital havia uma conduta. O paciente às vezes não gostava do atendimento numa unidade, ia a outra, onde a conduta era diferente. Aí ouvíamos: Poxa, aquele doutor não é bom, o senhor aceitou me tratar. E isso criava uma dificuldade muito grande. Eles tiveram que chegar a um acordo sobre as condutas.

No começo, Magda tentou conseguir o prédio do Iaserj, atrás do INCA, para expandir o hospital. Era o Iaserj atrás e a praça na frente, reclama ela. Havia especialidades que tinham que crescer, o diagnóstico, os novos equipamentos, o próprio centro de transplante, a unidade de pesquisa.

– Não tinha jeito, alguma coisa tinha que sair – explica a gestora do processo, alvo de muita animosidade por parte dos colegas, por não vacilar na hora de implantar as soluções que a visão macroscópica da instituição exigia. Não houve espaço para negociação e debate.

Magda explica que a melhor opção foi tirar serviços inteiros, que demandavam menos complexidade, como Mama, por exemplo. Não precisa da UTI, então vai para Vila Isabel. A Ginecologia, vai para a Rodoviária...

– Eu não podia tirar Cabeça e Pescoço de perto da UTI! A gente tirou aquilo que foi possível para permitir o crescimento. Não sei se foi bom ou ruim. A triagem era uma salinha desse tamanho, uma coisa horrível. Você vê o que é hoje aquela entrada, não existia. Era uma escadinha, não tinha rampa. E o ambulatório? Todo espremido naquele térreo, parecia o corredor da morte, os pacientes esperando naquele corredor sem janela... – indigna-se Magda.

De fato. Como referência médico-assistencial em câncer, em muitos casos até de outros estados, o hospital já era pequeno demais para a quantidade de pacientes que o procuravam. Por esse motivo, estabeleceu-se à época um critério discutível de não atender a pacientes que já tivessem sido tratados de câncer em outros hospitais. A triagem se tornou intransitável.

O corredor onde os pacientes esperavam, em pé, sempre me lembrou uma cena famosa do filme de Roman Polanski, *A repulsa ao sexo*, com Catherine Deneuve. Num delírio paranóico da personagem, ela se via num corredor com um mar de braços tentando envolvê-la. Era quase a cena real quando um médico passava no meio daquele corredor abafado...

– Quero uma janela no fim do corredor! – decidiu Magda. – Não tinha como colocar, então tive que tirar os consultórios dali. As pessoas hoje esperam sentadas. Quando comprei cadeiras estofadas foi um escândalo, sempre paciente só teve direito a banco de madeira, sem encosto. Diziam que os pacientes iriam destruir tudo. Pois foram as cadeiras que mais duraram, mais que as da minha casa...

Magda se tornou uma incansável pesquisadora de imóveis públicos ou particulares que estivessem vazios, nas proximidades da sede do INCA.

– O terreno onde construímos o Centro de Pesquisa eu descobri andando por essas ruas. O prédio da Residência Médica, precisei passar por um tapume. Vivia atrás de prédios para alugar. E vivia, também, atrás do Patrimônio da União. Tinha notícia de um prédio, eu ia atrás para conseguir para o INCA. Construímos a gráfica nesse período, aqui no Maracanã. Quando eu saí, o INCA tinha 17 prédios...

A Pesquisa Clínica teria um grande impulso, ao ganhar uma estrutura física própria, sendo privilegiada no organograma da instituição. Nos anos seguintes, o INCA teria participação destacada nos encontros científicos, graças ao investimento institucional na pesquisa, como ainda veremos.

Magda foi chefe de gabinete de Marcos Moraes, na direção do INCA, de 1993 a 1998, quando passou à Coordenação de Administração Geral, sob a direção de Jacob Kligerman.

- Deixei de ser médica - reconhece Magda. - A coisa mais importante foi me afastar do hospital da Praça Cruz Vermelha para ver o INCA como um todo. Acho que foi o tempo em que tive oportunidade de ampliar o INCA. Ao mesmo tempo, pelo fato de ter sido médica, eu entendia, tinha facilidade de lidar com os profissionais de saúde.

A diretora do HC I e futura chefe de gabinete do diretor-geral reconhece que se afastara da Oncologia Clínica. Ela não era uma aliada natural do Serviço junto à direção. Naquele momento não foi. Ficamos sem interlocutores.

Fundação Ary Frauzino dá novo choque de gestão no INCA

Por volta de 1990, a discussão sobre os novos tratamentos privilegiavam a qualidade de vida do paciente. Lembro que uma droga como a mitoxantrona ocupou o importante espaço até então da doxorrubicina, não por ser mais efetiva mas pela menor toxicidade, um grande valor agregado para o oncologista clínico. A grande novidade foi a família dos taxanes, com algum benefício para os tumores de ovário, de pulmão. Cada vez mais tratávamos mais pacientes com diferentes tipos de tumor. A quimioterapia se universaliza.

Todos os médicos da Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC) se tornam estatutários, contratados pelo Ministério da Saúde³⁶. Ocorre um grande achatamento salarial no Instituto, devido às sucessivas políticas salariais. Muita gente sai. Quem quer fazer saúde pública vai para as secretarias. Outros são absorvidos pelo setor suplementar, pelo setor privado. O hospital novamente começa a sofrer certo declínio.

Dr. Marcos Moraes chega ao Instituto decidido a mudar o modelo gerencial da instituição. Ele queria transformar o INCA no topo de linha institucional do Brasil, o melhor hospital de câncer em atendimento, tanto em relação ao setor público como ao privado, com os melhores profissionais e recursos disponíveis. Foi assim que concebeu a Fundação Ary Frauzino (FAF), que desempenharia um papel semelhante ao da CNCC, na década anterior.

Dra. Magda Rezende conta como se tornou fundadora e conselheira vitalícia da Fundação Ary Frauzino para a Pesquisa e Controle do Câncer, em 19 de fevereiro de 1991, junto com o pró-

³⁶ Lei do Regime Jurídico Único 8.112/90.

prio Marcos Moraes, Jayme de Marsillac e o ex-residente Úlpio Paulo de Miranda:

– Não podíamos contratar ninguém, o quadro de recursos humanos acabando. E o Dr. Marcos não concebia viver só do recurso público, queria conseguir ajuda externa, da comunidade, outras formas de participação. Sem a fundação, as doações iam para os cofres públicos, para o orçamento da União, e o INCA não aproveitava os recursos.

O estatuto da Fundação foi digitado por Dra. Magda, com a ajuda de uma advogada amiga dela e de Dr. Marcos. Foram ao cartório, cada um pagou uma parte dos custos.

– Foi assim, a Fundação nasceu sem recurso nenhum. Aí o McDonald's fez um primeiro "MacDia Feliz", entrou recurso para a Fundação e aí pudemos contratar a primeira equipe do CEMO, o Centro de Medula Óssea. Depois veio o HC IV, o GSTO – alegra-se Marta, ao lembrar das realizações.

No trabalho que nos enviou³⁷, que traz para os dias de hoje a reflexão sobre a contribuição da CNCC e da FAF para o fortalecimento do INCA, Dr. Paulo Faria relata que no ano seguinte à constituição da FAF, portanto, em 1992, a Fundação assinou um Termo de Ajuste com a União, por intermédio do Ministério da Saúde, "visando à mútua cooperação técnica e científica na pesquisa e controle do câncer". Ele lembra que "a FAF é uma entidade filantrópica de direito privado, que presta assistência social e é dotada de autonomia patrimonial, administrativa e financeira. A entidade assume como seu objetivo apoiar o INCA em sua função de órgão normativo e executor da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, bem como firmar parcerias com pessoas e instituições que desenvolvam atividades voltadas ao controle do câncer no País. Os recursos administrados pela FAF provêm do ressarcimento da prestação de serviços médico-assistenciais do INCA ao SUS, de doações de pessoas físicas e empresas, de convênios e contratos de patrocínio, e são aplicados em projetos do Instituto."

³⁷ Op. cit., página 73

Paulo Faria lembra que em 2005, a partir de uma Ação Civil Pública movida pelo Ministério Público Federal no Rio de Janeiro, a União foi proibida pela Justiça de contratar profissionais para o INCA por intermédio de fundação de apoio ou outra pessoa jurídica. Na prática, interditou a FAF. A decisão atingiu outras instituições públicas, o que trouxe para a ordem do dia a discussão da fundação pública de direito privado, Paulo Faria defende que o modelo a ser adotado permita a expansão do emprego no setor, para atender à demanda de profissionais qualificados.

Desde 7 de junho de 1991, quando o ministro da Saúde Alcení Guerra assinou a Portaria 826, o Serviço de Oncologia Clínica passou a se chamar “Clínicas Oncológicas”, subordinado à Divisão de Oncologia Médica, assim como o novo Serviço de Transplante de Medula Óssea e o Serviço de Radioterapia. Possivelmente o nome no plural pressupunha a integração a ser feita entre os serviços de oncologia das três unidades.

Uma nova portaria ministerial, desta vez assinada pelo ministro Jamil Haddad em 15 de julho de 1993,³⁸ subordina, ao Serviço de Clínicas Oncológicas, a Seção de Hematologia (HEMAT), a Seção de Oncologia Clínica (SEONC) e a Seção de Pediatria Clínica (SEPED).

Em 30 de novembro de 1995, é nomeado para a Divisão de Assistência Oncológica do INCA, segundo anotação de Dona Aurora, Dr. Pedro Aurélio Ormonde do Carmo. Há, de fato, alguma confusão de nomenclaturas. Pelo visto, corresponde a algum vazio de poder, já que em 1997, segundo relato verbal de Hélio Jorge Mascarenhas da Fonseca, a Divisão de Oncologia simplesmente deixa de existir, passando a ter só o Serviço de Oncologia Clínica do HC I, a quem está subordinada a Seção de Oncologia Clínica do HC II. Foi mais um caso de licença sem vencimentos do antigo chefe, que só teria um substituto no ano seguinte.

Lembro-me que Dra. Vânia substituiu Mário Alberto na chefia do Serviço. Mas ela foi arbitrariamente destituída por Dr. Marcos

³⁸ Portaria 778, publicada no Boletim de Serviço nº 28 do MS de 15 de julho de 1993.

“Quadro demonstrativo do detalhamento da estrutura regimental com respectivos cargos em comissão e funções de confiança”, da Secretaria de Assistência à Saúde. Arquivo do Departamento de Pessoal do INCA.

Moraes, que colocou um “interventor” na chefia da Oncologia Clínica, porque não aceitamos o afastamento de Dra. Vânia. Em 1º de julho de 1998, segundo registro do Departamento de Pessoal, é nomeado o clínico Henry Luiz Najman para substituir Dr. Pedro Aurélio na “Divisão de Assistência Oncológica”. Ele trabalhava na direção e não era oncologista. Isso criou um grande desestímulo no Serviço.

Um após o outro, os antigos oncologistas pedem licença sem vencimentos ou se desligam da instituição. Dr. Aldemar Neves, que entrara no antigo Serviço Nacional de Câncer em 1957 como escrevente-datilógrafo e fizera toda a carreira dentro do INCA, aposentara-se em 1991. Dra. Lena Bulcão se aposentaria em 2000, mas desde os anos 1980, com algumas interrupções, dedicava-se à Oncologia no Hospital da Lagoa. José Carlos do Valle e Gilberto Salgado se aposentam em 1996. Saímos eu, Dr. Miguel Froimtchuk, Dr. Sérgio Allan. Afastam-se o Dr. Carlos Augusto, o Dr. Mário Alberto.

Simultaneamente, são contratados alguns ex-residentes da Oncologia Clínica do próprio Instituto, consolidando o núcleo responsável hoje pela maior parte do Serviço. Dra. Luciana Camillo-Coura, formada no INCA em 1994, entra para o *staff* do HC II em 1995, depois de “rodar” nas três unidades.

Dra. Susanne Crocamo Ventilari da Costa, que concluiu a residência no INCA em 1993, só entraria para o *staff* em 1996. Em 2001 ela atuaria como analista técnica da implantação do CACON de Itabuna, no norte fluminense. De 2004 a 2006, coordenaria a residência médica no HC III, onde chefia, desde janeiro de 2006, o núcleo de Pesquisa Clínica.

Dra. Adriana Scheliga, que fizera residência de 1992 a 1995, passa a integrar o *staff* em 1997, na mesma época que Mauro Zukin e Gélcio Luiz Quintella Mendes, os três trabalhando no HC I. Dr. Gélcio viria a ter uma atuação decisiva na mudança de currículo em Cancerologia Clínica, além de participar regularmente de reuniões sobre sarcomas e melanomas. Em 2005 passaria a coordenar a residência médica no HC I. Dr. Zukin integra um Grupo de Oncologia Torácica, experiência que lhe permite uma melhor abordagem ao paciente com câncer de pulmão. Já Dra. Adriana, que coordenaria a

residência médica de 2001 a 2005, tornar-se-ia membro do Comitê de Ética em Pesquisa Clínica em 2003, assumindo a chefia do CEP-INCA em 2005, além de coordenar a pesquisa de alguns protocolos em cooperação com centros de pesquisa nacionais e internacionais sobre linfomas e mielomas.

Do mesmo ano de formatura de sua residência no INCA, Luiz Eduardo Prata entra em 1997 para o HC II. Com formação em Hematologia, Dr. Prata se dedicara, junto com Dr. Celso Rotstein, atual chefe do Serviço, a protocolos referentes a tumor de estômago avançado e ao uso de oxaliplatina em tratamento de tumor de ovário avançado.

Gilberto Amorim entra para o staff em 05 de janeiro de 1998, assumindo a chefia do Serviço de Oncologia Clínica do HC III de novembro de 1999 até 2001. Seria novamente chefe do mesmo Serviço de 2003 a 2005, dedicando-se, sobretudo, ao câncer de mama.

A reviravolta começa com a chegada de Dr. Renato Gonçalves Martins e de Dr. José Bines, vindos diretamente dos Estados Unidos a convite do Dr. Marcos Moraes. O Dr. Renato acabava de se especializar em Epidemiologia Oncológica. Ele é nomeado para chefiar o Serviço de Oncologia Clínica em 03 de agosto de 1998, segundo informação já disponível no sistema informatizado.³⁹ Desde março, quem está à frente do Serviço de Oncologia Clínica no HC II é Celso Rotstein, subordinado, portanto, ao Serviço de Oncologia Clínica do HC I. Mas na prática os serviços continuavam funcionando paralelamente.

Quem concretizaria a fusão seria Renato Martins.

Jacob Kligerman acabara de assumir a direção-geral do INCA, em setembro de 1998. Marcos Moraes perdera o apoio do ministro da Saúde José Serra ao bater de frente com Ruth Cardoso por conta do programa de Saúde da Mulher. José Serra, amigo pessoal de Kligerman desde as trincheiras políticas do período Jango, quando Serra foi presidente da UNE – era militante da Ação Popular – e Jacob militava na medicina na área de influência do Partido

³⁹ Código do cargo 300350 em “Estrutura Regimental e Ocupantes de Cargos e Funções”. Informação fornecida por Hélio Jorge Mascarenhas da Fonseca.

Comunista –, chama o amigo oncologista e já da equipe do INCA para assumir a sua direção-geral.

Marcos Moraes se sente traído, de certa forma, por Jacob Kligerman, a quem nomeara diretor do HC I. Ainda assim, Kligerman mantém Magda Rezende como principal colaboradora e dá continuidade à política administrativa do antecessor.

Chega a hora da geração formada no INCA

— Foi na gestão do Renato que essa mudança aconteceu – relata o Dr. Carlos José Coelho de Andrade, atual chefe da Oncologia Clínica do Instituto Nacional de Câncer, referindo-se à unificação dos serviços de oncologia das três unidades.

Dr. Carlos José é um legítimo representante da atual geração de excelentes profissionais que assumiram o Serviço no INCA, em sua quase totalidade formada na própria instituição. Fez a residência de 1995 a 1998, quando começou a trabalhar no Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO). De 1999 a 2003, integrou o *staff* de oncologistas clínicos. Coordenou a residência médica por um período, depois assumiu a coordenação da Divisão de Apoio Diagnóstico do HC I, até ser chamado para chefiar o Serviço, em 2 de dezembro de 2003,⁴⁰ em substituição a Renato Martins, que voltou para os Estados Unidos, onde realizaria seu treinamento em Oncologia Clínica.

Em sua bagagem profissional, Carlos José considera uma experiência importante ter coordenado a instalação do serviço de Oncologia Clínica do Hospital Geral de Bonsucesso. Esse projeto, desenvolvido ao longo dos anos de 2001 e 2002, permitiu um maior contato com a realidade da assistência oncológica fora do INCA – um referencial importante para a reflexão e proposta de construção de uma Rede de Atenção Oncológica para o país.

No dia em que gravamos a entrevista com Dr. Carlos José, no hall de entrada do auditório Moacyr dos Santos-Silva, no oitavo andar da sede do INCA, na Praça Cruz Vermelha, encontraram-se Dr. Sérgio Allan, o antigo assessor da direção-geral Plínio Lucena, re-

40 Código da função 300316, DAS 101.1. Em 02 de julho de 2004, José Luiz Martino é nomeado seu substituto.

cém-aposentado “à força”, aos 79 anos de idade, e Carlos José, que só precisou percorrer alguns metros para cobrir a distância entre sua sala e o local da entrevista, já que a Oncologia Clínica ocupa hoje metade do oitavo andar. Chegou de jaleco branco.

Quando um visitante sai do elevador no oitavo andar, percorre o corredor à esquerda, ligeiramente em curva, para se dirigir ao auditório, até hoje palco de importantes eventos científicos. Nas paredes, várias placas de bronze lembram os formandos ano a ano, com os homenageados por cada turma. Sérgio Allan é citado em várias. Ele se mantém em contato com cerca de 60 oncologistas, pelo Brasil todo, que foram seus residentes.

É com um sorriso de admiração respeitosa que Dr. Carlos José acompanha o final da entrevista de Dr. Sérgio Allan.

– Não sei se o Sérgio contou que foi ele um elemento fundamental para que se pudesse disponibilizar a morfina na forma de comprimidos para o cuidado dos pacientes – comenta Carlos José. – O Sérgio foi uma pessoa muito importante na valorização do paciente, destacando o aspecto científico do cuidado. E ajudou a criar a consciência crítica do oncologista clínico, que passou a analisar os resultados obtidos com maior rigor.

Carlos José foi do último grupo de residentes que conviveu com Dr. Sérgio Allan como seu preceptor. Hoje lamenta a crise de referencial entre os jovens oncologistas. Só com o profissional fixado dentro da estrutura, comprometido com a questão da assistência, da pesquisa, é que o produto – o residente que se forma – é de boa qualidade, garante.

Sobre a integração dos serviços das três unidades, ele se lembra que na própria residência em Oncologia Clínica, de 1995 a 1998, também “rodou” no HC II. Mas os serviços continuavam a funcionar de forma autônoma.⁴¹ Dra. Maria de Fátima Dias Gauí, por exemplo, ocupou a chefia da Divisão de Assistência Oncológica do HC II

41 O antigo Hospital das Pioneiras Sociais, atual HC III, em Vila Isabel, foi integrado ao INCA em outubro de 1992, quando a Unidade de Mama do HC II foi transferida para o HC III, que se tornava especializado, enquanto o HC II ficava com o câncer ginecológico. Informações de Leda Brandão, secretária do Serviço de Oncologia Clínica do HC I.

em 1995 e 1996. Depois de um breve afastamento, foi transferida para o HC III, onde primeiro coordenara a pesquisa clínica e depois assumiu a chefia do Serviço de Oncologia Clínica. Hoje ela também é membro da Câmara Técnica do Conselho Regional de Medicina.

– O Instituto, durante muito tempo, era o hospital da Praça Cruz Vermelha. Depois a estrutura do HC II foi agregada a essa organização. Em seguida, o antigo Hospital Luíza Gomes de Lemos, o HC III, se juntou a essa organização. São culturas organizacionais distintas com histórias e comportamentos próprios a serem integrados. Diferentes endereços, deslocamentos de residentes e *staffs*, restrições nos recursos humanos e o desafio da inovação, avaliação e incorporação tecnológica. No mínimo, um belo desafio e, com certeza, um exterminador de monotonia – explica Carlos José, com senso de humor.

Em 2002, a Comissão Nacional de Residência Médica, que reúne representantes das entidades profissionais, do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, achou por bem reduzir a residência em Oncologia Clínica de três para dois anos. Só então, em 2007 – após uma árdua luta do Instituto Nacional de Câncer e das Sociedades Brasileiras de Oncologia Clínica e de Cancerologia, além da maioria dos programas de formação em oncologia clínica –, a residência da especialidade voltou a ser de três anos. Está em jogo o conteúdo da formação, no momento mais um ponto de partida para a reflexão sobre os rumos da instituição.

O chefe atual do Serviço que reúne as três unidades destaca a importância do treinamento do novo residente, com ênfase também no processo de gestão. Mas desabafa:

– Claro que estamos longe de uma situação ideal. Porque o recurso humano é escasso. Você tem que gerenciar dificuldades o tempo todo, lançando mão de manobras de gestão para lidar com isso da melhor forma possível. O futuro será muito desafiador para a especialidade. A tecnologia avança em velocidade superior à do conhecimento. Existe grande pressão para as incorporações tecnológicas. Vivemos uma realidade de restrições de recursos e temos que

atender às demandas nacionais nas esferas de assistência, ensino e pesquisa.

A chegada de Dr. Renato Martins foi muito importante na renovação do Serviço. Ele tinha cursado mestrado na Escola de Saúde Pública de Harvard, nos Estados Unidos. Sua visão epidemiológica da oncologia teve o grande mérito de minimizar a dicotomia entre quem fazia saúde pública e quem fazia assistência. Nessa mesma época entrou para o INCA o Dr. José Bines, que contribuiu para a retomada da discussão sobre a medicina baseada em evidências.

Dr. Carlos José considera que a chegada de Dr. Renato e de Dr. José Bines, que também fez formação nos Estados Unidos, deu sangue novo ao Serviço:

– Em meio a um conjunto de medidas implementadas pelo Dr. Marcos Moraes, a vinda do Renato reforçou a importância do compromisso institucional. Ele reunia o refinamento técnico de seu treinamento em Boston com um espírito crítico aguçado. Na minha opinião, ele exercia a tarefa de contextualizar as informações, levando em conta as prioridades da nossa realidade. Ele acabou optando por retornar aos Estados Unidos. O Renato está hoje na Universidade de Washington e ajudou a firmar um convênio interinstitucional com o INCA, inclusive temos atualmente um residente sendo recebido por ele lá. Quanto ao Dr. José Bines, ele continua integrando o nosso staff, mantendo-se como investigador de vários estudos, além da atividade assistencial.

Também desse período é a consolidação da pesquisa clínica no Instituto. Dr. Carlos Gil Moreira Ferreira, ex-residente do INCA, retorna de seu doutorado na Holanda e assume a chefia da pesquisa clínica, substituindo Dr. Luiz Otávio Olivatto. É um momento importante da pesquisa clínica, que ganha em estrutura física e recursos humanos, permitindo uma maior capacidade de inclusão de pacientes em ensaios clínicos.

Dr. Carlos José está preocupado com o desafio colocado pelos avanços tecnológicos, de custos quase sempre altos, e a demanda de investimento nos recursos humanos. Além do mais, numa visão pú-

blica da questão, há que equacionar como atender ao maior número possível de pessoas da melhor forma possível.

– Temos um consumo de recursos muito grande nos últimos meses de vida – explica Carlos José. – Não se trata de recusar o uso de alta tecnologia na instituição, mas cabe uma decisão política quanto às escolhas para que se possa atender à sociedade. Sempre vai ser impossível oferecer tudo a todo mundo. Esse complexo industrial de saúde, como se está chamando agora, com todo esse volume de recurso utilizado na promoção de campanhas de prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, é justamente para tornar a saúde viável, e não se chegar a uma situação em que as disparidades aumentem cada vez mais.

A partir dos anos 1990, os avanços da Biologia Molecular permitiram o surgimento da terapia alvo dirigida aos agentes biológicos. São os tratamentos inteligentes, com a possibilidade de um controle maior da doença. Além disso, a maioria dos tumores sólidos tem hoje uma segunda linha, às vezes até uma terceira ou quarta linhas de tratamento. O desafio na medicina pública é enfrentar a questão do custo e do acesso.

Carlos José sorri ao citar a expressão cunhada pelos críticos da visão segmentada da medicina:

– Temos que fugir da medicina *high tech* e *low touch*... A gente encosta pouco na pessoa, mas tem alta tecnologia disponível... Eu acho que precisamos integrar o conhecimento crescente sobre a doença e as novas possibilidades de tratamento para concretamente podermos escolher qual a intervenção que terá um benefício maior, do ponto de vista da qualidade de vida da pessoa. E aí, o grande ganho, o grande salto tecnológico, é estar integrando objetivos para poder melhor utilizar os recursos cada vez mais insuficientes, num ganho maior para a sociedade.

E acrescenta:

– A nova geração de oncologistas clínicos deverá estar preparada para uma refinada análise crítica da literatura, ter uma capacidade de reconhecer as demandas de nossa sociedade e contextualizar os ganhos oferecidos pelas novas modalidades de tratamento.

Além disso, terá de formular e executar as investigações necessárias para melhorar os indicadores de morbi-mortalidade do câncer, transferindo este conhecimento para a formação de novos recursos humanos. É realmente uma especialidade desafiadora, já que exige uma capacidade de conciliar um conteúdo humanístico com uma constante capacidade de atualização, dada a velocidade em que o conhecimento avança.

A Organização Mundial de Saúde divulgou os prognósticos de mortalidade mundial para o ano de 2030, cita Dr. Carlos José, referindo-se ao boletim de agosto de 2007 da entidade. A primeira causa de morte prevista é o câncer. Ele chama à reflexão sobre o futuro e seus possíveis cenários:

– O primeiro cenário, que seria ideal, prevê a transformação do câncer em doença crônica, graças à tecnologia. Poderíamos conviver com a doença, e a sociedade teria recursos para isso. No segundo cenário, a tecnologia também poderia controlar o câncer, enquanto doença crônica, mas a sociedade não teria recursos para utilizá-la. Começa o esgarçamento do tecido social, aumentando cada vez mais as desigualdades no atendimento. Num terceiro cenário, a tecnologia infelizmente não corresponderia à expectativa, as pressões do ambiente que favorecem o surgimento da neoplasia transformariam o cuidado basicamente em suporte, mas a sociedade conseguiria ter recurso e disponibilidade para tal. E no quarto cenário, o pior deles, a tecnologia não registraria avanços significativos nem haveria recursos disponíveis para dar suporte à enorme massa de gente padecendo da doença.

Dr. Carlos José conclui:

– Fecha-se um ciclo: quem daria suporte às pessoas com câncer seriam as instituições de caridade, onde tudo começou.

O acumular de estruturas físicas no INCA, reunindo várias unidades, é só o reflexo do aumento da demanda, em grande parte crescente por falta de uma rede pública de atendimento regional. Precisamos analisar a questão oncológica de forma sistêmica. O Instituto vai funcionar cada vez melhor quanto melhor estiver funcionando o SUS.

O atual chefe do Serviço afirma:

– No tempo do Dr. Ary Frauzino, com a Campanha Nacional de Combate ao Câncer, o INCA conseguiu acumular recursos humanos qualificados, fixar os profissionais dentro de uma estrutura pública, que deu um salto de qualidade na atenção. Num segundo momento, com o Dr. Marcos Moraes e a estruturação da Fundação Ary Frauzino, mais uma vez o INCA dava um salto na questão de recursos humanos.

E conclui:

– Estamos precisando de um novo salto agora. A direção-geral e o Ministério da Saúde estudam formas de contornar a situação atual e novamente alavancar as potencialidades do Instituto. Vive-se o momento de planejar o novo INCA capaz de atender às demandas locais regionais e nacionais na formulação e implementação de políticas para assistência, ensino e pesquisa. O câncer não pode ser considerado apenas como uma questão da área da saúde, deve ser enfrentado por toda a sociedade.

A sociedade precisa fazer escolhas também na Oncologia

O INCA já passou por inúmeras crises. Algumas, é claro, mais graves que outras. Mas sempre conseguiu superá-las e resgatar o nível de excelência.

– Quando saiu o Jacob Kligerman, em 2003, continuei trabalhando, mas consciente de que ocupava um cargo de confiança – conta Magda Rezende, então Coordenadora de Administração Geral do Instituto, referindo-se à sua saída traumática do INCA. – O que eu não poderia esperar é que, num belo dia, entrariam duas senhoras na minha sala e simplesmente me comunicariam que uma delas vinha assumir o meu lugar. Ainda responderam à minha pergunta de se precisavam que eu passasse o que estava em andamento com um redondo não; só aguardavam minha saída, literalmente.

Esse foi uns dos períodos mais conturbados da história do INCA. A tensão interna era grande, sobretudo pelo desabastecimento das unidades hospitalares e a ameaça ao atendimento da população. A falta de capacidade gerencial tomou uma proporção insustentável, culminando na saída da equipe de Dr. Jamil Haddad apenas alguns meses após a sua chegada. Instala-se uma crise que foi gerenciada por meio de uma intervenção, que, por sua vez, gera outra crise interna, simbolizada pela saída de figuras importantes na história do Instituto como Dr. Daniel Tabak, diretor do CEMO, e Dr. José Humberto Simões Correa, diretor do HC I. Essas pessoas devem ser lembradas como exemplos de empenho e dedicação aos pacientes em seu esforço pela busca da qualidade.

Lembro-me que naquela ocasião fizeram acusações a Dra. Magda, certamente por conta das animosidades que ela inspirou

com suas decisões, nem sempre democráticas. Mas foram decisões tomadas, certamente, estando ela movida por indiscutível espírito público.

– Eu gosto de viver uma coisa de cada vez, não fico remoendo o que passou – garante Magda Rezende, apesar de não querer gravar a entrevista em seu antigo local de trabalho. Em 31 de outubro daquele mesmo ano, 2003, Magda se tornou assessora da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, para logo em seguida assumir a Superintendência de Saúde Coletiva até 15 de fevereiro de 2006. Foi, então, nomeada Subsecretária de Ações e Serviços de Saúde, cargo que ocupa até o momento, ao lado do antigo chefe no INCA e atual Secretário Municipal de Saúde, Jacob Kligerman.

Cria-se um vácuo de poder. O ministro Humberto Costa volta a me convidar para assumir a direção do Instituto – meu nome já fora cogitado no início do governo Lula – mas não tenho maior apoio, por me encontrar licenciado há anos. O Núcleo de Saúde do PT – José Tenório, Leôncio Feitosa, Paulo Gadelha, Gulnar Mendonça, Paulo Gil, Ricardo Peret, entre outros, todos ocupando hoje importantes cargos na saúde pública – busca um nome na Fiocruz, cérebro da reforma sanitária.

Surge o do professor e pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública, José Gomes Temporão, com visão institucional e grande experiência de gestão, tanto na estrutura pública de saúde, como em cargos executivos estaduais e municipais. O futuro secretário de Atenção à Saúde e, em seguida, ministro da Saúde, permaneceria na direção do INCA até 2005, quando daria lugar ao atual diretor Luiz Antonio Santini Rodrigues da Silva. Desde 1985, dos tempos do Inamps, Santini e Temporão trabalham lado a lado. Enquanto Temporão está na direção-geral do INCA, de 2003 a 2005, Santini é coordenador de Ações Estratégicas do Instituto. É o sucessor natural na direção quando Temporão sai para o ministério.

O Tribunal de Contas da União e o Ministério Público entendem que a Fundação Ary Frauzino (FAF) não poderia prosseguir no gerenciamento de recursos federais. Novo elemento surge na vida do INCA com a perda de autonomia da FAF nos processos seletivos

e manutenção de recursos humanos. Trata-se de um grave golpe na saúde da instituição.

O processo de renovação dos profissionais é iniciado em 1997 com a contratação de três ex-residentes do Serviço: Adriana Scheliga, Mauro Zukin e Gélcio Quintella Mendes. Dr. Mauro Zukin, um eterno entusiasta dos estudos na área da Oncologia Torácica, passa a integrar constantemente com a equipe cirúrgica. Dra. Adriana Scheliga, também com formação em Hematologia, assume a condução do programa de residência em Oncologia Clínica. Passa, então, a coordenar o CEP do Instituto, a que dedica metade do seu tempo de trabalho, dada a demanda de estudos nas diversas áreas do INCA que dependem de aprovação pelo CEP. Dr. Gélcio Mendes, um apaixonado pelos melanomase-sarcomas, responde atualmente pela coordenação da residência em Oncologia Clínica, tendo exercido papel fundamental tanto no gerenciamento como na reversão da crise quando o período da residência foi reduzido de três para dois anos.

Dr. Carlos Gil Ferreira, que retornara ao INCA em 2002 como pesquisador, assume a chefia do Serviço de Pesquisa Clínica. Ele começa, em 2003, a criação do Banco de Tumores e DNA do INCA, um projeto de âmbito nacional para a coleta de amostras de tumor e sangue, com etapa inicial prevista para durar até 2008. A apresentação desse trabalho acaba por render um prêmio concedido pela Novartis.⁴² Na pesquisa coordenada por Carlos Gil, são integrantes da equipe: José Cláudio Rocha e Ricardo Luís Alves Silva.

Na mesma menção do prêmio, Oncologia, foi agraciado outro pesquisador do INCA, Dr. Daniel Herchenhorn, com uma pesquisa sobre o impacto da traqueostomia prévia no tratamento de pacientes com câncer de laringe avançado, submetidos a quimioterapia e radioterapia. Ambos concorreram com 150 pesquisas de toda a América Latina. Dr. Herchenhorn também acaba de apresentar oral-

42 II Prêmio Científico Latino Americano Novartis, menção Oncologia. São Paulo, setembro de 2007.

mente no 43º Encontro da ASCO⁴³ um trabalho sobre tumores de cabeça e pescoço totalmente desenvolvido no INCA.

Atualmente Carlos Gil dirige o Grupo de Ensaio Clínicos em colaboração com instituições da Holanda, França e Alemanha. Desde 2005, está coordenando a estruturação da Unidade de Pesquisa Clínica do INCA, que faz parte da Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino no Ministério da Saúde, financiada pela Finep. O projeto visa adequar a infraestrutura para a pesquisa clínica e formar recursos humanos qualificados. Integram a equipe: Valdelice Oliveira, Isabele Ávila Small, Roberta Lima, Iraci Mazzoni de Jesus Cidade, Débora Victorino de Azevedo, Renata Erthal Knust, Renata de Castro Moura e Sonia Maria Rodrigues da Costa.

Desde 2000, o ex-residente Fábio Affonso Peixoto fora contratado para o Serviço no HC I, passando a coordenar a residência médica. Posteriormente, desenvolveria trabalho na área de Uro-oncologia e Educação Médica. Em 2001, Cláudio Calazan do Carmo, assim que terminou a residência de Oncologia Clínica no INCA, passava a integrar o staff do HC II. No ano seguinte, integraria o Comitê de Ética em Pesquisa, função que voltaria a exercer em 2007. Ainda em 2002, Dr. Gustavo Advíncula é admitido para o HC II, onde viria a chefiar o Serviço de 2003 a 2007.⁴⁴

Outros ex-residentes do INCA entram para o *staff*. Bruno dos Santos Vilhena Pereira é admitido no HC I em 2003, participando do Grupo de Tumores Gastrointestinais. Rodrigo Silva Furtado vai para o HC II também em 2003. Pedro Henrique A. de Souza começa como *staff* no Serviço de Pesquisa Clínica, no HC I, em 2004. Paulo Mora termina a residência em Oncologia Clínica em 2001, mas só entra para o HC II em 2005, após concluir o mestrado em Saúde Coletiva (Epidemiologia) na UFRJ. Cristiane da Silva Rocha também vai para

43 42º Encontro da American Society of Clinical Oncology, ocorrido em Chicago, nos Estados Unidos, em junho de 2007.

44 Informações fornecidas por Leda Brandão, funcionária do INCA desde 1998, quando trabalhou na Quimioterapia do HC I, secretária do Serviço de Oncologia Clínica do HC II de 2001 a outubro de 2007, atualmente secretariando o Serviço de Oncologia Clínica do HC I.

o HC II em 2005, logo depois de concluir a residência. Ela se dedica a um grupo de câncer gastrointestinal numa instituição particular.

O Serviço de Oncologia Clínica do INCA, chefiado pelo Dr. Carlos José Coelho de Andrade, passa, então, a ser constituído no HC I por Adriana Scheliga, Bruno dos Santos Vilhena, Carlos Gil, Carlos Augusto V. de Andrade, Clarissa Serodio Baldotto, Daniel Herchenhorn, Fábio Affonso, Gélcio Luiz Quintella Mendes, José Luiz Martino, Luiz Otávio Olivatto, Mário Alberto, Mauro Zukin, Pedro Henrique de Souza, Roberto Gil e Vânia Cabral.⁴⁵

No HC II, a Oncologia Clínica é integrada, em 2007, por Cláudio Calazan do Carmo, Cristiane da Silva Rocha, Gustavo Advíncula, Luciana Camillo-Coura, Luiz Eduardo Prata, Paulo Mora e Rodrigo Furtado, sob a chefia de Celso Rotstein.

No HC III, a equipe é reforçada por quatro ex-residentes da Oncologia Clínica do INCA, passando a integrar o staff em 2007. São eles: Alexandre Bukai, Rodrigo Moura, Carlos Roberto Vidal Teixeira e Luiz Gustavo Torres. Por ser uma unidade especializada em câncer de mama, abrangendo a função assistencial, de educação normativa e de pesquisa, os oncologistas clínicos do HC III têm participação ativa em eventos científicos que envolvam a formação de opinião sobre a subespecialidade, mantendo, inclusive, seminários semanais com o Serviço de Mastologia da unidade.

Sob a chefia de Luiz Guilherme Pinheiro Branco – que assumiu a chefia do Serviço no HC III há meses, tendo se dedicado até então a estudos e pesquisa clínica, além da atividade assistencial – ainda integram o *staff* do HC III alguns “veteranos” como: Cleudes A. S. Gomes, Gilberto Amorim, Hélio Noronha, José Bines, Luiz Eduardo Atalécio, Maria de Fátima Gauí, Susanne Crocamo Ventilari da Costa e Rute Dolores Raposo da Câmara.⁴⁶ Dra. Rute, que fez residência no INCA de 1986 a 1988, esteve na Oncologia Clínica do Hospital Sara Kubitschek, em Brasília, até ser contratada em 1989 pelo atual HC III.

45 Informação de Maria Thereza Fortes, ex-secretária do Serviço de Oncologia Clínica no HC I.

46 Informações de Simone Duarte Mattos, funcionária do INCA desde 1999 e secretariando o Serviço de Oncologia Clínica do HC III desde 2002.

A gestora Magda Rezende comenta o outro lado da questão levantada por Dr. Carlos José, ao se referir à demanda da sociedade como um todo pelo tratamento oncológico.

– Sempre reclamamos que o doente chega ao INCA com a doença avançada. Por quê? Temos uma rede básica onde, para fazer o diagnóstico, o doente tem que procurar onde fazer os exames: biópsia, tomografia. Fui observando, na minha experiência no município, que não dispomos desses recursos. O doente fica perambulando pela rede. Os melhores hospitais do município, como o Hospital do Andaraí, ficaram defasados. Conclusão: faltam recursos de média complexidade, os que permitem os exames para diagnóstico. Tentei fazer alguma coisa nesses dois anos, mas o município estava numa dificuldade muito grande – justifica Magda.

Apesar de todas as dificuldades, Magda Rezende se considera uma pessoa de sorte:

– Tive oportunidade de construir muito, ajudar gente demais. Valeu.

– Sou a favor da medicina da pessoa – diz José Carlos do Valle, citando uma frase que ouviu outro dia. – Aquele caso é de cabeça e pescoço, aquele caso é de mama, aquele caso é de sarcoma na perna... é muito ruim isso. O indivíduo como um todo é perdido. Você imagina que a medicina correta, holística, vê a alma, é o oncologista clínico que vê esse todo. Que bom que deixamos de ser o médico perdedor para ser o especialista de uma doença crônica controlável. Mas não podemos deixar que a massificação dificulte a relação médico-paciente, preconizada há séculos e séculos.

Tendo a concordar com algumas considerações críticas de José Carlos do Valle e Gilberto Salgado em relação à excessiva segmentação das especialidades, gerando um quase “esquartejamento” do paciente. Talvez se possa criar um serviço integrado nas três unidades do Instituto, em lugar de ter unidades isoladas que tratem só de uma patologia ou outra. Eventualmente, um serviço superespecializado como neurocirurgia, por exemplo, tem que ter um pólo referencial. Mas o profissional se sente mais estimulado quando há um intercâmbio permanente de informações.

Com a prometida incorporação das antigas instalações do Iaserj vizinhas ao INCA – graças à doação anunciada pelo secretário estadual da Saúde, Sérgio Côrtes, na abertura das comemorações dos 70 anos do INCA, em 25 de maio de 2007 –, os serviços que atualmente funcionam no HC II e no HC III poderiam voltar a ser próximos, fisicamente, do HC I, na Praça Cruz Vermelha. Seria, sem dúvida, um importante passo na verdadeira integração das unidades.

Gilberto Salgado destaca o papel do Instituto Nacional de Câncer como instituição formadora, até por ser tão importante como assistencial:

– Vim aqui hoje depois desse período todo e fiquei impressionado, tudo funciona. O doente aqui não pode reclamar. Ele é bem atendido, tem todo o conforto possível, a melhor equipe de especialistas que eu acho que há no Brasil. É uma verdadeira escola. Sai e sinto falta disso aqui. Se eu pudesse, viria sempre assistir às mesas-redondas; aqui nós aprendemos.

Realmente deveríamos convidá-lo com alguma frequência para nossos seminários e mesas-redondas: ele teria muito a nos ensinar.

Mas o nível de excelência da instituição é, às vezes, ameaçado pela superlotação e falta de verbas. Ninguém quer tratar de tumor de cabeça e pescoço, mandam tudo para o INCA. O número de doentes é muito grande, em função da situação dos outros hospitais, tanto os federais, como os do estado e os do município. Porque câncer ninguém quer tratar fora do Instituto.

– Mais uma vez acho que o caminho é o da integração – retoma Carlos José, discutindo os rumos do Instituto. A academia e as estruturas públicas no Brasil perderam em grande parte a capacidade de induzir a investigação. Teremos que responder às demandas da sociedade estabelecendo parcerias com a indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares, na busca de soluções viáveis. Acho que precisamos buscar uma convergência entre os órgãos que fomentam e normatizam a investigação científica, os próprios pesquisadores e as indústrias do setor de saúde.

Dr. Carlos José vai além:

– Acho que a resposta para o problema atual que enfrentamos no INCA extrapolou do ambiente da saúde. A resposta virá da so-

cidade. Desde a esfera política, da magistratura, as pessoas vão ter que se aproximar para poder fazer as escolhas, elas terão que ser feitas. Percebe-se hoje em todo o globo a preocupação com o comprometimento das pessoas e dos vínculos com as instituições públicas. Devemos resgatar o envolvimento das pessoas para que as instituições possam funcionar de modo a dar retorno à sociedade. Se o tecido social continuar se esgarçando dessa maneira, certamente não teremos o futuro que sonhamos ter para as próximas gerações.

Uma mulher tem três filhos. Ela acha uma galinha e leva ao rabino para saber se ela e os filhos podem ou não comer a galinha. O rabino olha para a galinha, olha nos livros, olha para a galinha, olha nos livros. Chama a mulher dele e diz: *Mulher, chame essa senhora e diga que eu estudei nos livros e ela não pode comer essa galinha.* Ela encontra a mulher e diz: *A senhora pode comer essa galinha.* Aí o rabino vem e pergunta: *Por que você me desautorizou, se eu estudei e concluí que ela não poderia comer a galinha?* A esposa do rabino responde: *Eu olhei para a mulher e olhei para a galinha.*⁴⁷

A lição desta parábola é muito útil para nós, oncologistas clínicos. Às vezes olhamos demais para os livros e pouco para o paciente. Ele não é só o objeto. Às vezes, não fazer nada vai ajudá-lo mais do que algum procedimento que só trará incômodo para o paciente.

E quando o paciente é o próprio INCA?

Precisamos retomar os três pilares do Instituto. A melhor assistência possível, a mais próxima de uma homogeneidade, de uma universalidade, de uma equidade. O melhor ensino possível, formando profissionais capazes de responder a todas as demandas do país, particularmente as do setor público. E uma pesquisa que não seja simplesmente instrumento de pressão dos grandes laboratórios, mas voltada a responder às questões mais pertinentes da realidade político-assistencial brasileira.

Precisamos repensar a política de recursos humanos. Precisamos fortalecer a formação de gestores. Dar a consciência crítica aos profissionais que se formam, porque eles terão de exercer o poder de

⁴⁷ Essa parábola faz parte da peça de teatro *A alma imoral*, de Clarice Niskier, inspirada no livro do rabino Nilton Bonder, com direção de Amir Haddad.

decisão levando em conta o aspecto científico e também o de custo, o ambiental, o político-institucional.

Parece-me que a proposta de criar uma fundação pública de direito privado é oportuna. Ela poderá conferir o dinamismo necessário à administração, garantindo novas fontes de recursos e, ao mesmo tempo, o controle público de uma política de recursos humanos diferenciada, que contemple remuneração pelo mérito.

Mas, sobretudo, precisamos olhar o paciente. Ouvir as suas queixas. Saber onde dói. E motivá-lo para a cura.

O melhor exemplo de motivação para o profissional do INCA está na beleza de sua própria história. Temos orgulho e alegria de participar dela.

Anexo I

Linha do tempo da oncologia clínica do INCA

1964	Formação do Grupo de Quimioterapia, por Dr. Luiz Carlos de Oliveira Jr., que daria origem à Unidade de Quimioterapia (1968), depois Seção de Quimioterapia. Desde 1964, o grupo era liderado por Lena Bulcão, admitida no Instituto do Câncer em 1955.
Janeiro de 1972	José Carlos do Valle é nomeado presidente do Centro de Estudos e Ensino Amadeu Fialho. Lena Bulcão chefia Seção de Clínica Médica, responsável pela quimioterapia. Era diretor Ugo de Castro Pinheiro Guimarães.
Outubro de 1972	José Carlos do Valle acumula a presidência do CE com a chefia do Serviço de Clínica Médica, nomeado por Moacyr dos Santos-Silva (diretor desde setembro).
30.11.1972	Também nomeado por Santos-Silva, Gilberto Salgado assume a Seção de Clínica de Oncologia Médica do Serviço de Clínica Médica do Departamento Médico do Instituto Nacional de Câncer. Em 14 de fevereiro de 1973, Gilberto passa a acumular a chefia da Seção de Clínica Médica, cobrindo as férias de José Carlos do Valle.
25.06.1974	Gilberto pede dispensa da responsabilidade pela Seção de Oncologia Médica, quando essa se transforma em Seção de Oncologia Clínica, pela Portaria 64, publicada no D.O. de 04-07-1974, às fls. 7400.
10.07.1974	Aldemar Neves é designado responsável pela Seção de Oncologia Clínica pelo diretor Adair Eiras de Araújo.
1976	Aldemar Neves permanece chefe da Seção de Oncologia Clínica, onde Álvaro Saraiva e Lena Bulcão são médicos-assistentes.
19.01.1978	Álvaro Saraiva Pontes é nomeado responsável pela Seção de Oncologia Clínica pelo diretor João Carlos Cabral, recém-empossado. Em 25 de outubro de 1978, ainda exerce a função, pois solicita ao diretor Wolfgang Lamprecht autorização para comparecer ao II Ciclo Regional de Cancerologia, a ser realizado nos dias 27 e 28 seguintes.
Fevereiro de 1978	José Carlos do Valle sai da chefia do Serviço de Clínica Médica.
12.05.1978	O diretor João Carlos Cabral declara em documento que Aldemar Neves é médico da Seção de Oncologia Clínica.
19.06.1978	Gilberto Salgado é designado para dar curso de Imunologia e Câncer em Porto Alegre, por Alberto Coutinho Filho, chefe da Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas de Programas Especiais de Saúde do Ministério da Saúde. Ele possivelmente estava à frente do Centro de Estudos e Ensino Amadeu Fialho do INCA.
29.09.1978	Magda Rezende passa a integrar a Seção de Pesquisa Clínica do INCA, continuando como oncologista clínica do Hospital de Oncologia e do Hospital Mário Kroeff.
07.11.1978	Álvaro Saraiva é nomeado responsável pela Seção de Medicina Interna, pelo diretor Wolfgang Lamprecht. Talvez acumulasse as duas funções, já que não consta desligamento da outra chefia.
31.05.1979	Aldemar Neves é designado responsável pelo Serviço de Clínica Médica. Em 22 de janeiro de 1980, permanece na função, já que recebe elogio do diretor Hiram Araújo. No mesmo dia, Lena Bulcão é nomeada chefe da Seção de Oncologia Clínica do Serviço de Clínica Médica pelo diretor Hiram Silveira Lucas, em substituição a Álvaro Saraiva Pontes, que sofreu um infarto no dia da posse do Dr. Hiram. Álvaro passa a

receber auxílio-doença até se aposentar em 1982. Em 03 de setembro de 1980, Lena ainda exerce o cargo, já que sugere por escrito ao diretor Ary Frauzino que seja substituída, durante as férias, por Dr. Paulo Cesar Sanches Rodrigues. Em 25 de maio de 1981, um ofício de Ary Frauzino a apresenta ao diretor do Hospital da Lagoa para estágio de seis meses, dentro da proposta da Campanha Nacional de Combate ao Câncer de “estudo e execução de trabalhos referentes à Oncologia em um hospital geral”, o que foi renovado anos a fio.

Na mesma época, Ernani Sampaio assume a chefia do Serviço de Oncologia Clínica do Hospital de Oncologia, em substituição a Álvaro Saraiva, permanecendo no cargo até 1982.

24.09.1979	José Carlos do Valle é nomeado diretor do Hospital de Oncologia do Inamps, futuro HC II, cargo em que permanece até 1986.
28.02.1980	Gilberto Salgado é chefe da Seção de Pesquisa Clínica, como consta na portaria que criou o Grupo de Trabalho para Aperfeiçoamento dos Métodos de Diagnóstico e Tratamento dos Osteossarcomas no INCA, assinada pelo diretor Ary Frauzino.
15.10.1980	Aldemar Neves é designado para integrar Comissão de Ética e Verificação de Aplicação das Normas dos Direitos Humanos, presidida por Wolfgang Lamprecht, e constituída também por Jacob Kligerman, Antonio Pinto Vieira, José Guido de Azevedo, Sérgio Lannes Vieira e Jayme Brandão de Marsillac.
13.01.1982	Magda Rezende assume a Seção de Oncologia Clínica do Hospital de Oncologia, em substituição a Ernani Sampaio, permanecendo no cargo até novembro de 1986.
15.01.1985	Gilberto Salgado é designado Coordenador II da Unidade de Procedimentos Especiais pelo diretor do INCA Ary Frauzino.
Março de 1985	Sérgio Allan é nomeado Supervisor I do Serviço de Oncologia Clínica.
01.07.1985	Aldemar Neves Filho é designado Coordenador II da Divisão de Oncologia Médica, pelo novo diretor Geraldo Matos de Sá. Lena Bulcão é nomeada Supervisor I do Serviço de Oncologia. Na mesma data, Gilberto Salgado é dispensado enquanto Coordenador II da Unidade de Procedimentos Especiais, pelo diretor Geraldo Matos de Sá.
09.07.1985	Dra. Lena é designada pelo diretor Geraldo Matos de Sá para constituir Grupo de Trabalho para “estudar, formular programa de orientação e controle de AIDS”, junto com Aldemar Neves Filho, José Guido de Azevedo, Luiz Carlos Famadas, Maria Kadma da Silva Carriço e Eduardo Duarte Velasco.
31.07.1985	Aldemar Neves é designado para a Comissão Científica do Centro de Estudos e Ensino Amadeu Fialho, para julgar trabalhos científicos, comissão chefiada por Jayme de Marsillac e integrada também por Carlos Guitman, Adalberto Silva, Onofre Ferreira de Castro e Mauro Zamboni.
01.08.1985	Lena é dispensada da função de Supervisor I do Serviço de Oncologia Clínica.
30.08.1985	Lena é dispensada do Grupo de Trabalho da AIDS pelo mesmo diretor. Possivelmente ela retornou ao Hospital da Lagoa, onde em 1989 a chefe do Serviço de Pessoal informa que ela é “médica da Clínica Médica – Setor de Oncologia” cedida desde 1981.
10.03.1986	Aldemar Neves é dispensado do cargo de Coordenador II da Divisão de Oncologia Médica pelo diretor Walter Roriz de Carvalho. Em seu lugar, Sérgio Allan é nomeado Coordenador II da Divisão de Oncologia Médica.
19.09.1990	Criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O INCA incorpora as unidades que viriam a ser o HC II e o HC III.

Janeiro de 1991	José Carlos do Valle é indicado para a chefia do Serviço de Oncologia Clínica do Hospital de Oncologia (HC II), cargo em que permanece até março de 1996.
07.06.1991	O Ministro Alcení Guerra define em portaria a coordenação hospitalar do INCA. Na Divisão de Oncologia Médica estão subordinados três serviços: Transplante de Medula Óssea, Radioterapia e Serviço de Clínicas Oncológicas.
30.07.1992	Mário Alberto Dantas Loures da Costa é nomeado chefe do Serviço de Oncologia Clínica, sendo sua substituta Vânia Maria Cabral.
15.07.1993	Portaria do Ministro da Saúde Jamil Haddad define a estrutura regimental do Instituto, em que a Divisão de Oncologia Médica abrange o Serviço de Transplante de Medula Óssea e o de Clínicas Oncológicas. Este, por sua vez, compreende a Seção de Oncologia Clínica e a de Pediatria Clínica.
30.11.1995	Pedro Aurélio Ormonde do Carmo é nomeado chefe da Divisão de Assistência Oncológica, a quem estava subordinado o Serviço de Oncologia Clínica.
1995-1996	Maria de Fátima Dias Gauí ocupa a chefia da Divisão de Assistência Oncológica do HC II. É então transferida para o HC III, onde viria a ocupar a chefia do Serviço de Oncologia Clínica.
1997	A Divisão de Oncologia deixa de existir, e os serviços das demais unidades passam a estar subordinados ao Serviço de Oncologia Clínica do HC I, ficando o cargo vago por certo período.
Março de 1998	Celso Rotstein assume a chefia da Oncologia Clínica do HC II.
01.07.1997	Henry Luis Najman é nomeado para substituir Dr. Pedro Aurélio na Divisão de Assistência Oncológica. Ele não era oncologista e foi considerado um interventor pelos integrantes do Serviço.
03.08.1998	Renato Gonçalves Martins é nomeado chefe do Serviço de Oncologia Clínica.
1999	Gilberto Amorim é nomeado chefe da Oncologia Clínica do HC III, cargo que exerceu até 2001.
2003	Carlos Gil Moreira Ferreira assume a chefia da Pesquisa Clínica, criando o Banco Nacional de Tumores (BNT). Gustavo Advíncula assume a chefia do Serviço de Oncologia Clínica do HC II, cargo que ocupa até 2007. Gilberto Amorim volta a assumir a chefia do Serviço no HC III, até 2005.
02.12.2003	Carlos José Coelho de Andrade é nomeado chefe do Serviço de Oncologia Clínica, substituindo Renato.
02.07.2004	José Luiz Martino é nomeado substituto de Carlos José, atualmente no cargo.
2007	Luiz Guilherme Pinheiro Branco assume a chefia do Serviço de Oncologia Clínica no HC III.

Anexo II

Staff do serviço de oncologia clínica do INCA em 2007

Coordenador-geral e chefe do Serviço no Hospital do Câncer I:
Carlos José Coelho de Andrade

Hospital do Câncer I

Adriana Scheliga
Bruno dos Santos Vilhena
Carlos Gil
Carlos Augusto V. de Andrade
Clarissa Serodio Baldotto
Daniel Herchenhorn
Fábio Affonso
Gélcio Luiz Quintella Mendes
José Luiz Martino
Luiz Otávio Olivatto
Mário Alberto
Mauro Zukin
Pedro Henrique de Souza
Roberto Gil
Vânia Cabral

Hospital do Câncer II

Coordenador: Celso Rotstein
Cláudio Calazan do Carmo
Cristiane da Silva Rocha
Gustavo Advíncula
Luciana Camillo-Coura
Luiz Eduardo Prata
Paulo Mora
Rodrigo Furtado

Hospital do Câncer III

coordenador: Luiz Guilherme Pinheiro Branco
Alexandre Bukai
Carlos Roberto Vidal Teixeira
Cleudes A. S. Gomes
Luiz Gustavo Torres
Gilberto Amorim
Hélio Noronha
José Bines
Luiz Eduardo Atalécio
Maria de Fátima Dias Gauí
Rodrigo Moura
Rute Câmara
Susanne Crocamo Ventilari da Costa

