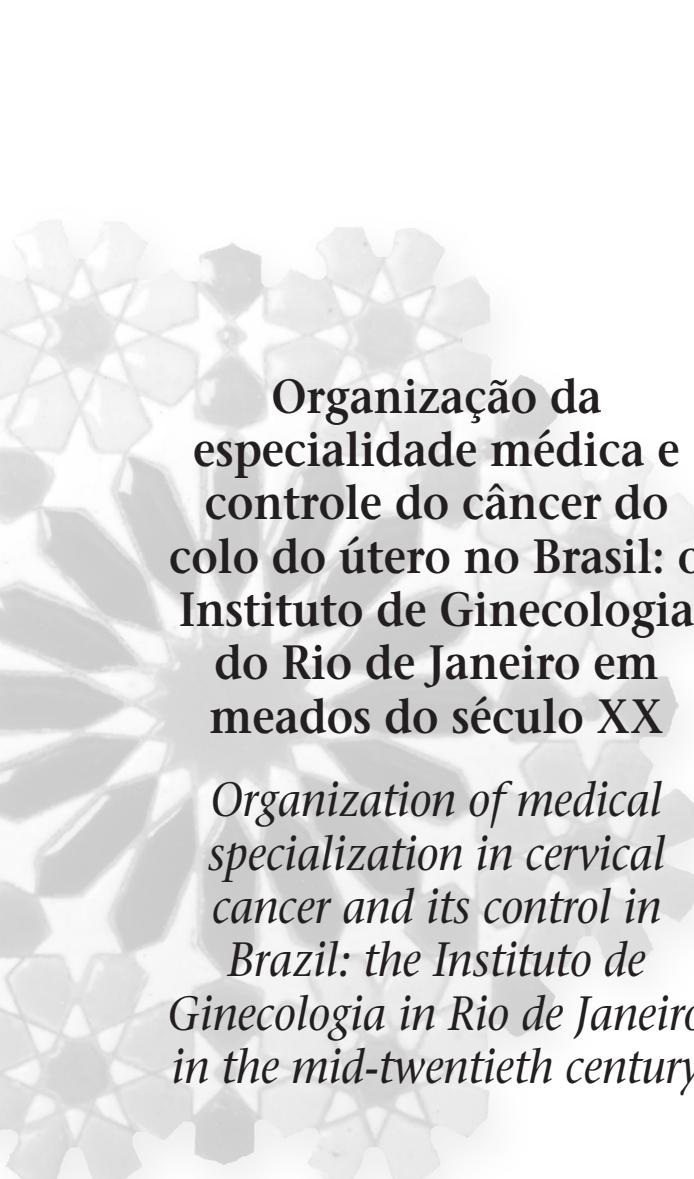


Lana, Vanessa
Organização da especialidade médica e controle do câncer do colo do útero no Brasil: o Instituto de Ginecologia do Rio de Janeiro em meados do século XX
História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. 23, núm. 3, julio-septiembre, 2016, pp. 683-701
Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386146782007>



Organização da especialidade médica e controle do câncer do colo do útero no Brasil: o Instituto de Ginecologia do Rio de Janeiro em meados do século XX

Organization of medical specialization in cervical cancer and its control in Brazil: the Instituto de Ginecologia in Rio de Janeiro in the mid-twentieth century

Vanessa Lana

Professora, Departamento de História/
Universidade Federal de Viçosa.
Avenida Peter Henry Rolfs, s.n. – Campus Universitário
36570-900 – Viçosa – MG – Brasil
vanessalana@ufv.br

Recebido para publicação em junho de 2014.
Aprovado para publicação em fevereiro de 2015.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702016005000016>

LANA, Vanessa. Organização da especialidade médica e controle do câncer do colo do útero no Brasil: o Instituto de Ginecologia do Rio de Janeiro em meados do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.23, n.3, jul.-set. 2016, p.683-701.

Resumo

O Instituto de Ginecologia, no Rio de Janeiro, sob chefia do médico Arnaldo de Moraes, foi pioneiro no país na introdução e difusão de técnicas médicas para controle do câncer do colo do útero, em meados do século XX. A instituição tornou-se referência nas ações sobre a doença no período, organizando um modelo específico de diagnóstico que particularizou a atuação da medicina brasileira em relação à enfermidade e foi referência no país até a década de 1970. O objetivo deste texto é discutir a organização e o funcionamento do instituto a partir de seu papel sob dois pontos de atuação: na afirmação da ginecologia como especialidade médica e na divulgação de um modelo de referência para o controle da doença.

Palavras-chave: história da ciência; instituições científicas; história das doenças; Instituto de Ginecologia, Rio de Janeiro.

Abstract

Instituto de Ginecologia (Institute of Gynecology), in Rio de Janeiro, headed by Dr. Arnaldo de Moraes, was the first institution in Brazil to introduce and divulge medical techniques for the control of cervical cancer in the mid-1900s. It became a benchmark for actions geared towards the disease at the time, organizing a specific diagnostic procedure that set Brazilian medicine apart in the field, in which it remained a leader until the 1970s. The aim of this text is to discuss the organization and running of the institution from two perspectives: its role in enhancing the position of gynecology as a medical specialty, and its role in spreading a standard practice for the control of cervical cancer.

Keywords: history of science; scientific institutions; history of diseases; Instituto de Ginecologia, Rio de Janeiro.

O objetivo deste artigo é discutir a organização e o funcionamento do Instituto de Ginecologia (IG) do Rio de Janeiro em meados do século XX a partir de dois pontos de atuação: seu papel na afirmação da ginecologia como especialidade médica e na divulgação de um modelo de referência para as ações de controle do câncer ginecológico¹ no país, particularmente do câncer do colo do útero. O IG configurou-se como um espaço de discussões, pesquisas e atendimento à saúde da mulher, atuando no controle de diversas doenças e com diferentes frentes, como laboratórios de análises clínicas e de reprodução humana. No entanto, para o escopo deste artigo nos deteremos na análise de uma das frentes de atuação do instituto: cânceres femininos, especificamente o do colo do útero.

A atenção ao câncer ginecológico no Brasil deu-se, em proporções mais organizadas, nos ambulatórios das faculdades de medicina, como parte do ensino prático da especialidade. Esse modelo de atenção consistia na avaliação de pacientes que iam aos consultórios por motivos diversos, com ou sem sintomas da doença, e eram submetidas a exames para detecção de tumores. O pioneirismo dessa organização de assistência à doença no país foi da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, no Rio de Janeiro.

As ações de controle começaram a ser estruturadas após o médico Arnaldo de Moraes (1893-1961)² assumir a cátedra de ginecologia em 1936 e organizar uma clínica ginecológica como espaço de ensino prático na faculdade. Nos anos 1940, com a maior visibilidade do câncer na sociedade brasileira, Arnaldo de Moraes promoveu uma reestruturação das atividades na citada clínica, sob um novo formato institucional, de divisão de setores, e a organização do Instituto de Ginecologia em 1947. O IG ampliou e deu continuidade aos trabalhos realizados na Clínica Ginecológica, num formato mais compartimentado por áreas de atuação em relação à saúde da mulher e com maior autonomia administrativa dentro da Faculdade de Medicina. Em 1948, foi organizado o Ambulatório Preventivo do Câncer Ginecológico, que passou a ser um espaço exclusivo para atendimento a pacientes com câncer, por meio da realização dos exames para diagnóstico, tratamento e estudos sobre a doença. A criação desse ambulatório representou a concretização dos trabalhos em câncer ginecológico no IG e conferiu um modelo próprio de atuação que foi parâmetro para instituições congêneres, consolidando seu papel como referência nas ações de controle da doença no país.

Nas últimas décadas, estudos no campo da história das ciências e da saúde coletiva discutiram questões acerca do controle do câncer de colo do útero enfatizando temas como os problemas de padronização da leitura das lâminas citológicas e as dificuldades de recrutamento e formação dos técnicos em citologia (Casper, Clarke, 1998); e também a organização das campanhas de rastreamento, controvérsias sobre custo e eficácia desses programas (Hakama et al., 1985). Esses trabalhos tinham como foco principal a citologia como técnica de diagnóstico precoce e carro-chefe na organização de campanhas de detecção.

Recentemente, novos trabalhos lançaram luz sobre outras questões acerca da doença, como tecnologias alternativas para diagnóstico e diferentes modelos de atenção, atrelados a realidades e contextos locais. Exemplos desses trabalhos são os estudos de Eraso (2010) e Teixeira e Löwy (2011). O Instituto de Ginecologia foi o responsável pela implantação de um modelo de ação em câncer que foi referência para a organização de outros espaços de atenção à doença no período. Utilizando conjuntamente colposcopia,³ citologia⁴ e biópsia⁵ no exame de todas as pacientes atendidas no ambulatório, os médicos do instituto conseguiram aumentar

as porcentagens de diagnóstico em estágios iniciais de evolução e diminuir o número de mortes. O “modelo triplo” foi identificado no trabalho de Teixeira e Löwy (2011) como uma forma específica de prevenção do câncer do colo do útero no país até a década de 1960. Em nosso trabalho, apontamos que os espaços de desenvolvimento desse modelo se articularam numa rede de discussões e ações de controle da doença. Nessa rede estavam o Instituto de Ginecologia no Rio de Janeiro, o Hospital de Ginecologia em Belo Horizonte e o Hospital Aristides Maltez em Salvador. Essas instituições, com suas peculiaridades, se constituíram como espaços de controle da doença em suas regiões e de institucionalização de um modelo específico de ação que se afirmou no país até a década de 1970.

O trabalho médico no Brasil passou por uma série de transformações no início do século XX, sendo reorganizado por meio de um movimento crescente de especialização do conhecimento e tecnificação das atividades. Foi um período no qual “o trabalho passou a ser compartimentado, e o médico não seria mais conhecedor de todas as doenças, mas apenas de uma, de forma profunda. Da mesma forma, ele não seria mais capaz de examinar todo o corpo do paciente, mas apenas uma de suas partes” (Pereira Neto, 2001, p.48). Nesse contexto, o IG destacou-se como um espaço de afirmação da ginecologia, em iniciativas de formação profissional, construção de conhecimento e organização de ações específicas para controle do câncer ginecológico no país.

Ao trabalharmos com a ideia de institucionalização, tomamos o conceito como o processo de construção de uma prática e discurso científicos e da organização de estratégias de ação e de grupos profissionais (Figueirôa, 1997). Mais que um local de ensino, o IG configurou-se como um espaço de atendimento geral à mulher, de formação profissional e de construção de saberes. Neste artigo, nosso interesse é na atuação do instituto em relação ao câncer do colo do útero. Nesse sentido, discutiremos a organização e institucionalização do ensino prático na Faculdade de Medicina, perpassando questões centrais como a formação profissional e a construção de conhecimento sobre a doença.

Arnaldo de Moraes e a organização do ensino prático da ginecologia no Rio de Janeiro

A história do IG remonta aos anos 1930. Esse período foi marcado por mudanças importantes no cenário da ginecologia brasileira. Até então, o ensino da especialidade era realizado em conjunto com a cirurgia geral, tendo uma roupagem mais teórica na formação profissional. Ginecologia e obstetrícia, até fins do século XIX, caminhavam em conjunto no tocante aos cuidados com a mulher. A ginecologia, vista como a “ciência da mulher”, foi considerada, até a segunda metade do XIX, uma espécie de apêndice da obstetrícia, ligada à função primordial do sexo feminino: a reprodução (Martins, 2004). A constituição da ginecologia como campo de conhecimentos médicos esteve relacionada ao desenvolvimento de práticas cirúrgicas na região abdominal, como a histerectomia (extração do útero) e ovariotomia (extração dos ovários) (Freitas, 2008).

No último quartel do XIX, ginecologia e obstetrícia se separaram como especificidades médicas, atentando cada qual para suas finalidades principais. Enquanto os obstetras tinham de se sobrepor às parteiras na cena do parto, atraiendo a confiabilidade feminina, principalmente

nos casos de maior complexidade, os ginecologistas buscavam vencer o pudor feminino frente à exposição de seus corpos, para que as mulheres aceitassem se submeter a um exame ginecológico (Martins, 2004).

No Brasil, o surgimento das especialidades médicas voltadas para a saúde da mulher acompanhou a organização das escolas médico-cirúrgicas no início do século XIX. Em 1809, um ano após a criação das escolas em Salvador e no Rio de Janeiro, a cadeira de partos, denominada “moléstias das mulheres pejadas e dos meninos recém-nascidos”, era parte integrante do currículo. No final do século XIX foi criada a cátedra de clínica obstétrica e ginecológica e, em 1884, as faculdades de medicina brasileiras passaram a oferecer, em dois anos, o curso de obstetrícia e ginecologia (Freitas, 2008).

A ginecologia brasileira, como especialidade médica, ganhou espaço a partir do início do século XX. A “ciência da mulher” era destacada por sua função de garantir a procriação e o bom encaminhamento da maternidade, considerada papel primordial da figura feminina. Naquele momento, ao caráter preponderantemente teórico da disciplina, foi incorporada a prática do exercício profissional, principalmente com o surgimento de hospitais da especialidade. O período foi caracterizado por uma intensificação no intercâmbio de ideias, com a organização de instituições especializadas, como associações, congressos e publicações na área (Martins, 2004). O movimento de atenção e cuidados à saúde da mulher se refletia em outras dimensões, como na cena do parto e nos cuidados ao recém-nascido. No início do século XX foram criadas no Rio de Janeiro a Associação Protetora da Maternidade (1903) e a Associação Pro Matre (1918), num movimento mais geral em defesa da mulher e da criança (Barreto, 2011).

No Rio de Janeiro, então capital da República, o ensino prático da ginecologia e sua afirmação como especialidade médica ganharam tônus na década de 1930. Em 1936, com o falecimento do cirurgião Augusto Brandão Filho,⁶ a cátedra de clínica cirúrgica que ocupava na Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil foi desmembrada, sendo criada a cadeira de ginecologia, desvinculada da cirurgia. Na seleção para ocupação da nova disciplina, foi empossado o médico Arnaldo de Moraes (1893-1961), um dos personagens-chave da trajetória do ensino e prática em ginecologia na referida universidade. Arnaldo assumiu os trabalhos na Clínica Ginecológica da Universidade, a ela conferindo uma dinâmica focada no atendimento ambulatorial e com ênfase em algumas doenças específicas, como o câncer. A aula inaugural da nova cátedra ocorreu em 2 de setembro de 1936, e a nova clínica foi instalada no Hospital Estácio de Sá, no mesmo ano, com trinta leitos para atendimento. Em 1942, foi transferida para o Hospital Moncorvo Filho, onde funciona até os dias atuais (IG, 1997).

No mesmo ano em que assumiu a cátedra de ginecologia, Arnaldo de Moraes fundou o periódico *Anais Brasileiros de Ginecologia*, caracterizado como órgão oficial do ensino de ginecologia na instituição (Editorial, 1936). A publicação foi o veículo de divulgação dos trabalhos em ginecologia na Faculdade de Medicina e tornou públicos balanços estatísticos do funcionamento e estrutura institucional. Tais balanços permitem discutir organização, diretrizes e ações elaboradas e implementadas pelos profissionais em ginecologia, assim como as ações e circulação dos atores envolvidos com a temática no Brasil em meados do século XX.

A década de 1940 marcou o processo de institucionalização da Clínica Ginecológica, como espaço de atendimento ambulatorial à mulher, além do ensino prático da ginecologia.

Em 1947, o conselho universitário da faculdade organizou e inaugurou oficialmente o Instituto de Ginecologia, sob a direção de Arnaldo de Moraes. A criação do IG representou a institucionalização dos trabalhos em ginecologia já desenvolvidos na clínica dirigida pelo médico. O instituto e a cátedra fundiram-se tanto em relação ao ensino teórico e prático quanto ao atendimento. A criação do IG possibilitou a organização de ações sistematizadas de atendimento e controle de doenças ginecológicas específicas. Desses doenças, uma que teve significado importante para a projeção da instituição no cenário médico nacional foi o câncer do colo do útero. Para além dos números de atendimento, as ações de controle da doença organizadas pela instituição carioca se tornaram referências para outros espaços no país por meio, principalmente, da organização de ambulatórios preventivos, seguindo o modelo de diagnóstico preconizado pelo IG.

O IG no controle do câncer do colo do útero: organização de um modelo de diagnóstico

Em 1948, ano em que a congregação da universidade concedeu existência legal ao IG, foi criado o Ambulatório Preventivo do Câncer Ginecológico. O ambulatório deu continuidade aos trabalhos já desenvolvidos na instituição, com o diferencial de ser um espaço voltado exclusivamente para as ações de controle do câncer ginecológico, com iniciativas de formação de técnicos especializados e realização de exames específicos para diagnóstico e tratamento da doença.

A denominação do novo espaço, como Ambulatório Preventivo do Câncer Ginecológico, seguiu critérios de ordem mais psicológica que propriamente médica. A inclusão do termo “preventivo” era justificada no preceito de que, pelo receio e pelas incertezas que a doença despertava, a ideia da prevenção seria mais indicada para atrair o público feminino ao atendimento e à realização de exames (Rieper, 1959). Os estigmas que repousavam sobre a doença aludiam à ideia de morte anunciada. No caso do câncer do colo do útero, a associação a hábitos de vida “desregrados”, promiscuidade e os próprios medos que envolviam a enfermidade eram alguns dos principais pontos a ser combatidos pelos médicos.

Os motivos que embasaram a denominação do novo espaço foram descritos por Arnaldo de Moraes em conferência realizada no segundo Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, organizado na cidade mineira de Belo Horizonte em 1951, publicada nos *Anais Brasileiros de Ginecologia*:

Preferimos a denominação de ‘preventivo’ para o nosso dispensário, em vez de chamá-lo de descoberta (*detection*) de câncer, por fundamentos de ordem psicológica, fáceis de compreender, além de que o mesmo faz realmente trabalho de profilaxia, quer pela indicação da terapêutica que remove lesões que certamente predispõem ao câncer, quer pelo diagnóstico e consequente tratamento do câncer assintomático (Moraes, 1952, p.27; destaque no original).

Após inauguração do ambulatório, o funcionamento era semanal, realizado às terças-feiras, no próprio espaço ambulatorial do IG. No início dos trabalhos, o atendimento diário era em torno de 35 a quarenta pacientes (Moraes, 1952, p.20). As ações do ambulatório foram organizadas a partir da ideia de prevenção da doença. Prevenir o câncer em meados do século

XX era sinônimo de identificá-lo precocemente. Diante dos limites da medicina em curar a doença, a detecção do tumor em fases iniciais de evolução aumentava as possibilidades de intervenção terapêutica. Como uma doença silenciosa, a manifestação de sintomas ocorria geralmente em estágios avançados. Dessa forma, a principal estratégia dos médicos para controle da enfermidade era propagar a realização de exames em todas as pacientes que recorressem ao atendimento.

A realização do diagnóstico precoce do câncer do colo do útero em meados do século XX como estratégia de controle da doença se deu principalmente nos ambulatórios preventivos. Ao utilizarmos a ideia de controle, nos baseamos na explicação do conceito trazida por David Cantor (2007). Ele destaca que a tarefa dos programas de controle do câncer seria identificar a doença ou o seu risco no estágio mais inicial possível e encaminhar os pacientes ao médico imediatamente para iniciar o tratamento. A noção de controle, portanto, é aplicada na análise das políticas em saúde como estratégia de gerenciamento da incidência de mortalidade e atitudes individuais e de grupos. Em caminho diferente das atividades relacionadas a doenças contagiosas, programas de controle do câncer não buscavam sua erradicação ou eliminação. Essa ação buscava intervir em um quadro clínico já instalado e, principalmente, agir de forma preventiva a qualquer suspeita da possibilidade de um crescimento desordenado das células e desenvolvimento de tecidos tumorais. Assim, controlar a doença no período em análise significava identificar a possibilidade de acometimento dela ou o próprio câncer e encaminhar o paciente ao tratamento.

Uma das estratégias para atrair as pacientes para exames e evidenciar os trabalhos realizados era o investimento em propaganda. Essa se dava principalmente pela publicação e distribuição de folhetos explicativos sobre a doença e pela divulgação dos trabalhos do IG e do ambulatório em rádios e imprensa local. O intuito era conscientizar profissionais e leigos da importância do diagnóstico precoce para um melhor prognóstico no tratamento (Salles, 1963). Anúncios e legendas foram distribuídos à imprensa carioca, e os médicos do instituto gravaram entrevistas em rádios locais para divulgação. Uma dessas entrevistas foi concedida à Rádio Globo, importante veículo de comunicação na sociedade carioca da época. Na ocasião, foi realizada uma mesa-redonda à disposição do IG, dirigida por Arnaldo de Moraes, na qual foram discutidas e apresentadas ao público as diretrizes do ambulatório e a importância da realização do exame ginecológico periódico preventivo (Rieper, Stoltz, 1948).

De modo geral, a principal faixa etária das pacientes atendidas no IG era dos 40 aos 50 anos. Tal dado era utilizado pelos médicos da instituição para se contrapor à ideia da precocidade sexual da brasileira como indicativo da incidência de câncer de colo em mulheres mais jovens (Sthel Filho, Rieper, 1941). Historicamente, algumas doenças foram associadas à sexualidade e reforçaram o discurso sobre o comportamento social do brasileiro. Exemplo dessas doenças é a sífilis, que, no século XIX, foi identificada como sinônimo de degeneração do povo brasileiro, num discurso de cunho moral e estigmatizante (Carrara, 1996). No início do século XX, outras visões reforçaram esse ponto, como mostra o exemplo médico sobre o câncer. Era recorrente a ideia de que, devido à precocidade sexual das brasileiras, o câncer do colo do útero se manifestava de forma mais precoce e atingia o público jovem em maiores proporções. Na primeira metade do século XX, uma das causas explicativas mais frequentes para o câncer do colo do útero, e que implicava uma dimensão social direcionada a ele, estava

relacionada à atividade sexual feminina. A doença gerava estigmatização nas mulheres pelo forte odor que exalava em decorrência das inflamações e pelo próprio aspecto inflamatório, facilmente identificado em estágios mais avançados da doença. Isso incidia tanto na vida íntima das mulheres quanto no âmbito das relações sociais.

Ao se contraporem à ideia da precocidade sexual feminina como causa da incidência do câncer do colo do útero, os médicos deslocavam o argumento do aspecto social da doença para seu caráter biológico. Ao tornar a visão sobre ela algo explicado biologicamente, seria possível atrair um maior número de mulheres ao atendimento. O estigma carregado pela doença muitas vezes se tornava uma barreira que dificultava a busca das mulheres ao serviço médico. Isso porque havia uma rotulação sexual em relação ao acometimento pela doença. Nesse sentido, em todo o discurso produzido pelos médicos da faculdade, o apelo à científicidade era uma constante, tanto nos artigos publicados nos periódicos quanto, e principalmente, nas campanhas e propagandas veiculadas para divulgar e ampliar os atendimentos prestados pela instituição.

O câncer do colo do útero foi uma das enfermidades mais discutidas no ambulatório durante o período analisado. Entre os fatores explicativos, pode-se apontar o número de mulheres diagnosticadas com a doença, o que foi possível a partir da introdução e difusão de técnicas de detecção precoce. Entre novembro de 1936 e novembro de 1940, das 1.190 pacientes atendidas na clínica, 114 foram diagnosticadas com cânceres, representando 9,6% do total de atendimentos. Desses números, 81,5% eram de câncer do colo do útero (Sthel Filho, Rieper, 1941).

Utilizando as técnicas de detecção disponíveis no período, o ambulatório consolidou um modelo de diagnóstico que começou a ser constituído desde a organização da Clínica Ginecológica por Arnaldo de Moraes: o “modelo triplo”. Esse modelo combinava colposcopia, citologia e biópsia no exame oportunístico de todas as mulheres que buscassem o serviço, independentemente da queixa apresentada (Teixeira, Löwy, 2011; Lana, 2012). O uso conjugado dos métodos tornou-se a marca do IG e a principal orientação nas ações de controle do câncer do colo do útero no Brasil até os anos 1960. O modelo de atuação do IG foi divulgado e utilizado por instituições congêneres do período, ampliando o raio de influência e a visibilidade do instituto.

No processo de introdução de uma nova tecnologia médica, a comunidade médica exerce papel de destaque nas negociações que envolvem a introdução e difusão da ferramenta (Stanton, 2002). Esse processo não ocorre de forma passiva, como uma simples transferência de ações. As relações de poder e sociabilidade são construídas e reforçadas à medida que os esforços e estratégias de difusão e afirmação são efetuados. No caso do IG, a criação de um modelo próprio de utilização das técnicas refletia os interesses do corpo profissional na realização do diagnóstico precoce, tido como principal estratégia de controle e de ação sobre a doença. Além desse aspecto, a presença de profissionais especializados no uso das tecnologias e a própria criação de um serviço específico de atendimento aos cânceres femininos permitiram ao instituto ser o principal difusor das ferramentas e pioneiro nas discussões sobre câncer do colo e na organização de um modelo e diretrizes de atenção à doença.

Antes da afirmação do “modelo triplo” como diretriz de trabalho, no início da atuação de Arnaldo de Moraes na Clínica Ginecológica, os métodos mais usados para diagnóstico eram a

inspeção e apalpação do colo uterino. Faltavam aparelhagem e materiais para trabalho, assim como especialização profissional para o uso das técnicas. Os médicos da clínica atentavam para a necessidade da biópsia em todos os casos, mas destacavam a falta de recursos para tal, por não haver um serviço bem montado de anatomia patológica. O material coletado para biópsias era analisado fora da instituição, o que acarretava tanto maiores gastos quanto uma multiplicidade de designações para processos semelhantes (Sthel Filho, Rieper, 1941). Ao longo dos anos 1940 foram introduzidas e difundidas como práticas na clínica a utilização da colposcopia e da citologia como métodos de diagnóstico.

A utilização da colposcopia teve início em 1937, quando foi adquirido o primeiro aparelho para uso na faculdade. Ao adquirir a ferramenta, Arnaldo de Moraes (1952) exaltava sua importância justificando que somente o exame ginecológico pela visão direta a olho nu, com aumentos no ângulo de visão e luz apropriada, poderia identificar lesões suspeitas, a ser ou não confirmadas pela biópsia. A utilização do colposcópio no diagnóstico do câncer do colo do útero na Clínica Ginecológica ganhou fôlego após 1940, quando o médico João Paulo Rieper, discípulo de Hinselmann, com o qual fizera um curso na cidade alemã de Hamburgo, iniciou seus trabalhos na instituição.⁷

A tese de docência apresentada por Rieper para ingresso na faculdade – *Sobre o valor prático da colposcopia* – era um manual de apresentação da técnica e indicação prática de seus benefícios. Rieper defendia que o correto uso do colposcópio só poderia ser realizado por profissionais treinados diretamente pelo criador do método, Hans Hinselmann, ou por algum discípulo deste. O estudo da técnica apenas por publicações e imagens comentadas não era eficiente para formação de um bom colposcopista (Rieper, Stoltz, 1948). Outro nome importante nos trabalhos com colposcopia na Faculdade de Medicina era o da médica Hildegard Stoltz,⁸ que atuou juntamente com Rieper na divulgação e aplicação da tecnologia.

A introdução dos estudos sobre citologia para diagnóstico do câncer do colo do útero na Clínica Ginecológica data de 1942, com publicação do trabalho do médico Vespasiano Ramos “Novo método de diagnóstico precoce do câncer uterino”. O trabalho foi transformado em tese para o concurso de docência em ginecologia da Universidade do Brasil no ano seguinte, a qual foi aprovada pelos professores Arnaldo de Moraes e Clóvis Salgado, da Universidade de Minas Gerais. A obra foi o primeiro estudo no país sobre a análise das células do esfregaço vaginal na detecção de lesões e diagnóstico do câncer do colo do útero.

Os trabalhos em citologia ganharam destaque na instituição por meio da atuação de Clarisse do Amaral Ferreira,⁹ um dos principais nomes relacionados à utilização da ferramenta no serviço dirigido por Arnaldo de Moraes. Em 1946, para concorrer à cátedra de ginecologia na Universidade do Brasil, Ferreira publicou uma tese sobre citologia, destacando a experiência obtida com a técnica, com base em estudo realizado com cerca de trezentas pacientes. Intitulado *Colpocitologia*, o trabalho era um compilado dos trabalhos realizados na clínica, analisados a partir da utilização da ferramenta para diagnóstico precoce e de sua funcionalidade num serviço de atendimento ginecológico especializado (Livros..., 1946). O termo “colpocitologia” passou a ser utilizado nos trabalhos da Clínica Ginecológica. A colpocitologia referia-se à prática e ao estudo do esfregaço vaginal e tornou-se sinônimo da citologia esfoliativa, ou teste de Papanicolaou (Eraso, 2010).

Antes mesmo de ingressar na Clínica Ginecológica, a convite do seu então professor Arnaldo de Moraes, Clarisse viajou a Buenos Aires, na Argentina, em 1941, para fazer um estágio de pós-graduação. Na função de assistente na Clínica Ginecológica, a médica foi designada por Arnaldo para estagiar na maternidade do Hospital Torcuato de Avelar, em Buenos Aires, pelo período de quatro meses. No retorno ao Brasil, trouxe de sua experiência no outro país os debates em torno da questão da esterilidade. Além dos trabalhos com o tema em seu consultório particular, foi chefe da Clínica de Reprodução Humana na Universidade do Brasil de 1942 a 1978 (Ferreira, 1955).

Em 1944, foi organizado um laboratório para exames histopatológicos, anexo à Clínica Ginecológica. Com a criação do laboratório, todos os casos atendidos eram submetidos à investigação patológica, e os prazos de realização do exame eram de cerca de 72 horas em casos de rotina e 24 horas nos casos de emergência (Stoltz, 1945). O exame anatomicopatológico era considerado a “pedra de toque” para confirmar ou não os achados colposcópicos ou citológicos suspeitos (Moraes et al., 1958). A biópsia representava, nas palavras de Arnaldo de Moraes (1948, p.208), “o meio indispensável para se chegar ao diagnóstico do câncer”.

A criação do ambulatório atendeu a alguns preceitos que fundamentaram os trabalhos do IG em relação ao câncer. Primeiramente, a iniciativa de dispor à população um espaço de atendimento que garantisse o diagnóstico da doença a partir da utilização dos recursos científicos disponíveis no período. Em segundo lugar, a ampliação do ensino médico em relação à temática, garantindo a formação de profissionais para atuar no controle da doença. E, por fim, o investimento em pesquisas que contribuissem para as ações contra o câncer feminino (Stoltz, 1963). As finalidades do ambulatório eram destacadas por Arnaldo de Moraes (1952) como sendo as de realizar propaganda e educação da população feminina; a profilaxia, pelo diagnóstico e eliminação das lesões crônicas e inflamatórias; o diagnóstico precoce da doença; a avaliação científica e o aperfeiçoamento dos métodos de diagnóstico empregados; e a orientação terapêutica no controle do câncer.

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

No entanto, a par das dificuldades, as expectativas do funcionamento ambulatorial eram positivas. O emprego sistemático das ferramentas de diagnóstico, somado à propaganda para atrair as pacientes ao ambulatório, impactava diretamente os índices de tumores identificados nos estágios iniciais de evolução. Em 15 anos de funcionamento ambulatorial, a estatística apresentada no número de casos identificados precocemente era de um crescimento de 300% nos casos identificados no Ambulatório quando comparado ao final dos anos 1940, início dos trabalhos da Clínica Ginecológica (Salles, 1963). Esse aumento resultava numa maior possibilidade de intervenção contra a doença, nas intervenções cirúrgicas e sobrevida das pacientes.

Em relação ao tratamento, como grande parte das pacientes atendidas eram diagnosticadas em fases avançadas da doença, no geral, eram aplicadas medidas paliativas, para amenizar os sintomas. Isso era realizado nos casos incuráveis e intratáveis, nos quais uma intervenção ou medicação mais forte poderia agravar o já debilitado estado da paciente. Nos casos passíveis de intervenção, o arcabouço de que dispunha a medicina naquele momento era principalmente pautado nas intervenções cirúrgicas e radioterapia. O controle após o tratamento dificilmente ocorria de forma satisfatória pelas dificuldades de monitoramento. Por mais que a recomendação fosse de retorno e acompanhamento durante e após o tratamento, dificilmente havia essa prática por parte das pacientes. De modo geral, elas só retornavam ao atendimento em casos extremos de dores e hemorragias recidivas (Sthel Filho, Rieper, 1941).

A indicação correta do tratamento exigia um estudo meticuloso de cada caso, a partir das suspeitas levantadas pelos métodos de diagnóstico. Cada quadro deveria ser discutido em particular, e as orientações de tratamento resolvidas em equipe. A orientação mais geral para os casos de câncer do colo do útero era a cirurgia radical. O material extraído nas cirurgias, especialmente nos casos de amputação do colo uterino, deveria ser cuidadosamente analisado, tanto para conhecimento dos aspectos histológicos da lesão quanto para aprimorar a técnica cirúrgica, na extirpação da lesão. As orientações da instituição em relação à pesquisa científica eram um diferencial em relação aos espaços puramente de atendimento ambulatorial. Enfatizava-se, ainda, a necessidade de conscientização das mulheres acerca da importância do acompanhamento médico após a submissão ao tratamento para supervisionar o estadiamento da doença e a possibilidade de recidiva ou o retorno dela. Em linhas gerais, mais de 50% das pacientes que buscavam atendimento eram brancas e se dirigiam ao ambulatório a partir das propagandas e/ou por indicação médica. Os dados publicados pelos médicos da instituição não fazem referência às condições sociais e econômicas dessas mulheres (Sthel Filho, Rieper, 1941).

As pacientes que eram atendidas no ambulatório recebiam um cartão de matrícula com as datas e os horários das consultas. No verso desse cartão constava uma mensagem de incentivo para que não interrompessem o tratamento e se conscientizassem da importância do diagnóstico precoce da doença. A mensagem era a seguinte:

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

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

Formação profissional no IG

Anualmente, publicava-se nos *Anais Brasileiros de Ginecologia* um relatório de atividades didáticas, no qual eram destacados os cursos ministrados no IG, as aulas realizadas, o quantitativo de alunos e principais pontos discutidos. Um dos princípios da direção de Arnaldo de Moraes era o fomento à formação profissional e debates médicos relativos à ginecologia. Realizavam-se cursos de extensão universitária frequentemente, que ocorriam fora do período letivo regular. Em novembro de 1941, no curso de extensão, foram proferidas vinte conferências para quarenta alunos e profissionais formados. As conferências eram compostas por sessões práticas e geralmente ministradas por professores da própria faculdade e convidados de outras instituições (Notas..., 1942).

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

Em dezembro de 1955, foi realizada uma sessão solene no IG, na qual Arnaldo de Moraes (1955) proferiu um discurso de encerramento de mais um curso de extensão universitária sobre "câncer ginecológico". Segundo ele, o curso já era uma tradição no instituto, com realização anual. Os objetivos eram transmitir a médicos e doutorandos da faculdade conhecimentos sobre propedêutica e terapêutica, a partir dos resultados obtidos nos trabalhos do instituto. E, também, realizar balanços anuais tanto das atividades realizadas quanto dos progressos em relação ao quantitativo de pacientes atendidas e resultados obtidos.

No encerramento do curso de 1955, Arnaldo de Moraes endossou a ideia de que, com base nas publicações da literatura internacional sobre a questão do câncer e os trabalhos realizados na instituição, a chave para controle da doença seria a realização do diagnóstico precoce. A formação profissional, por meio de cursos específicos, seria uma das estratégias para garantir a realização desse diagnóstico. Nessa perspectiva, a instituição afirmava-se novamente como espaço para essa formação, por meio dos cursos anualmente oferecidos.

Nas palavras de Arnaldo de Moraes (1955, p.202):

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

A educação em câncer seria construída em dois polos: a direcionada ao público feminino e a direcionada à comunidade médica. Quanto ao primeiro, as ações educacionais não tinham como objetivo a autoinstrução ou autodiagnóstico, e sim, o reconhecimento da necessidade de recorrer aos serviços médicos ao menor sinal de anormalidade e, principalmente, a realização de exames periódicos como forma de prevenção. Já no tocante à comunidade médica, o reconhecimento da doença e das lesões que pudessem evoluir para um tumor eram os pontos mais importantes. Contudo, outro aspecto surgia como discussão na elaboração de ações de controle do câncer e realização do diagnóstico precoce: a formação para utilizar as técnicas e avaliar os resultados apresentados.

A organização do Ambulatório Preventivo do Câncer Ginecológico em 1948 abriu caminho para a criação de novos espaços com parâmetros semelhantes em outras regiões do país. A instituição foi responsável pela implantação de um modelo de ação em câncer que foi referência para a organização de outros espaços de atenção à doença no período, que se articularam numa rede de discussões e ações de controle do câncer do colo do útero no Brasil. Como citado no início deste artigo, nessa rede estavam o Instituto de Ginecologia no Rio de Janeiro, o Hospital de Ginecologia em Belo Horizonte e o Hospital Aristides Maltez em Salvador.

A rede de prevenção do câncer do colo do útero, impulsionada pela organização de estratégias de controle e discussões entre os especialistas, era constituída, além das instituições acima citadas, por publicações especializadas, associações profissionais, iniciativas para formação de pessoal e intercâmbio científico. Uma das estratégias de articulação dessa rede foi o ensino em colposcopia e citologia, por meio de cursos de formação, liderados pelos médicos do IG. Os cursos, além da divulgação das ferramentas, tinham como objetivo incentivar a organização de novos espaços de atendimento e ampliar o alcance da prevenção, com um aumento no número de mulheres examinadas e encaminhadas ao tratamento especializado (Lana, 2012).

Em meados da década de 1960, Rieper argumentava que a eficiência desses ambulatórios era relativa, em decorrência do baixo quantitativo de mulheres atendidas em relação ao somatório total do público feminino com potencial ameaça de câncer ginecológico. Segundo ele, em comparação a países como os EUA e alguns europeus, a taxa de morte pela doença no Brasil e na América Latina em geral ainda era alta. Diante dessa constatação, ficava a questão: se o país, pensando no espaço de atuação do médico, a capital federal, foi pioneiro na criação de espaços específicos para controle da enfermidade e no uso de tecnologias de diagnóstico, por que as taxas de mortalidade ainda eram elevadas? A resposta estava na falta de profissionais para atuar com as ferramentas de diagnóstico, como colposcopistas e citotécnicos. Enquanto no país existiam algumas centenas desses técnicos, estimava-se a necessidade de cerca de 2.500 desses profissionais nos ambulatórios de atendimento ao câncer. Por mais que avanços na terapêutica fossem importantes para as ações contra a doença, diagnosticar de forma precoce a existência de um tumor, por meio das ferramentas disponíveis, ainda era, segundo Rieper (1965), a forma mais eficaz para se articularem ações de controle.

O problema destacado por Rieper ia além da necessidade de formação de técnicos. O discurso dos médicos do IG era pautado na visão dos trabalhos desenvolvidos na então capital do país, tomada como referência para analisar o restante do país. Considerando a grande dimensão territorial brasileira e suas diversidades regionais, as realidades e necessidades em

saúde variavam. Assim, as ferramentas disponíveis no IG e os profissionais que ali atuavam e se formavam não estavam presentes na maioria dos estados. Além disso, no Brasil de meados do século XX, o amplo acesso aos serviços de saúde era limitado a uma pequena parcela da população que podia pagar pelo atendimento. Nesse sentido, em relação ao câncer do colo do útero, os limites das ações preventivas situavam-se no acesso aos consultórios ginecológicos, e não se configuravam numa ação estruturada em saúde pública em nível nacional.

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

As dificuldades na formação prática de colposcopistas avançaram nos anos posteriores à criação do IG. Em 1970, os médicos João Paulo Rieper e Clóvis Salgado¹⁰ publicaram um livro sobre colposcopia, no qual destacaram a importância do método de diagnóstico e descreveram as potencialidades da ferramenta. A justificativa de publicação da obra era a de divulgação do processo de diagnóstico, prevenção e tratamento do câncer do colo do útero. Como não havia manuais sobre o tema em língua portuguesa, o livro cumpria a missão de formar, o quanto antes, especialistas na área para atuação no campo médico brasileiro. Mesmo reconhecendo a necessidade da prática na formação de especialistas, os autores destacavam a importância de tornar o material acessível aos jovens universitários, como aspecto complementar de sua graduação. Esse discurso era fruto do baixo quantitativo de colposcopistas, em comparação ao considerado ideal para diagnosticar a doença. Segundo os autores, para instalação de dispensários preventivos no país de forma a oferecer atendimento a toda a população-alvo, seria necessário formar cerca de dois mil colposcopistas. O número de profissionais já existentes não foi descrito, mas, em um universo de pouco mais de noventa milhões de habitantes, com 46 milhões de pessoas do sexo feminino (IBGE, 1970), o incremento desejado para o número de colposcopistas ainda era pequeno (Salgado, Rieper, 1970). Com esses números, podemos perceber a distância existente entre a perspectiva e a realidade na formação profissional, mesmo com os esforços empreendidos desde a década de 1940 com o Instituto de Ginecologia.

Ainda que diante dessa lacuna, e com as dificuldades acima descritas, os cursos ministrados pelo IG formaram profissionais que atuaram em diferentes regiões do país. Nos anos 1940, a frequência média de estagiários que acompanhavam os trabalhos no Ambulatório Preventivo do Câncer Ginecológico era de três a quatro médicos. Em 1960, esse número passou para seis estagiários, que acompanhavam diariamente as atividades, como parte de sua formação curricular ou como complementaridade ao curso médico já concluído. Além dos estágios, eram realizados anualmente cursos sobre os métodos de diagnóstico precoce, ficando à disposição dos estudantes todo o material produzido pelo IG para estudos e publicações em periódicos especializados (Stoltz, 1963).

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

A partir da década de 1960, os cursos de pós-graduação em colposcopia, colpocitologia e histologia no IG passaram a ocorrer anualmente. De início, os cursos foram realizados separadamente, por área. Mas, segundo Rieper (1963), como a realização do diagnóstico precoce da doença era baseada na utilização conjunta dos métodos, e um tinha a função de complementar o outro, o curso passou a contemplar as três modalidades simultaneamente, com comparações sobre a eficácia dos métodos, além da demonstração e discussão de casos concretos, observados na rotina ambulatorial do IG. Esse modelo de ensino endossava a orientação da instituição na utilização do “modelo triplo” e em sua afirmação como marca registrada e identidade dos trabalhos do IG.

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

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

No Ambulatório Preventivo do Câncer Ginecológico, a quantificação e a sistematização dos dados de atendimento, por meio da confecção de fichas para as pacientes e a organização de um fichário com a documentação produzida, transformaram-se na mola propulsora da instituição para a elaboração de pesquisas e de artigos científicos. A produção desse banco de dados foi iniciativa da médica alemã Hildegard Stoltz, que, além dos trabalhos no IG, ocupou a direção do Hospital Amparo Feminino e, desde o início de suas atividades no Brasil, demonstrou interesse na construção do conhecimento sobre a doença. A organização dos dados de diagnóstico e tratamento permitia sistematizar informações do funcionamento da instituição e indicava a produção de ciência por meio de registros e análises possibilitadas

por essas informações. As compilações oriundas desse material permitiam avaliações do atendimento, dos resultados obtidos e da própria organização institucional. Stoltz (1963) denominava “investigação médico-científica” a organização dos registros de atendimento, que tinha como objetivo permitir a sistematização e análise de dados das pacientes, de forma a contribuir para o estudo da epidemiologia do câncer no IG e também tecer comparações e relações com os trabalhos efetuados em outros espaços e regiões do país. A quantificação e a sistematização dos atendimentos realizados na instituição permitiam a construção e a consolidação dos conhecimentos ali produzidos e difundidos.

Como impulsionadora e defensora da organização e divulgação de informações médicas para ações de controle do câncer do colo do útero, Hildegard Stoltz apontava, ainda na década de 1960, para as dificuldades na obtenção de dados sobre a realidade de incidência e tratamento da doença no Brasil em decorrência da falta de registros que permitissem quantificar e analisar essa realidade. Diante desse fato, a médica destacava a importância das publicações dos profissionais do IG, baseadas nas fichas de atendimento, que contribuíam para a reflexão e ações sobre a doença no país. A partir desses dados era possível reconstruir um quadro de incidência, gráficos comparativos por grau de evolução do tumor, idade das pacientes, resultados obtidos com diferentes tipos de tratamentos e da utilização e eficácia das técnicas de diagnóstico precoce. Com as fichas era possível levantar também o quantitativo de pacientes examinadas no serviço que se recusaram a ser submetidas ao tratamento e/ou não retornaram para dar continuidade e acompanhar a evolução da doença. Outro aspecto explorado era a organização de quadros panorâmicos sobre o funcionamento do IG de maneira ampla, analisando dados sobre as pacientes atendidas. Com as estatísticas, Stoltz (1966) afirmava ser possível reconstituir, ainda que parcialmente, a realidade da doença, atentando para a organização e o funcionamento institucional do IG e nas reflexões sobre como potencializar o diagnóstico precoce e as estatísticas de cura.

Além da construção do conhecimento, a produção de textos oriundos dos fichários da instituição e sua publicação conferiam maior visibilidade aos trabalhos desenvolvidos no IG, circulação de seus atores, diálogo com espaços congêneres do período e afirmação da ginecologia como especialidade médica. A produção de conhecimento conferia ao grupo credibilidade científica, afirmindo seus membros como porta-vozes da ciência produzida no instituto, materializada na utilização das ferramentas de diagnóstico precoce e nas ações de controle do câncer do colo do útero.

Até 1956, todos os casos internados para tratamento eram relatados e computados como atendimento interno, mesmo os casos de pacientes recidivas, que buscavam o serviço após tratamento prévio em outras clínicas. A partir de 1959, os registros da instituição destacavam apenas os casos de mulheres que receberam primeiro tratamento no IG (Stoltz, 1958).

A partir de 1956, todas as pacientes atendidas no IG, independente do prontuário, eram fichadas no ambulatório. Esse registro permitia maior clareza sobre o número de mulheres diagnosticadas com a doença e melhor acompanhamento de sua evolução e tratamento (Stoltz, 1958). Com a compilação dos dados de atendimento, vários artigos foram elaborados, grande parte deles publicada nos *Anais Brasileiros de Ginecologia*, e nos permitem visualizar e discutir aspectos cotidianos do funcionamento da instituição e das formas de trabalho.

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

Considerações finais

Álvaro de Aquino Salles (1963), médico do Instituto de Ginecologia, destacou em artigo publicado em 1963 que, das realizações do IG em relação ao câncer do colo do útero, três tinham destaque. Eram elas: a organização dos ambulatórios preventivos do câncer ginecológico; a criação de uma nova mentalidade na formação dos médicos e acadêmicos acerca da importância e validade da realização do diagnóstico precoce por meio da utilização das novas técnicas; e, por fim, a formação de técnicos para manuseio das ferramentas.

Além dos aspectos enumerados por Salles, destacamos a contribuição na especialização da ginecologia no país na primeira metade do século XX. A atuação dos profissionais do IG não esteve limitada apenas ao espaço da instituição. Como forma de angariar prestígio e no próprio processo de especialização profissional, esses médicos estiveram envolvidos na organização de sociedades científicas, como a Sociedade Brasileira de Colposcopia, em 1958 no Rio de Janeiro, e a Sociedade Brasileira de Citologia, em 1956. A última foi pioneira no continente sul-americano na especialidade e tinha à frente a médica do IG, Clarisse do Amaral Ferreira. A criação das sociedades representou a profissionalização das especialidades no Brasil. Esses espaços associativos conferiam autonomia de ações e defesa dos interesses profissionais das categorias.

Assumido como centro de saúde, o IG foi pioneiro na organização de ações de controle do câncer a partir da difusão do “modelo triplo” e da formação direta de profissionais. A criação de um modelo próprio de atendimento conferiu à instituição destaque no campo médico, tendo servido de base para a organização de serviços semelhantes em outras regiões do país. Esse processo catalisou a institucionalização do IG, a afirmação de sua categoria profissional e o fortalecimento das relações de poder existentes.

A atuação de Arnaldo de Moraes à frente do instituto foi central para o papel pioneiro nas estratégias de diagnóstico e da organização institucional. Arnaldo findou seu período à frente do instituto em 1961, quando foi substituído pelo médico Francisco Victor Fernandes. A partir de então, novas diretrizes regeriam o funcionamento dos serviços, e o ponto principal foi o investimento na formação de ginecologistas, mais do que no desenvolvimento e nos estudos da própria ginecologia. Iniciou-se o ensino pioneiro de pós-graduação como residência médica e, anos mais tarde, investiu-se no crescimento de cursos de especialização em ginecologia (Simões, 1997).

NOTAS

¹ Entendemos como câncer ginecológico os cânceres do aparelho reprodutivo feminino e da mama.

² Arnaldo de Moraes nasceu em 27 de agosto de 1893, filho do farmacêutico Arnaldo Augusto de Moraes e da professora Adelaide Cruz de Moraes. Em 1916, colou grau em medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, com a tese em obstetrícia *Apresentações transversas*. No mesmo ano, ingressou como professor no Hospital da Misericórdia e prestou concurso para livre-docência em clínica obstétrica em 1924. Atuou como inspetor sanitário no Departamento Nacional de Saúde Pública e em 1927 foi contemplado com uma bolsa da Fundação Rockefeller para estudar a organização da higiene pré-natal e da assistência maternal em EUA, França, Áustria e Alemanha. Na década de 1930, retornando ao Brasil, ocupou a cadeira de obstetrícia na Faculdade Fluminense de Medicina. Arnaldo coordenou as atividades na Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil de 1936 até 6 de abril de 1961, quando faleceu. Recebeu a indicação para ocupar a direção da Faculdade de Medicina em 1957. Foi ainda fundador da Casa de Saúde Arnaldo de Moraes, no Rio de Janeiro, em 1938; do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 1929; e da Sociedade Brasileira de Ginecologia (Ferreira, 1961).

³ A colposcopia é um exame ginecológico que permite a visualização da região do trato genital inferior (na mulher: vulva, vagina, colo e corpo uterinos), por meio de um aparelho denominado coloscópio, que amplia e ilumina a região a ser examinada. A técnica foi descrita em 1925 por Hans Hinselmann na Alemanha. Ao longo dos anos, a colposcopia evoluiu de um método de diagnóstico precoce do câncer do colo uterino para um exame mais global de todo o trato genital inferior, permitindo diagnosticar e tratar diversas patologias que atingem essa região (Salgado, Rieper, 1970).

⁴ A citologia é uma técnica desenvolvida pelo médico grego George Papanicolaou. Em 1917, Papanicolaou, a partir da análise das células presentes no esfregaço vaginal, observou a existência de fases rítmicas do ciclo sexual. Da continuidade de seus estudos, ao final dos anos 1920, verificou-se a possibilidade do reconhecimento de células cancerosas no conteúdo vaginal pela análise microscópica das células obtidas por esfregaço (Löwy, 2010).

⁵ A biópsia ou exame histopatológico é uma prática de retirada de tecido local para averiguação de doenças. Informação disponível em: <http://www.news-medical.net>. Acesso em: 30 jun. 2013.

⁶ Augusto de Souza Brandão Filho (1881-1957) nasceu no município de Cantagalo (RJ) e formou-se pela Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, em 1903. Precursor da neurocirurgia no Brasil, iniciou suas atividades cirúrgicas na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e foi professor catedrático de clínica cirúrgica na Faculdade Nacional de Medicina.

⁷ Rieper esteve na Alemanha na década de 1930, período no qual se aproximou da ciência alemã e foi primeiro secretário da Academia Médica Germano-ibero-americana, na qual auxiliava nas funções de recepção de estudantes e professores latino-americanos no país. Em 1933, graduou-se em medicina em Berlim, em agosto de 1939 retornou ao Brasil e foi impedido de voltar à Alemanha pela deflagração da Segunda Guerra Mundial. No ano seguinte, revalidou seu diploma de médico, obtido na Alemanha, na Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil. A documentação da Academia Médica Germano-ibero-americana está depositada no Geheimes Staatsarchiv Preussischer Kulturbesitz, em Berlim.

⁸ Magdalena Hildegard Stoltz nasceu no Rio de Janeiro, em 25 de abril de 1912. Formou-se em medicina pela Universidade Federal Fluminense.

⁹ Clarisse do Amaral Ferreira nasceu em 1918, na cidade do Rio de Janeiro. Graduou-se médica pela Faculdade Nacional de Medicina, em 1940. Iniciou seus trabalhos em ginecologia em 1937, no período de internato remunerado na faculdade.

¹⁰ Clóvis Salgado da Gama nasceu em Leopoldina (MG), no dia 20 de janeiro de 1906. Médico e político, bacharelou-se em medicina em 1929. Ocupou os cargos de vice-governador e governador de Minas Gerais, ministro da Educação e Cultura durante a presidência de Juscelino Kubitschek. Como médico, ocupou a cátedra de ginecologia na Universidade de Minas Gerais e foi fundador e diretor do Hospital de Ginecologia (Monteiro, 1994).

REFERÊNCIAS

- BARRETO, Maria Renilda Nery. Pro Matre: arquivo e fontes para a história da maternidade no Rio de Janeiro. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.18, supl.1, p.295-301. 2011.
- CANTOR, David. Introduction: cancer control and prevention in the twentieth century. *Bulletin of the History of Medicine*, v.81, n.1, p.1-38. 2007.
- CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vénus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1996.
- CASPER, Monica; CLARKE, Adele. Making the Pap smear into the “right tool” for the job: cervical cancer screening in the USA, circa 1940-1995. *Social Studies of Science*, v.28, n.2, p.255-290. 1998.
- EDITORIAL. Editorial. *Anais Brasileiros de Ginecologia*, v.1, n.1, p.1-2. 1936.
- ERASO, Yolanda. Migrating techniques, multiplying diagnoses: the contribuition of Argentina and Brazil to early “detection policy” in cervical cancer. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.17, supl.1, p.33-51. 2010.
- FERREIRA, Clarisse do Amaral. Professor Arnaldo de Moraes, 1893-1961: in memoriam. *Anais Brasileiros de Ginecologia*, v.51, n.4, p.211-215. 1961.
- FERREIRA, Clarisse do Amaral. Uma viagem de estudos a Buenos Aires: lições e conferências. *Anais Brasileiros de Ginecologia*, v.13, n.3, p.41-53. 1955.
- FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendonça. *As ciências geológicas no Brasil: uma história social e institucional, 1875-1934*. São Paulo: Hucitec. 1997.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal. 2000.
- FREITAS, Patrícia de. “A mulher é seu útero”: a criação da moderna medicina feminina no Brasil. *Antíteses*, v.1, n.1, p.174-187. 2008.
- HAKAMA, M. et al. Evaluation of screening programmes for gynaecological cancer. *British Journal of Cancer*, v.52, n.4, p.669-673. 1985.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico: 1970*. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo.html?view=detalhes&id=769>. Acesso em: 15 mar. 1970.
- IG. Instituto de Ginecologia. *Instituto de Ginecologia da UFRJ: edição especial de aniversário*. Rio de Janeiro: [s.n.]. 1997.
- LANA, Vanessa. *Ferramentas, práticas e saberes: a formação de uma rede institucional para a prevenção do câncer do colo do útero no Brasil, 1936-1970*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro. 2012.
- LIVROS... Livros e publicações. *Anais Brasileiros de Ginecologia*, v.22, n.2, p.141. 1946.
- LÖWY, Ilana. *Preventive strikes: women, precancer, and prophylactic surgery*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. 2010.
- MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2004.
- MONTEIRO, Norma de Góis (Coord.). *Dicionário biográfico de Minas Gerais: período republicano, 1889-1991*. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa de Minas Gerais. 1994.
- MORAES, Arnaldo de. A colposcopia no Brasil: seus começos e desenvolvimento no Instituto de Ginecologia da Universidade do Brasil. *Anais Brasileiros de Ginecologia*, v.40, n.3, p.201-206. 1955.
- MORAES, Arnaldo de. O valor do chamado “Dispensário Preventivo” na luta contra o câncer genital feminino. *Anais Brasileiros de Ginecologia*, v.33, n.1, p.18-30. 1952.
- MORAES, Arnaldo de. Editorial: consultório preventivo de câncer ginecológico. *Anais Brasileiros de Ginecologia*, v.25, n.3, p.207-210. 1948.
- MORAES, Arnaldo de et al. Estudo comparativo do valor da colpocitologia, da colposcopia e da biópsia para o diagnóstico precoce do câncer do útero. *Anais Brasileiros de Ginecologia*, v.46, n.2, p.61-68. 1958.
- NOTAS... Notas e comentários. *Anais Brasileiros de Ginecologia*, v.21, n.4, p.300. 1946.

NOTAS...

- Notas e comentários. *Anais Brasileiros de Ginecologia*, v.13, n.2, p.99. 1942.
- PEREIRA NETO, André de Faria.
Ser médico no Brasil: o presente no passado. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2001.
- RIEPER, João Paulo.
Editorial: colposcopia brasileira. *Anais Brasileiros de Ginecologia*, v.59, n.5, p.313-316. 1965.
- RIEPER, João Paulo.
A formação de técnicos para o diagnóstico precoce do câncer ginecológico. *Arquivos de Oncologia*, v.1, n.1, p.62-64. 1963.
- RIEPER, João Paulo.
Sobre o valor didático do Ambulatório Preventivo do Câncer Ginecológico do Instituto de Ginecologia da Universidade do Brasil. *Anais Brasileiros de Ginecologia*, v.48, n.1, p.21-30. 1959.
- RIEPER, João Paulo; STOLTZ, Hildegard.
Ambulatório Preventivo do Câncer: organização, experiência e conclusões. *Anais Brasileiros de Ginecologia*, v.26, n.4, p.273-280. 1948.
- SALGADO, Clovis; RIEPER, João Paulo.
Colposcopia. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Cultura/Fundação Nacional de Material Escolar. 1970.
- SALLES, Álvaro.
A luta contra o câncer no Instituto de Ginecologia da Universidade de Brasil. *Anais Brasileiros de Ginecologia*, v.53, n.2, p.53-60. 1963.
- SIMÕES, Paschoal Martini.
Breve história do Instituto de Ginecologia. In: Instituto de Ginecologia. *Instituto de Ginecologia da UFRJ*: edição especial de aniversário. Rio de Janeiro: [s.n.]. 1997.
- STANTON, Jennifer (Ed.).
Innovations in health and medicine: diffusion and

resistance in the twentieth century. London: Routledge. 2002.

STHEL FILHO, José de Castro; RIEPER, João Paulo.

Considerações sobre frequência, diagnóstico e tratamento de câncer nos últimos 4 anos: da Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, professor Arnaldo de Moraes. *Anais Brasileiros de Ginecologia*, v.11, n.1, p.52-62. 1941.

STOLTZ, Hildegard.

Estudos estatísticos sobre o carcinoma do colo do útero no Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. *Arquivos de Oncologia*, v.7, n.2, p.40-46. 1966.

STOLTZ, Hildegard.

Treze anos de Ambulatório Preventivo de Câncer Ginecológico. *Arquivos de Oncologia*, n.1, p.40-48. 1963.

STOLTZ, Hildegard.

Prática atual do diagnóstico precoce e tratamento do carcinoma estádio '0' do colo do útero no Instituto de Ginecologia da Universidade do Brasil. *Anais Brasileiros de Ginecologia*, v.46, n.2, p.69-77. 1958.

STOLTZ, Hildegard.

Tumores malignos do aparelho genital feminino: 277 casos tratados durante um decênio na Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina. *Anais Brasileiros de Ginecologia*, v.20, n.4, p.327-341. 1945.

TEIXEIRA, Luiz Antônio; LÖWY, Ilana.

Imperfect tools for a difficult job: colposcopy, "colpocytology" and screening for cervical cancer in Brazil. *Social Studies of Science*, v.41, n.4, p.585-608. Disponível em: 10.1177/0306312711408380. Acesso em: 14 mar. 2016. 2011.

