

Fundação Oswaldo Cruz
Casa de Oswaldo Cruz
Programa de Pós-Graduação em História da Ciência da Saúde

Gisele Porto Sanglard

*Entre os salões e o laboratório:
filantropia, mecenato e práticas científicas –
Rio de Janeiro, 1920-1940.*

Rio de Janeiro
2005

GISELE PORTO SANGLARD

ENTRE OS SALÕES E O LABORATÓRIO: Filantropia, mecenato
e práticas científicas – Rio de Janeiro, 1920-1940.

Tese apresentada ao curso de Pós-Graduação em
História das Ciências da Saúde da Fundação
Oswaldo Cruz, como requisito parcial para
obtenção do Grau de Doutor. Área de
Concentração: História das ciências.

Orientador: Prof.Dr. Jaime Larry Benchimol

Rio de Janeiro
2005

GISELE PORTO SANGLARD

S 225e SANGLARD, Gisele Porto
e Entre os salões e o laboratório: Filantropia, mecenato
Porto práticas científicas – Rio de Janeiro, 1920-1940. / Gisele
Sanglard. - Rio de Janeiro: [s.n.], 2005.
261p.; il.; tab.; 30cm.

Dissertação (Doutorado em História das Ciências da
Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, 2005.
Inclui Bibliografia.

1. Filantropia. 2. História das ciências 3. Política de
saúde.
4. Saúde pública. 5. Rio de Janeiro.

CDD177.7

GISELE PORTO SANGLARD

ENTRE OS SALÕES E O LABORATÓRIO: Filantropia, mecenato
e práticas científicas – Rio de Janeiro, 1920-1940.

Tese apresentada ao curso de Pós-Graduação em
História das Ciências da Saúde da Fundação
Oswaldo Cruz, como requisito parcial para
obtenção do Grau de Doutor. Área de
Concentração: História das ciências.

Aprovada em julho de 2005.

BANCA EXAMINADORA

Prof.Dr. Jaime Larry Benchimol (orientador)
(COC/FIOCRUZ)

Profa.Dra. Ângela de Castro Gomes
(CPDOC/FGV, UFF)

Prof.Dr. Luiz Antônio de Castro Santos
(IMS/UERJ)

Prof.Dr. Gilberto Hochman
(COC/FICORUZ)

Prof.Dr. Luiz Otávio Ferreira
(COC/FICORUZ)

Suplentes:

Profa.Dra. Magali Romero Sá
(COC/FICORUZ)

Profa.Dra. Beatriz Teixeira Weber
(Univ.Federal de Santa Maria)

Rio de Janeiro
2005

A minha mãe

AGRADECIMENTOS:

Esta é a parte mais difícil de se fazer da tese: agradecer a todos que foram importantes em seu desenvolvimento. A chance de esquecer alguém é enorme. Opto, então, por citar o menor número de pessoas possível, para não ser deselegante com ninguém. Todos foram fundamentais nesse processo, aqueles que aqui estão citados estão representando um grande conjunto.

Agradeço ao Departamento de Pesquisa da Casa de Oswaldo Cruz por ter acreditado em meu trabalho e me ter incentivado a participar do primeiro concurso de doutorado da instituição; e ao Programa de Pós-Graduação em História da Ciência da Saúde por ter confiado no meu projeto e me ter fornecido condições de desenvolvê-lo ao longo desses quatro anos. Sobretudo deixo aqui registrado meu carinho especial a Luiz Otávio Ferreira e a Maria Rachel Fróes da Fonseca, amigos e mestres, sempre prontos para acalmarem minhas angústias e ansiedade. Também a Simone Kropf e Wanda Hamilton por terem compartilhado comigo seus trabalhos sobre Evandro Chagas e Walter Oswaldo Cruz, respectivamente. Nesse sentido não posso esquecer de Maria Lúcia Mott e de Néelson Sanjad que prestimosamente me cederam materiais de suas respectivas instituições – o Núcleo de Investigação em Memória da Saúde/Instituto de Saúde (São Paulo/SP); e o Museu Paraense Emílio Goeldi.

Também tem que ser lembrado, Renato da Gama-Rosa Costa, quando em nossas primeiras conversas sobre os hospitais me permitiu descobrir um mundo novo de reflexões, com as quais me identifiquei e que acabaram por transformar essa tese.

Agradeço também ao professor Antônio Edmilson Martins Rodrigues, da PUC/RJ, meu orientador de mestrado e amigo, com quem sempre contei nesse longo percurso. Aconselhando-me e também puxando minhas orelhas, quando fosse pertinente.

As famílias Paula Machado e Porto d'Ave merecem um registro especial, sobretudo a José de Paula Machado e Rodolpho Porto d'Ave, por me terem franqueado seus acervos e um pouco da história de seu tio-avô e avô, respectivamente, e pelas inúmeras demonstrações de amizade apresentadas ao longo desses anos.

Nesse percurso árido e solitário, os colegas de auguras se tornam importantes na troca de angústias e sucessos. Desse grupo, não posso deixar de falar daquelas que se tornaram muito mais do que colegas de doutorado – Renilda, Martha e Chris.

Os amigos também não podem ser esquecidos aqui: agradeço a todos vocês por terem me apoiado nessa trajetória, torcido por mim, por terem procurado entender os meus silêncios, as minhas ausências e, sobretudo, por terem me mantido em sintonia com o mundo real. Muito obrigado a Rosa, Patricya, Ana Paula e Karin, através de vocês abraço a todos os meus amigos daqui e de lá.

A família sofre o impacto direto da dedicação exclusiva a uma tese. É um período de confinamento, de tensão, de ausências. Sem a família nos apoiando e nos sustentando, emocionalmente, seria impossível chegarmos ao fim do projeto. Sem minha mãe ao meu lado, não estaria aqui. Não posso me esquecer de minha madrinha e do primo Vivaldo, que sempre torceram e me acompanharam de perto.

Enfim, agradeço a CAPES por ter financiado a primeira parte dessa tese e ao CNPq, por ter permitido sua conclusão, bem como por ter financiado minha estada junto a *Ecole des Hautes Etudes em Sciences Sociales* (EHESS), que se tornou um divisor de águas no desenvolvimento dessa tese.

A Jean-Pierre Goubert por ter me acolhido em seu laboratório na EHESS e me franqueado acesso às bibliotecas e arquivos franceses, período fundamental no amadurecimento das questões propostas.

Também a banca examinadora – formada pelos professores, Ângela de Castro Gomes (CPDOC/RGV e UFF), Luiz Antônio de Castro Santos (IMS/UERJ), Gilberto Hochman (COC/FIOCRZ) e Luiz Otávio Ferreira (COC/FIOCRZ) – por ter aceito esse convite e por terem sido, individualmente, em diversos momentos dessa jornada, meus interlocutores argutos e pertinentes, tendo contribuído para o crescimento do projeto.

Agradeço a Jaime Benchimol, por ter aceito orientar meu trabalho e por me ter permitido liberdade de pesquisa e reflexão.

Por fim, agradeço a Regina Celie Marques pela amizade demonstrada e pelo cuidado na leitura do texto.

A todos vocês meu muito obrigado!

RESUMO:

O objetivo da tese *“Entre os salões e o laboratório: filantropia, mecenato e práticas científicas – Rio de Janeiro, 1920-1940”* é o estudo do processo de patrocínio privado à ciência no Brasil, na primeira metade do século vinte. Mais especificamente estarei estudando a relação do industrial Guilherme Guinle com o médico e cientista Carlos Chagas e as ações que dela resultaram: de um lado, a construção dos hospitais para sífilíticos e para cancerosos, na década de 1920, no Rio de Janeiro, onde suas ações estão diretamente relacionadas à política de Saúde Pública levada a cabo pela gestão de Carlos Chagas frente ao Departamento Nacional de Saúde Pública. E, de outro lado, o apoio aos projetos desenvolvidos por Evandro Chagas, Carlos Chagas Filho e Walter Oswaldo Cruz, ainda com forte vinculação aos ideais do “nacionalismo sanitário” defendido por Carlos Chagas. Em resumo, essa tese pretende explorar os caminhos que permitiram que o mecenato e a filantropia de Guilherme Guinle à ciência e à saúde acontecessem no Rio de Janeiro dos anos de 1920 e 1940.

ABSTRACT:

The objective of this thesis “*Between the ballrooms and the laboratory: philanthropy, patronage and scientific practices – Rio de Janeiro, 1920-1940*” is the study of private sponsorship to science in Brazil in the first half of the twentieth century. More specifically, I will be studying the relationship between the industrialist Guilherme Guinle and the physician and scientist Carlos Chagas as well as the outcome of it: on one hand, there was the construction of hospitals for syphilitic and cancerous people in Rio de Janeiro in the 1920s. These actions are directly related to the Public Health policies passed during Carlos Chagas’ office as chief of the National Public Health Department. And, on the other hand, there was the support given to projects carried out by Evandro Chagas, Carlos Chagas Filho and Walter Oswaldo Cruz, still strongly linked to the ideals of “sanitary nationalism” defended by Carlos Chagas. In a nutshell, this study intends to explore the circumstances which made Guilherme Guinle’s patronage and philanthropy to science and health possible in Rio de Janeiro in the 1920s and 1940s.

RESUMÉ:

La thèse “*Entre os salões e o laboratório: filantropia, mecenato e práticas científicas – Rio de Janeiro, 1920-1940*” vise à analyser le processus de patronage de la science au Brésil, pendant la première moitié du XX^e siècle. Il porte notamment sur les relations nouées entre un industriel, Guilherme Guinle, et un médecin-savant, Carlos Chagas, ainsi que sur les actions qui en ont résultés. Soit, d'une part, la construction de deux hôpitaux à Rio de Janeiro, au cours de la deuxième décennie du XX^e siècle: l'un pour les syphilitiques et l'autre pour les cancéreux; et cela selon un modèle philanthropique qui tient d' une politique de santé publique mise en oeuvre par l'administration de Carlos Chagas quand il était à la tête du *Departamento Nacional de Saúde Pública*. D'autre part, le soutien apporté par Guilherme Guinle aux projets développés par Evandro Chagas et Walter Oswaldo Cruz, encore très liés aux idées hygiénistes de Carlos Chagas ; et par Carlos Chagas Filho. Bref, cette thèse a comme but de suivre les chemins qui ont permis que le mécénat et la philanthropie de Guilherme Guinle aient eu lieu à Rio de Janeiro, aux années de 1920 jusqu'à 1940.

SUMÁRIO:

Agradecimentos

Sumário

Lista de Ilustrações

Lista de Abreviaturas

Resumo

Introdução 1

Parte I – Entre conceitos e Experiências

Apresentação 11

Capítulo 1: Assistência hospitalar: da salvação ao controle social 12

1.1 Dois caminhos diferentes, um só objetivo 13

1.1.2 A experiência da filantropia no mundo anglo-saxão 17

1.2 A experiência no mundo católico 20

1.3 A experiência luso-brasileira 31

1.3.1 A Irmandade da Misericórdia 32

1.3.2 O Hospital da Misericórdia do Rio de Janeiro – entre a caridade e a terapêutica 35

1.4 Ecos do pasteurianismo no Brasil 42

1.5 Considerações Finais 46

Capítulo 2: Guilherme Guinle 48

2.1 Gaffrée, Guinle & Cia. 49

2.2 O tempo de Guilherme Guinle 57

2.3 A personagem 64

2.4 Nacionalista e mecenas 71

2.5 A filantropia de Guilherme Guinle: conceitos e considerações 87

2.6 Guilherme Guinle por seus contemporâneos 99

Parte II – Filantropia, assistência médica e saúde pública: a criação dos hospitais da sífilis e do câncer no Rio de Janeiro – 1920.

Apresentação	103
Capítulo 3: Caminhos de/da Saúde Pública e a Assistência Hospitalar no Rio de Janeiro	105
3.1 Os sertões alcançam a cidade	106
3.2 A Assistência Hospitalar no Rio de Janeiro	120
3.3 Considerações Finais	137
Capítulo 4: A Fundação Gaffrée e Guinle: trajetória e projetos	138
4.1 A sífilis e a sifilografia no Rio de Janeiro	139
4.2 A Fundação Gaffrée e Guinle	150
4.3 Considerações Finais	166
Capítulo 5: A Fundação Oswaldo Cruz e a cancerologia: desencontros e percalços	168
5.1 Cancerologia e a construção de um campo médico no Rio de Janeiro	169
5.2 A Fundação Oswaldo Cruz: a dimensão de um sonho	180
5.3 Considerações Finais	190
 Parte III – Mecenas e saber científico: uma outra experiência.	
Apresentação	192
Capítulo 6: Entre os salões e o laboratório: mecenas e práticas científicas no Instituto Oswaldo Cruz, 1934-1942	193
6.1 O final dos anos Chagas	194
6.2 Questão do tempo	207
6.3 O mecenas científico de Guilherme Guinle	215
6.3.1 O SEGE	224
6.3.2 O Laboratório de Hematologia	231
6.3.3 O Instituto de Biofísica	235
6.4 Considerações Finais	240
 Conclusão	 242
Bibliografia e Fontes	245

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- IMAGEM 3.1** Primeira planta do Hospital das Clínicas; arquiteto Porto d’Ave (apud Marinho, 1931, acervo Rodolpho Porto d’Ave)
- IMAGEM 3.2** Delineamento do hospital em pavilhões separados; arquiteto Porto d’Ave (apud Marinho, 1931, acervo Rodolpho Porto d’Ave)
- IMAGEM 4.1** Terceira e definitiva planta do Hospital das Clínicas; arquiteto Porto d’Ave (apud Marinho, 1931, acervo Rodolpho Porto d’Ave)
- IMAGEM 4.2** Vista aérea do Hospital Gaffrée e Guinle, à rua Mariz e Barros, na Tijuca (RJ). Acervo família Guinle de Paula Machado
- IMAGEM 4.3** Fundação Gaffrée e Guinle, Ambulatório 3, à rua Maria Flora, n. 17, Engenho de Dentro (RJ). Acervo família Guinle de Paula Machado
- IMAGEM 4.4** Fundação Gaffrée e Guinle, Ambulatório 5, à rua Barão de Mesquita, n. 955, Andaraí (RJ). Acervo família Guinle de Paula Machado
- IMAGEM 4.5** Hospital da Fundação Gaffrée e Guinle, fachada principal. Acervo família Guinle de Paula Machado
- IMAGEM 4.6** Hospital Gaffrée e Guinle, fachada da rua projetada com a capela, o Instituto de Pesquisa e a casa do administrador. Acervo família Guinle de Paula Machado
- IMAGEM 4.7** Hospital Gaffrée e Guinle, vista da torre d’água. Acervo família Guinle de Paula Machado
- IMAGEM 4.8** Hospital Gaffrée e Guinle, fachada posterior do Biotério. Acervo família Guinle de Paula Machado
- IMAGEM 4.9** Vitral na escada de acesso ao primeiro pavimento do Biotério. Da direita para a esquerda, Louis Pasteur, Oswaldo Cruz e Robert Koch. Foto Roberto Jesus Oscar e Vinícius Pequeno de Souza. Acervo DAD/COC
- IMAGEM 4.10** Hospital Gaffrée e Guinle, Enfermaria 3. Foto Roberto Jesus Oscar e Vinícius Pequeno de Souza. Acervo DAD/COC
- IMAGEM 4.11** Hospital Gaffrée e Guinle, plantas do andar térreo do hospital para doenças venéreas. Acervo família Guinle de Paula Machado
- IMAGEM 4.12** Fundação Gaffrée e Guinle, “Ambulatório Anti-venéreos – modelo nacional, tipo grande”. Acervo família Guinle de Paula Machado
- IMAGEM 5.1** Perspectiva e fachada principal do Hospital do Câncer da Fundação Oswaldo Cruz. *O Jornal*, 20 jan. 1927. Acervo Fundação Biblioteca Nacional
- IMAGEM 5.2** Fachada principal do Instituto do Câncer da Fundação Oswaldo Cruz. *O Jornal*, 20 jan. 1927. Acervo Fundação Biblioteca Nacional

ABREVIATURAS:

- ✕ AANM – Arquivo da Academia Nacional de Medicina
- ✕ ABDS – Annaes Brasileiros de Dermatologia e Syphilographia
- ✕ ABM – Archivos Brasileiros de Medicina
- ✕ ACCF/DAD/COC – Acervo Carlos Chagas Filho
- ✕ AFGG – Archivos da Fundação Gaffrée e Guinle
- ✕ AFPM – Acervo família Paula Machado
- ✕ AGC/CPDOC/FGV – Arquivo Gustavo Capanema
- ✕ AGP/FMPEG/GCEO/CCEO – Arquivo Guilherme de la Penha/ Fundo Museu Paraense Emílio Goeldi/Carlos Estêvão de Oliveira (1930-1945)/Correspondência de Carlos Estêvão de Oliveira
- ✕ AGP/FMPEG/GCEO/CGG – Arquivo Guilherme de la Penha/ Fundo Museu Paraense Emílio Goeldi/Carlos Estêvão de Oliveira (1930-1945)/Correspondência de Guilherme Guinle
- ✕ AH – Archivos de Higiene
- ✕ AIC – Archives de l’Institut Curie
- ✕ AIP – Archives de l’Institut Pasteur
- ✕ BANM – Boletim da Academia Nacional de Medicina
- ✕ BM – Brazil Médico
- ✕ BVCC – Biblioteca Virtual Carlos Chagas
- ✕ CBPF - Centro Brasileiro de Pesquisas Físicas
- ✕ CIL – Centro Internacional de Leprologia
- ✕ CPDOC/FGV – Centro de Documentação e Pesquisa da Fundação Getúlio Vargas
- ✕ DAD/COC – Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz
- ✕ DGSP – Diretoria Geral de Saúde Pública
- ✕ DHBCSB - Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil/COC
- ✕ DMCPM – Depoimento de Maria Cecília de Paula Machado
- ✕ DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

- ✘ EHL/DAD/COC – Entrevista de Herman Lent
- ✘ ELD/DAD/COC – Entrevista de Leônidas Deane
- ✘ ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
- ✘ ESH/DAD/COC – Entrevista Sylvia Hasselman
- ✘ FCM/FOC – Fundo Coleção do Monumento a Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz
- ✘ FFC/EC/DAD/COC – Fundo Família Chagas, série Evandro Chagas
- ✘ FGG – Fundação Gaffrée e Guinle
- ✘ FIOC/SAG/DAD/COC – Fundo Instituto Oswaldo Cruz, Série Administração Geral.
- ✘ FOC – Fundação Oswaldo Cruz (1922-1936)
- ✘ FR – fundação Rockefeller
- ✘ FWOC/DAD/COC – Fundo Walter Oswaldo Cruz
- ✘ GHGHARCRJ - Galeria Histórica dos Grandes Homens da Associação dos Empregados no Comércio e do Rio de Janeiro
- ✘ IOC – Instituto Oswaldo Cruz
- ✘ JC – Jornal do Comércio
- ✘ MES – Ministério da Educação e Saúde
- ✘ MESP – Ministério da Educação e Saúde Pública
- ✘ MJNI – Ministério da Justiça e Negócios Interiores
- ✘ MHN – Museu Histórico Nacional
- ✘ RBB – Revista Brasileira de Biologia
- ✘ RP – Revue Philanthropique
- ✘ RSH – Revista Sanatórios e Hospitais
- ✘ SEGE – Serviço Estudos de Grandes Endemias

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O projeto “*Entre os salões e o laboratório: filantropia, mecenato e práticas científicas no Rio de Janeiro, 1920-1940*” surgiu a partir da pesquisa desenvolvida no âmbito do projeto “*Entre o básico e o aplicado: práticas e tradições de pesquisa no Instituto Oswaldo Cruz (1930-1970)*”, do qual participei como pesquisadora, sob coordenação de Luiz Otávio Ferreira e Nara Azevedo. Foi, sobretudo, ao trabalhar o Fundo Instituto Oswaldo Cruz, série Administração Geral, do Arquivo da Casa de Oswaldo Cruz e ao ler os depoimentos de alguns cientistas que pertenceram aos quadros do Instituto que percebi uma série de referências a doações feitas por Guilherme Guinle a determinados laboratórios. Estas doações podiam ser pontuais (datadas, inseridas em um contexto determinado) ou mesmo constantes ao longo de um grande período.

Minhas primeiras questões estavam, então, direcionadas para entender a lógica da relação entre patrocinador e patrocinados e suas conseqüências na dinâmica interna do Instituto. Desta feita, este projeto nasceu intimamente ligado às políticas postas em prática pelo Instituto Oswaldo Cruz (IOC) e pelo governo federal no período de vigência da pesquisa a que estava ligada (1930-1970), bem como ao período delimitado por mim para meu próprio trabalho – 1930 a 1950. Neste momento, considerava como demarcadores, de um lado, as alterações sofridas no Instituto por ocasião da morte de Carlos Chagas e o advento de novas lideranças e, na ponta oposta, o surgimento do CNPq – que foi considerado como marco inicial do apoio governamental à pesquisa no Brasil, de forma institucionalizada.

No projeto inicial alguns conceitos se tornam importantes para o entendimento do problema como o de *visibilidade*, ou a necessidade de divulgar os trabalhos realizados, ao mesmo tempo em que reforçar o papel social da Instituição; a questão da *modernidade*, na qual estão inseridas estas relações; o papel do *articulador*, aquele que vai fazer a costura entre os dois mundos – o do salão e o do laboratório; e, por fim, o do *familismo* que permeia as relações sociais da época e que no interior do IOC é percebido pela forte endogenia e na dificuldade de renovação dos quadros e na adoção de novas linhas de pesquisa (Calaça, 2000/2001, p. 589).

O levantamento das fontes foi modificando, aos poucos, o projeto inicial. A criação do Hospital Gaffrée e Guinle (1924-1927) deslocou em uma década o período original da tese e o foco deixou de ser o IOC, para ganhar a cidade do Rio de Janeiro. A estada na *Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales* trouxe a última grande modificação: a inserção da discussão da filantropia e sua relação com a Assistência Médica; de forma que o projeto original – “Entre os salões e o laboratório: mecenato e práticas científicas no Instituto Oswaldo Cruz, 1934-1942” – se tornou um capítulo da tese, mesmo assim com alterações.

A nova periodicidade da tese tem como delimitadores, de um lado, a Reforma da Saúde Pública que Carlos Chagas leva a cabo na direção do Departamento de Saúde Pública, a partir dos anos de 1920, e da qual Guilherme Guinle terá participação ativa no apoio ao trabalho da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas com a construção dos Hospitais Gaffrée e Guinle e do Câncer; e, de outro lado, o ano de 1942 marca o início do apoio a Walter Oswaldo Cruz (Laboratório de Hematologia) e a Carlos Chagas Filho (Instituto de Biofísica), apoio este que será mantido por quase duas décadas, como no caso de Walter Oswaldo Cruz que chega a receber sua verba até pouco depois da morte de Guilherme Guinle, em 1960. O ano de 1942 representa o último grande investimento de Guilherme Guinle direcionado a Manguinhos, a partir dessa data há inserções pontuais e permanências.

A leitura das fontes vai apresentando diversos caminhos, que se tornam opções metodológicas – algumas conscientes, outras nem tanto. Entre os caminhos pensados, pode-se citar a idéia de fazer um estudo biográfico sobre Guilherme Guinle, onde as questões iriam aparecendo relacionadas à trajetória de vida do mecenas. Esta linha encontra apoio na importância do estudo biográfico passou a ter para a historiografia mundial, baseado na valorização do indivíduo como sujeito histórico inserido em um tempo determinado, ou como diz Jacques Le Goff (1996) em seu livro sobre São Luiz, é

falar de um homem e de falar de seu tempo somente na medida em que isso torne necessário para caracterizar o homem¹.

Outros estudos também teriam ajudado a pensar a biografia de Guilherme Guinle, como o de Pierre Bourdieu (2002), em texto que se tornou referência obrigatória a todos que tratam sobre o assunto – “A ilusão biográfica” –, onde chama atenção para a confusão que muitas vezes é feita entre a biografia, pensada não só como a história de ou da vida, mas que também leva em consideração “os estados sucessivos do campo no qual ela se desenrolou” (Bourdieu, 2002, p. 190) e a biografia oficial, ou como o autor diz, o *curriculum vitae* do biografado. Este questionamento de Bourdieu poderia ter sido um bom caminho para refletir acerca da única biografia existente sobre Guilherme Guinle que apresenta, em certa medida, o formato de um *curriculum vitae*, e a partir desta reflexão, repensar o homem.

Ou o trabalho de Sabina Loriga (1998) em seu artigo “A biografia como problema”, onde a autora faz uma análise baseada em tipos criados a partir da análise de relatos biográficos feitos por historicistas como Meinecke, Ranke e Burckhardt, por historiadores com Michelet e Ginzburg, entre outros, mostrando os limites de cada um dos relatos. A autora chama atenção que os personagens trabalhados no século XX aparecem menos fortes e menos ilustres que os dos séculos anteriores, sobretudo os Oitocentistas, e afirma que quanto menos o indivíduo for um caso típico, tal qual a micro-história o transformou, melhor, pois quanto mais as “vidas [...] se afastam da média levam talvez a refletir melhor sobre o equilíbrio entre a especificidade do destino pessoal e o conjunto do sistema social” (Loriga, 1998, p. 248). Nesta perspectiva a trajetória de Guilherme Guinle poderia ser paradigmática para se compreender as relações entre saúde pública, política e filantropia.

Saindo da interpretação pela via da biografia, poderia também ter seguido o caminho que levaria a uma discussão mais política acerca do papel do empresário e sua relação com o Estado-Providência ou o Estado de bem estar social. Este tipo de interpretação encontraria eco entre algumas das personalidades que responderam ao inquérito proposto por Assis Chateaubriand em 1927, em *O Jornal*, sobre as obras filantrópicas de Guilherme Guinle – os Hospitais Gaffrée e Guinle e do Câncer.

¹ Diz Le Goff: “L’individu n’existe que dans son réseau de relations sociales diversifiées et cette diversité lui permet aussi de développer son jeu. La connaissance de la société est nécessaire pour voir s’y constituer et y vivre un personnage individuel” (Le Goff, 1996, p. 21-22). Para o autor, a biografia é uma das formas de fazer história, pois nela está presente uma das questões primordiais da História – o tempo.

Nesse inquérito, o gesto de Guilherme Guinle é traduzido de diversas formas pelos cerca de 80 convidados do jornalista: amor ao próximo, patriotismo, sentimentos humanitários, filantropia, caridade, altruísmo, generosidade, virtude, idealismo, entre outros (*O Jornal*, 20 jan. 1927). Outra característica bem marcada por essas pessoas é o caráter único de suas ações – a exceção – e a exemplaridade; o desejo de que este gesto gerasse frutos. Costa Pinto sintetiza bem o que se espera de uma grande fortuna ao afirmar que “A fortuna, especialmente a grande fortuna, tem uma função econômica e social a exercer” (*O Jornal, op. cit.*, p.6). O então secretário-geral do Centro Industrial Brasileiro (CIB) se baseia nos escritos do economista francês Paul Leroy-Beaulieu que descreve três funções sociais para a fortuna: a primeira consistiria “em auxiliar as pesquisas do progresso e a contribuir para as experiências e tentativas que este exige”; a segunda é a “contribuição capitalista para obras de ‘filantropia remunerada²’” e a terceira e última função social da fortuna “é a aplicação de uma parte das disponibilidades das grandes fortunas em obras não remunerada de utilidade pública” (id.).

O mesmo tipo de pensamento é percebido em Monteiro Lobato. Ele acredita que

“a iniciativa privada é o segredo da América Latina. Será também o segredo do Brasil no momento em que nos capacitarmos de que ‘quem quer vae’. [...] Guilherme Guinle, dando ao paiz sob a forma de serviços sua fortuna, dá muito. Mas quanto mais não dá sob a forma de lição?” (id., p. 5).

O escritor resume bem a percepção destas ações que devem ser entendidas como uma lição a todos os outros brasileiros em condições de contribuir. Chama, também, a atenção para o papel da iniciativa privada na América Latina como um todo, “mostra num país onde tudo se espera do Estado, que não é no Estado que estão as soluções eficientes e últimas. O Estado tem o que o povo lhe dá. Só o povo tem tudo” (id.). Esse “povo” de Monteiro Lobato é, ao mesmo tempo, toda a população e uma determinada parcela dela, aquela que tem condições de gerir e levar a cabo projetos que visem a totalidade da população.

Outro que se preocupa com o papel da grande fortuna é Affonso Arinos, sobrinho, para quem “Os milionários como toda a gente se dividem em duas classes: os homens de imaginação e os homens sem imaginação” (id., p. 6) e uma equação formada por milionários de imaginação, mais uma dose de simpatia humana e mais energia

² O entendimento de “filantropia remunerada” passa por investimentos em pequenos negócios com chances de se desenvolverem e se tornarem lucrativos a longo prazo (*O Jornal*, 20 jan. 1927, p. 6).

realizadora, tem como resultado algo raro, principalmente entre nós, onde a grande exceção é Guilherme Guinle. Ou como diz Calógeras, então ministro da Guerra, “A partir de certo nível, a fortuna deixa de ser elemento de vantagem pessoal, para se tornar uma força usada para o bem ou para o mal conforme a valia ethica de seu detentor” (id.).

Poderia questionar, a partir desses depoimentos, o papel do Estado-Providência nesse momento e da filantropia, entendida como um paliativo da condição de miséria e pobreza da população brasileira. Poderia também refletir sobre o papel do empresário nos anos de 1920; na economia do país e no jogo de interesses que, por ventura, pudessem ser antevistos nas ações de Guilherme Guinle; e na formação do capital financeiro na época, com suas múltiplas questões – aí incluída a questão da classe operária.

Outro caminho possível de ser seguido teria sido uma comparação entre as ações de Guilherme Guinle às da Fundação Rockefeller, instituição filantrópica criada no início do século XX nos Estados Unidos, levando em consideração o alcance de suas ações: uma restrita no tempo e no espaço, logo paroquial e a outra agindo em larga escala, ou em escala mundial, e com diversidade de ações – propondo planos, pesquisas, mudando o conceito de ensino, entre outros; o tipo de ação desenvolvida, entre outros pontos. Apesar de ambas serem instituições filantrópicas, tanto a proposta original quanto os fins, distanciam vertiginosamente a Fundação Rockefeller das suas duas congêneres brasileiras – a Fundação Gaffrée e Guinle, e a Fundação Oswaldo Cruz – tornando inviável uma comparação entre ambas, até porque as ações de Guilherme Guinle na saúde pública não se restringem a criação das Fundações e não são geridas a partir delas. São ações que guardam relativa autonomia entre si, apesar de terem o mesmo fio condutor – a saúde pública. A tese aqui defendida, como se verá, é Guilherme Guinle se propôs, antes de tudo, a financiar um determinado projeto de Saúde Pública, aquele gerido e defendido por Carlos Chagas a partir dos anos de 1920 e em nenhum momento expressou a vontade de ampliar suas ações filantrópicas destinadas à saúde para além do Rio de Janeiro. Suas ações passariam a ter abrangência nacional a partir dos convênios que seriam firmados entre o Departamento Nacional de Saúde Pública e os estados. Apesar de que no inquérito proposto por Assis Chateaubriand Guilherme Guinle tenha sido comparado a John D. Rockefeller, vale ressaltar que comparar os filantropos não significa, em absoluto, comparar as instituições.

Estes ou quaisquer outros caminhos são possíveis de terem sido seguidos e trariam resultados diferentes entre si e, em alguns casos, radicalmente diferentes daqueles propostos nessa tese. O caminho que foi trilhado nessa tese passa por compreender o significado da Assistência Médica no Brasil e sua relação com a filantropia; por construir a personagem principal em suas múltiplas facetas, às vezes se aproximando de uma das tipologias propostas por Giovanni Levi – a biografia contextual – onde

“qualquer que seja a sua originalidade aparente, uma vida não pode ser compreendida unicamente através de seus desvios ou singularidades, mas ao contrário mostrando-se que cada desvio aparente e, relação às normas ocorre em um contexto histórico que o justifica” (Levi, 2002, p. 176).

Compreender tanto a singularidade da Assistência Médica no Brasil, quanto a personagem, somando-se às características próprias da época de Guilherme Guinle – a *Belle Epoque* – será o eixo principal para se entender as ações das quais ele tomará parte. O tempo de Guilherme Guinle está sendo utilizado como um dos mecanismos de compreensão da personagem, tal qual proposto por Le Goff. Mas, sobretudo, essa tese se propõe a pensar a cultura de elite carioca na virada do século – aí incluída a elite médica – e a filantropia, ou o socorro aos desvalidos, que sempre foi assunto dos “ricos”.

O objetivo dessa tese é, então, o estudo do processo de patrocínio privado à ciência no Brasil, na primeira metade do século vinte. Mais especificamente estarei estudando a relação do industrial Guilherme Guinle com o médico e cientista Carlos Chagas e as ações que dela resultaram: de um lado, a construção dos hospitais para sífilíticos e para cancerosos, na década de 1920, no Rio de Janeiro, onde suas ações estão diretamente relacionadas à política de Saúde Pública levada a cabo pela gestão de Carlos Chagas frente ao Departamento Nacional de Saúde Pública. De outro lado, o apoio aos projetos desenvolvidos por Evandro Chagas, Carlos Chagas Filho e Walter Oswaldo Cruz. Em resumo, essa tese pretende explorar os caminhos que permitiram que o mecenato e a filantropia de Guilherme Guinle à ciência e à saúde acontecessem no Rio de Janeiro dos anos de 1920 e 1940.

A partir da abordagem que está sendo proposta, as questões iniciais foram perdendo espaço no eixo central da tese, pois ao privilegiar a relação que se constituiu entre o médico Carlos Chagas e o industrial Guilherme Guinle as questões que passaram a nortear a tese foram, de um lado, a relação entre filantropia e assistência médica; e de

outro, a virada do século carioca e as transformações pelas quais a cidade do Rio de Janeiro está passando nesta época; a Reforma da Saúde Pública de 1920; e, por fim, as mudanças que a década de 1930 traz na relação do Instituto de Manguinhos com a saúde pública. Nesse caminho percorrido discussões como a do “familismo” existente em Manguinhos, tal qual proposta por Carlos Eduardo Calaça (2000/2001)³, perdem espaço pois, no apoio de Guilherme Guinle a Evandro Chagas, a Walter Oswaldo Cruz e a Carlos Chagas Filho o que está em jogo é relação existente entre patrocinados e mecenas; o fato de serem todos filhos de Carlos Chagas e Oswaldo Cruz; e a relação de seus trabalhos com um determinado projeto de Saúde Pública, a que Guilherme Guinle vinha apoiando e financiando desde o início da década de 1920.

Outro caminho cujo argumento enfraqueceu foi a comparação entre as ações de Guilherme Guinle e as da Fundação Rockefeller, na medida em que quanto mais me dedicava a estudar a filantropia e o mecenato científico de Guilherme mais tinha certeza de que seus ideais nacionalistas; o nacionalismo sanitário da 1ª. República; a atuação de Carlos Chagas no combate à malária na obra que Candido Gaffrée e Eduardo P. Guinle realizavam da usina hidroelétrica de Itatinga, Serra de Santos, em 1905; e a amizade e confiança mútuas que daí resultou foram fundamentais nos apoios que Guilherme Guinle destinou à saúde pública e à ciência de Manguinhos. Desta forma, o início da atuação da Fundação Rockefeller no Brasil não foi fundamental para definir as ações de Guinle. Na perspectiva dessa tese, essas ações o inserem em uma prática típica da elite, onde o tipo de relação desenvolvido por Guilherme Guinle o insere dentro de uma cultura de elite, fortemente arraigada, onde a idéia de doar está sempre presente, de diversas formas.

A relação do don marca a vida da humanidade desde as ditas sociedades primitivas e foi objeto de estudo de antropólogos já há várias décadas, tendo sido Marcel Mauss seu precursor, ainda nos anos de 1920, seguido por grandes nomes da

³ Partindo da análise de Simon Schwartzman sobre a comunidade científica brasileira, Carlos Eduardo Calaça considerada que “As linhagens familiares, principalmente na biologia, teriam sido freqüentes na montagem e na reprodução dos grupos, possibilitando a reprodução dos grupos, possibilitando aos pretendentes a incorporação às poucas instituições disponíveis. Por outro lado, as influências exercidas pelos ascendentes, engajados nas comunidades internacionais, facilitariam a receptividade para os recém-chegados” (Calaça, 2000/2001, p. 590). Pelo modelo proposto pelo autor, privilegia a mudança do eixo de influência da Europa para os Estados Unidos e que no caso do IOC, a adoção do modelo de pesquisa europeu levou a valorização do gênio individual do pesquisador e a perda da competitividade; e que este ‘familismo’ seria reproduzido no interior do laboratório. Como se verá ao longo do capítulo 6, Ferreira et alli, [s.d.] propõe uma nova leitura para a “substituição das lideranças honrosas” do IOC – Oswaldo Cruz e Carlos Chagas – onde os problemas vividos pela instituição têm ligação direta com o momento histórico no qual está inserido, e não relacionado à mudança do eixo de influência. Tendo a me aproximar desta interpretação proposta por eles.

antropologia como Marshall Sahlins, Bronislaw Malinowski ou mesmo Claude Lévi-Strauss. Historiadores como Georges Duby e Moses Finley também se dedicaram ao estudo do tema nas sociedades medieval e na Grécia Antiga. Apesar de todas as mudanças percebidas nos sistemas de don, ligadas diretamente à trajetória das sociedades, Natalie Zenon-Davis (2003) afirma que não há uma linha evolutiva que leve de uma economia total do don a transformá-lo em um simples presente ocasional, pois, na percepção da autora, o don é antes de tudo um repertório comportamental que tem regras, linguagem, protocolo e gestos próprios. O don pode, ao longo dos tempos, se retrair ou se expandir sem que jamais perca seu sentido próprio.

O estudo do don não pode estar alheio à prática religiosa e, mesmo depois da Reforma e com todas as mudanças advindas desta ruptura, onde passou a estar polarizado entre a reciprocidade católica – ou a obrigação – e a gratuidade da ação da ética protestante, não perde seu sentido único. A partir da análise da obra de Rabelais, Natalie Zenon-Davis afirma:

“L’enseignement comique de Rabelais est doublé: nous louvoyons entre le pôle de l’obligation et le pôle de la gratuité. C’est aussi un enseignement qui évoque le don de la parole qui est toujours en jeu: des débats entre amis, une argumentation susceptible d’enrichir celui à qui elle s’adresse, et qui appauvrit en rien celui qui la dispense” (Zenon-Davis, 2003, p.190).

E esta vai ser uma das características de Guilherme Guinle mais ressaltadas por seus contemporâneos: a ideia de doar sem esperar retribuição – doar para museus, construir hospitais, financiar pesquisas. Dessa forma, inserido na lógica do don Guilherme Guinle se distancia das ações da Fundação Rockefeller, cujas ações transcendem o território norte-americano.

A tese foi dividida em três partes distintas. Na primeira – o *Entre conceitos e Experiências* –, são introduzidos tanto o tema quanto a personagem principal. A construção de hospitais é a tradução mais da mais pura filantropia para a questão da saúde e que dominou o mundo ocidental até o final do século XIX, quando as descobertas de Pasteur mostram que a bacteriologia abria espaço para o controle da pobreza – que era a grande preocupação daqueles homens. Esta será a tônica do capítulo 1 da tese, *Assistência hospitalar: da salvação ao controle social*, onde partindo da concepção da existência de dois sistemas distintos de socorro à pobreza – um posto em prática nos países anglo-saxões, onde o papel da filantropia privada é privilegiado, bem

como o dos benfeitores, do prestígio, das influências sociais e da competição entre os diversos grupos envolvidos; e de outro, o desenvolvido no mundo católico, onde coube à Igreja e ao Estado a responsabilidade pela transformação do estatuto do pobre – e entendendo a singularidade brasileira como herdeira desse sistema católico de ajuda mútua, serão estudada as transformações ocorridas no Brasil da virada do século e, notadamente, na cidade do Rio de Janeiro que permitiram o surgimento do mecenato de Guilherme Guinle à ciência e à saúde brasileiras.

No segundo capítulo, *Guilherme Guinle*, é apresentada a trajetória da família Guinle, chamando atenção para o fato de que ao lado das transformações políticas e sociais vividas pela capital federal, há as mudanças médico-científicas que têm como um dos balizadores a criação do Instituto Soroterápico Federal (1900) que alterou sobremaneira a percepção da sociedade brasileira com relação à moderna bacteriologia. São essas transformações as responsáveis pela relação que se instituiu entre Carlos Chagas e a família Guinle, e de Guilherme em particular.

Se no primeiro capítulo o conceito de filantropia e sua relação com a assistência médica são a tônica, no segundo capítulo o conceito de mecenato terá um peso maior, chamando atenção para sua íntima relação com a cidade, com a vida urbana. Justamente por sua ligação com a cidade, a *Belle Epoque* carioca será também valorizada seja através de seus palacetes ou dos hábitos refinados de seus homens – a maneira de se vestir, os locais de sociabilidade da época, a mania de colecionar que marcou o período, entre outras características de Guilherme que fazem parte de um *savoir vivre* e que o inscrevem em um determinado grupo.

A segunda parte – *Filantropia, assistência médica e saúde pública: a criação dos hospitais da sífilis e do câncer no Rio de Janeiro, 1920* – irá discorrer sobre o início da relação entre Guilherme Guinle e a saúde pública, que teve como resultado a criação dos Hospitais Gaffrée e Guinle; e do Câncer. Enfim, sobre as transformações trazidas pelos anos de 1920: a nova política para saúde pública (com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública e do Regulamento Sanitário) e no papel exercido por Carlos Chagas, que influenciou as ações das Fundações Oswaldo Cruz e Gaffrée e Guinle. Também será de capital importância entender o processo de desenvolvimento da profilaxia da sífilis e do câncer à época, bem como o valor social destas duas doenças.

O terceiro capítulo, *Caminhos de/da Saúde Pública e a Assistência Hospitalar no Rio de Janeiro*, em particular, traz a discussão sobre a questão da saúde nos anos de 1910 e a Reforma da Saúde Pública de 1919, enfocando os debates sobre o saneamento

dos sertões, que ocupou parte da agenda política da época e sua realização, em parte, na Reforma de 1919; e a situação da assistência hospitalar na cidade do Rio de Janeiro na época, buscando entender o impacto da construção desses dois hospitais.

Já os capítulos 4 e 5 – *A Fundação Gaffrée e Guinle: trajetória e projetos*; e *A Fundação Oswaldo Cruz e a cancerologia: desencontros e percalços* – irão discorrer sobre as Fundações Gaffrée e Guinle, e do Câncer, respectivamente; o momento da pesquisas da sífilis e do câncer; do grupo de médicos envolvidos nessas pesquisas; e os projetos propriamente ditos – os Hospitais Gaffrée e Guinle e do Câncer. Esses dois capítulos terão como eixo de discussão o inquérito proposto por Assis Chateaubriand em 1927, em *O Jornal*, sobre a criação dessas duas instituições.

A terceira – Mecenas e saber científico: uma outra experiência – parte terá um único capítulo, o sétimo, *Entre os salões e o laboratório: mecenato e práticas científicas no Instituto Oswaldo Cruz, 1934-1942*, onde estarei centrada em seu apoio às ciências biomédicas e, notadamente, ao Instituto Oswaldo Cruz na figura das famílias Chagas e Oswaldo Cruz, reafirmando seu apoio a um determinado projeto de saúde pública que fora defendido por Carlos Chagas na década anterior. Os anos de 1930 marcam um outro tipo de ação de Guilherme Guinle: uma ação mais individualizada, não mais respondendo a uma política governamental onde se sobressaem os apoios à criação do Centro Internacional de Leprologia no IOC, a Evandro Chagas (SEGE), a Walter Oswaldo Cruz (Laboratório de Hematologia), a Carlos Chagas Filho (Instituto de Biofísica, da Universidade do Brasil). Para melhor compreender a mudança no padrão de apoio de Guilherme Guinle será preciso entender as transformações pelas quais passa o país e o Instituto Oswaldo Cruz a partir dos anos de 1930 e que influenciarão, sobremaneira, os destinos da instituição.

Enfim, essa tese pretende mostrar que uma das características mais forte da filantropia e do mecenato científico de Guilherme Guinle é sua forte relação com o projeto de Saúde Pública defendido por Carlos Chagas. Na maior parte de suas ações percebe-se claramente um investimento na melhoria das condições da raça brasileira, de sua salvação através do combate à sífilis, ao câncer, à lepra, às Grandes Endemias e das doenças do sangue – todos projetos ligados direta ou indiretamente a Carlos Chagas, de fora apenas o projeto do Laboratório de Biofísica. As ações de Guilherme Guinle são, antes de tudo, frutos de seu tempo, do sentimento nacionalista que imperava e da certeza de estarem, todos, construindo a nação brasileira.

Parte I:

ENTRE CONCEITOS E EXPERIÊNCIAS

APRESENTAÇÃO

ENTRE CONCEITOS E EXPERIÊNCIAS

Esta parte é dividida em dois capítulos, em que discutem-se os conceitos de filantropia e mecenato e apresenta-se a trajetória de Guilherme Guinle bem como a de sua família. Sobre estes, aborda suas diversas ações nas suas mais variadas facetas, buscando conceituá-las com o propósito de formular questões mais específicas acerca de sua filantropia e de seu mecenato médico-científico.

O primeiro capítulo discorre sobre as bases da filantropia brasileira, centrando a análise nos socorros médicos. Leva, ainda, em consideração a especificidade da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, que por mais de um século foi o único lugar possível para a prática da assistência e do ensino médicos. Para se entender a especificidade de nosso modelo, recorre-se a uma tipologia das ações filantrópicas no mundo ocidental.

Já o segundo capítulo procura apresentar Guilherme Guinle e seu tempo levando sob a ótica das transformações pelas quais passam tanto a cidade quanto o país, transformações estas que marcarão sobremaneira tanto a época quanto a personagem.

CAPÍTULO 1

A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR: DA SALVAÇÃO AO CONTROLE SOCIAL

*"En verité il est puéril de chercher
qui a invinté la charité. Elle est vieille
comme le monde et l'assistance réciproque
est un véritable instinct de l'humanité...."*
(Napias e Martin, 1897, p. 4)

As ações de Guilherme Guinle, objeto de estudo deste trabalho, têm início nos anos 1920, quando o Estado passou a assumir a direção da questão médico-social. Coincide, também, com o período de reorganização interna do Instituto Oswaldo Cruz a partir de 1934 . De fato, tais ações não poderiam ter acontecido em outro tempo e lugar se não na cidade do Rio de Janeiro daquela década, com todas as transformações urbanas e sociais por ela vividas então. Uma nova elite estava a se constituir, e construía-se uma nova relação da cidade com suas necessidades e seu tempo.

A especificidade desse momento está diretamente relacionada ao processo de mudanças pelo qual passava o atendimento à população carente. Até o início do século XX a assistência médica no Rio de Janeiro estava ainda muito dependente das ações da Santa Casa da Misericórdia, e foi somente a partir dos anos 1920 que o Estado, através do Departamento Nacional de Saúde Pública, começou a organizar os hospitais e os socorros médicos aos pobres. Para melhor entender essas mudanças ocorridas na assistência médica e sua transferência da alçada religiosa para a esfera pública, convém caracterizar o modelo de socorro à pobreza desenvolvido no Brasil.

1.1 DOIS CAMINHOS DIFERENTES, UM SÓ OBJETIVO

No mundo cristão, as instituições religiosas — igrejas, conventos e mosteiros — foram as responsáveis pela organização da assistência que visava, notadamente, o atendimento aos velhos, aos peregrinos, às parturientes, às crianças abandonadas e aos doentes. Assim, nas sociedades ocidentais o hospital representava a tradicional caridade cristã aos pobres.

Na França, contrariamente ao que aconteceu em outros países, houve uma diferenciação entre os conceitos de *filantropia* e *caridade*. Para autores como Catherine Duprat (1993) a filantropia seria uma virtude social e seu desenvolvimento estaria ligado ao papel desempenhado pelos filósofos das Luzes no final do Antigo Regime, enquanto que a caridade seria entendida como uma virtude cristã — ou, como a define o *Dictionnaire de Trévoux*⁴, “*la charité bienfaisante et libérale a toujours les mains ouvertes pour soulager la misère d’autrui (...) la Providence a voulu entretenir la charité parmi les hommes par le commerce des secours et des assistances mutuelles qu’ils se rendent*” (apud *ibid.*, p. XVI) — e foi considerada imprópria, na época, para designar a virtude social nascente.

O próprio conceito de *filantropia* é construído e modificado aos poucos, dividindo espaço com outro termo surgido na época, a beneficência. A autora frisa que os filósofos das Luzes buscaram esvaziar o caráter ‘caritativo’ da filantropia reforçando seu lado de *utilidade social*, e o termo passou a ser percebido mais como prevenção à miséria do que uma forma de suavizá-la. Tratava-se, então, de oferecer trabalho,

⁴ *Dictionnaire universel français et latin* (mais conhecido como *Dictionnaire de Trévoux*), 1734, tomo I, p. 1669-1670, verbete ‘*charité*’.

encorajar a população e a produção; todo o resto era caridade, testemunha do amor a Deus (ibid., p. XIX). A grande diferença apontada por Duprat entre caridade e filantropia é que a primeira, por ser obra piedosa, pressupõe a abdicação de toda a vaidade de seu autor e propugna o anonimato, ao passo que a segunda é marcada por um gesto de utilidade, e neste caso a publicidade se torna uma arma importante nas mãos dos filantropos, além de acirrar-lhes a rivalidade. O conceito de filantropia, conforme proposto pela autora (ibid.), é sobretudo uma ação continuada, refletida, organizada e não mais uma ação isolada.

Por mais que se tenha tentado laicizar a prática filantrópica na França das Luzes, isso não ocorreu de todo. Ou, como diz a própria autora,

“Le terme de philanthropie admet en fait une double acception. Désignant générique, il qualifie l’ensemble des actions et œuvres à finalité sociale, caritative ou humanitaire, qu’elles soient ou non d’inspiration religieuse. Au sens spécifique, en revanche, sont dites ‘philanthropiques’, par opposition aux œuvres religieuses, des œuvres pluralistes (neutres ou interconfessionnelles) étrangères à tout objectif spirituel ou missionnaire. Quels qu’en soient l’objet et l’inspiration, les pratiques altruistes communément qualifiées de philanthropiques participent d’une même démarche d’expression d’identité du donateur: elles le réfèrent à des convictions, le situent dans un espace sociale, l’inscrivent au sein d’une configuration relationnelle. Partout, elles sont génératrices de lien social, principe d’émulation de reconnaissance et légitimation sociales”.
(id., 1996, p. V-VI).

De certa forma, as ações a que essa filantropia francesa se dedicou não diferiam muito da prática caritativa tradicional. As principais ações das associações e/ou sociedades filantrópicas que surgem no fim do século XVIII e subsistem até metade do século XIX são a maior prova disto: vacinação, instrução pública, reforma das prisões, Caisse d’Épargne (poupança), entre outras. Entretanto, entre a filantropia camponesa e a cidadina observam-se diferenças. No campo são propostas ações nos limites das propriedades visando melhorias na agricultura, diversificação da produção e abertura de estradas, orfanatos, asilos etc. Na cidade, por sua vez, os homens de ciência, os técnicos e experimentadores buscam soluções para melhorar a vida cotidiana (id., 1993, p. 23-26).

A partir da segunda metade do século XVIII surgem as primeiras casas para acolhimento de empregados doentes, companhias de seguridade mútua, serviços de ambulância para o campo de batalha, orfanatos etc. É dessa época também a passagem

de um sistema de afirmação de princípios humanistas para o de proposições sociais voltadas para a suavização da pobreza ou da doença, em que estavam compreendidos o auxílio à mendicância, a assistência, a saúde pública e a seguridade, por meio de ações não somente paliativas mas também preventivas.

Willian Cohen (2003) é outro autor que recupera e salienta essa diferenciação, na França, entre filantropia e beneficência de caridade, destacando que a primeira teve motivações seculares, enquanto que a segunda manteve-se baseada em preceitos cristãos. Contudo observa-se que Catherine Duprat (1993 e 1996) abre espaço para que a filantropia seja também percebida como caridade ao salientar a dupla acepção dessa palavra, o que se evidencia pelo fato de que as obras filantrópicas não tinham apenas origem religiosa. Mesmo Cohen (op. cit.) frisa o caráter religioso das ações filantrópicas na Inglaterra e nos Estados Unidos. Olivier Faure (1993, p. 117) vai ainda mais longe ao afirmar que a filantropia e a beneficência, consideradas formas laicizadas da caridade, parecem mais bem equipadas para levar a medicina ao alcance do povo, em comparação com a estrutura dos Bureaux D'assistance⁵ mantidos pelas prefeituras. Por sua vez, Sandra Cavallo (1995) critica as análises que apontam uma laicização da caridade na Itália renascentista, e Paul Weidling (1991) afirma que a secularização da caridade só pode ser realmente indicada a partir da criação do Instituto Pasteur, em 1888, notadamente após a descoberta do soro antidiftérico.⁶

De todo modo, imanentes ou transcendentos, laicas ou confessionais, ações isoladas ou coletivas, a caridade e a filantropia, nos limites deste trabalho, não são entendidas de forma antagônica⁷, visto que encontram-se ambas indissociáveis à questão da pobreza, do socorro aos pobres e, posteriormente, do controle social sobre eles. Para efeito desta análise, importa destacar que, até meados do século XIX, a filantropia destinada à assistência médica dirigiu-se à manutenção de hospitais e hospícios.

Na Idade Média os hospitais, cuja etimologia está ligada ao ato de hospedar, eram abertos a todas as mazelas humanas, exceto aquelas como a lepra e a sífilis, cujas vítimas tinham prédios específicos para abrigá-los, ou as instalações com público-alvo

⁵ Sobre a criação e o funcionamento dos Bureaux D'assistance, ver adiante neste capítulo.

⁶ Ambos, o instituto e a descoberta do soro, serão abordados adiante, neste capítulo.

⁷ O conceito católico de salvação e a ética protestante também podem ser úteis para diferenciar prática caritativa e filantropia. De um lado o alcance da *parousia* e de outro uma visão utilitarista da sociedade, ou mesmo um dever, motivaram a caridade de católicos e protestantes. Porém enveredar para essa discussão exigiria um aprofundamento sobre a questão da salvação e as transformações advindas com a Contra-Reforma — aliás, uma das chaves interpretativas propostas por Sandra Cavallo (op. cit.), o que fugiria aos propósitos deste capítulo.

previamente definido, como os hospitais de St. Jacques⁸ (Santiago), destinados aos peregrinos de Santiago de Compostela, às prostitutas e às crianças abandonadas. Tal ‘especialização’ era, contudo, incipiente, sendo a maioria franqueada a todos. Qualquer que seja a sua designação — Hôtel-Dieu, hospital, hospício, albergaria etc. —, os hospitais medievais representavam o lugar por excelência da caridade, mesmo que em alguns momentos de sua história tenham sido usados para fins de ordem pública.

Desde suas origens na Idade Média, então, pode-se caracterizar o hospital por seu caráter notadamente religioso e como centro social para atendimento à população carente — e será difícil extrair-lhe esta marca, até porque a pobreza e o cuidado aos pobres são questões centrais do cristianismo. No início as inquietações com a salvação e a compaixão com o enfermo motivaram grande parte das doações às instituições hospitalares. Os períodos de epidemias marcavam um aumento das contribuições, que podiam ser feitas sob a forma de legados e doações ou pelo recolhimento de esmolas. Deve-se atentar que, naquela época, o pobre era revestido de um manto santificado, era o pobre de Deus, e ao ato de abrigá-lo era atribuído igualmente um caráter sagrado. Com o tempo as questões ligadas ao mundo terreno passaram a predominar nas relações entre a sociedade e esses estabelecimentos transformando-os aos poucos, e a partir do século XVI foi sobretudo um novo olhar sobre o pobre e a pobreza que alterou a feição dos hospitais a partir do século XVI. O manto santificado foi posto de lado, dando lugar à idéia de que uma aglomeração de pobres representava um perigo potencial.

Para fins historiográficos, muitos autores tendem a ressaltar as especificidades locais das ações sanitárias e práticas caritativas, no que se refere tanto a regiões quanto a países, quando, ao contrário, muitas vezes a permanência e a similitude são as marcas mais fortes dessas ações. As singularidades locais enfatizadas por esses autores parecem mais perceptíveis a partir do século XVIII, quando a tensão entre os cuidados médicos e as práticas assistenciais se fazer sentir de forma mais evidente em todo o território europeu.

1.1.2 A experiência da filantropia no mundo anglo-saxão

⁸ O santo protetor que dava nome ao hospital costumava indicar o seu público preferencial. Assim, na França, por exemplo, o Hospital de Saint Lazare abrigava os leprosos; os de Sainte Catherine e Sainte Madelaine, as prostitutas; os de Saint Antoine e Saint Quentin, as vítimas do ergotismo; e o de Saint Eutorpe, os hidróticos (cf. Mollat, 1991, p. 117-118).

A historiadora Sandra Cavallo (1989) chama a atenção para a coexistência de dois sistemas distintos de socorro à pobreza no mundo ocidental, um desenvolvido nos países anglo-saxões e outro, no mundo católico. Uma das principais características do modelo anglo-saxão, apontadas pela autora, é o papel preponderante da filantropia privada, em que há uma valorização da ação dos benfeitores, do prestígio advindo dessa ação⁹, das relações sociais e da competição entre os diversos grupos envolvidos¹⁰. E mesmo centrada em ações individuais, a filantropia ou a caridade mantêm seu caráter de virtude cristã.

Um exemplo dessa prática pode ser observado na Inglaterra do século XVIII, que teve um grande incremento da prática filantrópica com a abertura de diversos dispensários (alguns especializados) e enfermarias — asilos, hospícios e casas de banho, entre outros; enfim, lugares que abrigavam e alimentavam doentes. Roy Porter (1989) afirma que, naquele período, a filantropia era considerada *'fashion'*, uma virtude em voga. William Cohen (op. cit.), por sua vez, situa a prática na primeira metade do Setecentos, sendo os hospitais os seus maiores beneficiários.¹¹ Segundo o mesmo autor, essa moda arrefeceu na segunda metade do século.

Outro ponto levantado por Cohen (id., p.392 et seq.) é que a doação para manutenção ou criação de dispensários passou a ser realizada também pela classe média britânica, a ponto de ser este tipo de ação filantrópica entendido como traço cultural marcante dos comerciantes ingleses do Setecentos.

Entende-se o sucesso dos dispensários, de um lado, por sua melhor adaptação à nova realidade política e social e, de outro, pela característica das doações, feitas por listas de subscrição pública e cujo montante nem sempre era suficiente para levar a cabo projetos de grandes hospitais. Robert Killpatrick (1990) enumera quatro diferenças entre o hospital e o dispensário londrino do século XVIII. A primeira é que os dispensários foram criados e dirigidos por médicos e o governo não tinha muita influência sobre a administração deles, ao contrário do que ocorria com os hospitais. Sobre a segunda,

⁹ Um exemplo dessa prática em que religiosidade e prestígio se misturam é citado por Willian Cohen (op. cit., p. 392): “*There were also individual acts of great import; for instance, the donation by Thomas Guy, who had made his millions printing the Bible: he gave 250,000 pounds to found Guy’s Hospital in London. The honor of having his name affixed to largest of the capital’s hospital must have provided some sense of reward for his generosity.*”

¹⁰ A idéia de competição parece ser uma característica importante da filantropia. Tanto Sandra Cavallo (id.) quanto Catherine Duprat (op. cit.) a ressaltam e, a esse respeito, ambas as autoras referem-se ao afastamento do dogma católico.

¹¹ O autor salienta que a maior parte dos donativos era destinada à manutenção de leitos hospitalares reservados aos membros das famílias e/ou domésticos e pode ser caracterizada como doação destinada aos incuráveis (ibid., p. 392).

afirma o autor (ibid., p. 257) que “*all patients were seen on an out-patient basis (many in their own homes) and there were beds*“. A terceira distinção refere-se à multiplicidade de doenças tratadas nos dispensários, sobretudo casos de ‘febres’, que eram excluídos dos hospitais. Finalmente, conforme Killpatrick (ibid.), “*few surgical patients were admitted to the dispensaries and no operations were carried out by surgeons on them — such patients comprised the bulk of admissions to the London hospitals*”. Outra característica dos dispensários observada pelo autor é que, em virtude de contarem com um número reduzido de pacientes, havia neles uma maior possibilidade de contato entre médico e doente¹².

Tanto Killpatrick quanto Roy Porter analisam a motivação dos filantropos ingleses do século das Luzes sob a perspectiva do caráter cívico¹³ de suas ações. Para Porter (op. cit., p. 155-156),

“(...) *infirmery became a proud manifestation of civic spirit and achievement in an age when, with the urban economy booming, citizens could afford to give more charity, while signaling that they were not boorishly money-mad but participants in a cosmopolitan emulative and fashionable culture of science, benevolence, and humanity, of which the infirmery was a prize bloom*”.

Apesar do caráter segregacionista dessas enfermarias — tal qual o apresentado pelas *workhouses*¹⁴ —, Porter (ibid.) afirma que nelas a idéia da doação se fazia mais forte porque eram entendidas não somente como locais de residência dos pobres, mas como espaços que mantinham suas portas abertas a todos e traziam benefícios para toda a região. A idéia de controle social estaria, assim, subjacente a todos esses empreendimentos.

¹² Nos reinos germânicos, sobretudo no de Hannover, o século XVIII trouxe a criação da policlínica, com funcionamento à parte do hospital. Suas principais características eram o número restrito de leitos e a diversidade de casos atendidos, o que facilitava a observação da clínica médica. Na policlínica eram ministradas as aulas de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Göttingen (cf. Buettzingsloewen, 1997). Contudo devem-se evitar maiores comparações entre os modelos germânico e austríaco de policlínica (cf. cap. 3).

¹³ Sandra Cavallo também enumera como uma das características da filantropia na Turim do século XVI o de ser percebida como um imposto cívico, de ser personalista e de render prestígio (1995, p. 101). Em alguns momentos, a autora aproxima a prática piemontesa da experiência britânica.

¹⁴ Na Inglaterra o processo de industrialização e a consequente urbanização mudaram o caráter do pobre, transformando-o em indigente. Naquele cenário a filantropia, de motivação religiosa, exerceu papel preponderante, uma vez que prometia reformas tanto educacionais quanto de qualificação profissional com a criação e manutenção de *workhouses*, locais onde os pobres aprendiam um ofício. Durante o reinado de Elizabeth I, no século XVIII, surgiu a primeira *Poor Law*, que tinha como principal objetivo alimentar o campesino pobre e faminto.

As formas de participação dos benfeitores eram as mais diversas: por meio de sermões anuais para caridade, coletas nas igrejas, concertos de gala especiais ou *mis-en-scènes* teatrais especialmente destinadas a essas ações. Roy Porter (ibid., p. 156) observa que a partir desses eventos mobilizava-se a população:

“the georgian infirmary, like most other Georgian charities, operated on a kind of join stock principle. The donors were numerous; they were typically the living (though of course bequests were gratefully accepted as well); and they were encouraged to be long-term subscribers, giving, say, two guineas a year for life. This arrangement amounted to a clever and extremely successful instrument of charity”,

pois *“if charity was a duty, it was also a pleasure”* (ibid., p. 162). O autor, porém, recomenda prudência em tal definição: *“(…) the Georgian Homo economicus never tired of reminding himself, erratic, impulsive, blind benevolence would do more harm than good”* (ibid., p. 164).

Esse tipo de prática permite que se fale, posteriormente, da filantropia *quaker*, da Igreja Batista, entre outras, pois muitas dessas ações estavam ligadas aos hábitos ou ao ideário religiosos. O exemplo estudado por Killpatrick (op. cit.) é um bom indício da estreita relação entre a filantropia e os ideais religiosos no mundo anglo-saxão. Ao analisar o filantropo John Lettson, que em 1770 esteve à frente do General Dispensary e três anos depois, da Medical Society of London, Killpatrick caracteriza-o em primeiro lugar como um *quaker*, em segundo como médico e finalmente como filantropo. Ou seja, a feição *quaker* de Lettson era mais presente, nas suas ações, do que suas feições médica e filantrópica. Aliás, segundo o autor (ibid., p. 259), era ela que animava as outras.

Sandra Cavallo (1994), contudo, discorda que a diferença da filantropia entre os mundos anglo-saxão e católico restrinja-se à ética religiosa predominante em cada um deles, pois ainda que esta esteja presente entre suas motivações, certamente não é a única. E no entanto essa abordagem parece ser a marca da historiografia norte-americana para as questões filantrópicas, a exemplo de autores como Judith Sealander (1997, 2003), Emily Rosenberg (2003), Willian Cohen (op. cit.), entre outros. Em virtude dos propósitos desta pesquisa, porém, a diferenciação entre uma e outra filantropia será realizada apenas de modo a permitir uma caracterização das suas práticas, sem o intuito de aprofundar a discussão sobre elas.

1.2 EXPERIÊNCIAS DO MUNDO CATÓLICO

Já o mundo católico seguiu uma dinâmica própria. Suas práticas caritativas passaram a ser pautadas, no final da Idade Média, em ações pias de leigos organizados em irmandades e ordens terceiras que espelhavam valores da Europa medieval. A região da Itália vê surgir as primeiras irmandades e ordens terceiras que misturavam a fé e o auxílio mútuo, com inspiração sobretudo nas pregações de São Francisco de Assis e São Domingos.

“Alguns leigos, homens e mulheres, escolheram a essência espiritual da renúncia e formaram grupos seculares de irmãos terceiros, aliados a ordens mendicantes. Outros procuraram vocações mais mundanas e estabeleceram irmandades específicas para auxiliar os pobres urbanos.” (Russel-Wood, 1981, p. 2-3)

As irmandades e ordens terceiras foram responsáveis pela abertura de diversas igrejas e mosteiros em todo o mundo católico, e é exatamente este ponto que singulariza a experiência católica da filantropia e a distância da anglo-saxã. Ao longo da Idade Média a manutenção dos hospitais — como já foi visto — passava pelos donativos e esmolas destinados às igrejas e aos mosteiros. Após o surgimento das instituições religiosas leigas, as doações passaram a ser destinadas a elas, que mantinham obras de caridade. Desse modo as instituições leigas se tornaram, em certa medida, ‘mediadoras’ e depositárias da filantropia católica, situando-se entre o filantropo e a obra de caridade. Sobre esta última, ocorreu também uma mudança que lhe caracterizaria e conferiria um caráter mutualista, pois os hospitais passam a não ser mais abertos a todos, mas sim apenas aos membros de determinada irmandade ou confraria.

Sandra Cavallo, em sua tese de doutorado — *Charity and power in Early Modern Italy — benefactors and their motives in Turin, 1541-1789* — publicada em 1995, trabalha especificamente com a região do Piemonte. Analisa as tentativas de afirmação da aristocracia local frente ao poder da casa de Savoye ao longo das guerras contra a França e, no meio dessa disputa, a necessidade de organização dos socorros e do controle da pobreza. A autora detém-se, porém, na motivação dos filantropos e para estruturar seu argumento aborda a organização e a estrutura hospitalares de Turim a partir de meados do século XVI.

Segundo Cavallo (ibid.), o sistema hospitalar de Turim estava centralizado em duas instituições: o Hospital S. Giovanni (1440), formado a partir da junção de vários pequenos hospitais e mantido sob a influência do episcopado¹⁵; e o Hospital de S. Maurizio e Lazzaro (1575), administrado pelos militares e sob a égide da aristocracia. Havia outros hospitais menores, mas esses dois tinham como característica principal o atendimento aos doentes e suas atribuições foram determinadas no momento da sua constituição, não se tornando, assim abrigo das mazelas da sociedade que caracterizou o funcionamento dos hospitais de um modo geral.

Uma das peculiaridades da Turim quinhentista consistiu na existência de um Conselho Municipal cuja principal função era desenvolver e gerir as políticas sanitárias e de controle da pobreza, bem como os hospitais da cidade. Apesar desse Conselho, os hospitais e hospícios continuaram dependentes das políticas governamentais levadas a cabo pelos duques de Savoye e viveram períodos mais abastados que outros. Outro ponto salientado pela autora é a predominância das doações a instituições religiosas. Cavallo (ibid.) menciona instituições leigas a investir na construção de igrejas e monastérios — e certamente refere-se a irmandades e ordens terceiras —, mas a idéia da atuação desses grupos em Turim não é detalhada, não obstante, em minha opinião, a grande possibilidade de estarem por trás da manutenção dos hospitais. Para desenvolver seu argumento sobre o jogo de poder entre os membros da aristocracia local, a autora chama a atenção para os demais hospitais que não receberam tantos donativos como os dois mencionados, ou mesmo a Ospedale di Carità, fundada em 1627 por um benfeitor privado e que tinha como função primordial o atendimento irrestrito aos pobres. É na Ospedale di Carità que, ao longo do século XVIII, a política de encarceramento dos pobres ganha força, tornando-se seu *locus* de ação.

Apesar de trabalhar com uma sociedade extremamente hierarquizada como a piamontesa, Sandra Cavallo (ibid.) não considera essa característica na construção do seu objeto de pesquisa. Com isso, a própria hierarquização existente entre irmandades e confrarias, cuja observação teria permitido compreender melhor a valorização de determinadas instituições em detrimento de outras, é também deixada de lado.

Para a autora, o componente religioso tem maior relevância, principalmente no ambiente da Contra-Reforma, período em que concentra seu estudo. A piedade barroca seria uma das principais molas do movimento filantrópico da Turim em análise, sendo

¹⁵ Apesar de tal influência ter diminuído consideravelmente a partir de 1541, quando ele passou a ter uma administração mista.

evidenciada tanto na manutenção como na abertura e construção de novos edifícios hospitalares, igrejas e mosteiros. Salienta Cavallo (id., p. 233 et seq.) que, naquele momento, a arquitetura hospitalar tem um duplo papel: por um lado dá prestígio ao filantropo e, por outro, transmite uma idéia de intimidação.

Cavallo (id., p. 108) afirma que a principal característica da caridade do *Ancien Régime* diz respeito ao auxílio e ao privilégio. Baseada em cálculos racionais e aspirações seculares, não foi à toa que o prestígio, a influência e a competição entre os diversos grupos sociais deram a tônica dessa caridade e permitiram calcular as doações recebidas.

Na França, outro representante do universo católico, o seu desenvolvimento se deu por meio dos Hôtels-Dieu — tanto no território francês como no ultramar — e, no caso de Paris, de inúmeros outros hospitais não menos importantes.

O Hôtel-Dieu foi o grande modelo hospitalar francês, presente em todas as grandes cidades do território francês. Em alguns aspectos pode-se mesmo fazer um paralelo entre eles e as Misericórdias do império português: ambos mantêm caráter público e privado e, nas colônias ultramarinas, representam o Estado metropolitano, ficando sua administração a cargo dos notáveis da cidade — como, aliás, parece ter sido também o caso estudado por Sandra Cavallo (ibid.; Imbert; 1991; Faure, 1981; Melo, 1997). O plano e a atuação dos Hôtels-Dieu, locais de caridade por excelência devido à presença da religião, em nada os diferenciavam dos hospitais medievais. Uma especificidade do caso francês pode ser percebida no processo revolucionário de 1789, quando se tentaram uma reforma do sistema hospitalar e a separação dos princípios religiosos — aí também compreendidas a presença de ordens religiosas no controle hospitais e no atendimento aos doentes — da questão médica.

Com o passar do tempo os hospitais como objeto de caridade transformam-se. A filantropia continua multiplicando-os, melhorando suas instalações, permitindo o aumento de seu quadro médico. A partir do século XVII percebem-se algumas modificações com relação à idéia de hospital e das suas funções: sob influência da experiência italiana, ele se transforma em um prédio singular, com arquitetura própria que responde melhor ao papel por ele desempenhado. É nesse período que a preocupação com o isolamento dos doentes contagiosos se faz sentir, e constroem-se hospitais fora dos limites das cidades, como o Hospital Saint Louis (1607) em Paris, ou

mesmo o Hôpital des Incurables e a Maison de Convalescence, anexos ao Hôtel-Dieu da capital francesa erigidos para evitar a aglomeração de doentes (Musée..., 1998, p. 89).¹⁶

O questionamento do hospital começou a ser feito ao longo do século XVIII, com as mudanças na concepção de assistência e com o desenvolvimento das discussões sobre higiene. Nesse século surgem também os hospitais especializados. Foucault (1995) destaca que a grande diferença desses hospitais para aqueles que existiam até então refere-se à questão dos cuidados médicos: enquanto que a especialização dos hospitais medievais esteve pautada na exclusão, na segregação e na crença dos males que os loucos, os sífilíticos e os leprosos podiam transmitir às populações, os novos hospitais estavam baseados nos cuidados específicos às doenças. Outra característica do século das Luzes é a transformação do hospital em uma “máquina de curar”¹⁷; no século seguinte ele se tornaria um “*équipement de santé, lieu de pratique, de l’enseignement et de la recherche*” (Musée..., op. cit., p. 6).

O historiador canadense Othmar Keel (2001) observa a distinção do modelo de medicalização dos hospitais franceses em relação aos demais países europeus, e afirma que isso foi possível graças ao que denomina “tecnologia clínica”, na qual insere tanto a abertura de novos espaços para a clínica médica, como o encontro desta com a prática cirúrgica, que tinha no hospital seu lócus de ação. E é justamente este ponto que singulariza a Escola de Paris: o estudo ‘anatomocirúrgico’ ou ‘anátomolocalista’ da doença.

No início do século XVIII constituiu-se, na França, uma organização sanitária pública visando o controle de epidemias e pestes, cuja atuação mais visível foi aquela calcada na mudança de percepção a respeito do lixo, da sujeira e das águas paradas, que passaram a ser considerados ambientes potenciais de doenças (Bourdelaís, 2001, p. 10 et seq.). A esta nova situação outras seriam acrescentadas, como a preocupação com a circulação, com as cidades e com as condições de vida (alimentação, moradia etc.) e trabalho. O hospital não se manteve alheio a esse clima e tornou-se, com o passar do século, um dos focos principais de problemas. No entanto a partir do processo de reforma ou medicalização ele se converteu em uma peça essencial na política sanitária e demográfica posta em prática na Europa ao longo do século XIX: não só devido aos

¹⁶ Os Hôtels-Dieu se localizavam no coração das principais cidades.

¹⁷ É Tenon, em seu *Mémoire sur les hôpitaux de Paris* de 1788, que cunha a expressão ‘*machines à guérir*’ para designar o papel a ser desempenhado pelos hospitais. Esta expressão seria evocada em diversas ocasiões posteriores e tornou-se título de um dos volumes do filósofo francês Michel Foucault (1995).

melhores equipamentos disponíveis, mas sobretudo em virtude da formação de seu corpo médico, inspirada na filosofia das Luzes. Era somente no hospital e na prática cotidiana que o conhecimento médico poderia ser adquirido, reafirmando seu papel de equipamento médico.

Georges Vigarello (2001) enfatiza que o século XVIII não foi marcado por mudanças no saber médico ou no tratamento e conhecimento das doenças tradicionais, assim como também não foi o tempo da descoberta de novas substâncias — em resumo, não houve definitivamente nenhuma revolução na área médica. Por outro lado, frisa Vigarello (ibid., p. 29-30), ocorreram transformações culturais profundas que possibilitaram alterar a imagem da medicina, bem como diversificar sua atuação e seus recursos. E em tal cenário o pequeno espaço ocupado no hospital pela doença, pelos serviços médicos e pela terapêutica passou a ser amplamente questionado.

Em um tempo em que os preceitos de higiene ganhavam força, a intervenção das autoridades passou a ter papel decisivo, sobretudo nos locais conhecidos como focos privilegiados da doença: prisões, portos, barcos e hospitais gerais.

“La médecine comme technique générale de santé, plus encore que comme service des maladies et art des guérisons, prend une place de plus en plus importante dans les structures administratives et dans cette machinerie de pouvoir qui ne cesse au cours du XVIII^e siècle de s’étendre et de s’affirmer.” (Foucault, op. cit., p.13-14)

Nesse novo quadro o hospital tradicional perdeu espaço. Foi preciso transformá-lo tanto física como conceitualmente, foi preciso que ele perdesse sua feição assistencial em benefício da terapêutica. Nas vésperas da Revolução Francesa dois personagens representaram o processo de mudança pelo qual passaria o hospital francês: Phillippe Pinel, que em 1785 propôs alterações no tratamento oferecido aos alienados; e Tenon, que em seu relatório de 1788 sobre a situação dos hospitais parisienses colocou em xeque o modelo hospitalar francês e seu principal representante, o Hôtel-Dieu de Paris (Napias & Martin, 1897, p. 19).

Apesar de todos os questionamentos, perdura um bom tempo sem solução o grande dilema do hospital: a presença dos ‘incuráveis’. Era prática corrente a manutenção de leitos para esses doentes, e muitas vezes eles eram reservados pelos benfeitores do hospital para seus beneficiários. Por mais que se exigisse a abertura de leitos para os ‘curáveis’, sabe-se que

“In practice, the beds were used for some years for incurable patients (even if the term “incurable” was no longer mentioned), and they were then made available to the curable patients. So, beds remained under the control of the health personnel, as had previously been the case” (Killpatrick, op. cit., p. 106).

Somente a partir do século XIX, com a efetivação do processo de medicalização do hospital, a questão dos incuráveis começou a ser resolvida. A controvérsia sobre a permanência dos incuráveis no ambiente hospitalar não foi privilégio francês. Também na Inglaterra e nos Reinos Germânicos ocorreu uma tensão crescente entre a manutenção de leitos para os incuráveis, ou seja, entre esse tipo de ação filantrópica e um espaço maior para o ambiente de cura, como bem mostra a citação anterior de Killpatrick.

Conforme mencionado anteriormente, se o século XVIII não foi caracterizado por grandes transformações da medicina ou da prática médica, ele foi, por outro lado, o grande celeiro de algumas mudanças que marcarão o século seguinte, como a medicalização e a higiene pública. Desde o início do século XIX já se percebia o uso da linguagem da higiene pública entre os médicos e a elite, sobretudo ao se referirem e intervirem em situações definidas como sociais. A esse respeito, talvez o melhor exemplo seja dado por Chadwick, na Inglaterra oitocentista, que no bojo das discussões em torno da *Poor Law* propõe a criação do General Board of Health, em que problemas sociais ou a pobreza são diretamente relacionados às condições sanitárias¹⁸. Na França coube ao médico Villermé a proposição de códigos sanitários e o estabelecimento de um elo entre condições sociais e mortalidade, ainda no ano de 1830 (Bourdelaís, 2001).

O processo de medicalização do hospital pode ser entendido como

“la transformation, très partielle et très inégale, qui se produit au XVIIIe siècle dans différents pays d’Europe, de certaines institutions d’assistance ou de régulation sociale en institutions

¹⁸ O novo contexto desenhado no século XIX mostrou os limites dessa lei elisabetana e a conseqüente necessidade de adaptá-la às novas necessidades do pobre e ao novo entendimento sobre ele. Assim, em 1848 foi aprovado o *British Public Health Act*, que tinha como principais características a centralização das ações de saúde em todos os distritos, através do General Board of Health — primeira instituição encarregada de cuidar das questões de saúde pública —, e a preocupação com o saneamento. Esta nova Lei dos Pobres, cujo principal personagem é o advogado Edwin Chadwick, foi fortemente inspirada nas teorias higienistas surgidas no final do século XVIII. Chadwick entendia que nos bolsões de pobreza londrinos estavam os focos das principais epidemias, justificando assim as medidas de intervenção sanitárias nessas localizações. A sujeira, a falta de drenagem dos pântanos e a ausência de esgotamento sanitário foram os principais problemas apontados por Chadwick, e adotou-se como solução para eles a instalação de encanamento que levava água potável para todas as cidades, bem como uma rede de esgoto, que desaguava para longe do perímetro urbano as águas servidas (Bourdelaís, 2003; Porter, [s.d]).

thérapeutiques et médico-scientifiques. (...) Ce qui ne veut pas dire qu'elle a supplanté pour autant la fonction d'assistance ou de régulation sociale dans le système hospitalier ou d'assistance en général. À cet égard, même au XIX siècle, la médicalisation restera très inégale, et c'est, particulièrement en France” (Keel, op. cit., p. 29-30).

A medicalização pode ser vista também como a convicção por parte da elite francesa de seu papel de orquestradora da educação do pobre e, de um modo geral, da mudança dos costumes destes. Na visão daqueles homens, o progresso do conhecimento devia acarretar o progresso social, e para o alcance de tais propósitos os médicos engajados na luta higienista iriam se reunir e divulgar suas idéias em periódicos como *Les Annales D'hygiène Publique et de Médecine Legale* e procurar influenciar os políticos, além de participar das associações científicas. Tal mudança só pôde se realizar a partir da transformação na percepção relativa ao entorno (lixo, sujeira etc.) — ou seja, na relação entre doença e meio ambiente — e ao corpo. Assim, a medicalização é definida como

“le produit de la rencontre entre deux cultures du corps, en apparence radicalement opposées. D'un côté, celle des médecins, largement partagée par les élites dès la fin du XVIIIè siècle, qui s'inspire des conceptions mécaniciennes du partage des tâches et du recours aux spécialistes. De l'autre, une conception traditionnelle à une multitude de recours” (Faure, 1993, p. 273).

Foi no processo de integração de novos elementos às práticas antigas que os doentes do século XIX, acostumados aos mais diferentes recursos curativos e à automedicação, tornaram-se capazes de integrar a vacinação e o medicamento a suas práticas habituais. Conforme afirma Olivier Faure (ibid.), o medicamento leva ao médico, e acaba por se transformar, assim, a relação médico–paciente por meio de um fenômeno de disjunção cultural — que seria, em última análise, a própria medicalização.

Essa medicalização não esteve restrita, como já foi dito, aos hospitais. As obras de caridade vivenciaram o mesmo processo, no qual a medicina passou a ter papel importante: ao lado das sopas, do pão, do carvão, do vestuário e do abrigo, as visitas médicas e a distribuição de remédios passaram a fazer parte do cotidiano dessas instituições. Para os filantropos franceses oitocentistas, a distribuição de cuidados médicos gratuitos era mais uma forma de assegurar a ordem social. Nesse sentido, a medicalização era uma estratégia para o alcance do objetivo principal. Quando as

doações diminuía, as visitas médicas e os remédios eram os primeiros itens a serem reduzidos ou mesmo eliminados. Como assinala Olivier Faure (ibid., p. 110-113), apesar de demonstrarem preocupação com as questões médico-sanitárias, as instituições filantrópicas continuaram sendo procuradas mais pelos pobres do que pelos doentes, não constituindo, assim, propriamente obras médicas.

Algumas instituições filantrópicas e de caridade, contudo, elegeram os cuidados médicos como sua bandeira principal, como foi o caso da *Œuvre des Pauvres Malades* — um dos braços da Sociedade de São Vicente de Paulo que cuidava dos doentes da periferia de Paris e chegou a contratar médicos para atender a seus doentes pobres — ou da *Société Philanthropique de Paris*, entre outras que se dedicaram aos cuidados aos doentes excluídos dos hospitais ou mesmo aos convalescentes.¹⁹

Muitos médicos presentes no panteão médico francês dedicaram-se a trabalhos filantrópicos. Segundo Olivier Faure (1993, p. 114), a *Société Philanthropique* contava com clínicos e cirurgiões de renome, tais como Pinel e Laennec, para o atendimento e tratamento de seu público, reforçando o papel da medicina no controle e na gestão da pobreza. No entanto, ainda que abraçando a idéia da medicalização e atuando no controle da pobreza, não só os médicos como os políticos e a elite em geral viam com reservas a caridade e a filantropia. Em primeiro lugar, porque lhes parecia que incentivavam a resignação dos pobres, o que era, aos olhos daqueles homens, um grande perigo. Em segundo lugar, e no que tange especificamente à assistência médica, porque

“La charité privée ne constitue pourtant pas un mode de prise en charge coherent de la maladie. Ses initiatives sont morcelées, le nombre des malades secourus reste minime et surtout cantonné dans les grandes villes. La maladie est loin d'être le seul critère d'accès au secours. L'appartenance à une confession religieuse, l'intégration dans des réseaux de dépendance personnelle sont plus déterminants, et ce sont toujours des personnes charitables, dames visiteuses ou religieuses, et non des médecins, qui décident des admissions. La même attitude s'observe dans les secours fournis: visites médicales et distribution des remèdes ne constituent qu'une faible partie des secours distribués” (Faure, 1994, p. 24).

¹⁹ A Revolução Francesa, buscando romper os laços com a religião, extinguiu ordens religiosas, confiscou mosteiros e conventos e procurou retirar os religiosos dos cuidados médicos. O século XIX viu, aos poucos, a volta dos religiosos ao controle dos hospitais e o surgimento de diversas obras de caráter caritativo, sendo a mais importante delas a Sociedade de São Vicente de Paulo, cuja obra social era destinada aos cuidados aos pobres, inclusive cuidados médicos. A separação definitiva entre a Igreja e a assistência médica só se daria no início do século XX (1908), com a saída das freiras agostinianas do Hôtel-Dieu de Paris (Musée... , op. cit.).

Ao lado das obras de natureza privada, o século XIX contou com o funcionamento dos Bureaux de Bienfaisance, instituições mantidas pelas prefeituras e criadas ainda durante a Revolução Francesa para atuarem junto aos pobres. Suas atividades ficavam muito aquém das necessidades locais, principalmente porque recebiam somente os doentes ‘curáveis’ deixando a cargo dos hospitais o papel primordial da assistência pública urbana.

Outra forma de assistência surgida no século XIX são as caixas de socorro mútuo ligadas a categorias profissionais. Nelas a prestação de socorros médicos só se efetivou, na França, a partir de meados do século. Ao lado dos serviços hospitalares, a educação sanitária passou a fazer parte das ações das caixas de socorro, tornando-se essas instituições, nas palavras de Olivier Faure (1993, p. 120), “instrumentos de higienização” da saúde tanto física quanto moral do trabalhador pobre. Local de socialização de classes, socorros médicos, previdência e poupança, as caixas de socorros mútuos se tornaram, aos olhos da elite francesa, o lugar por excelência para o crescimento moral das classes trabalhadoras. Paul Weidling (1991, p. 195) resume a especificidade do caso francês:

“Two new — and related — trends were apparent in France. These were professional aspirations towards a monopoly over medical care, and public appeals for the support of laboratory research. New efforts to integrate public and private interests were expressed by the solidarism movement for a cohesive and integrated society on the basis of social justice.”

Aos poucos os hospitais vão se tornando o espaço de demonstração técnica da medicina. Conquanto os cuidados com velhos e crianças abandonadas ainda lhes rendessem preocupação, não impediam o curso do processo de medicalização. Já a doença se converte no

“premier objet autour duquel s’élaborent et se mettent en place les façons modernes de remédier aux situations sociales difficiles. Les premiers projets d’assistance publique rationnelle et centralisée mettent le secours médical au centre de leur dispositif et la médecine gratuite inaugure, à partir de 1855, la première expérience d’assistance gérée et financée par les pouvoirs publics” (Faure et Dissertine, 1994, p. 145).

O quadro da assistência médica na França da metade do século XIX pode, então, ser assim resumido²⁰: os hospitais tornam-se cada vez mais ‘medicalizados’ e a doença se torna a principal via para o controle social. Após a lei de 1893, que legislou sobre a assistência médica gratuita, houve uma reviravolta na concepção do hospital, como demonstram as mudanças tanto de sua arquitetura quanto do seu funcionamento. Nesse último aspecto observam-se as maiores transformações: em troca de subvenções e pagamentos de diárias, os poderes públicos exigiam que as admissões fossem indicadas pelos médicos, diminuindo o poder das freiras que ainda decidiam sobre as internações. E passa-se a aceitar também a admissão de venéreos e parturientes, por muito tempo afastados de seus corredores. Com relação à arquitetura exigiam-se salas de cirurgia, serviços de isolamento e abertura de maternidades, uma clara evidência das transformações por que passava a assistência médica francesa.

Em todo caso, tanto os Bureaux d’Assistance quanto o mutualismo não deixam de ser considerados formas paternalistas de ação e, portanto, modalidades sofisticadas de caridade. Modernizada ou sofisticada, o certo é que é naquele momento efetivava-se a separação entre o doente e o pobre, o incurável e o infeccioso, e tomaram-se medidas especiais quanto ao cuidado das crianças, das mães solteiras e dos idosos. A ‘modernização’ da caridade veio acompanhada de tensão social e discussões políticas, em que as ações caritativas e/ou filantrópicas encontram-se lado a lado com aquelas que vinham sendo implementadas, mesmo que timidamente, pelo Estado.

O historiador britânico Paul Weidling (op. cit.) considera que, apesar dessas mudanças na assistência, só se pode falar em modernização da caridade a partir dos trabalhos de Louis Pasteur e da criação do Instituto Pasteur, em 1888. Instituição privada de pesquisa biomédica, ele encontrou sua fonte de financiamento na rede de conhecimento que Louis Pasteur mantinha com as municipalidades, os industriais, os banqueiros, os filantropos, entre outros, sobretudo após a descoberta do soro antidiftérico (1894). Segundo Weidling (id.), os filantropos perceberam, na medicina pasteuriana, uma nova forma de combate à pobreza, por meio primeiramente do financiamento da produção do soro e, depois, da distribuição deste pelos Bureaux d’Assistances. Com a possibilidade de prevenção das doenças aberta pelas descobertas

²⁰ Vale ressaltar a ênfase da maior parte das análises existentes na especificidade médica da França urbana. Os autores mesmos chamam a atenção de que houve maior dificuldade de penetração dos novos modelos médico-assistenciais no campo, muito devido à escassez de médicos no interior. O mesmo é válido para as ações caritativas e filantrópicas, muito mais presentes e atuantes nos grandes centros urbanos franceses.

de Pasteur, a pesquisa médica passa a ser considerada, pelos filantropos, uma forma de terapêutica em potencial: investir na pesquisa médica era investir na tentativa de erradicação da pobreza. Dessa forma,

“The Pasteur Institute provided a model which was to be emulated by the medical charities of the twentieth century. Examples are the Rockefeller Institute for Medical Research, and Paul Ehrlich's Institute for Experimental Therapy and Serum Tasting at Frankfurt. Voluntary funding boosted large-scale national research institutes as sciences promised to remove the root causes of poverty and disease, while philanthropy was seen as merely a palliative” (ibid., p. 196).

Para Olivier Faure (1994) a experiência do soro-antidiftérico abriu uma nova relação entre a bacteriologia e o consultório médico. Os médicos, mesmo os da província, podiam fazer uso da bacteriologia sem perder sua independência, tanto em termos de prática como de ética médica. Eles permaneciam fazendo seu trabalho habitual, só que com meios mais eficazes. Por outro lado, a descoberta do soro modificou a relação da sociedade com a medicina e recriou o universo médico. Não bastava garantir a sua produção se a distribuição não pudesse atingir todo o território nacional, e para tanto foi fundamental a entrada do Estado como parceiro do Instituto Pasteur, em 1895, subvencionando a distribuição do soro.

O modelo pasteuriano preventivo, tanto o de pesquisa quanto o de gestão institucional, teve reflexos importantes no Brasil, ao final do século XIX e início do século XX, em grande parte devido às evidentes mudanças que desencadeou na urbe francesa. De fato, o alcance de suas medidas extrapolou o âmbito da questão sanitária e da saúde, alterando radicalmente, pelo viés da higiene, a vida do homem urbano — suas moradias, o traçado das ruas etc. — e configurando-se como uma modalidade efetiva de controle do pobre e da pobreza.²¹ Vale destacar ainda que, a despeito de sua efetivação só se concretizar com a lei de 1902, as primeiras propostas de assistência médica gratuita, na França, foram contemporâneas à ascensão do modelo pasteuriano naquele país.

²¹ O ‘pausteurianismo preventivo’ pode ser percebido em dois caminhos diferentes que levavam, ambos, ao controle social: de um lado a medicina, a nova via de controle do pobre; de outro o urbanismo, ciência que se estava configurando naquele momento, tanto na questão da cidade salubre como nas moradias salubres. Um bom exemplo são as *habitations à bon-marché* (HBM), construídas em Paris desde o final do século XIX e baseadas em preceitos higiênicos rígidos, em que o controle do pobre passava também pela moradia salubre. Nos projetos das HBM higiene, urbanização e filantropia estavam lado a lado (cf. Dumont, 1991).

1.3 A EXPERIÊNCIA LUSO-BRASILEIRA

Ao pensar sobre assistência médica no Brasil, a imagem que sobrevém quase que instantaneamente é a do Hospital da Santa Casa da Misericórdia. Tal associação explica-se porque as ações pias de irmandades e ordens terceiras são inerentes à tradição portuguesa de assistência, desde o período medieval, e o império português reproduziu, em suas colônias, a assistência tanto médica quanto social (a órfãos, prisioneiros, doentes, loucos etc.), as quais baseavam-se, sobretudo, nos trabalhos da Santa Casa da Misericórdia. Apesar de sua importância e hegemonia nas questões relativas à assistência em Portugal e no ultramar, não se pode esquecer que outras irmandades e também ordens terceiras mantinham, tanto na metrópole quanto na colônia, hospitais para a realização de suas obras de caridade, porém com acesso restrito aos irmãos e seus dependentes.²²

1.3.1 A Irmandade da Misericórdia

No final da Idade Média, como já foi dito, as confrarias e irmandades exerceram um papel importante nas sociedades, pois foram instrumentos de coesão grupal e formação de laços de solidariedade, tanto material quanto espiritual, em uma época pautada pela insegurança. O período marcou também, segundo Russel-Wood (op. cit., p. 10), o início da centralização das ações de assistência em Portugal, com a reunião dos pequenos hospitais sob os auspícios da Coroa.²³ A criação da Irmandade de Nossa Senhora, Madre de Deus, Virgem Maria da Misericórdia ou simplesmente Misericórdia insere-se em tal movimento.

O final do século XV é assinalado também pelo processo de centralização monárquica e formação da burocracia régia, que se fez sentir igualmente no campo da

²² Até o século XIX a assistência médica em Portugal estava ainda sob domínio dos hospitais das diversas Misericórdias existentes no reino. As únicas exceções eram os nosocômios mantidos por confrarias menores, o Hospital São José, em Lisboa — que, a partir de 1834 passou à administração governamental e em 1851 separou-se definitivamente da Misericórdia lisboeta — e os hospitais da Faculdade de Medicina de Coimbra, mantidos por esta instituição (cf. Lopes, 1998).

²³ Mais do que o início de uma centralização da assistência, essa reunião de pequenos hospitais estava inserida em um movimento maior que percorreu toda a Europa, como descreve Sandra Cavallo (1995) em seus trabalhos sobre a região do Piemonte desde o século XVI.

assistência. Uma das linhas historiográficas que discutem o tema acredita que a Misericórdia tenha sido fundada sob os auspícios da rainha D. Leonor, o que justificaria seu prestígio junto à monarquia lusitana e lhe teria garantido a proteção régia. Esse prestígio, porém, não se estendeu às outras confrarias e irmandades surgidas na mesma época.

O objetivo primordial da irmandade era o cumprimento das 14 obras da Misericórdia, divididas em sete obras espirituais — “ensinar os simples, dar bom conselho a quem pede, castigar com caridade os que erram, consolar os tristes e desconsolados, perdoar a quem errou, sofrer as injúrias com paciência e rogar à Deus pelos vivos e mortos” — e sete obras ditas corporais — “remir cativos e visitar presos, curar doentes, cobrir os nus, dar de comer aos famintos, dar de beber aos que têm sede, dar pousada aos peregrinos e pobres, enterrar os finados” (apud Melo, op. cit., p. 24). Tais obras se traduziam em atendimento à infância (órfãos e enjeitados) e velhice, auxílio a doentes e loucos, distribuição de esmolas aos pobres e às viúvas, abrigo aos idosos, além do socorro aos presos em seu sustento e no apoio jurídico. A irmandade tomava para si também a responsabilidade pelo sepultamento de boa parte da população — além dos irmãos, encarregava-se do enterro de escravos, homens livres, brancos, mestiços e negros. Dava ainda assistência espiritual, pois ministrava os sacramentos e oficializava cerimônias religiosas, das quais todos os que estavam sob sua guarda deviam participar. Mantinha, para a realização de suas obras, um hospital, a Casa da Roda e o Recolhimento das Órfãs. Eram sustentadas por esmolas, doações pias dos fiéis, legados testamentais — que poderiam conter ou não cláusula específica destinando os legados a determinadas obras — e dotações dos governos, estas tanto da Coroa portuguesa como do governo imperial e republicano.

Antes de tudo, as Misericórdias eram imbuídas de um caráter aristocrático, constituindo uma associação fechada que reunia os grupos sociais de maior prestígio da sociedade. Logo, tornar-se irmão da Misericórdia não era para todos. Nas colônias,

“Ser irmão da Misericórdia era quase um atestado que os habilitava [os colonos] a almejarem uma participação nas esferas formais de poder que então se ampliavam na cidade: em última instância era como uma carta de recomendação das elites locais junto ao monarca” (ibid., p. 145).

As Misericórdias representavam, enfim, a boa sociedade local, reproduzindo em sua organização a distinção hierárquica da própria sociedade na qual se inseria.

Expressavam, assim, uma das formas de solidariedade horizontal entre a ‘boa sociedade’.

Se no interior das irmandades havia uma hierarquia entre os irmãos, entre elas essa divisão se acentuava ainda mais. Um ótimo exemplo da hierarquia social espelhada nas irmandades encontra-se na transcrição da festa do Triunfo Eucarístico, ocorrida em Vila Rica (MG) no ano de 1733. A festa foi realizada para acompanhar a transferência do Triunfo Eucarístico, depositado na Igreja de Nossa Senhora do Rosário, para a Igreja paroquial de Nossa Senhora do Pilar, construída especialmente para abrigá-lo. O cortejo começou com o desfile das irmandades negras e pardas, prosseguiu com a passagem das irmandades de brancos e terminou com a Irmandade do Divino Sacramento, a mais opulenta entre as presentes em Vila Rica, na época (Ávila, [s.d]). Em muitas cidades do Brasil colonial e imperial a Irmandade da Misericórdia era a mais prestigiosa.

Mariana de Melo (op. cit., p. 42) considera um traço marcante da colonização lusa a difusão das irmandades leigas. Nas colônias elas eram responsáveis pela construção dos templos e manutenção dos cultos, propagação da fé católica no território e demarcação da fronteira do sertão, o que as tornava braço da empresa colonizadora. A criação da Misericórdia acompanhava a formação da cidade, corroborando a expansão cultural lusitana nos núcleos considerados relevantes pelo império.²⁴ Para além de sua importância para a empresa colonial portuguesa,

“A Irmandade da Misericórdia desempenhou, juntamente com outras instituições próprias daquele tempo, um papel importante no estabelecimento e consolidação destas redes clientelares entre os homens, tendo se constituído em um espaço privilegiado para o exercício desta prática social” (ibid., p. 144).

Russel-Wood (op. cit.), em seu trabalho sobre a Santa Casa da Misericórdia da Bahia, afirma que as doações à instituição eram interpretadas como um dever cristão, segundo a caridade tradicional cristã, o que ratifica o papel relevante das Misericórdias na tradição católica de assistência. O autor trabalha com o conceito de ‘filantropia social’ para explicar as ações das Misericórdias. Para ele a filantropia social seria a ação junto aos desvalidos e teria surgido, em Portugal, com as albergarias que acolhiam os peregrinos durante a Idade Média. Já nas colônias ela teria ganhado uma nova feição, de

²⁴ Isto vale para as cidades no Recôncavo Baiano e do Vale do Paraíba fluminense, onde a economia do açúcar, do cacau e do café impulsionava as cidades. Muitas vezes, porém, a abertura de Santas Casas não indicava necessariamente a adesão ao Compromisso da Irmandade, como se verá adiante nos exemplos de Porto Alegre e Fortaleza.

caráter *semiburocrático*, visto que muitos de seus serviços caberiam, em tese, à municipalidade ou à Coroa. Na verdade, por deter o padroado régio as Misericórdias se transformaram em um dos braços da burocracia, respondendo pelas ações de assistência nas colônias. Em suas ações, o público e o privado eram indissociáveis.²⁵

Na Colônia, no Império e nos primeiros anos da República a Santa Casa manteve a hegemonia da assistência médica no Brasil. Só no princípio do século XX ela perde lugar para outros espaços de cura, ligados diretamente às políticas de saúde.

Entre as diversas ações das Misericórdias, centrarei minha análise apenas em uma de suas obras: a manutenção de seus hospitais, em especial o da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro.

1.3.2 O Hospital da Misericórdia do Rio de Janeiro: entre a caridade e a terapêutica

O século XIX traz modificações substanciais ao cotidiano e ao funcionamento do Hospital da Misericórdia. Até então o hospital mantinha um corpo restrito de funcionários e seu atendimento pouco o diferenciava dos hospitais tradicionais,

²⁵ Vale chamar a atenção para o caso da cidade de Fortaleza, que na primeira metade do século XIX viveu uma experiência ímpar no que tange à questão da assistência. Em 1837 foi criado o cargo de ‘médico da pobreza’. Este cargo, concebido pelo padre José Martiniano de Alencar, presidente da província do Ceará, tinha como objetivo propor medidas que minimizassem os males da pobreza, tais como curar gratuitamente o pobre e os presos, dar impulso à vacinação e realizar visitas diárias aos doentes. Devia também elaborar mensalmente relatórios para o presidente da Província, além de publicar crônicas na imprensa cotidiana com as estatísticas dos atendimentos. O primeiro médico da pobreza José Lourenço de Castro e Silva, formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, assumiu o posto em 1838. De início, era apenas um médico, responsável apenas pelo atendimento aos pobres, mas posteriormente o serviço passou a contar com mais três médicos e um cirurgião. Seus relatórios originaram algumas transformações no cotidiano da cidade, tais como a construção de cemitérios fora da cidade e de abrigos para os retirantes das inúmeras secas que assolaram o Ceará ao longo do século XIX. Acredito que a criação do cargo de médico da pobreza ocupou o espaço normalmente destinado à Santa Casa, que se instalou em Fortaleza em 1861 e assumiu, mais tarde, o Compromisso da Irmandade. Foi então que o cargo começou a perder importância, até ser extinto em 1870, tendo a Santa Casa assumido a assistência aos pobres. Observe-se que o relatório de 1838 do presidente da Província Souza e Mello, ao comentar a manutenção desse cargo, considera-o de pouca abrangência em virtude da falta de medicamentos, das despesas que acarreta e do crescente número de pobres, não só da cidade como de toda a província, que acabariam por afluir a Fortaleza em busca de ajuda. Para Mello a única forma de minimizar a pobreza seria o estabelecimento de um hospital de caridade mantido por uma irmandade, e para tanto era preciso que a Câmara votasse as verbas necessárias à construção do prédio. De todo modo, o cargo público de médico da pobreza não deixa de ser uma forma de controle da pobreza, pois para receber os benefícios — consulta e aviação da receita gratuitos — o indivíduo recebia um atestado de pobreza (cf. Barbosa, 2004, p. 77). O cargo não parece ter existido em outras províncias. Nas do Nordeste, como a Bahia, em que havia diversas Misericórdias, as populações que fugiam das secas acabavam por se dirigir às localidades que possuíam uma maior organização dos socorros (cf. Barreto, 2005).

depositários das misérias humanas: em suas enfermarias conviviam loucos, incuráveis, portadores de doenças contagiosas e expostos. À pouca distância ficava o Recolhimento das Órfãs, que ganhou espaço próprio ainda em 1743.

Foi no âmbito das discussões da Assembléia Constituinte de 1823 que os espaços da Santa Casa do Rio de Janeiro começaram a ser questionados e considerados insalubres, e somente em 1835 a comissão formada na década de 1820, com o propósito de observar a instituição e informar as autoridades sobre suas condições de atendimento, apresentou um relatório concluindo sobre a necessidade de espaços distintos para o hospital, o Recolhimento das Órfãs (o prédio de 1743 fora considerado inadequado) e a Casa da Roda (ou dos Expostos). Em parte como decorrência desse relatório, entre 1838 e 1854 diversos melhoramentos foram introduzidos, entre eles a transferência do cemitério para a região do bairro do Caju; a construção de um novo hospital com 11 enfermarias; a criação de um prédio especial para os alienados a fim de separá-los dos outros doentes (o Hospício Pedro II, inaugurado em 1852); e novas acomodações para os expostos e órfãs.

As epidemias de febre amarela e cólera que assolaram a capital do Império a partir da década de 1850 também contribuíram para as mudanças na relação entre o Hospital da Santa Casa e as doenças. A necessidade de se criarem hospitais de isolamento para atender aos doentes considerados contagiosos obrigou o governo a assumir a construção e a administração desses espaços.

Paralelamente às alterações nos espaços da Santa Casa outras transformações relacionadas ao funcionamento do hospital são realizadas. Como é sabido, a chegada da Corte portuguesa em 1808, no contexto das guerras napoleônicas, provocou modificações profundas na vida da Colônia, entre elas a abertura de cursos superiores no Brasil. Para os historiadores da medicina aquele ano é o marco inicial do ensino médico no Brasil, com a criação da Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro. Funcionando inicialmente nas dependências do Hospital Real Militar²⁶, em 1813 a escola foi transferida para a Santa Casa e aí permaneceu até 1832. Por um tempo a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro — já com este nome — se dividiu entre o antigo Hospital Real Militar e as enfermarias da Santa Casa, e a partir da segunda metade do século XIX instalou-se inteiramente nas dependências desta última.

²⁶ Pouco tempo antes fora criada a Escola de Cirurgia da Bahia. Ambas as escolas, a baiana e a do Rio de Janeiro, seriam, ao longo de um século, as duas únicas faculdades de medicina do Brasil responsáveis pela formação de boa parte do corpo clínico do país.

A convivência do ensino com a assistência e com as obras realizadas na Misericórdia não foi das mais tranquilas. Os problemas eram de diversas ordens, como salienta Tânia Salgado Pimenta (2003): questões relacionadas ao espaço, queixas de falta de leitos, quadro funcional insuficiente, sem contar os conflitos de hierarquia e disciplina. Para se ter uma idéia do impacto dessas mudanças na ordem interna da Irmandade — afinal, às três enfermarias originais seriam acrescentadas, em 1852, mais 11 do novo prédio —, a autora chama a atenção para a evolução do quadro funcional do hospital. No começo do século XIX o hospital da Misericórdia contava com um médico, um cirurgião, um boticário, enfermeiros e serventes. Na década de 1850 atuavam em suas instalações cerca de oito médicos e seus substitutos, um boticário e dez ajudantes, 27 pensionistas, outros 27 enfermeiros(as), 28 serventes, além de 18 irmãs vicentinas.

Os problemas advindos da convivência entre a Faculdade de Medicina e as sucessivas Mesas Diretoras da Irmandade da Misericórdia denotam o conflito maior entre duas práticas distintas: de um lado a caridade e de outro o ensino médico — este último representando a tentativa de medicalização do hospital. Tais práticas foram obrigadas a conviver no mesmo espaço em face da ausência de outro hospital na capital do Império que pudesse abrigar as aulas práticas da Faculdade de Medicina.²⁷ Aliás, o pleito por um hospital próprio parece ter sido a marca desta instituição desde a sua criação. A primeira tentativa de se dotar a Faculdade de um prédio próprio foi feita no final do Império, sem que o projeto tenha saído do papel. Em 1918 é finalmente inaugurado o prédio da Faculdade na Praia Vermelha, porém as enfermarias da Santa Casa continuaram a ser o local da prática médica. Na década seguinte discute-se o plano para o Hospital das Clínicas da Faculdade, mas as obras iniciadas em 1927 são paralisadas quatro anos depois. Somente em 1978, com a inauguração do *campus* da Universidade Federal do Rio de Janeiro, na ilha do Fundão, a Faculdade de Medicina ganha seu hospital próprio — o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho.

Os entraves na relação entre a irmandade e a faculdade podem ser explicados, em parte, por estarem os médicos submetidos às regras de funcionamento impostas pela irmandade, até mesmo quando o hospital passou a ser dirigido por um médico, em 1852. Outro ponto de atrito enfatizado por Pimenta (op. cit.) era a presença dos estudantes nos

²⁷ Flávio Edler (1992, p. 46) destaca que a rede hospitalar da capital imperial era formada, na primeira metade do século XIX, por dez estabelecimentos de assistência: quatro hospitais (Militar, Marinha, Misericórdia e Lázaros), duas instituições de assistência especial (Roda e Expostos, mantidas pela Misericórdia) e quatro hospitais ligados às ordens terceiras (Santo Antônio, São Francisco, Carmo e Carmelitas [sic]). Destes, somente os hospitais militares estavam sob jurisdição governamental.

corredores do hospital: considerado um local de caridade, a irmandade buscava restringir a permanência dos estudantes em suas dependências, bem como controlar os modos e atitudes dos alunos. As normas de conduta abrangiam desde a proibição de portar chapéus em seu interior — tratando-se de um lugar sagrado, o uso do chapéu era desrespeitoso — ao contato com os pacientes. O próprio regulamento editado em 1855 pela Irmandade define o hospital como “um lugar destinado à infelicidade e às dores, onde deve-se evitar toda a espécie de escárnio ou falta de caridade” (apud Pimenta, 2004, p. 4).

A chegada das irmãs da Sociedade de São Vicente de Paulo, dedicada ao trabalho com os pobres, em 1852²⁸ reforçou, mesmo que simbolicamente, o papel do hospital como lugar de caridade, ao mesmo tempo que acirrou os conflitos com os médicos. Às freiras cabiam funções administrativas (supervisão de compras e co-administração) e de enfermagem (alimentação e cuidado com os doentes), e a elas era permitido o livre trânsito pelas enfermarias feminina e masculina. Também eram encarregadas da supervisão dos enfermeiros laicos e da animação da vida religiosa propriamente dita, tais como de missas, orações etc. (Pimenta, 2003, p.122).

Se por um lado à presença das irmãs vicentinas pode ser reputado o aguçamento da feição caritativa do hospital, por outro a criação do Hospício Pedro II e a conseqüente separação entre loucos e doentes, a restrição à aceitação de portadores de moléstias contagiosas e dos considerados incuráveis podem ser computadas entre as vitórias dos médicos no processo de medicalização então em curso naquele estabelecimento. De todo modo, esse foi um processo longo, e o controle do hospital pelos médicos só se daria efetivamente, no Rio de Janeiro, na década de 1920, como se verá posteriormente.

Othmal Keel (2001) ressalta que, quando a administração dos hospitais não estava a cargo do corpo médico, o conflito entre este e os gestores leigos ou religiosos, a controlar e impor regras de funcionamento, era inevitável. Os confrontos podiam se dar entre médicos e freiras, no que se referia aos cuidados aos enfermos, ou mesmo entre médicos e administradores a respeito da função e do papel do hospital²⁹. O mesmo pode ser dito acerca da infra-estrutura do hospital, pautada no serviço das religiosas e de enfermeiros desqualificados. Contudo, observa o autor (ibid., p. 32), “*tout cela*

²⁸ As irmãs vicentinas foram convocadas pela Misericórdia do Rio de Janeiro em 1849, no contexto da primeira epidemia de febre amarela (cf. Pimenta, 2003).

²⁹ Apesar de considerar o processo de medicalização muito parcial e desigual, Keel (id.) observa que o processo de laicização foi, por sua vez, muito longo, além de igualmente parcial e desigual.

n'empêche un ordre médical de s'instaurer progressivement par le biais des besoins thérapeutiques, ni une fonction sanitaire et médico-scientifique de se développer peu à peu dans les interstices des autres fonctions du système hospitalier”.

A disputa que contrapõe, de um lado, o hospital como lócus da ação da caridade e, de outro, o hospital como espaço da prática médica não foi característica apenas da Misericórdia do Rio de Janeiro. O Hôtel-Dieu de Paris, palco de diversas transformações da medicina, só conseguiu afastar a presença da Igreja do seu cotidiano em 1908, quando as freiras agostinianas foram afastadas do hospital e do cuidado aos doentes.³⁰ E em outras Misericórdias brasileiras, como as de Porto Alegre e São Paulo, também houve tensão e atritos entre os médicos e a Igreja, esta representada tanto pela presença das freiras quanto pelas normas da irmandade.

No caso específico da Santa Casa de Porto Alegre, vale chamar a atenção para alguns aspectos salientados por Beatriz Weber (1999) que corroboram as interpretações até agora apresentadas. Essa Santa Casa foi instalada em 1803 e visava, a princípio, o atendimento aos viajantes e pobres, tendo aderido ao Compromisso da Irmandade da Misericórdia somente em 1814, quando passou a gozar de todos os privilégios e a ter todas as atribuições das demais Misericórdias.

A última década do século XIX trouxe duas alterações substanciais no funcionamento da Santa Casa de Porto Alegre: uma foi a chegada, em 1893, das irmãs da Penitência e da Caridade da Ordem Terceira de São Francisco de Heythuizen³¹, que passaram a responder pela administração dos serviços econômicos e sanitários do hospital; e a outra foi a criação, em 1898, da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, cujas aulas práticas começam a ser ministradas nas dependências do hospital. Ambos os eventos, distantes apenas cinco anos um do outro, refletem um duplo movimento, destacado pela autora (id.) em sua análise: de um lado, a presença das franciscanas reafirma o papel da religião católica no controle do hospital e, de outro, marca o início do processo de medicalização do hospital.

A preocupação com a terapêutica assumiu lugar central na vida hospitalar na Misericórdia de Porto Alegre somente a partir da criação da Faculdade de Medicina.

³⁰ cf. nota 11.

³¹ Segundo Beatriz Weber (id., p. 155 et seq.), as franciscanas chegaram ao Rio Grande do Sul em 1872 e criaram a seguir o Hospital Nossa Senhora das Dores para a realização de suas obras de caridade. A presença de religiosos europeus fazia parte da tentativa de reforma da Igreja Católica no país. No caso específico da província de Rio Grande, tinha em vista também a assistência dos colonos espalhados pelo seu território. O Hospital Nossa Senhora das Dores foi desativado quando elas passaram a controlar a Santa Casa e o seu prédio, ocupado pelo Recolhimento.

Beatriz Weber (id.) afirma que, mesmo os médicos eram apenas um dos grupos a disputar o controle do hospital. E tal como acontecera na Misericórdia do Rio de Janeiro algumas décadas antes, a convivência, em um mesmo espaço, do hospital como lócus de terapêutica com o hospital de caridade não foi tranqüila. As freiras de fato levaram a efeito a organização do cotidiano hospitalar e dos serviços de enfermagem, mas a sua relação com médicos e alunos foi permeada de atritos, sobretudo no que se refere a hábitos e atitudes desses últimos. A exemplo do que ocorrera no Rio de Janeiro em meados do século, as freiras consideravam que médicos e estudantes, ao percorrerem desnecessariamente os corredores, atrapalhavam o funcionamento do hospital.

Aos poucos os médicos assumiram o controle do hospital, e na década de 1920 participaram da organização de novos prédios e da construção de um novo hospital. Para Weber (id., p. 169),

“Na Santa Casa, mantinha-se a conexão entre a caridade religiosa e seus significados com a ciência médica, sem que isso representasse uma ruptura. Convivia uma perspectiva místico-religiosa perfeitamente articulada com uma visão científica. A administração da Santa Casa sempre elogiou os médicos pelos seus conhecimentos científicos e pala *dedicação e generosidade* com que prestavam serviços aos pobres” (grifo da autora).³²

O processo de medicalização da Santa Casa de Porto Alegre permite estender a reflexão aqui realizada a outras Misericórdias do Brasil e a suas relações com o ensino médico. A Misericórdia de Salvador não fugiu aos momentos de confronto vividos entre os médicos e as irmãs de caridade. Segundo Venétia Rios (2001), a chegada das irmãs vicentinas à Misericórdia de Salvador em 1856, com o objetivo claro de disciplinar o funcionamento do hospital, desagradou médicos e internos da Faculdade de Medicina, que foram impedidos de permanecer nas dependências do hospital depois das 18 horas. A autora destaca que, apesar dos elogios da Mesa Diretora da Irmandade ao trabalho e à dedicação das irmãs, era difícil a relação entre elas e os médicos, demais empregados e pacientes, o que demonstra os limites da convivência de práticas médicas e culturais diversas no interior daquele hospital.³³

³² Vale atentar que as freiras franciscanas assumiram a administração-geral da Santa Casa de Porto Alegre a partir de 1920 (cf. *ibid.*, p. 169).

³³ Venétia Rios (id.) aponta a ocorrência de queixas de maus-tratos e agressões infligidas pelas irmãs a pacientes internados na Misericórdia de Salvador; alguns desses casos ganharam, na época, as páginas da imprensa cotidiana.

Renilda Barreto (2005) observa, entretanto, que o conflito mais forte vivido no Hospital da Misericórdia baiana não se deu entre as irmãs de caridade e a Faculdade de Medicina, mas sim entre os médicos e o governo da província, que por diversas vezes tentou intervir no funcionamento do hospital, o que, para a autora, denotaria mais uma disputa de poder do que divergências nas questões médico-assistenciais.

Pode parecer estranha a inserção tardia das irmãs de caridade nas Misericórdias do Rio de Janeiro e de Salvador — e o exemplo de Porto Alegre demonstra que a instalação de uma Misericórdia não pressupõe a presença de ordens religiosas em suas dependências. Porém, ao contrário do que ocorria na França — onde a abertura de um Hôtel-Dieu exigia a autorização papal e era comum a presença de ordens monásticas no cuidado aos doentes e na administração, reforçando a ligação desses hospitais com a Igreja Católica —, a não-obrigatoriedade das ordens religiosas nas Misericórdias acentuava o caráter leigo de suas obras de caridade. Nestas a Igreja católica se fazia presente pela igreja da irmandade, pelo capelão e pela caridade dos irmãos e da população em geral.

Essa era uma característica forte da Irmandade da Misericórdia. A de Lisboa, por exemplo, não contou com a presença de freiras até 1857, quando a imprensa médica portuguesa começou a questionar a necessidade de se chamarem freiras para o cuidado dos doentes. Argumentavam que não havia ninguém melhor do que elas para assumir o cotidiano do hospital com eficiência e a baixo custo, argumento este também amplamente utilizado pelos defensores da presença das irmãs nas Misericórdias do Rio de Janeiro e de Salvador. Sabe-se, porém, que a Mesa Diretora da Misericórdia de Salvador cogitou, desde 1834, a entrada de freiras para o serviço de enfermagem e para a direção do Recolhimento e da Casa dos Expostos (ibid.).

Por seu duplo papel de hospital público e privado, no Brasil as Misericórdias se transformaram, ao longo da história, em sinônimo de socorro médico. E foi justamente essa característica que as levou a representar um terceiro papel, o de hospital universitário, que por sua vez acabou por fazer com que a terapêutica ganhasse suas enfermarias. As que primeiro adequaram suas estruturas à ação da medicina terapêutica foram as Santas Casas da Bahia e do Rio de Janeiro, por abrigarem as mais antigas faculdades de medicina do país. Depois, com o advento da República e a abertura de escolas médicas em outras cidades.

A partir de 1870 as mudanças por que passavam a medicina e seu ensino no Velho Mundo repercutiram na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro transformando-

a, assim como a relação dos médicos com o hospital. Também surgiram outros espaços de cura como as casas de saúde³⁴ e a Policlínica Geral, esta última criada em 1881³⁵, que recebiam parte da população não atendida pelos hospitais existentes e médicos formados pela Faculdade. Foi o período em que se consolidaram questões da prevenção e da cura, o tempo do higienismo, e as novas idéias trariam conseqüências também para o Brasil (Edler, 1992).

Apesar do desenvolvimento da prática médica, a Santa Casa da Misericórdia continuava a ser o único espaço aberto a todos, ainda que cada vez mais se tentassem restringir as ‘doenças’ admitidas em seu hospital. Vale lembrar que o prestígio da instituição refletia em seu corpo médico, o que contribuía para a permanência dos médicos em suas enfermarias. A ausência de outro espaço público de atuação e o prestígio agregado eram componentes do cenário que reunia assistência, prática médica e ensino nas dependências da Santa Casa.

As últimas décadas do século XIX foram decisivas para que o hospital se tornasse o lugar da terapêutica, ou seja, para que ele fosse efetivamente medicalizado, e as descobertas de Pasteur tiveram um papel importante nesse processo. Como já foi dito anteriormente, a criação do Instituto Pasteur mudou a relação da caridade com a medicina e também serviu de parâmetro para o surgimento de diversas instituições por todo o mundo ocidental. O Brasil e o Rio de Janeiro, em particular, não passaram alheios a tal movimento.

1.4 ECOS DO PASTEURIANISMO NO BRASIL

Tão logo foram anunciadas as descobertas de Pasteur e iniciou-se a construção do instituto que levaria seu nome, o imperador do Brasil, sempre atento às novidades científicas, esforçou-se para dotar a capital do império de uma instituição voltada para a

³⁴ As casas de saúde são pouco estudadas e sua atuação, ao longo do século XIX, é controversa. Em crônica publicada na *Gazeta Médica do Rio de Janeiro* de 1862, Cyrillo Silvestre considera que o excessivo número dessas instituições privadas na capital — nove, que somadas aos outros estabelecimentos de saúde totalizava 15 “estabelecimentos sanitários” — acarretaria fatalmente uma falência generalizada. No entanto, contrariamente ao que previra o autor, mais casas de saúde foram abertas ao longo da segunda metade daquele século. O estudo do papel dessas casas merece aprofundamento, com relação tanto ao seu público quanto às nosologias que por lá eram atendidas (cf. Silvestre, Cyrillo. Crônica Médica. *Gazeta Médica do Rio de Janeiro*, n.1, 1 de jan. 1863, apud Falcão, 1976, p. 171-172).

³⁵ Há poucos estudos sobre a Policlínica Geral. Ela será abordada mais detalhadamente no capítulo 3.

produção da vacina anti-rábica. Assim, os últimos anos da Monarquia demarcam a criação do Instituto Pasteur do Rio de Janeiro (1888), vinculado à Santa Casa de Misericórdia com o objetivo de fabricar e aplicar a vacina anti-rábica. D. Pedro II foi um grande incentivador da instituição. Luiz Antônio Teixeira (1995) ressalta que o imperador foi um admirador dos trabalhos de Louis Pasteur e chegou a convidá-lo para estudar as epidemias de febre amarela no Brasil. Também respondeu prontamente ao lançamento da lista de subscrição pública para a criação do Instituto Pasteur em Paris, tornando-se um de seus beneméritos. Portanto, a criação do Instituto Pasteur do Rio de Janeiro insere-se no contexto de impacto causado pelas descobertas do cientista e na nova perspectiva que elas lançaram para a medicina.

Para a instalação do Instituto Pasteur do Rio de Janeiro, nas dependências da Santa Casa da Misericórdia, o imperador, em consórcio com a Irmandade, comissionou o médico Augusto Ferreira dos Santos, lente da cadeira de Química Mineral da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, com as atribuições de estudar a técnica de fabricação da vacina anti-rábica e introduzi-la no país. O Instituto Pasteur funcionou inicialmente como uma seção da Santa Casa, o que, na opinião de Luiz Antônio Teixeira (id.), lhe atribui um caráter clínico superior às funções de pesquisa biomédica, ao contrário do que ocorrera no Instituto parisiense e em coerência com a proposta assistencialista da irmandade. Tal análise corrobora a de Paul Weidling (op. cit.), para quem as descobertas de Pasteur permitiram transformar a medicina em um ramo do controle da pobreza, pelo viés da melhoria das condições de vida das populações carentes. Sem dúvida, a produção e a distribuição da vacina anti-rábica pela Santa Casa reforçam o caráter assistencialista da instituição.

No bojo da criação do Instituto Pasteur, outras capitais brasileiras abriram instituições com esse mesmo nome. Todas, porém, restringiram-se à produção e distribuição da vacina, tal como o instituto carioca. A Santa Casa de Recife criou o seu em 1899; em 1908 foi a vez do Instituto Pasteur de Juiz de Fora; e em 1910 surgiu o de Porto Alegre, vinculado à Faculdade de Medicina da capital gaúcha (Teixeira, op. cit., p. 28 et seq.). Creio que a denominação dada a essas instituições estivesse mais relacionada a uma homenagem ao cientista e a uma filiação simbólica ao instituto parisiense, do que propriamente a uma tentativa de se criarem pequenas filiais do Instituto Pasteur nas capitais brasileiras, sobretudo porque tais institutos se

concentraram, como já foi dito, majoritariamente no fabrico e na distribuição da vacina anti-rábica.³⁶

O único a fugir a essa regra foi o Instituto Pasteur de São Paulo, cujos esforços de criação iniciaram em 1895, mas a efetivação deu-se somente em 1903. Esse instituto tinha como objetivos, além da vacina anti-rábica, a produção do soro antidiftérico. De todos os criados no Brasil, foi ele o que teve a configuração mais parecida com a do instituto francês. Mantinha como fonte de renda a venda de imunobiológicos, os recursos obtidos com seus cursos de bacteriologia, receitas governamentais e a filantropia.³⁷ Acordos mantidos com a Santa Casa de São Paulo, que custeava o tratamento de doentes vindos do interior, permitiram ao instituto atender a uma parcela maior da população do estado (*ibid.*, p. 55 et seq.). Permaneceu como instituição privada até 1915, quando, em meio a uma crise financeira e em franca decadência, foi transferido para a alçada estadual³⁸.

No âmbito do Rio de Janeiro, Jaime Benchimol (1999) considera que a instituição criada por Domingos Freire, por reunir pesquisa e produção, foi a que mais se aproximou do paradigma lançado por Louis Pasteur. O Instituto Domingos Freire inaugurou no final de 1890, com a finalidade de fabricar e difundir a vacina que ele próprio desenvolvera contra a febre amarela, baseando-se no mesmo princípio que Edward Jenner utilizara para o preparo da vacina antivariólica³⁹. Dois anos depois, com sua regulamentação, o instituto teve suas funções ampliadas, passando a estudar tanto a natureza quanto a etiologia, o tratamento e a profilaxia de doenças infecto-contagiosas e outras de interesse para a saúde pública. Apesar de sua ampla agenda de trabalho, o Instituto Domingos Freire não teve vida longa, pois não sobreviveu à morte de seu fundador e diretor, em 1899 (*ibid.*). Ao comentar os primórdios da pesquisa experimental no Brasil, Pedro Nava (2003, p. 133) afirma que Domingos Freire,

³⁶ Desde o início de sua história o Institut Pasteur criou centros de pesquisa fora de Paris, mas todos subordinados a sua direção, a exemplo do Institut Pasteur de Lille, cujo principal pesquisador foi Albert Calmette, que juntamente com Camille Guérin desenvolveu, na sede do instituto, a vacina do BCG (bacilo de Calmette-Guérin) para a profilaxia da tuberculose. Com sua ação centralizada na pesquisa aplicada em saúde pública, o instituto ligou-se à empresa colonial francesa e abriu postos em Túnis e Saigon, entre outros, todos eles vinculados à matriz, ainda que mantendo laços com a medicina colonial (*cf. Moulin, 1995*).

³⁷ A comunidade italiana era uma de suas maiores doadoras, a que Luiz Antônio Teixeira (*id.*, p. 70) atribui ao fato de seu primeiro diretor ter sido o médico de origem italiana Ivo Bandi, substituído logo depois por um outro italiano, Antônio Carini, cuja administração marcou a trajetória da instituição.

³⁸ Luiz Antônio Teixeira (1995) atribui a essa data o marco do final do primeiro período do Instituto Pasteur de São Paulo.

³⁹ A vacina era desenvolvida a partir da varíola da vaca.

“procurando o germe da febre amarela, só encontrou uma ilusão. Mas deixou com seu exemplo o gosto pela pesquisa e pela indagação experimental”.

Também na década de 1890 ocorreu a criação do Instituto Vacínico Municipal (1894), com o objetivo de promover a vacinação antivariólica na capital republicana, produzida pela técnica da vacina animal, então já amplamente aceita como profilaxia contra a doença. Esse instituto ocupou o lugar deixado vago por ocasião da extinção, em 1886, do Instituto Vacínico do Império, subordinado ao Ministério do Império e criado em 1846 para atuar — de início na Corte e posteriormente em todo o território imperial — na vacinação contra a varíola. A proposta desse instituto imperial era bastante audaciosa, pois previa o estudo, a prática, o melhoramento e a aplicação, em todas as províncias, da vacina desenvolvida segundo a técnica janneriana. Com sua extinção, a produção da vacina foi descentralizada.

No Rio de Janeiro, os últimos anos na Monarquia e os iniciais da República foram marcados pelo surgimento de diversos laboratórios de pesquisa experimental, ligados a instituições de pesquisa e ensino ou às Forças Armadas, tais como o Laboratório de Fisiologia Experimental do Museu Nacional (1880), cuja direção foi entregue a Louis Couty e a João Batista de Lacerda; o Laboratório de Higiene da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1882), surgido no bojo da Reforma do Ensino Médico; e o Laboratório Militar de Bacteriologia (1894).

Outra instituição criada na última década do século XIX foi o Instituto Sanitário Federal (1894), resultante da fusão da antiga Diretoria Sanitária e do Laboratório de Bacteriologia, o qual, segundo Jaime Benchimol (op. cit., p. 254), restara “como figura jurídica abstrata após a extinção do Instituto de Higiene”. Este instituto acumulara as atribuições da antiga Diretoria de Higiene — a supervisão do exercício da medicina e da farmácia — e novas funções como a gestão da política de higiene, que compreendia a administração dos hospitais de isolamento e dos desinfectórios; o serviço de demografia sanitária e a manutenção de um laboratório para estudo bacteriológico e análises químicas e terapêuticas (ibid.). De todo modo, quaisquer que tenham sido os resultados da atuação desse órgão público de administração sanitária, destaca-se a sua tentativa de legislar sobre a higiene em sincronia com experiências similares realizadas no exterior.

O final do século XIX presenciou grandes transformações na vida social e política brasileira. Ao lado de iniciativas pontuais de inserção da medicina experimental no cotidiano brasileiro, deu-se o ingresso do Estado nas ações de saúde pública, por um lado inspirado na experiência de Pasteur e, por outro, devido ao advento da

microbiologia. Vale ressaltar que as principais instituições de pesquisa biomédica criadas no final do século XIX e início do século seguinte estavam sob tutela governamental: os Institutos Bacteriológico de São Paulo (1892) e Butantã (1901), ambos geridos pelo governo estadual; e o Instituto Soroterápico Federal (1900), posteriormente Instituto Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, criado e gerido pelo governo federal. Mas este é um outro assunto, que será abordado posteriormente.

1.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste capítulo procuro situar os primórdios da prática médica no Brasil e sua estreita relação com os hospitais mantidos pelas Misericórdias, como intuito de melhor compreender as transformações ocorridas no início do século XX e as ações de Guilherme Guinle na década de 1920.

Na organização político-religiosa do Brasil colonial e imperial, a caridade e a assistência estiveram baseadas nas ações de instituições leigas de devoção — afinal, uma das características das irmandades e ordens terceiras era a sua reunião em torno da devoção a um determinado santo —, não existindo muito espaço para as ações individuais, tal como ocorreu no mundo anglo-saxão. Gilberto Freyre (2000) chama a atenção para a mística que cercava os donativos e legados feitos às irmandades, notadamente à Misericórdia, a ponto de essas práticas se tornarem uma das marcas da vida religiosa do Brasil na virada do século XIX para o século XX. Não só por seu caráter religioso e caridoso como também pelo prestígio social a ela agregado desde os tempos coloniais, uma vez que a hierarquia das irmandades refletia a hierarquia social existente. Assim, ser irmão da Misericórdia era símbolo de prestígio, da mesma forma que — guardada a devida hierarquia — o era participar das outras irmandades e ordens terceiras.

Quanto à prática médica, o século XIX distinguiu-se pelo processo de medicalização do hospital, que aos poucos foi se transformando em espaço de terapêutica em detrimento da caridade. No Brasil tal processo esteve intimamente ligado à criação das Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, a todas as transformações do ensino médico e ao seu impacto no cotidiano hospitalar das Misericórdias dessas duas cidades. Na França, como foi salientado, a questão da

assistência modificou-se gradualmente após a segunda metade do século XIX, por um lado com o surgimento do mutualismo e, por outro, devido a inovações técnicas da medicina, encontrando seu ápice nas descobertas de Pasteur e na criação do instituto que leva seu nome.

Esse cenário de mudanças atingiria a área da assistência, no Brasil. As ações das irmandades e ordens terceiras modificaram-se no decorrer do século XIX, e a segunda metade do Oitocentos viu surgir caixas de socorro e previdência, como a Caixa Econômica, criada por decreto governamental em 1861, e o Monte Pio dos Servidores, ambos de caráter previdenciário (Allain, 1886, p. 236 et seq.). Também foram formadas instituições cuja principal função era afirmar o papel da medicina na melhoria das condições de vida da população, a exemplo da Policlínica Geral do Rio de Janeiro e dos pequenos Institutos Pasteur nas capitais brasileiras. E certamente a criação de órgãos públicos como o Instituto Bacteriológico e Butantã, em São Paulo, e o Instituto Soroterápico Federal, no Rio de Janeiro, podem ser considerados ao mesmo tempo *indício* de uma nova mentalidade médico-assistencial a se constituir no país, na qual a medicina passa a ser vista como instrumento de melhoria das condições de vida, e *resultado* de um processo, em que a terapêutica suplanta a caridade na gestão hospitalar.

Quando, na década de 1920, Guilherme Guinle surge como filantropo da saúde pública no Brasil, o discurso médico que interpreta a medicina como um dos instrumentos de regeneração do pobre encontrava-se no auge, e estaria consolidado quando ele se tornou mecenas da ciência, na década seguinte.

CAPÍTULO 2

GUILHERME GUINLE

"Estes 'homens novos' não dispunham de riqueza e famílias tradicionais, nem contatos, posições políticas ou atividades urbanas. Eles 'entraram', no entanto, por motivos bastante tradicionais — dinheiro novo, ganho no final do Império e início da República. Talvez os mais famosos entre estes novos-ricos fossem os Guinle, famosos pelo charme pessoal e pelo estilo de vida cultivado à custa de uma fabulosa fortuna, produto das circunstâncias específicas da época. O fundador da fortuna, Eduardo Palassin Guinle (f. 1912), não passava de mais um empresário francês no Rio. Dedicou-se à importação de maquinário elétrico, ao lado de um sócio competente, Candido Gaffrée (f. 1919). Nos últimos anos do Império, no entanto, Guinle e Gaffrée conseguiram dar um golpe de proporções inacreditáveis. Eles ganharam uma concessão de noventa anos para construir e operar as docas de Santos, o porto de São Paulo, bem no momento em que a província assumia a liderança na produção de café, numa época em que o Brasil já havia consolidado sua posição como o maior exportador mundial do produto. Gaffrée, padrinho de pelo menos um dos filhos de Guinle, morreu sem deixar filhos. Desta forma, a concessão, bem como os outros interesses da firma, tornaram-se a galinha dos ovos de ouro dos Guinle, colocando-os desde então em uma invejável posição econômica e social."

(Needell, 1993, p. 124-125)

O trecho que serve de epígrafe a este capítulo resume a trajetória dos Guinle e o significado deste nome para a sociedade carioca da virada do século XIX para o XX. Este capítulo trata de Guilherme Guinle, membro da segunda geração da família, e seu tempo, com ênfase em sua biografia e nas transformações por que passam a cidade do Rio de Janeiro e o Brasil durante a sua vida, as quais o marcarão sobremaneira.

Pesquisar a vida de Guilherme Guinle é uma empreitada difícil, tendo em vista as poucas informações disponíveis. Há uma biografia (Barros, 1992) sua, encomendada pela família por ocasião do centenário de seu nascimento. Além desse livro, que aborda principalmente as suas feições empresarial e filantrópica — buscando retratar um indivíduo exemplar — encontram-se os necrológicos, a maioria escrita por grandes personalidades da vida política e intelectual da época; o livro de César Honorato (1996), que também prioriza o lado empresarial da família, por dedicar-se à criação e estruturação da Companhia Docas de Santos; o trabalho de Sérgio Lamarão (2002), que segue a mesma linha, porém centrado na disputa em torno da eletrificação do Rio de Janeiro; além de uma pequena biografia no *Dicionário histórico-biográfico brasileiro* (Abreu, 2001). A documentação pessoal, que poderia fornecer mais informações sobre sua vida, visão de mundo e personalidade, mantém-se em um silêncio talvez cuidadosamente erguido pelo desaparecimento dos registros. Sigo, então, nessa tarefa, os ‘traços’ remanescentes e aqueles que não se consumiram.

2.1 Gaffrée, Guinle & Cia.

Guilherme Guinle nasceu em 27 de janeiro de 1882, no Rio de Janeiro. Terceiro dos nove filhos de Eduardo Palassin Guinle e Guilhermina Guinle⁴⁰, faleceu na mesma cidade em que nasceu, em 20 de maio de 1960, sem que jamais tivesse se casado. Fez os estudos secundários no Colégio Kopke, onde foram seus colegas Álvaro e Miguel Ozório de Almeida — filhos de Gabriel Ozório de Almeida, diretor da Companhia Docas de Santos —, Manuel e Cipriano Amoroso Costa, Aloísio de Castro e José Maria Leitão da Cunha. Por insistência familiar, abandonou a Escola Naval já no quinto ano e ingressou na Escola Politécnica, graduando-se engenheiro civil em 1905. Certamente os cinco anos como aspirante a guarda-marinha influenciaram a formação e o caráter do

⁴⁰ Os filhos do casal eram: Eulália, Eduardo, Guilherme, Arnaldo, Luiz, Otávio, Carlos, Celina e Heloísa. Eulália e Luiz morreram ainda na infância.

jovem Guilherme, e o nacionalismo e civismo, amplamente reconhecidos como algumas de suas características mais marcantes, podem ter sido acirrados no convívio militar.

Logo após a sua formatura partiu para os Estados Unidos, onde por um ano estagiou em diversas empresas de eletricidade, entre elas a General Electric.

Apesar de não ser o primogênito, coube a Guilherme dirigir os negócios da família. Sua trajetória executiva foi brilhante. Entre outros cargos e postos, dirigiu a Companhia Docas de Santos e o Banco Boavista, do qual foi um dos fundadores; foi o primeiro presidente da Companhia Siderúrgica Nacional e também presidente do Banco do Brasil.⁴¹ Com uma intensa vida mundana, frequentou os principais clubes da cidade, entre eles o Jockey Clube e o Clube de Engenharia⁴², do qual tornou-se sócio benemérito, tal como o fora Candido Gaffrée.

A história da família Guinle e de sua posição no panteão político e econômico brasileiro teve origem na geração anterior a de Guilherme e relaciona-se estreitamente à trajetória dos amigos, sócios e compadres Eduardo Palassin Guinle e Candido Gaffrée, ambos descendentes de franceses e nascidos na província do Rio Grande.

Candido Gaffrée foi o primeiro a ganhar a Corte ao abrir na rua da Quitanda, em 1870, a loja Aux Tulleries, especializada no varejo de tecidos. No ano seguinte, com a abertura de capital da firma, seu amigo de infância Eduardo P. Guinle entrou como sócio no negócio. Sabe-se que Eduardo amealhara fortuna trabalhando como guarda-livros tanto na província quanto na Corte, o que lhe teria permitido ingressar na sociedade (Barros, 1982; Honorato, op. cit.). No mesmo período, com a saída dos outros dois sócios, ambos assumiram a direção do empreendimento, cuja razão social foi rebatizada de Gaffrée & Guinle. A abertura de capital permitiu uma ampliação da firma que a possibilitava negociar qualquer artigo, além dos tecidos importados (ibid. p. 53). Àquela altura ambos os sócios já gozavam de muito prestígio na Corte, como o demonstram a construção do palacete da rua São Clemente (1880) por Eduardo P. Guinle e o ingresso de Candido Gaffrée no seletto Clube de Engenharia (1883).

⁴¹ Entre tantas outras funções administrativas, Guilherme Guinle foi presidente do Conselho Técnico de Economia e Finanças (órgão do governo federal), da Comissão do Plano Siderúrgico Nacional, Companhia Nacional de Seguros, Companhia Nacional Tecido de Juta, Companhia Brasileira de Energia Elétrica, Fábrica de Tecidos Aliança, Usina São José, Indústria Brasileira de Refinação de Óleos, Editora Agir, Moinho Selmi-Dei S.A. Indústria e Comércio e Companhia Brasileira de Educação; presidiu o Conselho Administrativo da Panair do Brasil e o Conselho Consultivo da Companhia Siderúrgica Belgo Mineira; foi diretor da Fundação Getúlio Vargas, da S.A. Fábrica de Tecidos Santa Helena, Companhia Telefônica Nacional e Companhia de Cigarros Souza Cruz; e membro do Conselho Consultivo da Mesbla S.A.

⁴² O Clube de Engenharia, criado em 1880, teve papel relevante nas discussões acerca da reforma urbana do Rio de Janeiro e de sua modernização.

Ainda durante o período imperial os sócios ensaiaram outros empreendimentos: aventuraram-se na construção de estradas de ferro no Nordeste e nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro (Lamarão, op. cit., p. 82).

Nos últimos anos do Império, uma outra possibilidade de atuação se apresentou aos sócios. Foi aberta uma concorrência para a concessão do Porto de Santos, cuja precariedade dos serviços vinha dificultando o comércio da província de São Paulo. Em 1888 a firma Gaffrée & Guinle assumiu as obras de melhoria e obteve os direitos de exploração do porto por 39 anos. Com o advento da República, novas negociações foram feitas entre as partes e ampliou-se o prazo de concessão para 90 anos a partir de 1890. Dois anos depois seria constituída a Companhia Docas de Santos, com sede na capital federal e cuja existência esteve diretamente relacionada à detenção, por parte da família Guinle, dessa concessão.

Em 1907 o estatuto da Companhia Docas de Santos passou por sua primeira modificação. Foi criada uma diretoria da qual faziam parte o engenheiro ferroviário Gabriel Ozorio de Almeida, o jurista José Xavier Carvalho de Mendonça e Guilherme Benajamin Weinscenck, além dos sócio-majoritários Candido Gaffrée e Eduardo P. Guinle, sendo Gaffrée designado diretor-presidente, cargo que ocupou até a sua morte em 1919.

A imprensa da época alcunhou os sócios de ‘Polvo’, expressão recuperada por César Honorato (op. cit.) e que representa bem os empreendimentos dos dois sócios tanto em sua diversidade quanto em sua atuação geográfica, pois seus ‘tentáculos’ alcançavam toda a região Sudeste e a Bahia.

Não resta dúvida de que a maior parte dos investimentos da dupla girou em torno do Porto de Santos e, a fim de dar a este independência de operação, esforços dispendiosos foram feitos. O primeiro passo foi buscar autonomia de energia elétrica, e para tanto foi adquirida uma fazenda em Itatinga, na Serra de Santos (SP), onde construiu-se uma usina hidrelétrica em 1905. Três anos depois os sócios conseguiram autorização para vender o excedente de energia gerada na usina para particulares. Para César Honorato (id.) foi a partir de então que eles se firmaram em outros ramos do serviço público.

À produção e comercialização de energia elétrica iniciadas com a experiência de Itatinga somaram-se a concessão para produção e abastecimento elétrico para a capital e alguns municípios do estado do Rio de Janeiro (Niterói, São Gonçalo e Petrópolis), bem como para as cidades de Santos e São Paulo. Com a constituição da Companhia

Brasileira de Energia Elétrica (CBEE), em 1909 — cujo objetivo principal era a geração e distribuição de energia elétrica —, os ‘tentáculos’ da dupla atingiram os municípios baianos de São Félix, Cachoeira, Santo Amaro e Salvador, as cidades mineiras de Belo Horizonte, Uberaba, São José da Boa Vista e Juiz de Fora, todo o Rio Grande do Sul, as cidades paulistas de Mococa e Guaratinguetá, além de Campos, no estado do Rio de Janeiro. Também a partir da criação da CBEE a firma ampliou a natureza de seus negócios, passando a atuar na concessão de telefonia na Bahia e nos serviços de bonde em Salvador.

O desejo de investir na produção de energia elétrica havia sido despertado ainda no final do século XIX, quando Gaffrée e Guinle adquiriram, em 1899, uma queda d'água no rio Paquequer, em Teresópolis (RJ), com o propósito de levar eletricidade para a capital, mas as obras no Porto de Santos adiarão por alguns anos a entrada da dupla no setor. Em 1903 Eduardo Guinle Filho abriu, juntamente com o engenheiro norte-americano Adolf Aschoff, a firma Aschoff & Guinle⁴³, cujos negócios “abrangiam a representação de fabricantes internacionais de equipamentos elétricos entre os quais a General Electric, o comércio de artigos elétricos, a execução de projetos e a construção de pequenas hidrelétricas e linhas de transmissão” (Lamarão, op. cit., p. 83). No ano seguinte, com a morte de Aschoff, a razão social da firma foi mudada para Guinle & Cia., mantendo-se as mesmas diretrizes da antecessora. Posteriormente Candido Gaffrée incorporou-se à sociedade, quando a Guinle & Cia. absorveu as atividades da Gaffrée & Guinle no ramo da eletricidade. Em 1909 a Guinle & Cia. se tornou acionista majoritária da CBEE.

Os negócios de energia elétrica ficaram a cargo dos filhos mais velhos de Eduardo P. Guinle, os engenheiros Eduardo Filho e Guilherme, que organizaram suas áreas de atuação do seguinte modo: ao primeiro coube a construção da usina Álvaro Torres, que visava o fornecimento de energia ao Distrito Federal; e ao segundo ficaram destinados os negócios na Bahia. A atuação nesse setor gerou uma luta de cerca de dez anos (1905-1915) entre o Grupo Guinle e o grupo canadense Rio Light and Power, pelo

⁴³ Há uma divergência entre Geraldo Mendes de Barros (op. cit.), Sérgio Lamarão (op. cit.) e Cezar Honorato (op. cit.) a respeito da criação da firma Aschoff & Guinle. Para Lamarão ela teria sido criada pelos dois filhos mais velhos de Eduardo P. Guinle, Eduardo e Guilherme; para Barros o capital inicial teria sido só de Eduardo Filho, ainda que posteriormente Guilherme tivesse tomado parte ativa no empreendimento; e para Cezar Honorato teria cabido a Eduardo P. Guinle a abertura da firma. Prefiro guiar-me pelo trabalho de Barros por ser este o biógrafo oficial de Guilherme Guinle e porque sua versão dos fatos tem pontos de convergência com a de Lamarão. Não cabe, nos limites deste trabalho, um aprofundamento maior nesta questão, e o seu registro é feito apenas para evidenciar a relativa inconsistência dessa informação.

controle da produção e distribuição de eletricidade no Rio de Janeiro. A disputa ultrapassou a esfera privada e colocou em lados opostos o governo federal e a Prefeitura do Distrito Federal, promovendo um desfile de defensores de ambos os lados nas esferas jurídica e legislativa. Em 1915, com a Light já dominando o fornecimento de energia em boa parte da cidade, o Grupo Guinle pôs fim na contenda e desistiu de atuar na capital federal (ibid.).

A competição pelo controle da eletrificação do Rio de Janeiro naquele período esconde, para além de interesses financeiros, um jogo de poder e prestígio sociais. A energia elétrica, que era vista com reservas nos primeiros tempos, rapidamente “se tornou (...) a vedete cobiçada do espetáculo urbano” (Sevcenko, 1998, p. 548) e um diferenciador social, tanto para aqueles que a utilizavam quanto para os que atuavam nesse setor. Quando associada aos serviços de bonde, passou a representar a velocidade. E velocidade levava ao progresso, desejado e almejado por todos.

A despeito da diversidade de empreendimentos que realizaram, Gaffrée e Guinle se dedicaram, primordialmente, a projetos que visavam a melhoria do Porto de Santos. A hidrelétrica de Itatinga foi uma dessas ações. A reforma e o saneamento do porto foram outras das providências tomadas ainda no final do século anterior. As obras no porto já estavam previstas no contrato de concessão, e a necessidade de modernização era mais do que evidente. Já o saneamento foi realizado em virtude do surto de peste bubônica que chegou por aquele porto em fins de 1899 e logo se espalhou por todo o país.

A Companhia Docas de Santos atribuiu às reformas por ela realizadas no porto as melhorias das condições de higiene em seus arredores (Honorato, op. cit.). De fato, a chegada da peste em Santos — sem contar as outras epidemias que por lá grassavam — obrigou o governo paulista, em 1900, a programar o saneamento da cidade, iniciativa que teve forte apoio da companhia, motivada pelos prejuízos que vinham acarretando as más condições da cidade. Porém, apesar de todo o apoio recebido, a execução da obra foi adiada por alguns anos.

Outra ação dos sócios repercutiu positivamente nas condições de vida dos trabalhadores da zona portuária: o apoio, por volta de 1907, à criação da Associação Beneficente dos Empregados da Companhia Docas de Santos, sociedade de auxílio mútuo que contaria com serviço médico aos funcionários, substituindo aquele que era prestado pela própria companhia. No campo dos serviços médicos os sócios também estenderam seus ‘tentáculos’ até a capital da República ao se tornarem beneméritos da

Policlínica de Botafogo (1899), que, em gratidão à generosidade deles, propôs, em 1922, que seu Instituto de Puericultura fosse batizado de Instituto Guinle-Gaffrée.⁴⁴

Gaffrée e Guinle consolidaram seus negócios em um período de grandes transformações no país. No que se refere à prática médica especificamente — e conforme mencionado no capítulo anterior — abriam-se então instituições de medicina experimental fortemente inspiradas nas descobertas de Pasteur e na criação do Instituto Pasteur de Paris. Entre estas ganharam destaque as subvencionadas pelo estado de São Paulo e pelo governo federal: o Instituto Bacteriológico de São Paulo, o Instituto Butantan — geridos pelo governo paulista — e o Instituto Soroterápico Federal — da alçada federal e posteriormente denominado Instituto Oswaldo Cruz (IOC).

O Instituto Bacteriológico de São Paulo teve sua trajetória originada na descentralização das ações de saúde pública prevista na Constituição de 1891. No ano seguinte o secretário do Interior do estado de São Paulo, Vicente Carvalho solicitou a instalação de uma instituição de pesquisa bacteriológica visando o combate das principais doenças que propagavam no estado, notadamente as febres amarela e tifóide, a peste, o cólera e a varíola. O pleito foi atendido em julho daquele mesmo ano, quando foi criado o Laboratório Bacteriológico. Seu primeiro regulamento, aprovado em fevereiro de 1893, estabelecia sua subordinação à Secretaria do Interior e sua supervisão à Divisão de Higiene. Elencava como finalidade do laboratório o estudo da microscopia e microbiologia voltado, principalmente, à etiologia das endemias, epidemias e epizootias mais comuns no estado. Havia também preocupação com a produção de vacinas e “aplicações terapêuticas”. Em setembro houve uma alteração em seus estatutos e o laboratório passou a se chamar Instituto Bacteriológico, nome que manteve até 1940, quando foi designado Instituto Adolpho Lutz, em homenagem a seu antigo diretor, e ampliou-se bastante seu campo de atuação. Na alteração dos estatutos de setembro de 1893 o então Instituto Bacteriológico ganhou mais uma função, a de realizar exames microscópicos visando a elucidação de diagnósticos clínicos. Seu

⁴⁴ O Instituto de Puericultura tinha por fim o atendimento da mulher-mãe e da criança pobre. Foram previstas duas seções distintas: uma dedicada à infância, tendo como patrona Elisa Torres Barbosa; e outra ligada à assistência materna. Para seus dirigentes “a fundação Guinle-Gaffrée vem contribuir grave falta dos afortunados de Botafogo e que poderá alcançar, em pouco tempo, com esforço conjugado de um grupo de senhoras abnegadas e com a dedicação dos médicos da Policlínica, a melhoria dos seus actuaes serviços de puericultura, estabelecendo o dever regional de uma proteção mais eficiente para as lactantes, para as crianças da 1ª e 2ª infância (...)”. Suas ações estariam baseadas na distribuição de alimentos, medicamentos e roupas, na educação higiênica das mães, na criação de um asilo-sanatório para menores, entre outras, e seu objetivo último era a composição de uma liga paroquial contra a mortalidade infantil (“Policlínica de Botafogo...”, JC, 15 jul. 1922).

quadro de pessoal era, contudo, restrito: além do diretor, contava com três ajudantes e dois serventes (verbete Instituto Adolpho Lutz, DHBCSB).

Já os Institutos Butantan e Soroterápico Federal foram criados em virtude da chegada da peste bubônica ao Porto de Santos, em outubro de 1899.⁴⁵ Emílio Ribas, então diretor do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, propôs a fundação de um local para a fabricação de soro antipestoso. Ainda em 1899 foi adquirida, pelo estado de São Paulo, a Fazenda Butantan, afastada nove quilômetros da capital do estado, e nela instalado o Instituto Serumtherapico do Estado de São Paulo, vinculado ao Instituto Bacteriológico. Os trabalhos iniciaram tão logo chegaram os cavalos solicitados por Adolpho Lutz. Em 1901 o instituto foi desvinculado do Instituto Bacteriológico e passou a se chamar Instituto Butantan tendo como primeiro diretor Vital Brazil, antigo assessor de Lutz. O Butantan se dedicou ao preparo de soros e vacinas. Além do soro antipestoso, também produzia soros antiofídicos, campo de interesse de Vital Brazil desde 1897 (verbete Instituto Butantan, DHBCSB).

O Instituto Soroterápico Federal, por sua vez, foi instalado em maio de 1900 na Fazenda de Manguinhos, bastante afastada do centro urbano, sendo seu diretor-geral o barão de Pedro Affonso e seu diretor-técnico, Oswaldo Cruz. Contava ainda com um médico e dois estudantes; além de quatro ajudantes e serventes. O instituto foi inaugurado oficialmente em julho daquele mesmo ano. Em 1902, após uma série de disputas entre os dois diretores, o barão de Pedro Affonso se desligou do instituto e Oswaldo Cruz assumiu a direção-geral. A partir de então Manguinhos passaria por grandes transformações. Em 1903 teve início a construção de seu conjunto arquitetônico, com instalações e equipamentos modernos para abrigar e permitir o funcionamento de seus laboratórios.⁴⁶

Os primeiros anos do Instituto Soroterápico Federal foram marcados pela produção de soros e vacinas para distribuição na capital, onde se alastravam doenças e epidemias. Com a ascensão de Oswaldo Cruz⁴⁷ ao cargo de diretor, a instituição firmou-

⁴⁵ Sobre a história destas instituições, ver Benchimol (1990, 1993).

⁴⁶ Para mais informações sobre este instituto, ver: Benchimol (1990 e 1993), Stepan (1976) e verbete “Instituto de Manguinhos/Instituto Soroterápico Federal”, DHBCSB.

⁴⁷ Oswaldo Gonçalves Cruz nasceu no dia 5 de agosto de 1872 em São Luís do Paraitinga, São Paulo, e faleceu em 11 de fevereiro de 1917, em Petrópolis, Rio de Janeiro. Em 1886 ingressou na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e, dez anos depois, partiu para estudos de aperfeiçoamento no Instituto Pasteur, de onde retornou em 1899. A chegada da peste bubônica em Santos (SP), poucos meses depois de seu retorno, coloca-o no centro da discussão e dos esforços para controlar a doença, bem como do processo de institucionalização da ciência experimental no Brasil. Em 1915 afastou-se da direção do Instituto Oswaldo Cruz e indicado para a recém-criada Prefeitura de Petrópolis (RJ), de onde foi o primeiro prefeito.

se no campo da medicina experimental e passou a dedicar-se à pesquisa, à produção de imunoterápicos para a medicina humana e veterinária e ao ensino. Por meio de cursos de Aplicação buscou criar seus próprios quadros de profissionais, ao mesmo tempo que atingia seus objetivos de difundir os preceitos da medicina experimental, e logo tornou-se uma instituição de referência em âmbito nacional e latino-americano.

Ainda nos primeiros anos de existência Manguinhos consolidou sua vocação para a pesquisa em saúde pública. De fato, por seus laboratórios atuavam cientistas como Carlos Chagas, Adolpho Lutz, Emanuel Dias, Henrique de Beaurepaire Rohan Aragão, Arthur Neiva, Henrique da Rocha Lima e tantos outros. Entre os trabalhos mais significativos de sua primeira década vale ressaltar a descoberta da vacina contra o carbúnculo sintomático, ou febre da manqueira — doença que atingia o gado —, por Alcides Godoy em 1908, que lhe rendeu autonomia financeira, e a descoberta do *Trypanosoma cruzi* por Carlos Chagas, em 1909, agente da doença que leva o nome de seu descobridor — a doença de Chagas.

Em 1907 Manguinhos recebeu o nome de Instituto de Patologia Experimental, traduzindo a orientação da instituição pretendida por Oswaldo Cruz. No ano seguinte passou a se chamar Instituto Oswaldo Cruz, no bojo das homenagens ao cientista pela premiação na Exposição de Higiene e Demografia de Berlim, em 1907, onde apresentara a campanha vitoriosa de 1904 contra a febre amarela, por ocasião da Reforma Sanitária. O sucesso do instituto nessa exposição consolidou o papel de Manguinhos no cenário da pesquisa biomédica mundial. Para Gilberto Freyre (2000, p. 809),

“Médicos brasileiros, em institutos como de Manguinhos ou Oswaldo Cruz, em laboratórios como os das Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, à frente de repartições públicas, de Saúde ou Higiene, juntaram-se, na época aqui considerada, a engenheiros e a uns poucos agricultores e industriais arrojados (...) concorrendo para que a República de 89, desde os seus primeiros decênios (...) [demonstrasse] ser possível, no Brasil, o desenvolvimento de uma civilização agrária e industrial que, por ser situada no trópico, não tinha fatalmente de conservar-se nem apenas subeuropéia em suas técnicas nem inferior nas suas realizações, às civilizações situadas em regiões temperadas.”

Foi este o período em que os Guinle se firmaram no cenário nacional. Com a morte de Eduardo Palassim Guinle, em 1912, sucedeu-o na Companhia Docas de Santos

seu primogênito Eduardo Guinle, que pouco depois seria substituído por Guilherme Guinle. Após sete anos Candido Gaffrée morreria sem descendentes, deixando sua fortuna para aqueles a quem considerava sobrinhos — os filhos de seu amigo, sócio e compadre Eduardo P. Guinle.⁴⁸ Encerrava-se, assim, a primeira geração dos Guinle.

2.2 O tempo de Guilherme Guinle

Guilherme Guinle viveu sua infância nos últimos anos do Império, cresceu durante a consolidação da República e dos negócios familiares, viveu a *Belle Epoque* carioca e dela se tornou um dos maiores emblemas. O Rio de Janeiro de então era, nas palavras do cronista Luiz Edmundo (1957, p. 24), “um miserável agrupamento de telhados mais ou menos pombalinos, feio, sujo, torto, dessorando os vícios e os preconceitos da velha cidade de Men de Sá”.

A República que Guilherme viu crescer e, sobretudo, tomar forma passou inicialmente por momentos difíceis como a campanha contra Canudos e a crise econômica do encilhamento. Distinguiu-se, também, pela gestão de Rodrigues Alves na Presidência da República, entre os anos de 1902 e 1906. Para Nicolau Sevcenko (op. cit.) o período caracterizou-se por mudanças profundas. Para os homens daquela época “era como se a instauração do novo regime republicano implicasse pelo mesmo ato o cancelamento de toda a herança do passado histórico do país e pela mera reforma institucional ele tivesse fixado um nexos co-extensivo com a cultura e a sociedade das potências industrializadas” (ibid., p.27).

Nesse contexto evocavam-se os mais diversos modelos civilizatórios, tais como o urbanismo científico e a crença na infalibilidade do progresso e na opinião pública esclarecida. E assim como eram diversos os modelos, múltiplas foram também as estratégias para se obter, ao mesmo tempo, a ruptura com a antiga ordem e o progresso. Buscava-se apagar as lembranças do período imperial com medidas drásticas como o banimento da família real e o leilão público do mobiliário do Palácio da Quinta da Boa Vista.

⁴⁸ Há divergências nas fontes quanto a herança de Candido Gaffrée. Cezar Honorato (op. cit.) afirma ter sido Guilherme, afilhado de Gaffrée, o único herdeiro deste. No entanto esta informação não consta na única biografia (Barros, op. cit.) de Guilherme Guinle, que, aliás, lhe atribui um outro padrinho. A família lembra ainda que os filhos do casal Eduardo e Guilhermina Guinle tinham por hábito chamar Candido Gaffrée de ‘padrinho’.

Durante a presidência do país por Rodrigues Alves — que ainda mantinha o título de conselheiro do Império — empreenderam-se reformas modernizadoras na capital federal, por meio de três frentes de ação que se sobrepunham: de um lado o Porto e, de outro, a cidade e seus problemas sanitários. Para coordená-las foram convocados três especialistas com plenos poderes de ação: o engenheiro Lauro Müller, a quem caberia a modernização do Porto; o médico Oswaldo Cruz, que cuidaria da parte sanitária; e o engenheiro Francisco Pereira Passos, prefeito do Distrito Federal, encarregado de implementar a reforma urbana da cidade. Para Edmundo (op. cit.) foram estes dois últimos os responsáveis por transformar “a cidade-pocilga em Éden maravilhoso”, em um lugar belo e saudável para onde afluíam os estrangeiros, sem medo de padecerem na “tumba dos estrangeiros”, como ficou conhecida a cidade após as primeiras epidemias de febre amarela, em 1850.

O Porto do Rio de Janeiro, na virada do século XIX para o XX, apresentava diversos problemas, tanto de ordem prática quanto de ordem pública. Da primeira destacavam-se os equipamentos obsoletos, a pouca profundidade a impedir o atracamento dos navios modernos e as ruas estreitas e tortuosas, típicas da cidade colonial, que atrapalhavam o transporte das mercadorias. Entre as questões de ordem pública, as autoridades ressaltavam os antigos casarões do Centro que haviam se transformado em habitações coletivas dos trabalhadores portuários. Estes eram majoritariamente negros egressos das fazendas, que afluíram à cidade após a abolição da escravatura em busca de trabalho e o encontraram no porto, onde a mão-de-obra era absorvida na carga e descarga de navios que aportavam em número cada vez maior. Vinham, portanto, aos olhos das autoridades, aumentar o já numeroso contingente de ex-escravos e libertos que circulavam pela cidade.

As habitações coletivas, os inúmeros cortiços que existiam sobretudo no centro da cidade, eram consideradas ameaças públicas à ordem, segurança, moralidade, salubridade e como tais deviam ser controladas e combatidas. Parece que, aos olhos dos orquestradores do projeto de civilização de 1889, o pobre se tornara perigoso, pois colocava em risco seus planos — e esta é uma das leituras possíveis tanto para a destruição dos cortiços do Rio de Janeiro quanto para o combate aos sertanejos de Canudos, crenças da ‘salvação escatológica’, pois em ambos os casos eram o pobre e a pobreza que estavam sendo combatidos.⁴⁹

⁴⁹ Até então os pobres não haviam sido objeto de controle sanitário; eles se mantinham sob a alçada da Polícia, esta amparada pelo Código Penal de 1824. A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro,

Durante a Colônia e o Império, nas áreas rurais o monopólio da violência esteve com os senhores de escravos — e a criação da Guarda Nacional aumentou-lhes ainda mais o poder —, e nas grandes cidades era a polícia quem controlava a ‘desordem’ das ruas. O advento da República desestruturou a ordem anterior e a abolição libertou uma população de negros que acabou por se instalar nos cortiços da capital. A constância a destacar nesses dois momentos é a percepção do negro como perigo à ordem, segurança e moralidade públicas, acrescido, na República, pela imagem de perigo à salubridade pública.

Assim a modernização do porto passava, também, pela urbanização e pelo controle social e sanitário da cidade, ou seja, pela destruição dos antigos casarões transformados em cortiços que abrigavam o grosso da população pobre. Fosse porque “eles cerceavam o acesso ao porto, [ou] porque comprometiam a segurança sanitária, [ou] porque bloqueavam o livre fluxo indispensável para a circulação da cidade moderna” (Sevcenko, op. cit., p. 23).

Vale lembrar que o combate aos cortiços não foi obra dos republicanos de 1904; essas habitações já vinham sendo questionadas desde o final do Império e pelas mesmas razões. Observam-se, no entanto, duas grandes diferenças entre as ações ocorridas por volta de 1870 e aquelas de 1904. Uma refere-se à dimensão das ações, pois no Império estas eram mais pontuais ou direcionadas, enquanto que na República, com a tríade de reformadores, atingiu-se simultaneamente uma grande área. A segunda diferença, conforme indica Sidney Chaloub (2004), diz respeito aos limites do discurso higienista durante o regime monárquico. O ideário liberal vigente nos anos 1870, que defendia a propriedade privada, era um entrave para a efetivação das ações sanitárias: as comissões sanitárias determinavam o fechamento dos cortiços — considerados estabelecimentos comerciais —, mas seus proprietários recorriam da decisão ou a ignoravam, impossibilitando a aplicação de medidas sanitárias. Para Chaloub (id.) somente com o advento da República e a entrada em cena de novas forças foi possível implementar as diretrizes sanitárias. Entendo essas ‘novas forças’ a que o autor se refere como as transformações pelas quais passaria o ideário higienista, sobretudo após as descobertas de Pasteur, a criação do Instituto Pasteur e seus reflexos no Brasil, conforme salientado no capítulo anterior.

mesmo representando um braço da política metropolitana, em nenhum momento desempenhou papel reformador, como as *workhouses* inglesas ou a política do *renfèrment* francesa (cf. capítulo 1).

Gilberto Freyre (op. cit.) considera que o movimento de reurbanização do Rio de Janeiro deu forma a sentimentos da época que encontravam-se subjacentes, o antilusismo e o antiafricanismo, como o demonstram as medidas enérgicas de substituição da arquitetura, dos costumes e dos meios de transportes tradicionais “por estilos franceses, ingleses e anglo-americanos de mais moderno sabor” (ibid., p. 67), moldando para a cidade e o país uma imagem aristocrática, afrancesada e — acrescento — moderna.

De fato, a reforma urbana do Rio de Janeiro caracterizou-se pela ação intervencionista e autoritária do prefeito Pereira Passos, que possibilitou a solução concomitante dos três principais problemas da cidade: o viário, com suas ruas estreitas que impediam a circulação de veículos maiores do que as tradicionais carroças de um só burro; os principais focos de epidemia — as habitações populares —; e a arquitetura obsoleta da cidade, com os prédios herdados dos períodos colonial e imperial. Foi o Rio do “bota abaixo”, cujo alvo principal foram as inúmeras habitações populares existentes na região e que teve no discurso sanitarista a justificativa de suas ações.⁵⁰

A reurbanização do centro da cidade é considerada o marco inicial da chamada *Belle Époque* carioca, quando a vida urbana foi a tônica. Sem dúvida foram tempos dos mais florescentes para a cidade do Rio de Janeiro, com cafés-concertos, confrarias literárias e teatros a agitar a vida mundana, além das transformações urbanas por que passou. Distingue-se nesse período também a influência da *École des Beaux-Arts* na arquitetura da cidade, sobretudo com Morales de los Rios e seus seguidores, cujas obras deixaram a cidade com ares parisiense. Foi o tempo, ainda, dos grandes palacetes.

Na expressão mais notável dessa época, a abertura da avenida Central, os Guinle deixaram seu selo. Segundo Renato Cattán (2004), o patriarca Eduardo Palassin Guinle chegou a adquirir seis dos terrenos mais valorizados ao longo da futura avenida, todos de esquina⁵¹, entre eles os situados nos cruzamentos da avenida com as tradicionais ruas do Rosário e Sete de Setembro e o da esquina da futura avenida Almirante Barroso, o maior do conjunto comprado. Nos terrenos seriam construídos os edifícios-sedes da Companhia Docas de Santos, da Guinle & Co./CBEE, o Hotel Palace,

⁵⁰ Sobre este tema ver Benchimol (1992).

⁵¹ Cattán (id., p. 61) afirma que, “em termos arquitetônicos, o lote de esquina implica, ao invés de uma fachada plana contida nos limites laterais vizinhos, numa composição de maior inspiração e respiro, pois contempla um duplo plano de fachadas, bem como o vértice do edifício, que no caso específico da Avenida Central eram obrigatoriamente chanfrados ou arredondados, de acordo com o projeto viário da Comissão Construtora da Avenida Central. Ao optar por tais terrenos Eduardo Guinle demonstrava claramente a ambição de construir obras de destaque, confirmada nos anos seguintes com a construção de um imponente conjunto de prédios (...)”.

o Teatro Phenix, além de prédios comerciais. Para Cattan (id.), a aquisição de todos esses lotes por uma figura tão proeminente fazia parte do jogo de valorização fundiária da região ao redor do Morro do Castelo, até então degradada e pobre e que se tornaria uma área de alto valor comercial, com a abertura das avenidas Central e Beira-Mar.

O terceiro item da agenda proposta por Rodrigues Alves para a capital federal, a Reforma Sanitária, configurou-se ao mesmo tempo como objeto de ação e justificativa para o seu projeto modernizador. A implantação da República no Brasil teve como uma de suas características principais o pacto federativo, que previa, entre outras mudanças, a descentralização das ações de saúde, ficando a atuação do governo federal restrita ao distrito federal. Nesse contexto coube a Oswaldo Cruz, já diretor do Instituto Soroterápico Federal, chefiar a Diretoria Geral da Saúde Pública (DGSP). As ações deste órgão eram restritas à capital, porém os poderes de polícia de que estava investido lhe permitiam invadir residências, estabelecimentos comerciais e industriais de toda ordem, a fim de identificar focos de epidemias e bem como de adotar as necessárias medidas profiláticas.

A Reforma Sanitária então levada a efeito priorizou o combate às três maiores epidemias locais, que contribuía para a péssima imagem da cidade: a peste, recém-chegada; a febre-amarela, que desde sua primeira aparição, em 1850, dizimava uma grande parte da população, notadamente os estrangeiros; e a varíola, velha conhecida dos brasileiros, cuja profilaxia — a vacina de Jenner — já completara um século de existência e cuja aplicação já era realizada com maior ou menor controle, no país, desde o início do século XIX.

Com relação à peste, desencadeou-se uma ação de destruição dos focos de sua transmissão, os ratos e com eles as suas pulgas, os grandes vetores da doença. Já no combate às outras duas doenças, consideradas os grandes flagelos dos primeiros anos da República, foi posta em prática uma Polícia Sanitária⁵² que atuava nas medidas profiláticas contra a varíola e a febre amarela. As ações tiveram como principais características a repartição da cidade em dez distritos sanitários, a vacinação compulsória e em massa da população e a atuação das brigadas mata-mosquitos, que buscavam destruir os focos de larvas dos insetos eliminando as águas estagnadas. As

⁵² A Reforma Sanitária, tal como foi proposta e implementada por Oswaldo Cruz e Pereira Passos, insere o Brasil nas idéias do higienismo francês do mesmo período, coroado com a Lei Siegfried de 1902 que estabeleceu o controle da salubridade das moradias, com reflexos diretos no cotidiano das cidades. Foi também nessa época que surgiu o urbanismo científico, cujo objetivo era pensar a cidade englobando, entre outras preocupações, as questões do saneamento e do controle viário, que igualmente estiveram presentes nas reformas do Rio de Janeiro de 1904 (Sanglard & Costa, 2004).

equipes tinham permissão para entrar nas residências, plenos poderes para vacinar os moradores e aplicar enxofre e píetro nos ambientes insalubres em que era detectada a presença do mosquito transmissor (Benchimol, 2001, p. 41; Chalhoub, op. cit., p. 60). Caso fosse percebido risco sanitário, os agentes da DGSP tinham autoridade para evacuar a casa, o cortiço ou qualquer outra sorte de habitação e até mesmo condená-los à destruição, bem como os móveis e utensílios, sem que os proprietários tivessem direito à indenização. As condições miseráveis dos cortiços urbanos e a presença bastante freqüente, neles, de focos de doenças, tornavam praticamente inevitável a destruição dessas habitações populares. As reações contrárias à vacinação obrigatória levaram à sublevação popular que sitiou a capital por cerca de dez dias e deixou mortos e feridos, em evento que ficou conhecido como a Revolta da Vacina, mesmo que a revolta não fosse somente contra a vacina — questões políticas as mais diversas tiveram peso importante no movimento popular.

Apesar de todo o confronto que teve por mote ou pretexto a vacina, Oswaldo Cruz continuou seguindo rigorosamente os planos traçados para o saneamento da cidade. E a despeito de todas as críticas que recebeu, sobretudo pelo autoritarismo de suas ações, inaugurou uma nova relação entre a sociedade e a medicina profilática. Passou a ser glorificado, ou, nas palavras de Gilberto Freyre (op. cit., p. 669), “deixou na verdade de ser indivíduo ou pessoa para tornar-se, sob mais de um aspecto, símbolo da capacidade brasileira para vencer espaço e tempo”. Em resumo, fundou um novo tempo, pautado na higiene e em rígidos preceitos sanitários — era o porta-voz do saneamento ‘messiânico’, redentor e fundador.

A Reforma Sanitária de Oswaldo Cruz marcou profundamente sua época e abriu novas possibilidades de ação para o Instituto de Manguinhos, por ele dirigido. A glorificação do homem destacava e avalizava a instituição. Em 1905, no contexto dessa preeminência, Candido Gaffrée solicitou a Oswaldo Cruz que indicasse alguém para erradicar um surto de malária na Fazenda de Itatinga, na Serra de Santos (SP). Ali a Companhia Docas de Santos construía uma usina hidrelétrica para garantir ao Porto de Santos a autonomia de energia elétrica, e a doença atrapalhava o andamento das obras, paralisando-as quase por completo. A escolha recaiu sobre Carlos Chagas, que na época ainda não pertencia aos quadros de Manguinhos mas defendera havia pouco tempo sua tese de doutoramento *Estudos hematológicos no impaludismo*, cuja pesquisa tinha sido realizada no instituto e sob a orientação de Oswaldo Cruz.

Em sua atuação na Fazenda de Itatinga, Carlos Chagas lançou mão de procedimentos que se tornariam comuns posteriormente. A adoção de medidas preventivas — os empregados foram instruídos a se recolher aos barracões, telados, a partir do entardecer — permitiu que em curto espaço de tempo, em menos de cinco meses, os trabalhos pudessem ser retomados. A família Guinle considera esse trabalho o marco zero de sua relação com a ciência (Chagas Filho, 1993; Kaltaman, 2000), e seu sucesso teria motivado a gratidão por parte dos industriais para com a medicina e a ciência.

Ao lado das ações filantrópicas destinadas à melhoria do atendimento hospitalar nas cidades de Santos e do Rio de Janeiro, com doações para a Santa Casa da Misericórdia e para a Policlínica de Botafogo, e sob a influência de uma nova perspectiva com relação ao papel da medicina profilática e da pesquisa experimental, Cândido Gaffrée passou a financiar, em 1915, o laboratório particular de fisiologia dos irmãos Álvaro e Miguel Ozório de Almeida, instalado no pavimento térreo da residência de seus pais, na rua Machado de Assis, no bairro carioca do Flamengo. O antigo convívio escolar de Guilherme Guinle com Álvaro e Miguel e a relação entre as famílias Guinle e Ozório de Almeida podem explicar o apoio financeiro de Gaffrée ao empreendimento, já que, com a morte do empresário, em 1919, Guilherme assume o patrocínio do laboratório. A parceria teria fim em 1934. Àquela altura Miguel estava à frente do Laboratório de Fisiologia do IOC, no qual trabalhava desde 1921⁵³, e Álvaro possuía seu próprio laboratório no Hospital Gaffrée e Guinle, também financiado por Guilherme Guinle (Dias & Moussatché, 1939).

O laboratório de Álvaro e Miguel Ozório de Almeida tornou-se centro de referência da moderna fisiologia brasileira e formou uma geração de fisiologistas, sendo freqüentemente visitado por cientistas estrangeiros. A casa dos Ozório de Almeida era também um conhecido ponto de encontro da intelectualidade carioca, com os saraus animados por Miguel e por sua irmã Branca Ozório de Almeida Fialho.

Foram estes alguns aspectos do contexto em que Guilherme Guinle viveu, no que se refere à cidade e às relações familiares e profissionais, e que certamente influenciaram suas ações a partir de 1919, quando assumiu a direção dos negócios da família.

⁵³ Ao assumir a direção do Instituto Oswaldo Cruz em 1917, Carlos Chagas expandiu a área de atuação institucional com a criação de novos laboratórios, entre eles o de Fisiologia (1921), para cuja chefia convidou Álvaro Ozório de Almeida que, declinando, indicou o irmão Miguel (cf. Dias & Moussatché, 1939; DHBCSB).

2.3 A personagem

A virada do século XIX para o século XX viu o surgimento de uma nova elite, de novas fortunas para quem a referência ao passado assumia grande importância, como percebe-se nos seus esforços de recuperação de símbolos e objetos que as vinculam a um tempo anterior. Tal tendência era expressa nos hábitos refinados desses *hommes du monde*, em suas residências — sobretudo no interior delas —, em suas coleções particulares etc.

Algumas das principais facetas do *homme du monde* da *Belle Époque* carioca eram o gosto inglês no trajar, a discrição cavalheiresca e o requinte da decoração francesa em seus lares. Este é o retrato de Guilherme Guinle. No clima quente do Rio de Janeiro, vestia polaina, camisa de peito duro e portava chapéu e bengala. O palacete que mandou construir na praia de Botafogo, sem que jamais lá tenha morado, simboliza a presença da arquitetura neoclássica no início do século.⁵⁴ Guilherme preferiu fixar residência na chácara que adquirira na Gávea, sede da antiga fazenda que pertencera ao marquês de São Vicente e, posteriormente, ao conde de Santa Marinha, o responsável pelo paisagismo e pela reforma da casa principal.

De um modo geral a elegância dos irmãos Guinle era bem conhecida pelos cronistas da época. Guilherme vestia-se na última moda de seu tempo. Naquela época

“Usava-se, ainda, a sobrecasaca, a cartola, o fraque fitado, coletes de seda de várias cores, colarinhos muito altos, gravata de plastron. [...] No verão o homem ainda usa roupas pesadíssimas. O colete de sarja ou de seda é que se substituiu, às vezes, por um colete de fustão branco” (Edmundo, op. cit., p. 332-333).

Os palacetes dos Guinle, por sua vez, tornaram-se “paradigma de luxo durante a República Velha” (Marins, 1998, p. 191) e suplantaram os congêneres paulistas, competindo com os de Buenos Aires, a cidade que pretendia tornar-se a Paris tropical. Projetadas por Armando Carlos da Silva Telles, as construções da família se notabilizaram pelo acabamento caríssimo e interior luxuoso, repleto de obras de arte francesas. Além do já mencionado palacete de Guilherme, na praia de Botafogo, havia o Palácio Laranjeiras, construído entre 1909 e 1913 e residência do irmão mais velho Eduardo; o pavilhão de caça normando erguido por Otávio Guinle na ilha de Brocoió,

⁵⁴ O palacete da Praia de Botafogo foi vendido para seu irmão Carlos Guinle. As recepções que Carlos Guinle fez em homenagem a reis e presidentes estrangeiros em visita à capital republicana marcaram época. Em 1950 o prédio foi vendido ao governo argentino, que ali instalou a sua embaixada.

na baía da Guanabara; e o Copacabana Palace. Este foi erguido a pedido do governo federal entre 1917 e 1923, com projeto de Joseph Gire e construção de Eduardo Pederneiras, para abrigar o rei Alberto I da Bélgica por ocasião das comemorações do centenário da independência, em virtude da ausência de instalações hoteleiras na capital federal à altura da importância do convidado. Seus proprietários eram Otávio e Guilherme Guinle, além da matriarca Guilhermina.⁵⁵ O mesmo luxo dos palacetes foi adotado no edifício-sede da Companhia Docas de Santos, na avenida Central, e no Edifício Praia do Flamengo, localizado nesta praia e conhecido como ‘Apartamentos Guinle’. Este foi um dos primeiros edifícios de apartamentos construídos nas antigas áreas residenciais do Rio de Janeiro. Guarda como característica principal a área de aposentos dos empregados, localizada na mansarda do prédio e desvinculada das unidades dos proprietários. Seu arquiteto foi o mesmo do Copacabana Palace, e ambos os prédios foram construídos na mesma época. Os Apartamentos Guinle, apesar de apresentar o luxo da arquitetura francesa em que se espelhava e decoração estilo Luiz XVI, é considerado simples e contido. Também integrou o conjunto de imóveis da família o Edifício Tucumã, também na Praia do Flamengo, construído por Carlos Guinle para ser sua nova residência. A exemplo dos demais prédios dos Guinle, sinônimos de elegância e modernidade, o Tucumã foi o primeiro prédio da cidade a ser equipado com ar-condicionado central.

Ser moderno, naquela época, era ter móveis importados, sobretudo da França, e possuir objetos valiosos de decoração, com especial destaque para lustres e relógios, que traziam subjacentes a idéia de modernidade — um representando a eletricidade e outro, a marcação do tempo. O mobiliário, como ressalta Regina Abreu (1996), constituiu um dos principais distintivos sociais da época. Desses símbolos, as residências dos irmãos Guinle estavam repletos.

No início do século XX surgiu, no Rio de Janeiro, uma ‘febre esportiva’, que se tornou mais efetiva no período do entre-guerras, quando proliferaram clubes destinados à prática de diversas modalidades esportivas, com predomínio do futebol. Mais do que a generalização da prática esportiva o que se nota é uma filosofia da ação, pois o esporte concentraria a realização do destino humano. O primeiro deles foi o Clube de Regatas do Flamengo, e no seu bojo surgiram vários outros como Boqueirão, Icaraí,

⁵⁵ A família já estava no ramo hoteleiro desde a abertura do Hotel Palace, inaugurado provavelmente na segunda metade da década de 1910. Cattán (op. cit.) afirma que ele teria sido aberto em 1919. Mais conhecido como Hotel Guinle, situava-se no número 185 da avenida Central, esquina com a rua Almirante Barroso, e seus arquitetos e construtores foram os irmãos Jannuzzi.

Misericórdia e Botafogo (Sevcenko, op. cit., p. 568s). Certamente por serem esportistas os irmãos Guinle estiveram presentes na criação de duas das mecas do esporte carioca: o Yatching Club do Rio de Janeiro e o Fluminense Football Club.

Outra característica do homem da *Belle Époque* carioca era o gosto pela coleção. Colecionava-se tudo naquela época: pinturas, móveis antigos, objetos raros, cerâmicas e porcelanas, bronze e metais em geral, vidros e cristais, jóias, leques e bibelôs, tecidos, bordados, rendas e muitas outras curiosidades artísticas. Mas eram “os pintores da moderna escola, sobretudo os franceses, os italianos e os espanhóis (...) a *coqueluche* dos amadores desse começo de século” (Edmundo, op. cit., p. 346). Note-se que entre os vários significados da posse de uma coleção encontra-se o prestígio que auferia a seu detentor, testemunha que é do bom gosto, da fortuna, curiosidade intelectual ou mesmo generosidade do colecionador. Observe-se, também, que o ato de colecionar mantém relações estreitas com o mecenato, uma vez que a encomenda e aquisição de obras de arte enriquecem as coleções.

Guilherme Guinle colecionou um pouco de tudo. Dona Maria Cecília de Paula Machado, viúva de seu sobrinho e sucessor Candido Guinle de Paula Machado, lembra que ele colecionava “desde flores até ouro, diamantes, arte, quadros, móveis, coisas antigas, relíquias. Então ele e esses amigos passaram a não deixar as coisas saírem do Brasil, a comprá-las, e passou a fazer coleção dessas coisas brasileiras que eram desprezadas”.⁵⁶

Dona Maria Cecília conta que o interesse de Guilherme pelas coleções surgiu na ocasião de sua estada na Bahia, por influência amigos como a família Costa Pinto e outros grandes colecionadores baianos. No Rio de Janeiro sua amizade com Raymundo de Castro Maya⁵⁷, entre outros, reforçou ainda mais sua feição de colecionador. Para dona Maria Cecília, Guilherme Guinle tinha alma de colecionador, e suas coleções distinguiam-se pela referência à história do Brasil. Colecionava diamantes e diamantes coloridos do Brasil, selos⁵⁸, antigas moedas brasileiras de ouro — esta a sua coleção preferida, conforme dona Maria Cecília), barras de ouro provenientes de todas as minas, de todas as cidades brasileiras que as cunharam, cadeiras da Câmara de Mariana e

⁵⁶ Depoimento da senhora Maria Cecília de Paula Machado à autora, em setembro de 2002. Daqui por diante, referenciado como DMCPM.

⁵⁷ A amizade entre os dois colecionadores certamente permitiu que o recém-criado Museu de Arte Moderna (1949), dirigido por Castro Maya, funcionasse temporariamente nas dependências do Banco Boavista, com a montagem de suas primeiras exposições (Barros, 1982, p. 100).

⁵⁸ Sua coleção de selos tem marcada sua esfinge e é formada por folhas inteiras de selos em tiragem especial; atualmente encontra-se sob a guarda da Associação Filatélica do Brasil, com sede no Rio de Janeiro.

pedras brasileiras como berilos, turmalinas e águas marinhas. As coleções decoravam suas residências, tanto a casa na Gávea quanto a de estilo normando, em Petrópolis.

Entre as coleções de Guilherme destaca-se a de móveis e objetos do imperador Pedro I, procedentes do Palácio da Quinta da Boa Vista e mesmo do Paço Imperial e leiloados pelo governo logo após a proclamação da República. Foram ao todo sete leilões⁵⁹ todos ocorridos antes do primeiro aniversário da República, e entre os compradores nota-se a presença de muitos nobres, que buscavam preservar, assim, a memória do Império e do próprio imperador. Guilherme Guinle deve ter adquirido o acervo pertencente à família imperial em outro leilão, na década de 1910, organizado pelo próprio governo ou pelos primeiros compradores.

Dona Maria Cecília narra de forma bem-humorada que a decisão de comprar esses móveis uniu Guilherme Guinle e Linneo de Paula Machado, este casado com Celina, irmã de Guilherme. Em um encontro de ambos com criadores argentinos de cavalos de corrida, estes teriam demonstrado interesse em adquirir o ‘dormidouro’ e o ‘comedouro’ do imperador brasileiro, e para impedir que os móveis, símbolos da história do país, ganhassem o exterior,

“tudo o que foi aparecendo eles foram comprando. Tio Guilherme comprou várias mobílias (...) e objetos que pertenceram ao imperador. Ele comprou o colar de ametista da (...) marquesa de Santos que [D. Pedro I] tinha dado a ela; o colar das Províncias que (...) deram a [Dona Leopoldina] quando o Brasil ficou independente (...). E o meu sogro comprou a mobília da sala de jantar do imperador, do quarto de dormir e dos quartos (...). Tio Guilherme comprou todos os cristais do imperador. Eu ainda tenho dois copos e uma garrafa. O meu sogro comprou de tudo.” (DMCPM).

Esse desejo de colecionar que dominou Guilherme e vários de seus contemporâneos faz parte de um movimento maior por que passou toda a nova elite republicana, que buscava firmar seus nomes na sociedade e recriar em torno de si um ambiente aristocrático. O mesmo movimento dominara a França na década de 1840, quando os burgueses se tornaram os grandes compradores de móveis e objetos

⁵⁹ Regina Abreu (op. cit.), entretanto, afirma que o leilão ocorreu em 13 etapas diferentes. A autora chama a atenção de que, ao promovê-lo, a República não logrou êxito em seu objetivo de apagar o passado, uma vez que tais objetos — desde bibelôs a mobílias e até um carro funerário — acabaram por se tornar emblemas do mundo aristocrático. Em seu depoimento dona Maria Cecília atribui ao governo federal a promoção deste leilão, contudo não se encontram referências a outros leilões promovidos pelo governo além do realizado em 1890, este sim muito bem documentado quanto aos itens leiloados e seus compradores.

descartados durante a Revolução Francesa. Tal processo já vinha se desenrolando, na França, desde a Restauração, porém mantivera-se restrito às classes altas até que, na metade do século XIX, envolve também os burgueses. No conceito proposto por Alain Corbain (1999) o colecionador privilegia, antes de tudo, o objeto antigo e ambiciona salvar a história nacional, o que vem reforçar o perfil de Guilherme Guinle delineado tanto pela família quanto por seus contemporâneos. Para Corbain (idem, p. 496),

“Uma metamorfose opera-se então nas condutas. Uma legião de colecionadores riquíssimos dá o tom. O fato merece destaque: **todos os grandes homens de negócios experimentam o desejo de colecionar objetos preciosos.** (...) Os magnatas das finanças, especialmente os irmãos Pereire, em sua mansão do Faubourg Saint-Honoré, e os Rothschild, em Ferrières, foram tragados pelo desejo de acumular. Muitos industriais também. Eugène Schneider coleciona pinturas holandesas e desenhos. Encerra seus tesouros, que ninguém pode ver, em um gabinete cuja chave leva sempre consigo. Os diretores das lojas de departamentos — na maioria novos-ricos — também são contagiados pelo novo frenesi: Boucicaut coleciona jóias, Ernest Cognacq e Louise Jay, fundadores da Samaritaine, objetos do século XVIII.

Todos são ao mesmo tempo mecenas; e exercem grande influência sobre a moda. O impressionismo, assim como o *art nouveau*, deve muito a estes ambiciosos burgueses. Depois de 1870, o grande colecionador recusa a dispersão póstuma dos objetos acumulados com grande preocupação e ecletismo. Pretende a partir de então ser celebrado pelas gerações futuras. **Para sobreviver na memória nacional, doa seus tesouros a um museu, que dá seu nome a uma sala**” (grifos meus).

Acrescente-se que destino idêntico teve grande parte das coleções de Guilherme Guinle.

Sua paixão pelas flores levou-o a construir estufas tanto em Petrópolis como no Parque da Cidade, onde suas orquídeas recebiam tratamento especial tanto dele como de seus copeiros, cozinheiros, enfim de sua criadagem em geral, a quem ensinou a cuidar e interessar-se por elas. Os antúrios também ocuparam espaço importante em sua coleção de flores. Pelo processo de hibridação criou um exemplar de coloração marrom chocolate, que ele conseguiu fazer se desenvolver e firmar como espécie. Seu grande interesse foram as orquídeas, e delas colecionou espécies típicas da flora brasileira e

também as raras. Participou da Primeira Exposição Nacional de Orquídeas, no final da década de 1930 e início da seguinte. Patrocinou também quatro números da *Revista Orchidea*, e desta publicação só retirou seu apoio por ter ficado insatisfeito com o atraso das edições, uma das poucas contrapartidas que exigia para suas doações.

O tempo de Guilherme Guinle também foi marcado pelos cafés e confeitarias, como já mencionado, e posteriormente pelos cassinos. Entre os primeiros vale lembrar os diversos cafés-concerto, o Café Paris no largo da Carioca, o Café Lamas no largo do Machado e as Confeitarias Colombo e Cavé, no centro da cidade do Rio de Janeiro. Não se pode deixar de mencionar o Teatro Lírico ou as livrarias como a Garnier, também eles traços distintivos da vida social e intelectual carioca na virada do século.

Os clubes de sociabilidade foram igualmente uma característica da época de Guilherme. Muitos deles começaram suas atividades ainda durante o Império e tinham como inspiração a experiência inglesa. Os mais importantes eram o Cassino Fluminense (1845), reduto da seleta aristocracia imperial e, posteriormente, republicana; o Clube dos Diários (1895), também formado pela elite porém não tão seletivo quanto o primeiro; e o Jockey Club (1868), que congregava certamente os membros dos dois anteriores. Ressalta-se que pertencer ao quadro de associados do Jockey — instituição cara, aristocrática e prestigiada — era aconselhável à elite, e entre seus membros figuravam nomes tanto do novo quanto do antigo escol carioca egresso do Império.

Guilherme Guinle era sócio do Jockey Club. Frequentava com certa assiduidade seus almoços, onde certamente encontrava-se com Carlos Chagas. Carlos Chagas Filho (1982) conta que, quando queria ter com Guilherme Guinle, era para lá que se dirigia, na hora do almoço.

Guilherme também podia ser visto nos cassinos do Copacabana Palace e da Urca. Entre a roleta e as cartas preferia estas últimas, sobretudo o bacará e o pôquer. Chegou a perder muito dinheiro em uma só noite, a ponto de vender em 1939 a casa e o parque na Gávea, adquiridos pela Prefeitura⁶⁰ do Distrito Federal, quando era prefeito o seu amigo Henrique Dodsworth. Neles foram instalados o Museu da Cidade e o parque, abertos à visitação.

⁶⁰ Há uma divergência entre a narrativa de dona Maria Cecília (DMCPM) e a do biógrafo de Guilherme Guinle (Barros, op. cit.). Afirma este: “Se o Rio de Janeiro possui hoje o soberbo Parque da Cidade, na Gávea, deve-o a Guilherme Guinle, que o transferiu, em 1939, à Prefeitura do Distrito Federal, em condições favorabilíssimas, pelos mesmos quatro mil contos de réis com que o havia comprado muitos anos antes, evitando assim seu futuro desmembramento.” (ib., p. 193). Falha de memória ou tentativa de se criar um indivíduo exemplar, o certo é que a perda de vultosa soma no jogo pode ter levado Guilherme a vender sua residência, mesmo que em uma transação favorável à Prefeitura.

Tendo se desfeito de sua residência, Guilherme Guinle mudou-se para o Copacabana Palace, onde ficou até 1942, quando, após a morte de seu cunhado, passou a residir com a irmã Celina no palacete familiar da rua São Clemente, em Botafogo, tornando-se uma figura importante para os sobrinhos Paula Machado.

Essa breve caracterização de Guilherme Guinle é suficiente para percebermos o quanto ele esteve perfeitamente à vontade em seu tempo e por que o título de *homme du monde* lhe cai tão bem. O certo é que o Rio de Janeiro da *Belle Époque* foi o período áureo dos Guinle, como atestam as palavras de um viajante britânico em 1914:

“(...) não se pode ficar muito tempo no Rio sem ouvir o nome ‘Guinle’, que avulta com igual importância nos círculos industriais, financeiros, comerciais e sociais. Imensamente ricos e empreendedores, este é o veredicto geral (...) nenhuma palavra sobre as operações [da firma] pode dizer tudo — pois eles são extremamente ambiciosos e engenhosos, e como empreendimento privado, a firma é, suponho, a maior proprietária do Rio e do Brasil.” (Alured Gary Bell apud Needell, op. cit.)

2.4 Nacionalista e mecenas

Outra característica da época de Guilherme Guinle foi a extrema valorização do nacional, do *Progresso*, mesmo que moderado pela força da *Ordem* e, ainda assim, desordenado. Mas predominava sobretudo o espírito nacionalista. E nacionalista também era uma das marcas distintivas da personalidade de Guilherme, percebida em sua atuação política, nas ações empresariais ou mesmo nas várias doações que fez — as quais poderiam ser classificadas, nos paradigmas atuais, como culturais e de cunho filantrópico-assistencialista.

Em termos políticos seu interesse era pelo Brasil, como afirma sua sobrinha (DMCPM), e jamais filiou-se a qualquer corrente político-partidária. Foi amigo do prefeito Pereira Passos, além do já citado Henrique Dodsworth. Oswaldo Aranha também gozava de sua amizade, assim como Otávio Mangabeira, Raul Fernandes, Eugênio Gudin, Carlos Lacerda — a quem considerava intempestivo —, Getúlio Vargas — com quem se decepcionou depois do golpe do Estado Novo. O brigadeiro Eduardo Gomes também era seu amigo pessoal, apesar de ser mais ligado a seu cunhado Linneo,

que sempre protegera o Correio Aéreo.⁶¹ Alceu Amoroso Lima era outro intelectual da época próximo a ele.

Como seu partido era a nação, suas amizades e os beneficiários de seu apoio eram apartidários. Uma das pessoas a quem ajudou foi Agildo Barata, militante do Partido Comunista Brasileiro que, ao sair da prisão no final dos anos 1930, recebeu de Guilherme uma sapataria para poder reerguer sua vida. Carlos Lacerda também recebeu ajuda financeira do amigo para seus projetos. Outros políticos, eventualmente caídos em descrédito ou mesmo exilados, obtiveram seu auxílio, como o senador Antônio Azeredo, o diplomata de carreira Hélio Lobo ou o também senador potiguar Helói de Sousa (Barros, op. cit., p. 180 et seq.).

Seu biógrafo (ibid.) considera nacionalistas muitas de suas ações, como o apoio à pesquisa e prospecção de petróleo no Recôncavo Baiano e a criação da Companhia Siderúrgica Nacional, em Volta Redonda (RJ). Com relação à primeira iniciativa, entende-a também como mais uma demonstração de seu pioneirismo.⁶²

O episódio do petróleo no Recôncavo Baiano remonta ao ano de 1931, quando Oscar Cordeiro, presidente da Bolsa de Mercadorias da Bahia, investiu suas economias na pesquisa de petróleo na cidade de Lobato, no Recôncavo, apesar de o Departamento Nacional de Produção Mineral negar a existência do combustível na região. A contenda durou até 1934, quando Sylvio Fróes de Abreu, do Instituto Nacional de Tecnologia, e o engenheiro A. Paranhos Fontenelle inspecionaram os poços de Lobato e atestaram a existência do petróleo. Sylvio Fróes de Abreu procurou, então, Guilherme Guinle em busca de apoio para o prosseguimento de suas pesquisas.⁶³ Guilherme concordou em financiar o estudo geológico do Recôncavo, do qual também fizeram parte os engenheiros e geólogos Glycon de Paiva e Irnack Carvalho do Amaral — ambos do

⁶¹ Conta Dona Maria Cecília (DMCPM): “Na nossa fazenda [Fazenda São José], naqueles anos de Correio heróico — porque eles não tinham nem lugar de parar, nem dormir, nem comer —, saíam naquelas viagens, e meu sogro, na fazenda que é nossa ainda hoje, lá no interior de São Paulo [Rio Claro], tinha a casa dos aviadores, um hangar e uma pista de pouso. O pessoal do Correio Aéreo (...) parava lá.”

⁶² Os outros exemplos do pioneirismo de Guilherme Guinle, apontados por Barros (idem, p. 133), são: o “incentivo à sericultura, no propósito de liberar a indústria têxtil da dependência do fio de seda importado; na implantação, no país, em 1919, do seguro contra acidentes do trabalho; na utilização, em escala industrial do processo de pasteurização do leite, nas Fazendas Reunidas Normandia [Fazenda Bemposta], onde cuidou, igualmente, de aperfeiçoar a produção de laranja para o consumo interno e exportação, pensando, inclusive, na industrialização do suco cítrico e no fabrico de bebidas à base de frutas”. Na verdade, a Fazenda Bemposta, de propriedade dos irmãos Arnaldo e Guilherme Guinle, produzia os laticínios Normandia, cuja primeira loja foi aberta no Copacabana Palace Hotel, em um dos estabelecimentos situados na fachada da avenida Nossa Senhora de Copacabana.

⁶³ Segundo Barros (op. cit.), Sylvio Fróes de Abreu e Guilherme Guinle eram amigos desde 1923. Naquele ano Abreu, recém-formado em geologia, procurara Guilherme Guinle para apresentar-lhe o resultado da sua pesquisa encomendada por Octávio Ferreira, sobre a ocorrência de cobre na serra de Ibiapaba, no Ceará.

Departamento Nacional de Produção Mineral. O relatório produzido pelo grupo, *Contribuições para a geologia do petróleo no Recôncavo (Bahia)*, publicado em 1936 e também financiado por Guilherme, afirmava a existência do mineral naquelas terras. No ano seguinte, através da Empresa Nacional de Investigações Geológicas Ltda., foi solicitada e obtida autorização para a prospecção, com validade de dois anos. Em 1939, antes de findar o prazo da concessão, o governo federal transformou as áreas de exploração em reserva natural, impedindo a continuação das pesquisas. Além de Guinle, Roberto Simonsen, através da Sociedade Brasileira de Pesquisas Mineralógicas Ltda., também esteve envolvido nessas pesquisas e teve seus investimentos indenizados pelo governo. Guilherme, por sua vez, recusou-se a receber a sua indenização, ressentido com o fim de seu projeto de engrandecimento do país. Com esse ato o governo Vargas passou a vetar qualquer iniciativa privada na atividade. No entanto o ressentimento pela suspensão da pesquisa sobre o petróleo baiano não impediria Guilherme Guinle de prosseguir assumindo, durante todo o Estado Novo (1937-1945), cargos de confiança do governo, entre eles a Vice-presidência do recém-criado Conselho Técnico de Economia e Finanças do Ministério da Fazenda (1937-19[45]).

Pouco depois do episódio do petróleo, em 1940, Guilherme foi nomeado por Vargas para a Presidência da recém-criada Comissão Executiva do Plano Siderúrgico Nacional, responsável pelas negociações de empréstimos externos para a viabilização do Plano Siderúrgico Nacional. Tal empréstimo foi negociado por Guilherme Guinle e obtido, em 1941, graças a seu aval pessoal e prestígio e viabilizou a criação da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), instalada em Volta Redonda (RJ). Mais uma vez por escolha de Vargas, Guilherme assumiu como primeiro presidente da companhia, cargo que ocupou até 1945, permanecendo posteriormente e até a sua morte como membro do Conselho Consultivo.

Nacionalistas também podem ser consideradas suas inúmeras doações aos museus brasileiros. Ao analisar a figura do colecionador, Alain Corbain (op. cit.) afirma que, já no final do século XIX, o destino das coleções particulares após a morte de seus titulares era, em geral, um museu, que homenageava devidamente esses doadores reforçando a idéia de preservação e mantendo a unidade da coleção. Diferentemente de tal prática, Guilherme Guinle cedeu ainda em vida parte de suas coleções para diversos museus e instituições culturais, atribuindo para si a decisão sobre o quê e a quem doar.

O ato de doar pressupõe dar e receber. Regina Abreu (op. cit., p. 32) lembra que “possuir implicava a obrigação de dar, e a obrigação de dar, a de receber”. Guilherme

Guinle acreditava nesta relação, como atesta dona Maria Cecília (DMCPM) ao relembrar as palavras do tio que, ao mesmo tempo, ratificam tal lógica e evidenciam nele a feição de grande doador: “Engraçado (...) eu dou, sai aquele ali que eu dei, daí a pouco eu ganho alguma coisa e entra outro.”

A generosidade era também um dos distintivos de nobreza, e sobre este aspecto Guilherme Guinle foi exemplar. Uma das características das suas doações era o desprendimento; nunca pedia nada em troca, nem relatório ou recibo.⁶⁴ Não creio que fosse uma postura imbuída da ética protestante — até porque a Igreja Católica e suas instituições estiveram sempre presentes em seus atos de benemerência. Era, antes de tudo, a crença no desenvolvimento da nação.

Segundo Barros (op. cit.), a primeira doação de Guilherme Guinle a uma instituição de cultura foi em 1921, quando cedeu uma coleção de moedas à Seção de Numismática da Biblioteca Nacional. No ano seguinte, ao ser criado o Museu Histórico Nacional, durante das comemorações do Centenário da Independência, a Seção de Numismática da Biblioteca Nacional foi para lá transferida, e nessa ocasião Guilherme enriqueceu a coleção da instituição com mais moedas. Em 1925 abriu sua coleção para que o Museu Histórico Nacional escolhesse o que lhe conviesse, aumentando e valorizando ainda mais o acervo numismático do museu com a incorporação de moedas e barras de ouro cunhadas em terras brasileiras. Exigiu, contudo, que a coleção não fosse desmembrada. O mesmo museu também recebeu de Guilherme, em 1937, doações de peças pertencentes à família e nobreza imperial, o que contribuiu para reforçar a sua principal vocação: a conservação e o estudo de registros materiais sobre a história e evolução da nação brasileira.

⁶⁴ O pesquisador Herman Lent do Instituto Oswaldo Cruz, em depoimento de 1994 ao Programa de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz, assim narra a relação de Guilherme Guinle com seus financiados, neste caso envolvendo o apoio que prestava à *Revista Brasileira de Biologia* (ver adiante, neste capítulo): “Eu ia muitas vezes ao escritório dele na esquina das avenidas Avenida Rio Branco com Sete de Setembro, onde tem o Banco Boavista embaixo, que era da família Guinle e Paula Machado. Nós íamos lá todo mês, no segundo andar, e parecia que ele estava pedindo desculpas por nos dar o dinheiro (...). Ele era de uma gentileza exemplar. Um homem — você pode imaginar — ocupadíssimo, rico, muito rico. Às vezes íamos eu e o Travassos, que também o conhecia, ou eu e o Teixeira de Freitas. Sempre íamos dois. (...) Mas nós entregávamos a ele a revista publicada (...). Ele não sabia e nem queria saber. Levávamos um balancete (...) para comprovar as despesas da revista.” (5ª. EHL/DAD/COC, outubro de 1994).

A criação do Museu Imperial⁶⁵, em Petrópolis (RJ), esteve presente entre os temas de conversa durante os almoços na casa da Gávea, dos quais participavam personagens de relevo na vida social, econômica e intelectual da República. Dona Maria Cecília (DMCPM) relata que, “num destes almoços [que contou a presença de Getúlio Vargas], foi nascendo a idéia do Museu Imperial de Petrópolis. Também inspirado pelo Alcindo [de Azevedo Sodré] (...), que foi o primeiro diretor do Museu Imperial”. Na ocasião os cunhados Guilherme e Linneo decidiram doar, em comum acordo com Vargas, a maior parte de suas coleções de móveis e objetos pertencentes à família imperial para compor o acervo do futuro Museu Imperial. Da casa da Gávea saiu o trono de D. Pedro I e da residência da rua São Clemente, o quarto do imperador⁶⁶.

Outras instituições receberam peças de coleções de Guilherme Guinle. O Museu de Arte de São Paulo, criado pelo também colecionador Assis Chateaubriand, teve incorporados a seu acervo um busto de Voltaire datado de 1778 e dois óleos de artistas brasileiros. A Academia Brasileira de Letras foi contemplada com duas obras raras de Camões — uma edição *princeps* de *Os Lusíadas* e um exemplar raro de *Rythmas*, do mesmo autor, doados em 1936 por intermédio do amigo e acadêmico Miguel Ozório de Almeida. Ao Arquivo Público Mineiro foi doado, por intermédio do médico Néelson Libâneo, casado com uma sobrinha de Guilherme, um retrato em pergaminho de autoria atribuída a Aleijadinho e realizado ainda em vida. O Jardim Botânico (RJ) foi beneficiado com o apoio de Guilherme a partir de 1933, por meio do financiamento de material de construção, de equipamentos, da Exposição de Orquídeas Brasileiras em Buenos Aires (1937) e de expedições científicas à Amazônia. Seu biógrafo (Barros, op. cit.) conta que Guilherme tentou também, sem sucesso, presentear a Prefeitura do Distrito Federal com um zoológico restrito à fauna brasileira.

É difícil esgotar a lista de doações feitas por Guilherme Guinle porque ele nunca fazia publicidade sobre elas. Sabe-se que o Instituto Geográfico e Histórico da Bahia e o Museu Paraense Emílio Goeldi também foram beneficiários de suas doações e que este último teve algumas obras publicadas graças a sua benemerência, como o livro *Mamíferos da Amazônia* (1944), de Eladio da Cruz Lima.⁶⁷ A Biblioteca, Arquivo e

⁶⁵ O decreto de criação do Museu Imperial data de 1943, mas a decisão já havia sido tomada há alguns anos, segundo afirmou dona Maria Cecília de Paula Machado (DMCPM).

⁶⁶ O acervo doado por Guilherme Guinle ao Museu Imperial foi catalogado por seu sobrinho Candido Guinle de Paula Machado e é composto dos mais variados itens.

⁶⁷ A relação de Guilherme Guinle com o Museu Paraense Emílio Goeldi de História Natural e Etnologia teve início com mais uma de suas inúmeras coleções: a de pesos de papel com imagens da fauna e flora brasileiras. Creio que o intermediário desse primeiro contato foi o desembargador Eladio da Cruz

Museu Histórico do Estado do Piauí recebeu, em 1938, peças de sua coleção de moedas e medalhas comemorativas. O Real Gabinete Português de Leitura, medalhas comemorativas históricas portuguesas, doadas por intermédio de Antonio Augusto de Almeida, por ocasião do centenário da instituição (1937). E pouco antes de sua morte, em 1960, Guilherme doou ao Museu de Mineralogia um diamante, um cristal de esmeralda e um geodo de ametista.

Pode-se afirmar que as décadas de 1920 e 1930 caracterizaram-se, em boa parte, pela efervescência cultural. No que tange aos museus, várias dessas instituições surgiram na época, voltadas para a preservação da memória nacional, tais como os já citados Museu Histórico Nacional, o Museu Imperial e o Museu da Cidade. Sem dúvida os rumos tomados pela política contribuíram muito para esse cenário. Os anos 1920 tiveram a modernidade como tônica e imperou a valorização da nacionalidade, a exemplo do que foi apregoado pela Semana de Arte Moderna. Na década seguinte, com a Revolução de 1930 e a instauração do Estado Novo em 1937, ampliou-se o papel do intelectual na máquina burocrática do Estado com a criação de diversos órgãos, entre eles o Ministério da Educação e Saúde (MES).⁶⁸

O incentivo à política cultural durante o primeiro governo de Vargas vem sendo bastante analisado pela historiografia, e ressaltam-se aqui os aspectos mais relevantes para este trabalho. Ângela de Castro Gomes (2000), em artigo sobre a atuação do ministro Gustavo Capanema, chama a atenção para o fato de a política cultural levada a cabo pelo MES ter conseguido, no final da década de 1930, criar para os intelectuais um espaço diferenciado do restante do aparelho de Estado. D. Williams (1997), em trabalho publicado nos *Anais do Museu Histórico Nacional* sobre a trajetória desta instituição no período 1935–1960, corrobora com a tese de Ângela de Castro Gomes ao reforçar o papel do MES e do Departamento Nacional de Propaganda e Difusão Cultural (DIP,

Lima. Guilherme Guinle encarregava o diretor do museu Carlos Estevão de Oliveira de descobrir e adquirir peças raras com características discriminadas por ele (cf. AGP/FMPEG/GCEO/CCEO e CGG). Foi dessa relação que surgiu o convite ao diretor da instituição, e também naturalista, para organizar e dirigir o zoológico de espécies nativas do Brasil que Guilherme pretendia criar no Rio de Janeiro (Barros, op. cit., p. 195). Já o livro de Eladio da Cruz Lima é composto de 42 pranchas realizadas pelo próprio autor e foi editado em Belém e no Rio de Janeiro, com distribuição a cargo da Editora AGIR, pertencente ao próprio Guilherme Guinle. A obra é dedicada ao filantropo, e esperava-se que os recursos obtidos com a sua venda pudessem financiar outras publicações científicas do museu. No ano seguinte à sua publicação no Brasil, o livro foi publicado em inglês.

⁶⁸ Intelectuais das mais diferentes áreas participaram da vida do mês, entre eles Carlos Drummond de Andrade, que foi chefe de Gabinete de Gustavo Capanema, e Miguel Ozório de Almeida, durante algum tempo diretor-geral do Departamento Nacional de Saúde.

criado em 1934) na elaboração e realização de políticas para o setor cultural. Para Williams (id., p. 144), ambos os órgãos “(...) assumiram importante papel administrativo e simbólico no campo cultural”.

Sobre o Museu Histórico Nacional, Williams observa que no período anterior a 1930 a instituição passara por uma crise financeira, mas encontrou em Vargas um grande patrono, tanto pela doação pessoal de peças e dinheiro quanto pela liberação de verbas públicas. Ainda segundo o autor (ibid., p. 150-151), “patronos proeminentes do período incluíam as famílias Guinle e Ottoni, a viúva de Miguel Calmon, os herdeiros do barão de Cotegipe e do escritor Coelho Neto e até o chefe da nação” (ibidem, p. 150-151). Os doadores eram motivados por diferentes objetivos: a preservação da memória das famílias tradicionais, cujo papel e capital social decaíram com o fim do Império, sobretudo com o advento da nova ordem política; ou a afirmação de uma imagem de ‘promotores’ e ‘protetores’ da cultura, como teria sido, segundo Williams, o caso da família Guinle. A tese principal do autor é que durante o Estado Novo o Estado, e sobretudo Vargas, recorreram aos intelectuais como reforço simbólico de sua imagem. Pode-se acrescentar que os intelectuais, por sua vez, percebiam essa aproximação como uma estratégia de consolidação de seu papel social, de sua profissionalização.

Em uma ambiência política propícia e com a *vontade* de criar um contexto de amparo cultural, patronos e patrocinados encontraram no surgimento de novas formas de comunicação como o rádio e a propaganda um mundo novo que se descortinou diante deles e que modificou as relações da intelectualidade com o grande público, um “(...) novo público [que] abria perspectivas para uma gradual liberação de estilos e práticas, como a do mecenato ...)” (Gomes, 1999, p. 13). Nesse cenário, de colecionador e doador Guilherme Guinle se transformaria definitivamente em mecenas da cultura, da ciência e da educação brasileiras.

Algumas condições devem estar presentes para a ocorrência de uma relação de mecenato: ele acontece na cidade, tem relação direta com a consolidação do poder político e o processo de profissionalização dos saberes — com destaque, neste estudo, da medicina bacteriológica — desempenha papel importante; há sempre uma proximidade entre protetores e protegidos; não se observa diferença essencial entre os mecenatos privado e de Estado; e não ocorre necessariamente uma relação de subordinação entre o mecenas e seus protegidos.⁶⁹ O mecenas, por sua vez, representa

⁶⁹ Para uma discussão aprofundada sobre o mecenato e o seu conceito, ver: Kempers (1997), Fumaroli (1985), Beugnot (1985) e Hale (1988).

um tipo ideal de político. É conhecido por ser protetor das artes, amante e animador dos salões e estar na posição de ser requisitado para uma ajuda específica ou mesmo uma intervenção pontual (Beugnot, 1985). Já ‘mecenato científico’ é considerado distinto da animação da vida científica ou da prática científica *strictu sensu*.⁷⁰

Vimos neste capítulo que Guilherme Guinle foi um homem urbano. Viveu as transformações por que passou a cidade do Rio de Janeiro na virada do século XIX para o XX. Adotava plenamente o modo de vida da *Belle Époque* carioca e os ares de modernidade que então se respirava — e por modernidade entende-se, como diz Georg Simmel, o momento do advento da economia monetária pela divisão social do trabalho e, sobretudo, da urbanização (Souza, 1998). E é justamente a feição metropolitana da modernidade que interessa a este estudo. O palco em que são encenadas estas relações sociais é a cidade, cidade que “(...) enquanto ‘arena cultural’, é compreendida como um espaço dotado de variados e até contraditórios sentidos sociais, que convivem lado a lado, tendo sido construídos ao longo do tempo” (Gomes, 1999, p. 23), ou, dito de outra forma, a cidade como centro aglutinador e repetidor de uma vivência, transformadora do espaço em lugar — e observe-se que tratamos aqui de uma cidade específica, o Rio de Janeiro, a exercer plenamente sua condição de capital do país. Essa mesma urbanidade também facilitava e tornava mais próximas as relações sociais; neste sentido, a sociabilidade travada nos salões do Jockey, no Clube de Engenharia ou mesmo nos cassinos da cidade aproximava mundos distintos, mas não necessariamente opostos.

Retomemos outra característica importante do mecenato, que é a proximidade entre o mecenas e o seu protegido. Ela também se encontra no mecenato praticado por Guilherme Guinle. Os beneficiários de suas ações eram em geral pessoas unidas a ele por laços de amizade, e a despeito de as relações terem início, eventualmente, em contextos profissionais, elas se consolidavam pelo respeito mútuo e também porque mecenas e protegidos compartilhavam o interesse por projetos que visavam o engrandecimento nacional. Sua amizade com Santos Dumont⁷¹, por exemplo, levou-o a financiar as pesquisas realizadas por este em Paris.

Muitas vezes quem avalizava a doação eram pessoas de seu círculo de amizades, a exemplo das mencionadas doações à Academia Brasileira de Letras, ao Real Gabinete Português de Leitura e ao Arquivo Público de Minas Gerais, bem como do seu

⁷⁰ Sobre o mecenato científico, ver capítulo 6.

⁷¹ A relação de Santos Dumont com Guilherme Guinle foi mediada por Linneo de Paula Machado, um entusiasta da aviação que acabaria por falecer em um acidente aéreo. Linneo mantinha estreitas relações de amizade com o cientista desde o tempo em que morara em Paris.

patrocínio ao *Livro de homenagem aos professores Álvaro e Miguel Ozório de Almeida*⁷². Da mesma forma que foi Miguel Ozório de Almeida o intermediário do patrocínio de Guilherme Guinle à publicação da *Revista Brasileira de Biologia* (RBB)⁷³, que circulou de 1941 a 1960 graças à benemerência de Guilherme Guinle. Após a sua morte a família Paula Machado assumiu o financiamento do periódico até que, em 1967, ele passou a ser financiado inteiramente pelo CNPq.⁷⁴

Foram igualmente laços de amizade que ligaram Guilherme Guinle a Carlos Chagas. Carlos Chagas Filho (1993) afirma que a vida profissional de seu pai começou e terminou sob os auspícios de Guilherme Guinle: no início, em 1905, com o trabalho de controle da malária em Itatinga; e ao final com o financiamento do Centro Internacional de Leprologia, do IOC, em 1934, ano da morte do cientista.

Carlos Ribeiro Justiniano Chagas nasceu a 9 de julho de 1878, na Fazenda Bom Retiro, em Oliveira (MG). Era o filho primogênito de José Justiniano Chagas e Mariana Cândida Ribeiro de Castro Chagas. Em 1897 ingressou na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e em 1902 passou a freqüentar o então Instituto Soroterápico Federal a fim de realizar estudos sobre o impaludismo, sob a orientação de Oswaldo Cruz. Apesar de nomeado para Manguinhos, Chagas optaria primeiramente pela clínica médica e, em 1904, ingressa no Hospital de Isolamento de Jurujuba, Niterói (RJ), onde trabalhou até 1906, quando se transferiu para Manguinhos. Foi nesse ínterim que realizou o trabalho em Itatinga, comissionado pela Companhia Docas de Santos. Também em 1906 casou-se com Íris Lobo, filha do senador mineiro Fernando Lobo Leite Pereira, com quem teria dois filhos, Evandro e Carlos.

⁷² Esse livro foi organizado e editado, em 1939, por Mário Vianna Dias e Haity Moussatché, discípulos dos irmãos cientistas no IOC.

⁷³ A origem dessa revista remonta à época da 2ª Guerra Mundial. Em 1941 os pesquisadores do IOC viram-se impedidos de continuar publicando seus trabalhos nos *Comptes Rendues*, periódico da Sociedade de Biologia de Paris. Um grupo de pesquisadores do IOC, entre eles Miguel Ozório de Almeida, sugeriu então que fosse editada uma revista de biologia no país. A *Revista Brasileira de Biologia* se tornou órgão oficial da Sociedade Brasileira de Biologia, criada para possibilitar a sua publicação. A Sociedade Brasileira de Biologia congregava as sociedades regionais existentes – a princípio somente as do Rio de Janeiro e de Belo Horizonte. Segundo o pesquisador Herman Lent, secretário da revista de 1941 a 1970, foi através dos irmãos Ozório de Almeida que se obteve o patrocínio de Guinle. As cotas pagas pelas regionais eram *pro forma* e não custeavam a impressão da revista, como o demonstram os balanços publicados constantemente, como parte do acordo feito com Guilherme Guinle. Publicavam-se na RBB trabalhos nas áreas de ciências biológicas, sobretudo os relativos a anatomia macro e microscópica, bacteriologia, bioquímica, biologia geral, botânica, farmacologia, fisiologia animal e vegetal, genética, imunologia, parasitologia, patologia e zoologia descritiva e experimental.

⁷⁴ Nos anos de 1965 e 1966 a RBB é financiada pela família Paula Machado e pelo CNPq. É somente a partir de 1967 que o CNPq passa a assumir integralmente sua publicação.

Ainda na década de 1910 Chagas fez suas principais descobertas. Recém-ingresso em Manguinhos, partiu para Xerém (RJ) em comissão do instituto para as obras de saneamento da Baixada Fluminense, e nessa ocasião confirmou sua tese da infecção domiciliária da malária, cujas primeiras observações fizera em Itatinga. Em 1909 foi comissionado por Oswaldo Cruz para o combate à malária no norte de Minas Gerais, nas obras da Estrada de Ferro Central do Brasil. Na cidade mineira de Lassance seus trabalhos tomaram novo rumo e afastaram-no definitivamente dos estudos sobre impaludismo: com a descoberta do *Trypanosoma cruzi* e da doença de Chagas, passaria a se dedicar ao estudo desta. Em 1912 ganhou seu primeiro prêmio internacional, o Prêmio Schaudinn, deferido a cada quatro anos pelo Instituto de Moléstias Tropicais de Hamburgo, na Alemanha, para o melhor trabalho em protozoologia.⁷⁵

Com a morte de Oswaldo Cruz, em fevereiro de 1917, Carlos Chagas assumiu a direção do Instituto Oswaldo Cruz, cargo que ocuparia até o seu falecimento. No mesmo período esteve à frente da Diretoria Nacional de Saúde Pública e atuou como membro do Comitê de Higiene da Liga das Nações.⁷⁶

Pode-se dizer que a missão em Itatinga foi o início de uma longa relação de Carlos Chagas com Guilherme Guinle, que seria reforçada pela confiança e amizade adquiridas no convívio em salões do Rio de Janeiro como os do Jockey Club, do qual ambos eram sócios. Carlos Chagas Filho (1982) lembra-se de ter visto, diversas vezes, Guilherme Guinle chegar de carro e com a elegância característica, à casa de seus pais, na rua Paissandu. Essa amizade se estendeu a toda família Guinle, pois Carlos Chagas também gozava da amizade de Linneo de Paula Machado, tendo chegado a freqüentar a Fazenda Morrinhos, em Botucatu (SP), de propriedade do cunhado de Guilherme Guinle.⁷⁷

Carlos Chagas teve em Guilherme Guinle um amigo, um admirador e o apoio incontestante para a realização de uma parte de sua política de saúde pública, aquela voltada para o combate a endemias urbanas como sífilis, câncer e lepra. Estas três doenças estavam a cargo da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, criada pela Reforma Sanitária de 1919 e cujo inspetor-chefe era outro freqüentador assíduo da rua Paissandu, Eduardo Rabello, amigo de Carlos Chagas desde a Faculdade

⁷⁵ Para mais informações sobre a vida e obra de Carlos Chagas, ver: BVCC; e Chagas Filho (1993).

⁷⁶ Ao longo dos capítulos subseqüentes a trajetória e os trabalhos de Carlos Chagas, tanto no IOC quanto no DNSP, serão retomados.

⁷⁷ Carlos Chagas Filho (1993, p. 287) narra a ida de seu pai à fazenda de caça de Paula Machado, por ocasião da visita dos príncipes de Gales e Edward, em 1931.

de Medicina (Chagas Filho, 2000). Não foi um mero apoio a um amigo, mas o investimento em determinado projeto de salvação nacional e a crença no poder de uma certa ciência, a realizada em Manguinhos.⁷⁸

A Faculdade Nacional de Medicina também recebeu apoio de Guilherme Guinle, como por ocasião da criação do Instituto de Microbiologia, dirigido por Paulo de Góes⁷⁹, do Instituto de Cardiologia, dirigido por Artur Carvalho de Azevedo, e do Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho.⁸⁰

A assistência médica mereceu especial apoio de Guilherme Guinle, para quem o mecenato e a filantropia faziam parte de uma mesma teia de generosidade. Entre as instituições por ele assistidas vale ressaltar as Santas Casas da Misericórdia do Rio de Janeiro⁸¹ e de Santos; o Preventório Rainha Dona Amélia da Liga Brasileira Contra a Tuberculose, na ilha de Paquetá (RJ), que abrigava crianças com risco de contrair a doença; o Dispensário São Vicente de Paulo, mais conhecido como o Dispensário Irmã Paula (RJ); o Abrigo do Cristo Redentor (RJ); a Obra do Berço (RJ); o Asilo dos Inválidos de Santos (SP); a Sociedade de Beneficência Portuguesa (RJ); e a Cruz Vermelha Brasileira (RJ).

A educação também foi alvo das atenções de Guilherme Guinle. Além de ter dirigido a Campanha Brasileira da Educação nas décadas de 1930 e 1940, apoiou a Associação Cristã de Moços. Contudo suas ações mais importantes nesse setor estiveram ligadas à criação das Faculdades Católicas do Rio de Janeiro (1940) e de Petrópolis (1954), as atuais Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ)⁸² e a Universidade Católica de Petrópolis (UCP)⁸³. O cardeal Arcebispo do Rio de

⁷⁸ As ações que resultaram dessa amizade e respeito mútuo serão objeto de análise nos próximos capítulos.

⁷⁹ Paulo de Góes já era antigo conhecido de Guilherme Guinle, pois era no Laboratório de Análises Clínicas do cientista que o industrial fazia seus exames clínicos, sendo a coleta realizada pelo próprio médico na residência de Guinle. Outros aspectos foram importantes na formação da rede de relações pessoais que caracterizou o mecenato de Guilherme Guinle. Paulo de Góes era amigo de Carlos Chagas Filho, mas foi por intermédio de Lauro Sollero, colega de faculdade de medicina de seu sobrinho Cândido Guinle de Paula Machado, que Paulo de Góes apresentou seu projeto para o Laboratório de Microbiologia (Góes Filho, 1997).

⁸⁰ Este último instituto será abordado mais detidamente no capítulo 6.

⁸¹ Várias obras da Misericórdia do Rio de Janeiro receberam doações de Guinle, entre elas o Orfanato Ramão Duarte, antiga Casa dos Expostos, e o Hospital São Zaccharias. Guilherme Guinle também concorreu para a criação do Instituto de Anatomia Patológica, na Santa Casa do Rio de Janeiro, por iniciativa do professor Paulo César de Andrade. Foi Assis Chateaubriand quem tomou a frente da campanha para arrecadação de fundos para o instituto, e Guilherme respondeu prontamente à lista de subscrição, tornando-se um de seus principais contribuintes e mantenedores (cf. Barros, op. cit., p. 178).

⁸² A proposta de criação de faculdades católicas no país foi lançada no Conselho de Bispos do Brasil de 1938, e o padre Leonel Franca S.J. foi um de seus maiores incentivadores. No Rio de Janeiro, a Faculdade Católica foi instalada em 1940 no Colégio Santo Inácio, e em 1951 foi lançada a pedra fundamental de seu

Janeiro dom Sebastião Leme e o padre Leonel Franca contaram com o apoio fundamental de Guilherme Guinle, tanto em termos financeiros como no recrutamento de mais patrocinadores para a criação da faculdade e a construção do *campus* na Gávea. Guilherme também distribuiu inúmeras bolsas de estudo para estudantes que considerava promissores.

Era tido como ateu, e a família acredita que muitas de suas ações em prol de instituições ligadas à Igreja católica tenham sido influenciadas por sua irmã Celina, católica fervorosa e a quem era muito ligado.⁸⁴ Por influência ou não de sua irmã, Guilherme teve sua trajetória fortemente marcada pela presença de instituições ligadas à Igreja e ao culto católico, como qualquer outro membro da elite brasileira de então; tendo sido, desde 1916, irmão da Misericórdia do Rio de Janeiro, juntamente com seu cunhado Linneo⁸⁵. Em 1935 foi condecorado Grã-Oficial da Ordem Militar do Cristo. Atuou como grande defensor da criação da diocese de Petrópolis, cujo primeiro bispo foi dom Manuel Pedro da Cunha Cintra. Doou a custódia – ornamento em que se expõe a hóstia – para a Igreja de Sant’Anna (RJ), na época do Congresso Eucarístico (1955), sem contar a doação para a construção sede própria do Centro Don Vital⁸⁶, em 1957.

A esta altura, cabe abordar o mecenato em sua acepção clássica, cuja maior expressão se deu na Itália renascentista, desencadeando um processo de

próprio *campus*, na Gávea, inaugurado quatro anos depois. no Colégio Santo Inácio a Faculdade Católica e em 1951 é lançada a pedra fundamental do novo *campus*, inaugurado em 1955.

⁸³ Sua sobrinha (DMCPM) narra assim o apoio à Universidade Católica de Petrópolis: “(...) era um hotel, Hotel Nacional, Internacional ou coisa parecida, Hotel Internacional, um nome assim e (...) Ficou muito amigo daquele bispo de Petrópolis, que era também uma pessoa assim que nem ele, muito (...) de aparência cerimoniosa, muito distinta., que era Dom Manuel, [Dom Manuel Pedro da Cunha Cintra] ele que queria fazer a PUC ... queria fazer a Universidade Católica de Petrópolis. Pimba! Ele deu um hotel imenso, que é ali na rua, no fim da rua Monsenhor Bacellar, perto da... da principal ali do Centro, em frente a avenida Cana...”.

⁸⁴ Seus irmãos Carlos e Arnaldo também fizeram parte de diversas irmandades e ordens terceiras de grande prestígio. Arnaldo foi comandante da Ordem de São Leopoldo, da Bélgica, enquanto que Carlos fez parte da Irmandade do Santíssimo Sacramento, da Venerável Ordem Terceira dos Mínimos de São Francisco de Paula, da Irmandade de Nossa Senhora da Penha, da Imperial e Arquiepiscopal Irmandade de Nossa Senhora da Glória do Outeiro, Grã-Oficial da Ordem Militar do Cristo e Comendador da Ordem de São Gregório do Vaticano.

⁸⁵ Linneo de Paula Machado chegou a ser provedor do Hospital São Zaccharias, uma das unidades hospitalares da Misericórdia do Rio de Janeiro.

⁸⁶ O Centro Don Vital foi criado em 1922, no Rio de Janeiro, por Jackson de Figueiredo e reunia a nata da intelectualidade católica. Tinha como objetivo principal o estudo, a discussão e o apostolado católico. Com a morte de Jackson de Figueiredo, Alceu Amorosa Lima assumiu a sua direção. Dele fizeram parte também o cardeal Leme e o padre Leonel Franca. O Centro Don Vital teve, a partir da inauguração da PUC-RJ, um esvaziamento de seus quadros, causado tanto pela morte do cardeal Leme e do padre Leonel Franca quanto pela ascensão de d. Jaime de Barros Câmara, opositor de Alceu Amoroso Lima. A própria postura de Alceu, considerada ‘mais democrática’, também é vista como um dos fatores de declínio do centro (cf. DHBB).

desenvolvimento da cultura artística italiana naquele período. Entre seus vários aspectos dignos de menção, destaco para esta análise os que concernem à relação entre mecenas — as grandes famílias italianas — e protegidos, ao patrocínio de artistas — pintores, escultores, arquitetos, escritores etc. — e às modalidades de incentivo tanto financeiro de prestígio político-social. A definição proposta por John Hale (1988) no *Dicionário do Renascimento italiano* aponta outros aspectos relevantes do mecenato: o apoio à carreira de pessoas com possibilidade de sucesso; a crença no valor intrínseco do saber; e o pagamento por uma tarefa específica.

Guilherme Guinle parece ter desempenhado o papel do mecenas renascentista em pelo menos duas ocasiões: quando alçou o jovem arquiteto Aldestano Soares de Matos Porto d’Ave a projetista do Hospital Gaffrée e Guinle, do Hospital do Câncer e do Hospital das Clínicas, cujas construções patrocinou; e ao contratar Candido Portinari, quando este encontrava-se exilado no Uruguai, para pintar o painel *A Primeira Missa no Brasil*, que iria decorar a então sede do Banco Boavista.

Por todas as suas ações Guilherme Guinle teve seu nome inscrito já na primeira edição do Livro do Mérito⁸⁷, comenda criada por Getúlio Vargas em 1939 com o objetivo de homenagear pessoas “(...) que, por doações valiosas ou pela prestação desinteressada de serviços relevantes, hajam notoriamente cooperado para o enriquecimento do patrimônio material ou espiritual da nação e merecido o testemunho público do seu reconhecimento.” (Leis do Brasil, 1939, DL 1706, 27 de outubro de 1939). No parecer do presidente da comissão da comenda, Ataulfo de Paiva, ressaltam-se os trabalhos realizados por Guinle em prol da cultura, ciência e assistência médico-social. A cerimônia de entrega da comenda ganhou espaço na imprensa da época, tendo o *Jornal do Commercio* publicado, na edição seguinte à premiação, uma matéria com todos os discursos então proferidos. Nela encontram-se as palavras de Ataulfo de Paiva (JC, 24 de dezembro de 1941) a respeito da condecoração a Guilherme Guinle, que “resplandece (...) de vários e múltiplos modos, a figura do brasileiro ilustre ao qual se irá prestar uma homenagem de alta significação”.

Nos anos 1920 a 1940 — o período abordado neste estudo — frutificaram diversas ações de mecenato. Ângela de Castro Gomes (1999) observa que a presença de editores e *marchands*, bem como a relação mais próxima entre o mecenas e o mercado

⁸⁷ Também foram agraciados com a comenda os médicos e cientistas Cardoso Fontes e Vital Brazil, o jurista Clóvis Belivacqua, o general Candido Rondon e pessoas dedicadas à assistência como Rafael Levi de Miranda e Sinhá Junqueira (cf. Barros, op. cit., p. 198).

de arte foram aspectos facilitadores dessa experiência até então inédita no país. Para esta autora, sobretudo na década de 1920 o intelectual passou a ser percebido como fundamental para o alcance da modernidade desejada. De fato, vários são os intelectuais e artistas que sobreviveram, então, graças ao mecenato, fosse ele privado ou do Estado.⁸⁸

Gomes (id.) também chama a atenção para o papel da cidade como palco de relações sociais e formação de uma intelectualidade preocupada com questões nacionalistas e com a estética do moderno. A opção teórica adotada pela autora (ibid., p. 25)

“foi tratar a noção de contexto urbano num registro histórico que, além de considerar as condições sociais de produção cultural e seus vínculos com o campo político mais abrangente, enfatiza, como dimensão privilegiada de análise, as relações que se desenvolvem no ‘pequeno mundo’ do intelectual”.

Portanto a questão da sociabilidade e da cidade ocupa posição importante na construção e condução do argumento de Gomes (id.). Com relação à cidade, a autora destaca menos o seu papel de capital imperial e republicana do que o crescente aprimoramento urbano, percebido tanto nos salões da elite intelectual e política quanto no espaço da ‘rua’ — bares, confeitarias, livrarias, casas editoriais, redações de jornais etc. —, pleno de boemia e efervescência cultural. Aos locais ‘tradicionais’ de sociabilidade seriam acrescentados os novos salões da Academia Brasileira de Letras, da Escola de Belas Artes e do Centro Don Vital, este último freqüentado por intelectuais e militantes católicos, o grupo de interesse específico da autora.

Em seu trabalho Gomes (id.) apresenta o caso do industrial e farmacêutico João Daudt d’Oliveira, ele também um grande mecenas da época, que patrocinou seu irmão, o poeta Felipe Daudt d’Oliveira, e manteve sob seus serviços diversos outros intelectuais tais como Olavo Bilac, Bastos Tigre e Calixto, que trabalhavam na publicidade de seus produtos — o xarope Bromil e o regulador Saúde da Mulher (ibid., p. 80). Financiou também a Sociedade Felipe Daudt d’Oliveira, criada em homenagem à

⁸⁸ Conforme salientado anteriormente, o próprio MES, criado nos anos 1930, atuou como mecenas de vários intelectuais. Este ponto será retomado no capítulo 6.

memória do sobrinho e que se tornou ponto de encontro da intelectualidade carioca⁸⁹, bem como a revista *Lanterna Verde*, órgão oficial da associação.

Em sua análise, Ângela de Castro Gomes observa que os meios de sobrevivência da Sociedade Felipe d'Oliveira provinham do mecenato de João Daudt d'Oliveira e Assis Chateaubriand, este amigo da família Daudt e companheiro de remo de Felipe no Clube de Regatas Guanabara. Sobre as associações dessa natureza que eclodiram na época, afirma a autora (ibid., p. 87) que “uma boa Sociedade se fazia com intelectuais amigos⁹⁰ e empresários dinâmicos, todos amantes das letras e das funções editoriais, capazes, aliás, de se combinar com perfeição”.

Tal característica assinalada por Gomes parece se aplicar perfeitamente à relação de Carlos Chagas e seu grupo com Guilherme Guinle, baseada, como já foi dito, na amizade e no respeito mútuos. Outro ponto semelhante entre os mecenas e industriais Guilherme Guinle e João Daudt d'Oliveira diz respeito ao tipo de sociabilidade *salonière* que praticavam, cada um a seu modo. As semelhanças reforçam a tese aqui defendida de que as ações de Guilherme Guinle eram, antes de tudo, fruto de seu tempo. Acrescente-se ainda que o gaúcho João Daudt d'Oliveira, assim como Guilherme — que provavelmente se conheciam devido ao círculo comum de amizades — participaram ativamente da vida social da capital durante o primeiro governo Vargas (1930-1945).⁹¹ Gomes afirma que João Daudt mantinha relações próximas com o presidente, “mas pertencia àquela classe especial de velhos amigos, os que podem discordar, criticar e se sustentar, freqüentando o Catete ou não” (ibid., p. 84), do mesmo modo que Guilherme.

Vários outros estudos podem ser aludidos, como o realizado por Sérgio Miceli (1996) sobre o papel simbólico dos retratos feitos por grandes pintores da época, com ênfase na grande produção de Candido Portinari. A despeito de uma relação de

⁸⁹ Os objetivos maiores desta sociedade eram a discussão de textos, a edição e premiação de obras e a realização de eventos de divulgação literária, todos debatidos e deliberados em reuniões mensais dos associados. (ibid., p. 83).

⁹⁰ Entre os amigos que faziam parte da sociedade, a autora cita Rodrigo Otávio de Melo Franco, Ribeiro Couto, Manoel de Abreu, Edmundo Luz Pinto, José Freitas Vale, Jacques d'Avry, João Neves da Fontoura, Paulo Godoy, entre outros, totalizando 15 membros.

⁹¹ Segundo a autora (ibid., p. 83-84), João Daudt d'Oliveira “foi membro da Fundação Graça Aranha (...); integrou o Conselho de Curadores da nova Universidade do Brasil; fundou e editou a *Revista do Comércio* (e de Cultura), com Otávio Tarquínio de Souza e Afonso Arinos de Melo Franco; organizou o Instituto de Economia, que iria associar-se à Faculdade de Ciências Econômicas do Rio de Janeiro, dirigida por Eugênio Gudín; criou a Escola Técnica do Comércio; e ajudou, materialmente, o padre Leonel Franca, quando da formação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Uma lista expressiva, a demonstrar um perfil de empresário especialmente preocupado com as questões de educação, profissional e técnica em especial, além de bem afinado com o circuito católico igualmente interessado na mesma área”.

mecenato entre este artista e Guilherme Guinle por ocasião da encomenda do painel decorativo para o Banco Boavista, o grande mecenas do artista foi Olegário Mariano⁹², pertencente à tradicional família baiana Carneiro da Cunha. O autor declara que a análise da correspondência entre ambos denota intimidade entre protetor e seu artista predileto, o que pode ser entendido

“como esteio decisivo para o impulso e a orientação de sua [de Portinari] carreira artística na década de 20, seja mediante ajuda material e afetiva, seja mediante a promoção de seu trabalho junto aos júris do Salão, seja mediante matérias e referências elogiosas plantadas na imprensa, seja enfim mediante a encomenda de retratos e ilustrações em jornais e revistas” (ibid., p. 31-32).

Assis Chateaubriand foi outro mecenas de seu tempo. Além de ter estado à frente da criação do Museu de Artes de São Paulo e outras tantas iniciativas, também foi responsável pela transferência do pesquisador Lobato Paraense de Belém (PA) para o IOC. E era o banqueiro, Carlos Alberto Seabra, quem patrocinava o Laboratório de Entomologia dirigido por Costa Lima, no mesmo instituto.

Também a título de exemplo pode-se citar a criação, em 1949, do Centro Brasileiro de Pesquisas Físicas (CBPF). Em linhas gerais, esta instituição foi resultado do esforço de cientistas oriundos da antiga Faculdade Nacional de Filosofia que buscavam um espaço fora das universidades em que se pudesse fazer ciência. Inspirado no exemplo do Instituto de Biofísica da Universidade do Brasil — criado poucos anos antes por Carlos Chagas Filho — e fortalecido pela repercussão, na grande imprensa, dos trabalhos de César Lattes, o CBPF não nasceu alheio ao ambiente político-cultural do pós-guerra, e valeu-se igualmente de relações familiares para obter recursos que garantissem o seu primeiro ano de existência (Andrade, 1999).

Na lista dos primeiros sócios e dos fundadores do CBPF sobressaem representantes da elite brasileira: Artur Moses, Branca Ozório de Almeida Fialho (mãe de Gabriel Fialho, físico e membro do CBPF, assim como sua esposa), Carlos Chagas Filho, César Guinle (industrial e prefeito de Nova Friburgo), José Carneiro Felipe, Oswaldo Aranha, Santiago Dantas, entre outros. Segundo Andrade (id., p. 74), “antigos e futuros presidentes da República, políticos e empresários se misturaram a professores

⁹² Olegário Mariano formou-se bacharel direito e teve grande trânsito no meio literário, político e na vida mundana em geral. Ingressou na Academia Brasileira de Letras com menos de 40 anos, e seu irmão José Mariano Filho, médico de formação e também mecenas, foi nomeado diretor da Escola de Belas Artes em 1926. Os irmãos Carneiro da Cunha tinham em J.J. Seabra seu protetor político (cf. ibid., p. 30-31 e nota 12).

e militares para financiar o instituto de pesquisa”, motivados pela necessidade de avanço tecnológico no pós-guerra, da necessidade do país não estar alheio aos avanços da ciência.

Por todos os exemplos acima mencionados, pode-se perceber que a primeira década do século XX foi, para o Brasil, um período fértil para a prática do mecenato em suas mais diversas formas, onde em várias ações a idéia da criação da nação estava presente fosse na criação do Museu Histórico Nacional, no Museu Imperial, na criação do CBPF, na preocupação com a formação da elite – com a criação de Universidades, entre outras.

2.5 A filantropia de Guilherme Guinle: conceitos e considerações

Mesmo avesso à divulgação de suas ações filantrópicas e de seu mecenato, Guilherme Guinle recebeu diversas homenagens ainda em vida, além da mencionada comenda do Livro do Mérito. Em edição de *O Jornal*, em janeiro de 1927, Assis Chateaubriand realiza um inquérito entre personalidades e figuras públicas, enaltecendo a atuação do filantropo. Em 1958 seria Carlos Chagas a liderar uma homenagem a Guilherme, no Instituto de Biofísica. Após a morte de Guilherme Guinle, amigos e contemporâneos reuniram-se para louvar suas diversas facetas na imprensa cotidiana. E no ano do centenário de seu nascimento (1982), recebeu postumamente o título de Grande Benemérito da Ciência Brasileira, outorgado pelo Conselho de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Entre as homenagens destacam-se a que Carlos Chagas Filho organiza para Guilherme Guinle, no Instituto de Biofísica (1958), quando Walter Oswaldo Cruz reforça a visão que me parece predominante na época, concernente ao papel da ciência como regeneradora da sociedade, tal como sugerido por Paul Weidling (1991) e discutido no capítulo anterior. A filantropia moderna, para Walter Oswaldo Cruz (Homenagem..., 1958, p. 32), “caracteriza-se por dar à Ciência, de preferência à Caridade, prestigiar a Ciência em vez de acudir minorias, dignificar a Ciência para atingir benefícios verdadeiramente coletivos, ultrapassando cidades, países, hemisférios ou continentes”. Em seu discurso, o cientista considera uma característica das sociedades a dependência ao meio social, aí incluindo as grandes fortunas. Para ele o que diferencia a filantropia do mundo moderno em relação a períodos anteriores é que

nem todos os homens de fortuna percebem a necessidade de apoiar os trabalhos científicos ou a cultura, notadamente nos países de enriquecimento tardio. E, a esse respeito, realça o caráter exemplar das ações de Guilherme Guinle.

E aquela empreendida por Assis Chateaubriand em seu periódico diário *O Jornal*. Na edição de 20 de janeiro de 1927, um caderno especial com seis páginas foi dedicado às ações de Guilherme Guinle, com destaque para a criação do Hospital Gaffrée e Guinle e do Hospital do Câncer. Participam com depoimentos 89 personalidades do mundo político e científico brasileiro e internacional, tais como os médicos Carlos Chagas, Eduardo Rabello, Miguel Couto e Azevedo Sodré; o presidente Wenceslau Braz, Getúlio Vargas e Ataulfo de Paiva; o então chefe do Estado-maior da Armada, vice-almirante José Maria Penido; Afrânio de Melo e Franco; Paulo de Frontin; conde de Afonso Celso; D. Pedro de Orléans e Bragança; o embaixador da França A.R. Conty; e o ministro plenipotenciário do Peru, Victor Maurtua.

No texto introdutório, Assis Chateaubriand indica o que entende por filantropia, distinguindo-a da caridade. Para ele, este último conceito traz subjacente a idéia da salvação através do sofrimento, típica do dogma cristão, e suas maiores representantes são as irmandades, a quem considera a essência da assistência compassiva. A ciência, por sua vez, redime a caridade e traz à sociedade uma grande contribuição ao fazer surgir uma nova concepção de assistência e beneficência. Com uma visão positivista do papel da ciência, Chateaubriand estabelece a relação entre esta e a filantropia, ao mesmo tempo que recorre ao discurso eugênico de ‘salvação nacional’:

“À medida que a sciencia vincula o homem à terra e identifica-o com o futuro da raça, substituindo a miragem do mysticismo pela visão clara de uma terra transformadora pelo gênio do homem e habitada por gerações felizes de seres fortes e sadios, a attitude das almas bem formadas, em face à miséria humana, assume forma activa e constructiva de um esforço que visa não mais solucionar casos individuais, mas atacar pela raiz os males com que não podemos mais nos conformar. **Assim a philantropia tornou-se não somente scientifica, como por ser scientifica, passou a tomar um cunho acentuadamente colectivo.**” (*O Jornal*, 20 jan. 1927, p. 1; grifo meu).

Como procurei assinalar no capítulo anterior, a dicotomia entre caridade e filantropia não parece ser tão profunda quanto propunha Chateaubriand, não só porque o conceito de filantropia permite a ação caritativa, mas sobretudo porque, ao longo do século, a idéia de salvação seria também transformada, e as questões transcendentais

perderam espaço para as iminentes à sociedade, tipicamente terrenas, como a do controle do pobre e da pobreza. Mas, de todo modo, o conceito de filantropia sugerido por Assis Chateaubriand não era unanimidade sequer entre aqueles que responderam a seu inquérito.

Se qualificar como filantropia as ações de Guinle foi uma grande preocupação de Assis Chateaubriand, os depoentes do inquérito, por sua vez, manifestam-se de variadas formas quanto a essas ações. Encontram-se palavras e expressões como “obra de assistência social”, “utilidade social”, “filantropia”, “amor ao próximo”, “novo filantropo”, “generosa iniciativa”, “modelo de solidariedade”, “espírito caritativo”, “sentimentos humanitários”, “benemerência”, “caridade”, “humanidade”, “inspiração divina”, “caridade mais racionada e organizada” e “espírito da caridade que inspirou Vicente de Paulo”. Contudo, sobressaem entre os depoimentos aqueles que comparam Guilherme Guinle ao filantropo norte-americano John D. Rockefeller.

Com o intuito de compreender as razões pelas quais homens como Afrânio e Virgílio de Melo e Franco, Afrânio Peixoto e Mario Behring equiparam Guilherme Guinle a John D. Rockefeller, retorno a um ponto abordado no capítulo anterior, o da ocorrência de dois padrões de socorro à pobreza no Ocidente: o mundo anglo-saxão e o dos países católicos. Como sublinhei anteriormente, o padrão anglo-saxão permitiu o surgimento de ações como as de John D. Rockefeller, e somente a ruptura com o modelo de assistência vigente no Brasil, bem como as transformações advindas das descobertas de Pasteur e da criação de seu instituto possibilitaram atitudes filantrópicas como as de Guilherme Guinle.

O início do século XX vê surgir, nos Estados Unidos, um novo tipo de filantropia baseada na criação, por parte de grandes famílias norte-americanas, de fundações que se diferenciavam profundamente do antigo conceito de legados com fins caritativos. Tais fundações⁹³ eram formadas graças a doações de grande vulto para finalidades e atuação diversas, e tinham como característica primordial a liberdade de ação (Andrews, 1974, p. 56).⁹⁴ Outra especificidade da filantropia e do mecenato norte-americanos é sua associação histórica com a sociedade civil. Helena Bomeny (2001, p.

⁹³ A existência de fundações com fins filantrópicos data do final do Império Romano e há registros de suas atividades. Jean Mesnard (op. cit.) chama a atenção de que essas instituições guardam, em seus tempos iniciais, um caráter de mecenato que não se manteve posteriormente.

⁹⁴ Nos Estados Unidos parece existir dois tipos diferentes de fundação, as de redistribuição de fundos e as que destinam seus fundos para o financiamento de um programa preciso, seja ele um hospital, um projeto de pesquisa ou mesmo um asilo. De forma geral elas têm liberdade na gestão de seus fundos (Kirby-Legier, 1987).

19) assinala que, naquele país, “o Estado era malvisto nesses empreendimentos”, ao passo que na América Latina esse papel coube preponderantemente ao Estado.

A primeira grande fundação norte-americana foi o Carnegie Institution de Washington⁹⁵, criado por Andrew Carnegie em 1902, seguida no mesmo ano pelo Education Board, de John D. Rockefeller, do qual Carnegie foi um dos principais patronos (Andrews, op. cit., p. 56; Kohlstedt, 1986, p. 96). Na mesma época foram criadas outras instituições, entre elas a Kellog e a Morgan. As três instituições — Rockefeller, Carnegie e Kellog — têm atuações em educação, medicina e saúde pública em toda a América Latina (Cueto, 1997, p. 234).

Quanto à iniciativa de Andrew Carnegie, sua importância pode ser avaliada pela análise de Sally Kohlstedt (op. cit., p. 88):

“Andrew Carnegie unquestionably established an influential precedent with his continued financial support of the Carnegie Institution, initially by providing small grants to individuals but eventually concentrating on the Institution’s own departments, laboratories and observatories. Large research foundations came to wield an influence beyond their monetary contribution because they trained administrators who became effective managers of science. Thus, according to Robert Kohler, Warren Waver made the Rockefeller Foundation not ‘simply a passive patron but a promoter of science along particular lines’.”

Kohlstedt (id., p. 98) também salienta que a maior atuação dessas instituições se intensifica a partir dos anos 1920, quando observam-se ações tanto a nível privado quanto a níveis corporativo, acadêmico e governamental.

Entretanto, Judith Sealander (1997, p. 18) afirma que a idéia de ‘*given in Wealth*’, lançada por Carnegie, não era de todo nova:

“In fact, Carnegie’s idea exemplified traditional distributive charity, rather than ‘scientific philanthropy’. Carnegie ended his famous essay by describing seven projects that illustrated the very best always a millionaire could disperse his wealth: (1) founding a university, (2) building libraries, (3) building or contributing to hospitals, (4) building public parks, (5) building concert halls, (6) building public baths, and (7) contributing to nondenominational community churches.”

⁹⁵ A Fundação Carnegie concentrou seus esforços na melhoria da educação, tanto no território americano como alhures. As bibliotecas se tornaram a sua marca (cf. Lagemann, 1983).

Portanto as ações das fundações norte-americanas estariam inscritas em um padrão típico da filantropia anglo-saxã, tal qual descrito no capítulo anterior.

De um modo geral, a historiografia sobre o tema (Cueto, op. cit.; Marinho, 1993, [s.d.]; Fosdick, 1957), em especial a que trata da Fundação Rockefeller, ressalta o caráter ‘científico’ de suas ações ou reforça seu caráter ‘missionário’. Alguns autores ainda interpretam suas ações pela via do imperialismo, como Emily Rosenberg (2003), para quem as ações das fundações estariam diretamente relacionadas à política governamental da época. Contudo, Luiz Antônio de Castro Santos (2003) chama a atenção sobre os limites de tais interpretações. No que tange ao imperialismo, o autor lembra que o processo de modernização dos países-alvos da Fundação Rockefeller acarretou para ela a necessidade de adequação e sobretudo de negociação. Para Santos (id., p. 189), “o caráter geopolítico e as condições histórico-estruturais de cada país em que a Rockefeller atuou definem os limites de aplicabilidade das teses sobre o imperialismo ou sobre a ação humanitária”.

Vale contudo atentar que o surgimento de fundações voltadas para a filantropia não é característica exclusiva dos Estados Unidos nem do período. Especificamente nesse país, o mesmo movimento que permitiu o aparecimento de instituições como a Carnegie e a Rockefeller originara, anteriormente, o Young Men’s Christian Association ou YMCA (1886) e a Women’s Christian Temperance Union ou WCTU (1884), ambos com caráter missionário (Rosenberg, op. cit., p. 241 et seq.). As linhas de atuação dessas instituições foram fortemente inspiradas na Cruz Vermelha, criada em 1850⁹⁶, e de seu braço americano, em 1887. Em 1896 a Cruz Vermelha americana já funcionava como uma agência semi-oficial e teve sua primeira experiência internacional na Guerra de Cuba, iniciada naquele ano. A maior diferença entre a atuação da Rockefeller em relação a suas congêneres americanas e outras fundações surgidas em outros países encontra-se em suas ações para além do território nacional.

Na França, em 1904, foi criada a Fundação Rothschild pelos barões Alphonse, Gustave e Edmond de Rothschild. A instituição, cujo nome deixa claro seu objetivo — *Fondation Rothschild pour l’amélioration de l’existence matérielle des travailleurs* —, tinha como principal objetivo a construção das chamadas ‘*habitations à bon marché*’, moradias populares construídas sob os mais rígidos preceitos higiênicos. Com o

⁹⁶ A Cruz Vermelha foi criada na Suíça. Com o objetivo de atuar restritamente em períodos de guerra, agia no socorro às vítimas de campos de batalha e civis. Foi durante a Primeira Grande Guerra que expandiu suas ações (cf. *ibid.*, p. 250).

controle social e a higiene *pari passu*, promoviam-se concursos para a escolha do melhor projeto e outras ações em torno do tema (Dumont, 1991).

Analisemos então as comparações entre Rockefeller e Guilherme Guinle, presentes em depoimentos do caderno especial de *O Jornal*, à luz dessas considerações anteriores. Deve-se considerar que a razão do inquérito de Assis Chateaubriand é homenagear Guilherme Guinle pela construção dos Hospitais Gaffrée e Guinle e do Câncer, na ocasião em que era lançada a pedra fundamental deste último. As afirmações são feitas por figuras como a escritora Rosalina Lisboa, que o considera “o exemplo de Rockefeller frutificando no Brasil” (*O Jornal*, 20 jan. 1927, p. 2), o deputado Virgílio de Melo e Franco, para quem Guilherme é o “filantropo à la Rockefeller” (ibid., p. 3), ou ainda J.A. Costa Pinto, secretário-geral do Centro Industrial Brasileiro, que considera o industrial “O Rockefeller do Brasil” (ibid., p. 6). Já o diretor da United Press no Brasil, Ulysses Grant Keener, lembra ter sido a iniciativa privada a responsável pela solução do problema hospitalar nos Estados Unidos, ao mais do que dobrar a quantidade de hospitais existentes no início do século anterior (ibid. p. 5) — o que nos remete à questão da rede hospitalar da cidade do Rio de Janeiro e o papel que os hospitais construídos por Guilherme Guinle nela desempenharam. Sem dúvida o fato de o industrial estar envolvido com a assistência hospitalar possibilita esse tipo de comparação, da mesma forma que o início das atividades da Fundação Rockefeller no Brasil também contribuiu para reforçar a semelhança entre um e outro filantropo e criar a imagem de Guilherme como um homem singular, à frente de seu tempo e de seus compatriotas.

John D. Rockefeller, com quem Guilherme Guinle foi comparado, empenhou-se em praticar a filantropia e o mecenato em larga escala, a exemplo de seu apoio a museus americanos e suas ações para a reconstrução da Europa devastada pela Primeira Guerra Mundial. A reconstrução da cidade de Reims⁹⁷ é paradigmática tanto do envolvimento

⁹⁷ Reims, capital da região da Champagne, fora extremamente devastada pela artilharia alemã no início da guerra. O bombardeio seguido de incêndio da Catedral de Notre Dame de Reims, onde eram sagrados os reis da França, foi considerado um crime e um ato de barbárie. Tão logo foi assinado o Armistício, o prefeito de Reims procurou ajuda para seu projeto de reconstrução da cidade, que orientava-se por quatro linhas mestras: urbanismo, educação, higiene e preservação da cultura e dos monumentos históricos. Graças à intervenção de filantropos americanos e franceses, o projeto foi concretizado por meio do plano urbanístico e viário de Reims, da construção da Biblioteca Carnegie, da construção do American Memorial Hospital e da reconstrução da catedral. Porém em 1924 os fundos se esgotaram sem que o telhado da catedral tivesse sido feito. Uma das pessoas mais engajadas no Comité franco-américain pour la réconstruction des monuments rumou, então, para Nova York e acabou convencendo John D. Rockefeller a financiar uma parte da obra, o que fez dele o maior doador para a reconstrução da Catedral de Reims, o que fez dele o maior doador da reconstrução da Catedral de Reims. A gratidão da população

de John D. Rockefeller como de outros filantropos norte-americanos anônimos nesses esforços.

A Fundação Rockefeller⁹⁸, criada em 1913, foi talvez a maior das ações filantrópicas de John D. Rockefeller. Tinha como objetivo congregar as diversas atividades realizadas pelo norte-americano desde o fim do século XIX. Suas primeiras atividades foram de natureza caritativa e eram vinculadas, em geral, à Igreja Batista, da qual Rockefeller foi membro proeminente. Orfanatos, hospitais e escolas — como a Universidade de Chicago, aberta em 1889 — foram os maiores beneficiários da filantropia do milionário. Em 1909 formaram-se as instituições que seriam a base da Fundação Rockefeller — o Rockefeller Institute for Medical Research⁹⁹, o General Education Board e a Sanitary Commission for the Erradication of Hookworm. Nelas a preocupação com a saúde pública, o ensino e a pesquisa médica já estavam delineados:

“Like other major American philanthropies, the Rockefeller Foundation aimed at displaying in public the fortune, power and good will of its originator and benefactor. More interestingly, the Foundation viewed itself principally as an educational enterprise, a quite atypical characteristic among charities. The document setting forth its aims and principles explained that its goal was to enhance the well-being of people in the U.S. and abroad, through the acquisition and dissemination of knowledge, the prevention and the alleviation of suffering, and the promotion of the human progress” (Löwy & Zylberman, 2000, p. 367).

As ações da Fundação Rockefeller iniciaram-se, ainda em princípios do século XX, com a campanha de combate à ancilostomose no sul dos Estados Unidos, depois ampliada para outras doenças endêmicas e epidêmicas não só presentes no território norte-americano como também na América Latina, Europa¹⁰⁰ e Ásia. Em 1913 é também formada a International Health Commission, depois denominada International Health Board (1916), que absorveu as funções da Rockefeller Sanitary Commission,

de Reims a Rockefeller está expressa na placa em sua homenagem colocada à entrada da catedral, bem como no nome da rua que a ela leva: rue John D. Rockefeller. Marc Bebarida (1993) afirma que aspectos sociais e políticos por trás da ação americana foram cuidadosamente encobertos de modo a que transparecesse somente a ajuda destinada a fazer renascer a França modernizando-se os métodos mas não as formas.

⁹⁸ Quanto ao histórico da criação dessa instituição, baseio-me sobretudo em Castro Santos & Faria (2003).

⁹⁹ O Rockefeller Institute for Medical Research, inaugurado em 1901, foi fortemente inspirado no Instituto Pasteur (cf. Weidling, 1997; Sealander, 2003).

¹⁰⁰ No que concerne à atuação da Fundação Rockefeller na Europa, pode-se citar seu papel importante nas campanhas de combate à tuberculose — considerada o maior flagelo francês do início do século — e de educação higiênica na França do entre-guerras (cf. Gillaume, 1986).

sobretudo no combate à ancilostomose, primeiro nos Estados Unidos e posteriormente no resto do mundo.

A grande preocupação da família Rockefeller era com a educação, a exemplo de seu apoio à criação, em 1902, do General Education Board, que no início visava promover a educação básica nas regiões mais pobres dos Estados Unidos, em especial a região sul — onde também seriam efetuados os primeiros projetos de saúde pública. Mais tarde o ensino superior foi objeto de ação da família, com ênfase no ensino de medicina, saúde pública e ciências biológicas.

A difusão do ideário da saúde pública deu-se por meio da Escola de Saúde Pública criada na Johns Hopkins University, em Baltimore, e mantida com financiamento da própria Fundação Rockefeller. Com base nessa experiência foram criadas escolas de saúde pública em toda a América Latina, tais como a Escola de Medicina da Universidade de São Paulo. Tais instituições de ensino tinham como característica principal a sua estruturação em cinco laboratórios-chaves: o de bacteriologia, o de parasitologia, os de imunologia e virologia e o de entomologia médica. Os maiores exemplos dessa nova política são o Instituto Tecnológico de Monterrey (México), a Universidade de São Paulo, em Ribeirão Preto, e a Universidade do Vale (Colômbia).

No Brasil as atividades da Fundação Rockefeller começaram em 1916, com a participação no combate à ancilostomíase, primeiro no estado de Minas Gerais, onde foi aberto um dispensário no município de Capela Nova, e em seguida no estado do Rio de Janeiro. Até a década de 1920, quando sua atuação passou a ter uma feição mais nacional e institucionalizada — com os convênios firmados com o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) para o combate a endemias como febre amarela, ancilostomíase e malária (1926) —, as ações da Rockefeller foram eventuais e localizadas em regiões específicas.¹⁰¹

Autores como Castro Santos & Faria (2003) observam que, ao começar a atuar mais sistematicamente no Brasil, a Fundação Rockefeller sofreu diversas críticas, sobretudo por ter aqui ingressado no auge do movimento nacionalista. A fundação teve de adequar seus projetos a uma estrutura de saúde já existente no país, na qual predominava uma tradição higienista, no Rio de Janeiro representada pela Escola de

¹⁰¹ Até aquela década e devido ao pacto federalista, eram os estados que assinavam acordos de cooperação com a Fundação Rockefeller (cf. Benchimol, 2001, p. 115; Castro Santos & Faria, op. cit., p. 67 et seq.)

Manguinhos e em São Paulo liderada por Emílio Ribas e Adolpho Lutz. Como bem lembra Castro Santos (ibid.) muitas vezes a Fundação Rockefeller se viu obrigada a ceder às exigências do governo brasileiro, que entre outras coisas pressionou a missão americana a incluir em seus objetivos o combate à malária, que não constava dos planos originais. Outra adequação que merece ser apontada concerne às diferenças entre o ideário eugênico dos norte-americanos, darwinistas sociais¹⁰², e os neo-lamarckianos brasileiros. Para Castro Santos & Faria (id., p. 83), “o ideário da Rockefeller vai cedendo lugar à postura nacionalista defendida por Belisário Pena, Arthur Neiva e Monteiro Lobato, de construção da nacionalidade e da melhoria ‘eugênica’ por meio da saúde.”

É inegável a presença da Fundação Rockefeller no processo de institucionalização da ciência biomédica no país, notadamente no âmbito do ensino médico, em que colaborou na criação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, conforme já mencionado, na formação da Escola de Enfermagem Ana Nery, no Rio de Janeiro, na luta pela dedicação exclusiva de professores e cientistas visando o melhor aproveitamento de tempo e pesquisa, além de contribuir, a partir de 1917, para a formação de cientistas com a oferta de bolsas de estudos para os cursos que mantinha. Castro Santos & Faria (id.) consideram igualmente incontestável a influência da Junta Sanitária Internacional da Fundação Rockefeller na Reforma Sanitária de 1920 e na criação do DNSP, especialmente no que tange às ações do Serviço de Profilaxia Rural.¹⁰³ A política de campanha posta em prática pela Fundação Rockefeller em vários estados brasileiros, centrada no combate à ancilostomíase e febre amarela, certamente influenciou o modelo que seria desenvolvido por Carlos Chagas na Reforma da Saúde Pública nos anos 1920.

Carlos Chagas (1923) resumiu com precisão o trabalho da Missão Rockefeller no Brasil, em discurso que proferiu no banquete oferecido pelo governo brasileiro a Lewis Hackett, chefe dos serviços técnicos da missão no país:

“Introduzistes em nosso paiz o methodo pratico de realizar a campanha contra a uncinariose, e mais fizestes nessa lida de

¹⁰² Autores como Rosemberg (op. cit.) e Sealander (2003) chamam a atenção para a importância do darwinismo social para se entender o contexto de atuação das instituições criadas no início do século nos Estados Unidos. O darwinismo social pode ser compreendido pela crença da superioridade do povo anglo-saxão, pela hierarquia social e pelo paternalismo de suas ações. Para autores como Sealander (id.) e Lagemann (op. cit.), o *social gospel* foi uma das motivações dessas instituições e transformou os filantropos em advogados das sociedades.

¹⁰³ Este tema será melhor desenvolvido no próximo capítulo.

verdadeiro beneditino, em que pudeste conquistar a confiança e a fé dos nossos camponeses e preparal-o para melhor aproveitar as providencias salvadoras da hygiene publica. E não vos descuidastes de actuar perante os responsaveis pelas administrações sanitarias estadoaes, procurando facilitar-lhes medidas de alto alcance pratico e elevada sabedoria.

É certo que nos seria impossivel dar aos vossos trabalhos mais amplo desenvolvimento, compativel com a vastidão do nosso territorio e com a interinidade das endemias ruraes; e nessas pudeste completar o methodo prophylatico, na exigencia de medidas indispensaveis, que dependiam de autoridade official e de sancção legal.

(...)

Ampliada pelo Estado a luta contra as endemias ruraes e por elle assumidas as responsabilidades technicas e financeiras, voltastes attenção valiosa para outros aspectos da hygiene publica entre nós e quizestes auxiliar, alguns Estados, a organização dos serviços.”

Esse breve panorama sobre os objetivos e a atuação da Fundação Rockefeller é suficiente para percebermos uma grande distância entre os objetivos da fundação norte-americana e as ações de Guilherme Guinle vinculadas a um determinado projeto de saúde pública. Ressalte-se, contudo, que as comparações foram feitas entre os dois filantropos e não entre suas diversas obras filantrópicas.

Podemos observar a filantropia de Guilherme Guinle em relação a filantropia do barão Henri de Rothschild. Um dos herdeiros do ramo francês da família, Henri se dedicou à medicina e aos cuidados médicos. Foi membro da Academia Francesa de Medicina e suas pesquisas versavam sobre problemas digestivos, em especial nas doenças infantis. Engajado no cuidado do recém-nascido, criou primeiramente a Polyclinique¹⁰⁴, voltada para o atendimento a esse público, que até então dispunha de

¹⁰⁴ O relatório da visita às obras filantrópicas do dr. H. de Rothschild em dezembro de 1906, elaborado pela Société Internationale pour l'etude des questions d'assistance, descreve em pormenores a Polyclinique : “*Les bâtiments du nouvel établissement (...) ont été construits sur les plans de M. Nénot, architecte de la Sorbone. Ils couvrent une superficie de 1.400 mètres carés. Ils se composent d'un rez-de-chaussée et d'un premier étage. Au rez-de-chaussée, nous avons parcouru successivement les bureaux de l'administration où se font les inscriptions des malades qui ont tous une fiche pour les maladies générales et une fiche de couleur différente pour chaque maladie spéciale (...); la salle d'attente pour les malades, deux salles de consultations, la salle d'examen pour la laryngologie et l'ophthalmologie, la salle d'opérations, la salle de pensements, la salle de stérélisation (instruments et pensements chirurgicaux), la salle de consultations pour la chirurgie orthopédique, les laboratoires, la salle de conférences avec appareils pour projections életriques, le cabinet du médecin en chef, celui de la directrice, le bureau du pharmacien et la pharmacie. Au premier étage, nous avons visité: deux salles de malades de douze lits chacune, deux autres salles de six lits chacune, les laboratoires de photographie et de radiologie, le cabinet du dentiste, le service d'isolement composé de quatre chambres, les appartements du personnel, enfin la bibliothèque, publique pour le médecins et les étudiants. Elle renferme la collection complète des publications périodiques relatives à la pédiatrie, l'obstétrique et la gynécologie; une collection de plus de 5000 thèses et brochures en toutes langues sur les mêmes sujets. Disons que la salle des morts et*

poucos espaços apropriados. Depois, a Œuvre philanthropique du lait¹⁰⁵, destinada à distribuição gratuita ou a baixo custo de leite de qualidade e pasteurizado; o *Restaurant populaire économique*, responsável pela distribuição de sopa aos necessitados; e a l'Œuvre philanthropique du vin, que tinha por objetivo socorrer os produtores de vinho da região de Midi, comprando-lhes a produção e vendendo-a a preço de custo (RP, 1906-1907, p. 485-492). Um dos biógrafos da família (Lottman, 1995, p. 206) assim retrata o barão:

“Il poursuivait ses recherches sur les maladies infantiles, étudiant les troubles digestifs, créant des programmes de distribution gratuite de lait. Il fit construire un nouvel hôpital pour enfants, qu’il dirigea pendant plus de trente ans et où l’on soignait aussi la syphilis et les maladies endocriniennes. Il finança également une soupe populaire. Après la mort de sa femme, en 1926, il allait doubler la taille de sa polyclinique et lui donner son nom en sa mémoire. Au début du siècle, il commençait déjà à produire du radium pour traitement du cancer et il fit bâtir à Saint-Denis une véritable usine pour développer la production de ce précieux apport médical.”

Com relação à pesquisa sobre o câncer, Henri de Rothschild não se contentou com a construção da usina de Saint-Denis e criou, em 1919, a fundação que leva seu nome no *campus* do Instituto Curie, mas em prédio à parte. Esta propunha-se a reunir em um mesmo local um número maior de doentes, possibilitar a realização de cirurgias a qualquer hora do dia e da noite, assegurar a hospitalização dos doentes pelo tempo necessário e garantir o retorno dos pacientes nas datas determinadas (Notes sur..., 1919). A fundação desenvolvia estudos experimentais e previa-se a publicação de relatórios desses trabalhos. Por estar engajado nas pesquisas sobre o câncer, Henri de Rothschild

d'authopsie (...), les salles d'hydrothérapie, la buanderie, la cuisine sont au sous-sol; — que l'éclairage est électrique, le chauffage à basse pression; - que le téléphone relie tous les services intérieurs, — que la Polyclinique fait régulièrement des distributions gratuites de lait (...) pour les nourrissons et de médicaments pour les malades indigents, enfants ou adultes; - enfin qu'elle possède une voiture d'ambulance automobile qui assure le transport des blessés de la voie publique à l'établissement, où ils sont pansés, puis hospitalisés, en attendant d'être dirigés sur un autre hôpital ou ramenés à leur domicile. Le personnel médical de la Polyclinique est composé ainsi qu'il suit: Dr. H. de Rotschil, médecin en chef; Dr. L. Brunier, médecin assistant, résident; Dr. M. Roques, médecin adjoint; Dr. Baillet, médecine générale infantile; Dr. L. Bonnier, oto-rinno-laryngologie; Dr. L. Ehrhardt, chirurgie générale; Dr. Ducrocquet, chirurgie orthopédique; Dr. Gallip fils, odontologie; Dr. A. Hauser, dermatologie; Dr. R. Lévi, neuropathologie et psychiatrie; Dr. A. Péchin, ophtamologie. — Travaux de laboratoire: bactériologie, Dr. Louis Netter; chimie, Lanzenberg. (...) Les Annales de la Polyclinique, annexées à la Revue d'hygiène et de médecine infantiles, publient tous les deux mois les statistiques détaillées (...). ” (RP, 1906-1907, p. 485-492).

¹⁰⁵ Sobre esta instituição, vale acrescentar: “L'Œuvre s'est assuré la production laitière d'une des meilleurs régions des environs de Paris où elle a organisé des laiteries modèles (La Loupe, la Ferté-Bernard), disposant des appareils les plus perfectionnés pour pasteuriser et pour stériliser le lait aussitôt après la traite. Le lait est transporté à Paris dans des récipients plombés”. (RP, 1906-1907, p. 485-492).

valorizou e incentivou o trabalho de Pierre e Marie Curie, tendo sido um dos grandes patrocinadores do Institut Curie (Dons du docteur..., [s.d.]).

Para além de suas obras filantrópicas, o barão Henri de Rothschild se dedicou a colecionar livros e manuscritos antigos, um dos hábitos da família¹⁰⁶, tendo doado sua coleção de seis mil exemplares à Biblioteca Nacional da França. Durante a Grande Guerra adaptou sua fábrica de rádio para a fabricação de equipamentos de iluminação para submarinos e trincheiras francesas.

Atuando em ações específicas e direcionadas, Guilherme Guinle e Henri de Rothschild incentivaram, valorizaram e buscaram melhorar tanto a vida da população quanto as condições de trabalho dos cientistas. Fosse visando o controle da pobreza ou por convicções políticas, certamente ambos eram convictos do papel regenerador da ciência e da medicina experimental. No caso de Guilherme, isso pode ser percebido por sua confiança em um determinado projeto de ciência, aquele desenvolvido em Manguinhos, que tinha à frente e entre seus grandes nomes o amigo Carlos Chagas.

John D. Rockefeller, por sua vez, também incentivou, valorizou e buscou melhorar as condições de vida das populações desfavorecidas do sul dos Estados Unidos, mas suas ações acabaram não se restringindo aos limites territoriais norte-americanos. A escala de sua filantropia difere, pois, substancialmente daquelas praticadas por Guilherme Guinle e Henri de Rothschild.

É justamente a proximidade entre esses três exemplos de filantropos — que atuaram em espaços diferentes, mas na mesma época — que reforça a tese aqui defendida, a de Guilherme Guinle como homem de seu tempo, e suas ações como fruto de uma cultura de elite.

2.6 Guilherme Guinle por seus contemporâneos

Uma das características mais evidentes da figura de Guilherme Guinle, ressaltada inclusive nas homenagens póstumas, é o incentivo que deu à ciência, a exemplo de seu apoio ao Instituto do Câncer, ao Centro Internacional de Leprologia, à Fundação

¹⁰⁶ A família Rothschild também tornou-se célebre por suas ações de mecenato e filantropia. Instituições de medicina experimental receberam doações da família, como o Instituto Pasteur, que recebeu pensão vitalícia paga pelo espólio do barão Adolphe de Rothschild, em 1900 (três por cento dessa renda deveria ser destinada à fabricação do soro anti-diftérico); ou o legado da baronesa Salomon de Rothschild em 1922 para o Instituto Pasteur (cf. Process Verbaux, Institut Pasteur).

Gaffrée e Guinle, ao Centro de Pesquisa da Leishmaniose Visceral¹⁰⁷, aos irmãos Álvaro e Miguel Ozório de Almeida, ao Instituto Nacional de Pesquisa, ao Instituto de Biofísica, às pesquisas de Evandro Chagas e Walter Oswaldo Cruz¹⁰⁸ e ao Instituto de Microbiologia da Universidade do Brasil, este dirigido por Paulo de Góes.

Da leitura dos necrológicos publicados nos principais jornais da época, sobressai a imagem de um homem de muita simplicidade — ainda que circulasse pelas ruas com frequência no seu Rolls Royce —, que deu muito de si e construiu um patrimônio material e imaterial invejável. Alguns, como o então ministro das Relações Exteriores Horácio Lafer, ressaltam seu empenho em melhorar as condições do povo brasileiro e possibilitar o progresso moral e espiritual (*O Jornal*, 02 jul. 1960). Outros, como Carlos Lacerda, reforçam a imagem de um homem “(...) serenamente fiel a um ideal de progresso e de ordem que era seu, conservador, mas sólido, autêntico, honesto” (TI, 21-22 maio 1960), um homem de padrões comprovadamente nacionalistas que chegou a ter seu nome cogitado para Presidência da República em 1945, pela chapa do Partido Comunista Brasileiro (PCB), junto com Luis Carlos Prestes.¹⁰⁹ Outros ainda, como Manuel Xavier de Vasconcellos Pedrosa (1960, p. 216), lembram-se que desde a época de estudante, Guilherme ajudava os colegas menos favorecidos concedendo-lhes livros didáticos.

Por ocasião da entrega do título *in memoriam* de Grande Benemérito da Ciência no Brasil, outorgado pelo Conselho Nacional de Pesquisa Científica e Tecnológica (CNPq) a Guilherme Guinle em 1982, ano de seu centenário de nascimento, Carlos Chagas Filho (1982, p.05) refere-se à personalidade de Guilherme Guinle:

“Guilherme Guinle era essencialmente um homem tímido, e por isso, talvez, nunca tenha exercido atividade pública. Além do mais era simples. Sabia, é bem verdade, mover-se com facilidade nos salões de alto coturno, mas também sabia se entreter com amigos menos poderosos e com humildes. A voz pausada, a meu ver nunca

¹⁰⁷ Acredito que esta referência, feita por Ataulpho de Paiva na ocasião em que Guilherme Guinle recebeu a comenda do Livro do Mérito (JC, 24 dez. 1941), diga respeito ao Serviço de Grandes Endemias dirigido por Evandro Chagas.

¹⁰⁸ O apoio de Guilherme Guinle a estes dois pesquisadores será abordado nos capítulos subseqüentes.

¹⁰⁹ Carlos Lacerda comenta que, em 1945, Luis Carlos Prestes lança Guilherme Guinle para presidente da República na chapa do PCB. Refere-se a essa iniciativa de Prestes não como uma pilhéria — mesmo que ela não tenha sido levada a sério —, mas como resultado de uma intenção, por parte do líder político, de ser aceito no mundo não-comunista, uma jogada política, pois todos sabiam que Guilherme Guinle não era do Partidão (TI, 21-22 maio 1960.).

terá se alçado de um decibel, mesmo nas ocasiões mais difíceis com que se ateve. Atencioso com os amigos, tinha especial carinho para cada um. Como me lembro, e com que saudade, das cestinhas de cambucá ou de outras frutas estacionais que deixava, vindo da Gávea, no portão de nossa casa no Jardim Botânico!”

Com a mesma simplicidade, ofertava às senhoras suas amigas anéis de pedras brasileiras, feitos a partir de sua coleção particular.¹¹⁰

Era homem muito formal, tanto no trajar como nos modos (usava sempre o tratamento ‘vosmecê’). Mas sabia fazer a alegria do garoto José de Paula Machado, seu sobrinho-neto, com o singelo gesto de permitir à criança que assistisse o seu ritual diário de se vestir. A descrição da cena — “ele tinha o seu camareiro, que ia vesti-lo todo dia. E eu sempre ficava sentado em sua cama assistindo... Demorava uma hora e meia. Ele saía de chapéu e bengala, no calor do Rio de Janeiro — você acredita?” (DMCPM) — faz lembrar a narrativa do duque de Saint Simon sobre o levantar do rei Luiz XIV em Versailles, recuperado por Norbert Elias (1987) em seu livro *A sociedade de corte*, em se analisa a relação entre os homens e a sociedade na qual estes se inseriam. Guilherme Guinle estava completamente inserido em seu tempo.

Tal como, no Antigo Regime, os edifícios imponentes construídos pela aristocracia, os interiores luxuosos das residências, o classicismo enfim como estilo artístico e de vida marcaram a época, também os palacetes, o gosto francês e o modo de vida cultivado caracterizaram o tempo de Guilherme Guinle.

O ritual de vestir-se de Guilherme lembra o de Luiz XIV de França, o trono dos imperadores brasileiros decorava sua sala na Gávea, e o copo no qual bebia água trazia impresso o monograma de D. Pedro I. Sua fortuna, como comentou o viajante inglês A. Bell em 1914 (apud Needell, op. cit., p. 152), era talvez a maior do país. E Guilherme chegou mesmo a ser comparado a D. Pedro II, por tudo isto e, sobretudo, por suas ações de mecenato. Walter Oswaldo Cruz observa a semelhança de atitudes entre ambos e afirma que Guilherme Guinle foi “o civil que mais se aproximou do monarca do século anterior — D. Pedro II — em prestigiar as coisas científicas brasileiras” (Homenagem..., op. cit., p. 32).

¹¹⁰ A este respeito, narra sua sobrinha (DMCPM, 02 set. 2002): “As mais bonitas ele mandou fazer anéis. Eu ainda tenho uma aqui, uma ametista de cor linda, das mais especiais que ele achou. Ele tinha uns dez ou 15 anéis em um barbante, todos prontos, e quando encontrava uma moça ou senhora, alguém que ele queria [presentear], mandava que ela escolhesse um anel. Logo que eu casei, uma noite ele desceu do quarto dele com os anéis no barbante e mandou que eu escolhesse um. Tinha umas pedras de todos os tipos: topázios, ametistas, rubilites, berilos, das cores mais raras. Eu fiquei fascinada pelo anel de rubinite [sic] vermelha. Parecia um rubi enorme... Mas modestamente escolhi uma ametista. E depois ele deu o rubi para uma senhora (...), mãe de uma amiga minha.”

Vale destacar, também, que o período áureo de Guilherme Guinle — os anos 1920 a 1940 — é considerado por autores como Ângela de Castro Gomes (1999) o período mais frutífero das relações de mecenato, devido às transformações cruciais por que passou o país, tanto no que se refere à vida política quanto à vida cultural. Guilherme incorporou plenamente os valores desse tempo, tornando-se uma das suas personagens mais marcantes e emblemáticas.

Por fim, gostaria de recuperar a descrição de Guilherme Guinle feita por Carlos Lacerda (TI, 21-22 maio 1960), que sintetiza sobremaneira seu perfil:

“Curiosa personalidade a desse solteirão de colarinho duro, trajando com a elegância de um inglês, quer dizer, com aquela que não se faz evidente, ajudado pela magra silhueta e o porte curiosamente deslocado nos trópicos, e ao mesmo tempo a eles tão vinculado na sua lhaneza, na sua doce maneira velhusca de chamar as pessoas por “vocemecê” [Considero um grã-fino aquele] que se parece com o fidalgo, tenha ou não uma fortuna a sustentar-lhe o luxo, seja ou não pródigo (...). Grã-fino é o aristocrata de sentimentos e de maneiras (...). Pois bem, grã-fino, no meu entender, que é o da origem do vocábulo, era Guilherme Guinle, mais do que ninguém que eu tenha até hoje conhecido. Era de um tipo social que se faz raro, o dos pioneiros de atividades industriais, comerciais e filantrópicas.”

Fidalgo, aristocrata, empreendedor, filantropo e mecenas — eis Guilherme Guinle.

Parte II:

**FILANTROPIA, ASSISTÊNCIA MÉDICA
E SAÚDE PÚBLICA:
A CRIAÇÃO DOS
HOSPITAIS DA SÍFILIS E DO CÂNCER
NO RIO DE JANEIRO – 1920.**

APRESENTAÇÃO

FILANTROPIA, ASSISTÊNCIA MÉDICA E SAÚDE PÚBLICA: A CRIAÇÃO DOS HOSPITAIS DA SÍFILIS E DO CÂNCER NO RIO DE JANEIRO – 1920.

Esta segunda parte tem como objetivo o estudo da ação filantrópica de Guilherme Guinle e sua estreita relação com as ações de saúde pública levadas a cabo durante a gestão de Carlos Chagas no Departamento Nacional de Saúde Pública, e que é traduzida pela criação dos hospitais da sífilis e do câncer, no Rio de Janeiro, na primeira metade da década de 1920.

Esta parte será desenvolvida a partir das questões levantadas pelo inquérito proposto por Assis Chateaubriand¹¹¹ na edição de 20 de janeiro de 1927, de *O Jornal*. A partir da resposta de 89 personalidades, essa edição dedica seis páginas à criação das fundações Oswaldo Cruz e Gaffrée e Guinle. Posterior à criação das instituições mantenedoras dos dois hospitais (1922, Fundação Oswaldo Cruz; 1923, Fundação Gaffrée e Guinle), o inquérito de Assis Chateaubriand celebra o lançamento da pedra fundamental do Hospital do Câncer, em novembro de 1926.

¹¹¹ Assis Chateaubriand adquiriu, em 1924, o periódico carioca *O Jornal* e contou com a ajuda de Guilherme Guinle, entre outros, para completar o capital necessário (cf. Moraes, 1994).

Nesta parte as atenções estarão para as transformações que ocorreram na Saúde Pública nos anos de 1920: a criação do DNSP e o novo Regulamento Sanitário; e o papel exercido por Carlos Chagas nas escolhas de atuação de Guilherme Guinle. E, para se dimensionar a importância destes dois hospitais, é essencial que se entenda o desenvolvimento da profilaxia do câncer e da sífilis à época e o valor social que tinham estas duas doenças.

CAPÍTULO 3

CAMINHOS DE/DA SAÚDE PÚBLICA E A QUESTÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO RIO DE JANEIRO

O tema deste capítulo relaciona-se estreitamente ao movimento sanitarista que ganhou corpo no Brasil na década de 1910 e que conseguiu reunir, em torno de suas propostas, um grupo bastante eclético de médicos, políticos, advogados e industriais, entre outras parcelas da elite brasileira. O nome de maior destaque desse movimento foi, sem dúvida, o de Belisário Penna. Ao lado dele, nomes como Carlos Chagas e Arthur Neiva deram a feição e o tom das transformações pelas quais a saúde pública passou na década de 1920. Para refletir sobre os caminhos que a saúde pública seguiu naquele momento, é preciso entender as bases e as propostas desse movimento surgido na segunda metade da década de 1910, resumidos nos ideais dos chamados ‘missionários do progresso’, primordialmente médicos e engenheiros que acreditavam poder mudar a realidade brasileira em geral, e a do sertanejo em particular.

3.1 OS SERTÕES ALCANÇAM A CIDADE

De modo geral, a ‘descoberta’ dos sertões pela elite brasileira data da segunda década do século XIX. Até então o interior do país havia sido descrito pelos viajantes naturalistas que percorreram o território brasileiro em busca de informações sobre botânica e zoologia e nos legaram também seus apontamentos sobre o homem e suas condições de vida. Era a descoberta do ‘exótico’.

A principal diferença que se pode perceber entre as incursões ao interior brasileiro ocorridas até o século XIX e a ‘descoberta dos sertões’ dos anos 1910 é que esta última foi ilustrada por um ideal nacionalista — sobretudo após a 1ª Guerra Mundial —, presente em boa parte da intelectualidade brasileira, que delineou um projeto de salvação nacional e subseqüentemente de construção de uma nova identidade nacional. A salvação viria principalmente através da melhoria das condições vida e saúde das populações do interior (cf. Castro Santos, 1985), e foi esta a tônica do discurso sanitarista que dominou as décadas de 1910 e 1920.

Os intelectuais que então ‘descobriram’ o país e se dispuseram a ‘pensá-lo’ entendiam o povo brasileiro como o berço da nacionalidade e da autenticidade cultural brasileira. A construção da nação passaria pela recuperação do povo e sua inserção à nação. Médicos, engenheiros, escritores e outros grupos da elite brasileira se uniram no objetivo maior de ‘salvar’ a pátria, que naquela época revestia-se de diversos sentidos. Para Olavo Bilac devia-se valorizar o Exército, única instituição capaz de inculcar o amor à pátria na população. Por isso o poeta era um dos maiores defensores do serviço militar obrigatório, uma das bandeiras da Liga de Defesa Nacional, criada em 1916. Outro caminho de ‘salvação nacional’ passava pela melhoria das condições sanitárias da população sertaneja, e, neste caso, as campanhas de saneamento defendidas pela Liga Pró-Saneamento (1918)¹¹² podem ser percebidas como uma estratégia para integrar e salvar o homem do interior.

¹¹² Detenho-me, neste capítulo, no projeto defendido pela Liga Pró-Saneamento. Mas destaco que, no mesmo período, Arthur Neiva se transferiu para São Paulo e assumiu a direção do Serviço Sanitário daquele estado (1916), após uma disputa interna no Instituto Oswaldo Cruz (IOC) com o seu diretor. Em 1918 Neiva propôs a Rodrigues Alves um projeto de saneamento dos sertões. Almejava com tal proposta a chefia da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) — e com o objetivo alinhou-se à campanha que alçaria Rodrigues Alves para o segundo mandato na Presidência da República. Seu projeto previa um alcance maior da DGSP, através da Seção de Profilaxia Geral, cujo papel seria o de aconselhamento dos estados nas ações de saúde pública. Para a capital da República propunha uma ampliação da rede de esgotos, além de ações sobre a remoção do lixo. Sugeriu a transferência do Hospital dos Lázaros para um local mais afastado do centro da cidade. O item mais delicado do projeto de Neiva era o fim da autonomia

Por outro lado, o movimento sanitarista e seu discurso sanitarista não são ‘invenções’ da segunda década do século passado; eles apenas adquirem então novas feições. Luiz Antônio Castro Santos (2003) chama a atenção para a existência de dois momentos distintos no movimento sanitarista: o primeiro é representado pela Reforma Sanitária, levada a cabo por Oswaldo Cruz¹¹³ na capital federal, na primeira década do século XX. Suas principais características são, de um lado, o localismo das ações, circunscritas à cidade do Rio de Janeiro e às suas necessidades e, de outro, o combate às três epidemias que grassavam na cidade, as de febre amarela, peste bubônica e varíola. A motivação última das reformas levadas a cabo nesse período era a necessidade de minimizar os prejuízos causados ao comércio exterior pelas péssimas condições sanitárias tanto do porto quanto da cidade (Hochman, 1999, 2001).

Já no segundo momento, que domina as duas décadas seguintes — 1910 e 1920 —, há uma mudança na ênfase e nas ações, que se transferem da capital para o sertão e são inspiradas no ideal de construção da nação. Para os sanitaristas, integrar o homem do interior à nação que se pretendia construir significava eliminar o que o desqualificava: as doenças. Se, em um momento anterior, foram as epidemias incidentes em alguns poucos centros urbanos o foco das ações dos sanitaristas, agora as atenções se voltavam para o combate às endemias rurais — a ancilostomíase, a esquistossomose, a malária e a doença de Chagas. Esta segunda fase do movimento sanitarista não se caracteriza, contudo, somente pelas ações voltadas para o interior. Também os centros urbanos, notadamente a capital republicana, receberam atenção da saúde pública para o combate às três endemias que ali predominavam, a tuberculose¹¹⁴, a lepra e as doenças

financeira do IOC, obtido com grandes esforços de Oswaldo Cruz. Ainda assim, considerava-se legítimo prosseguir da obra de este cientista. A morte de Rodrigues Alves, no início de 1919, e a ascensão de Epitácio Pessoa à Presidência da República sepultaram os planos de Neiva e obrigaram-no a assistir a Carlos Chagas assumir a chefia do recém-criado Departamento Nacional de Saúde Pública (Benchimol & Teixeira, 1993, p. 138 et seq.).

¹¹³ Oswaldo Cruz esteve à frente DGSP durante a Presidência de Rodrigues Alves e foi o responsável pela Reforma Sanitária pela qual a cidade passou na primeira década do século passado. As atribuições da DGSP estavam restritas ao Distrito Federal no que concerne às questões de saúde pública e tinham uma abrangência maior no que se referia ao saneamento dos portos (cf. cap. 2).

¹¹⁴ Com relação à tuberculose, a campanha para sua profilaxia já estava sendo desenvolvida desde 1900, quando foi criada a Liga Brasileira contra a Tuberculose. Esta, cuja finalidade era pôr em prática métodos de profilaxia e cura da doença, manteve desde o início dispensários visando ações profiláticas, tendo sido os mais importantes o Dispensário Azevedo Lima, criado em 1902, e o Dispensário Viscondessa de Moraes, de 1922. A Liga também construiu e manteve preventórios, como o Rainha Dona Amélia, na ilha de Paquetá (RJ), criado em 1927 para atender crianças tuberculosas ou aquelas com possibilidade de contrair a doença. A Liga congregou um grande número de pessoas em torno de seus projetos e teve no ministro Ataulfo de Paiva seu grande líder. Somente após 1921, quando foi descoberta a vacina contra a doença pelos médicos franceses Calmette e Guérin, do Instituto Pasteur, propiciou-se uma profilaxia segura contra a tuberculose. Contudo sua eficácia só foi comprovada em 1924, quando passou a ser produzida e aplicada tanto na França quanto alhures (cf. Nascimento, 2002). Uma das exigências de

venéreas, sobre as quais os médicos reclamavam das autoridades por não lhes dedicarem a atenção devida, visto que não tinham um caráter epidêmico. Deve-se entretanto questionar esta afirmação, pois no que tange à política de combate à tuberculose e ao câncer o Brasil não se encontrava tão distante de países como a França, que apenas no entre-guerras passou a ter ações coordenadas contra a tuberculose, muito em virtude da presença da Fundação Rockefeller. Do mesmo modo, foi apenas no início do século passado que se começou a entender melhor o câncer, quando a radioterapia abriu um novo rol de ações no combate à doença, então alçado à condição de flagelo.

Grande parte dos autores — entre eles Castro Santos (op. cit.), Hochman (1998a) e Lima (1999) — que estudam esse segundo período do movimento sanitarista centra sua análise sobre as questões de saneamento e construção de um conceito de nação a partir da penetração da saúde pública no interior do país. Pretendo, ao contrário, observar tais questões do ponto de vista das experiências desse movimento no Distrito Federal. É este o recorte que melhor convém aos propósitos deste trabalho, tendo em vista o *locus* de atuação de Guilherme Guinle, e com ele espero também contribuir para o conhecimento sobre os resultados urbanos das ações sanitaristas realizadas nas décadas de 1910 e 1920.

É comum os estudiosos apontarem como precursoras do movimento sanitarista as expedições científicas patrocinadas pelo Instituto Oswaldo Cruz (IOC), na primeira metade da década de 1910. Segundo Nísia Trindade Lima (1998, 1999), tais viagens ocorreram no momento em que o Instituto já estava consolidado como centro de pesquisa e de medicina experimental. A motivação para as expedições era a urgência de se conhecer o território nacional, de modo a mapear não só suas potencialidades como também seus problemas. A mesma autora e Gomes (2002) destacam o relativo consenso, entre a elite republicana, sobre a necessidade de se disponibilizarem informações sobre o Brasil, e nesse sentido as viagens científicas teriam um papel primordial, para proceder a levantamentos e, sobretudo divulgá-los junto a um público mais amplo e diversificado.¹¹⁵ Assim, não é de estranhar que as viagens estivessem ligadas a projetos de modernização do país, como a abertura de estradas de ferro, as melhorias das condições de trabalho nos seringais e os trabalhos da Inspetoria de Obras

Guilherme Guinle em relação ao seu mecenato na área da saúde era justamente a necessidade de se controlar todo o processo de terapia, profilaxia e cura da doença, razão por que as ações contra a tuberculose e a lepra não podiam, naquele momento, atender aos critérios do filantropo.

¹¹⁵ Ângela de Castro Gomes (op. cit., p. 172) chama a atenção para a repercussão que Cândido Rondon obtinha com suas palestras, fotografias e até mesmo com a apresentação de filmes documentários.

Contra a Seca. No primeiro caso inserem-se as expedições para profilaxia antimalárica realizadas juntamente com os trabalhos da Estrada de Ferro Central do Brasil (1908, 1909, 1911-12); da Madeira-Mamoré Railway (1909) e da Superintendência de Defesa da Borracha (1912-13). No segundo, as três viagens realizadas em 1912. Houve posteriormente mais duas viagens, em 1918 e 1922, a primeira em conjunto com o estado do Paraná visando a confecção de quadro sanitário da região visitada, e a segunda realizada somente por técnicos do IOC para estudo de problemas parasitológicos em Mato Grosso (Lima, 1999, p. 87).

Não obstante a importância de todas essas viagens, vale ressaltar as consequências da primeira delas, empreendida no norte de Minas Gerais em 1908, da qual participaram os cientistas Carlos Chagas e Belisário Penna, quando o primeiro descreveu a doença parasitária que levaria seu nome e se “(...) tornou um símbolo da medicina brasileira e da alta qualificação da ciência nacional” (ibid., p. 80). A doença ou mal de Chagas e revelou-se, pouco tempo depois, uma das grandes endemias do interior do país.

No que concerne aos propósitos deste estudo, interessa destacar uma das três expedições ocorridas em 1912 e que tiveram como destino o sertão do Nordeste, mais especificamente o norte da Bahia, sudeste de Pernambuco, sul do Piauí e todo o estado de Goiás. O percurso foi realizado em sete meses, de janeiro a julho, e teve como responsáveis os cientistas Arthur Neiva e Belisário Penna. O objetivo da viagem era estudar o quadro sanitário e as condições de vida e trabalho das populações locais, além de pesquisar a flora e fauna da região, com destaque para o uso médico destas. As observações de Neiva e Penna traçavam um cenário em que a pouca disponibilidade de água era associada a doenças, sobretudo à malária, e cujo pano de fundo era fornecido pela geografia médica, com anotações sobre clima, fauna, flora e as doenças dos homens, estas associadas às condições de vida. O homem daquelas regiões, descrito por Arthur Neiva e Belisário Penna, era “(...) ignorante, abandonado, isolado, com instrumentos primitivos de trabalho, desconhecendo o uso da moeda, tradicionalista e refratário ao progresso”. (Hochman, 1998b, p. 222), além extremamente religioso e alheio aos símbolos nacionais.

Essa descrição não difere muito da imagem que se tinha do sertanejo à época, principalmente depois da publicação do livro *Os sertões*, de Euclides da Cunha.¹¹⁶ A

¹¹⁶ Outros escritores também se dedicaram ao isolamento e atraso do homem do sertão, como Monteiro Lobato, Alberto Torres e Vicente Licínio Cardoso (Castro Santos, op. cit.; Lima, 1999).

principal distinção entre o relato de Neiva e Penna e os demais reside na atribuição da responsabilidade pela situação daqueles homens. Para os médicos, o Estado era culpado pela situação, em virtude de sua omissão e negligência. Em última instância, às autoridades públicas eram reputados o abandono daquelas populações às endemias e, conseqüentemente, a impossibilidade de seu desenvolvimento.

José Murilo de Carvalho (2001, p. 82) considera Neiva e Penna “os mais conspícuos missionários da civilização”. Com a publicação em 1916 do relatório da viagem, “Viagem científica pelo Norte da Bahia, Sudoeste de Pernambuco, Sul do Piauí e de Norte a Sul de Goiás”, na revista *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, os médicos conseguiram uma grande repercussão na imprensa cotidiana e nos debates acadêmicos. Seu maior mérito foi o de ter atraído uma “parte da opinião pública ao seu dramático diagnóstico” (Hochman, 1998b, p. 222), mobilizando intelectuais e políticos e dando início à campanha pelo saneamento rural. Um bom exemplo dessa conversão foi Monteiro Lobato, que após a divulgação do relatório transformou-se no maior divulgador das idéias de saneamento: seu personagem Jeca, antes indolente e inapto à civilização, transfigurou-se em doente, e a medicina e a ciência o salvariam.

A publicação do relatório também levou o acadêmico Miguel Pereira (apud Hochman, 1993) a cunhar, em outubro de 1916, a frase que se tornaria emblemática do movimento sanitarista: “O Brasil é um imenso hospital.” O discurso em que Miguel Pereira proferiu esta frase e sua repercussão são considerados, pelos autores que se dedicam ao tema, o evento fundador da campanha pelo saneamento no Brasil, em virtude do seu diagnóstico de abandono e doença do país. Tratava-se, na verdade, de uma saudação ao professor Aloísio de Castro, então diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e o tom nacionalista da fala devia-se aos debates em torno do serviço militar obrigatório. Em resumo, dizia respeito a divergências acerca dos caminhos do nacionalismo. A polêmica causada pelo discurso de Miguel Pereira ganhou a imprensa médica e cotidiana, contagiou os círculos de intelectuais, médicos e políticos e deu início ao “ato fundador de um amplo movimento de opinião pública que diagnosticava a doença como o principal problema nacional e o descaso das elites a razão pela qual pouco se fizera para solucioná-lo” (ibid., p. 221). Sem contar que o transformou em uma das bandeiras do nacionalismo brasileiro.

Essa discussão eclodiu durante a primeira Guerra Mundial (1914-18) e desenrolou-se no período imediatamente posterior a ela, caracterizado na Europa e no mundo ocidental pela emergência de fortes sentimentos nacionalistas. No Brasil o

nacionalismo manifestou-se em diversos campos, atitudes e ações, entre eles o serviço militar obrigatório e a profissionalização do Exército, a alfabetização, a saúde, o culto ao civismo e a ampliação do colégio eleitoral. No âmbito das discussões nacionalistas a doença passou a ser percebida como problema crucial para a construção da nacionalidade, e a campanha do saneamento rural foi então investida de um caráter cruzadista, uma “cruzada da medicina pela pátria” (Lima & Hochman, 1996).

O grande arauto dessa cruzada foi, sem dúvida, o médico e sanitarista Belisário Penna, que em 1918 publicou o livro *Saneamento do Brasil* reunindo artigos veiculados em jornais de grande circulação na época. Penna advogava que a doença, a sociedade e a política estavam intimamente ligadas, e no livro lançou as principais críticas ao modelo federalista instituído pela partir da Constituição de 1891. Para o autor (Penna, 1918, p. 65),

“O problema do saneamento geral do Brasil e da sua população é mais do que hygienico e médico, mais do que regional, mais do que social e humanitário; ele é o magno problema nacional, e só começará a ter execução no dia em que a nação compreender a necessidade inadiável de sair da desorganização e da desmoralização política em que se deixou afundar, e estabelecer as bases de uma verdadeira “Organização Nacional”, dentro ou fora do systema republicano, baseada nas suas tradições, nas suas tendências, e nas suas principaes e por emquanto únicas e seguras fontes econômicas – a terra e o homem (...)”

A crítica do médico, endossada por diversos intelectuais e partícipes do movimento federalista, punha em questão sobretudo a autonomia dos estados e municípios com relação ao governo federal no tocante às questões da saúde, que no arranjo federativo ficavam a cargo dos estados e municípios, restringindo-se as ações sanitárias do governo federal ao Distrito Federal e à vigilância sanitária dos portos. O governo federal só poderia atuar nos estados e municípios em tempos de epidemia. Exceto essas situações de emergência, qualquer outra ação federal era interpretada como violação do pacto federativo. Resumidamente, pode-se dizer que o federalismo, instituído pela Carta Constitucional de 1891, derrubava uma noção cuidadosamente construída ao longo do Império, baseada na “crença na ação salvadora do poder central como agente da ordem e protetor da população contra a ação dos poderes locais” (Freire & Castro, 2002, p. 35).

Para os republicanos de 1870 o federalismo era a solução para se evitarem eventuais movimentos separatistas. Somente um Estado federativo garantiria a unidade

territorial. Uma das conseqüências da aplicação desse modelo foi o fortalecimento de três estados — São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul — em detrimento dos outros, prejudicados principalmente pela divisão tributária, que beneficiava os estados com maior peso nas exportações. A situação financeira da maioria dos estados foi um forte argumento dos partidários da centralização das ações de saúde para levar a cabo o saneamento dos sertões. Como Belisário Penna frisou, a questão da saúde não era local, mas nacional e portanto urgia nacionalizá-la.

A centralização das ações de saúde tornou-se crucial para o grupo que elegeu o saneamento como bandeira do nacionalismo: “A União deveria ser a argola a que se achassem presas as vinte chaves dos edifícios que constituem a nação — os Estados; — deverá ser a superintendente, a tutora, e a responsável pela administração d’esses edifícios com as suas terras e habitantes.” (Penna, op. cit., p. 91) Para alcançar este objetivo, o médico propunha ações de propaganda e educação, bem como a adoção de medidas urgentes para o combate às principais endemias: malária, ancilostomíase, doença de Chagas e leishmaniose.

O movimento sanitarista ganhou impulso após a fundação da Liga Pró-Saneamento, em fevereiro de 1918, no primeiro aniversário de morte de Oswaldo Cruz¹¹⁷, considerado o grande saneador do Brasil. Tendo à frente Belisário Penna, a Liga reuniu um grande leque de personalidades do mundo médico e político, como Carlos Chagas, o presidente Wenceslau Braz, Paulo de Frontin, Eptácio Pessoa, Afrânio de Melo Franco, o general Rondon, Ismael da Rocha e Lauro Müller, entre outros (Britto, 1995, p. 10). Seu principal objetivo era a criação de um órgão de abrangência nacional que unificasse as ações de saúde pública, suplantando assim a autonomia federativa instituída na Constituição de 1891. O órgão seria formado por um quadro técnico, de maneira que os interesses científicos estivessem acima dos interesses políticos. Para a Liga, e especialmente para seu mentor, o pacto federalista abria espaço para “requisições” e “caprichos” locais.

Belisário Penna revelou-se o mais radical dos sanitaristas surgidos na década de 1910, a exemplo de sua defesa, incluída no programa da Liga, da intervenção federal nos assuntos de saúde.

“Somos partidários decididos da intervenção do Estado nas questões de Hygiene, indissolavelmente ligadas a todos os problemas de ordem econômica, política e social.

¹¹⁷ A morte de Oswaldo Cruz, em fevereiro de 1917, causou grande comoção e suscitou diversas ações em sua homenagem. Adiante, no item 3.3 deste capítulo, detenho-me no significado de tais ações.

Não compreendemos autonomias estaduais e municipais em matéria de saúde pública, quando a nação deve ser constituída da solidariedade, da união e da uniformidade de vistas dos Estados, e estes da união e solidariedade dos municípios.

N'esse assumpto não pode, nem deve haver simples interesse regional ou local, porque elle é nacional, devendo haver uma só orientação e uma só acção, embora auxiliada essa pelos Estados e municípios, que participarem dos benefícios.” (Penna, 1918, p. 167-168)

Apesar de seu radicalismo, a Liga conseguiu congregiar um grupo grande e heterogêneo, cuja coesão era dada pelo seu objetivo mais geral: o saneamento dos sertões.

O que aqueles sanitaristas entendiam por sertão? Qualquer região ralmente povoada e distante dos centros urbanos é assim usualmente definida. Mas para os médicos e intelectuais envolvidos com a questão do saneamento, os ‘sertões’ começavam nos arrabaldes da capital da República — mais precisamente ao final da Avenida Central (Hochman, 1993, p. 218). Se os sertões não eram tão distantes urgia, então, começar a saneá-los.

Por sua vez, ‘sanear’ o Brasil, para a Liga Pró-Saneamento, significava promover o povoamento, o enriquecimento e a moralidade da nação (Britto, op. cit., p. 18). Considerando esses três ideais, pode-se entender a seleção de endemias cujo combate a entidade propugnava: a ancilostomíase, que dá ao homem o ar de indolência; e a malária e a doença de Chagas, que lhe encurtam a vida — sem contar que eram estas as doenças de maior incidência entre população brasileira, na época predominantemente rural. Para ‘incluir’ o homem rural no país e integrá-lo ao crescimento nacional, era preciso antes curá-lo dessas doenças, e a Liga Pró-Saneamento direcionou suas ações para as endemias que propagavam nos sertões. Mas como estes começavam na periferia da capital federal, ali ela iniciou suas ações, com a criação de postos de profilaxia e combate à malária e ancilostomíase¹¹⁸, mantidos às expensas de recursos públicos e filantrópicos (Hochman, 1998b, p. 227).

Embora voltada principalmente para os ‘sertões’, os preceitos da Liga também se aplicavam às endemias urbanas: o controle da tuberculose melhoraria as condições de vida e trabalho da população, o combate à sífilis moralizaria os hábitos da população, e

¹¹⁸ A ancilostomíase já fizera parte das ações da Inspeção de Higiene e Saúde Pública do Estado do Rio de Janeiro, em 1911, sob a direção de Álvaro Ozório de Almeida. A política de combate à doença esteve baseada na distribuição gratuita de um medicamento manipulado pelo próprio Álvaro em laboratório da Inspeção, mas não teve continuidade com a saída desse diretor, cerca de um ano depois de iniciada (cf. Penna, 1918, verbete “Álvaro Ozório de Almeida”, DHBCSB – verbete não disponível).

a segregação dos leprosos protegeria a sociedade de uma doença julgada altamente contagiosa.

O movimento sanitarista encontrou nos jornais *O Paiz* e *Correio da Manhã* dois *locus* de divulgação de suas idéias e de debates sobre o saneamento rural. Outro lugar onde vicejaram propostas concernentes à questão era a Academia Nacional de Medicina. Em 1917 criou-se ali uma comissão para propor soluções de saneamento para o país, formada pelos médicos Miguel Couto, Miguel Pereira, Carlos Seidl, Afrânio Peixoto, Carlos Chagas e Aloísio de Castro. Na conclusão dos trabalhos sugeriu-se a criação de um Ministério da Saúde Pública, de um Serviço de Quinina Oficial e de um Serviço de Profilaxia Rural independente da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP). Antevendo as dificuldades para a criação do ministério, a comissão sugeriu, a título provisório, a criação de um Conselho Superior de Higiene, que teria a função de coordenar as ações de saúde pública em todo o território nacional. Sobre o conselho, Hochman (1993, p. 10) afirma: “O que interessa salientar é que para a elite médica e para a sua instituição mais poderosa, com estreitos vínculos com a elite política brasileira, ou melhor, parte dela, a solução seria uma agência centralizadora, com autonomia política, técnica, financeira e administrativa.”

Em 1918 o médico e deputado Azevedo Sodré submeteu à Comissão de Saúde Pública da Câmara dos Deputados a proposta de criação de um Ministério da Saúde Pública, que não foi aceita por considerarem que o órgão iria ferir o princípio de autonomia dos estados. Apesar da derrota no Congresso Nacional, as outras duas propostas da Academia de Medicina acabaram se tornando realidade por meio de decretos do presidente Wenceslau Braz, no início de 1918: o Serviço de Quinina Oficial, ao qual caberia a produção de medicamentos usados nas campanhas do governo; e o Serviço de Profilaxia Rural, com autonomia em relação à DGSP. Gilberto Hochman (id., p. 11) chama a atenção para o fato de que “esses serviços foram a base para as primeiras mudanças significativas no papel da União que ocorreriam a partir de 1919”.

De fato, a mudança mais significativa na saúde pública foi a organização do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). A proposta de sua criação foi encaminhada pelo presidente Epitácio Pessoa ao Congresso Nacional e aprovada no final de 1919.¹¹⁹ Contudo a instituição deste órgão não deve ser computada somente à propaganda do movimento sanitarista e à política posta em prática por médicos e

¹¹⁹ O DNSP sofreu diversas regulamentações desde a publicação do decreto de 1919. A primeira ocorreu em 1920 e a última, que vigorou até o final da Primeira República, em 1923.

intelectuais. Um fator externo ajudou a revelar a desorganização e ineficiência dos serviços de saúde, contribuindo enormemente para a causa do grupo engajado na luta pela centralização das ações de saúde pública: a gripe espanhola, considerada a última pandemia do século XIX, que em três meses — de outubro a dezembro daquele ano — dizimou 15 mil pessoas somente na capital republicana. A morte do presidente Rodrigues Alves causada pela gripe, quando estava prestes a assumir mais um mandato presidencial, foi o argumento mais definitivo dos defensores da centralização das políticas de saúde para convencer seus adversários. Como salienta Gilberto Hochman (id., p. 12), “Não foram as endemias rurais (ancilostomose, doença de Chagas e malária) — objeto central da atenção do movimento pelo “saneamento do Brasil —, mas uma epidemia urbana que (...) promoveu uma consciência sobre a necessidade de soluções amplas e de largo alcance.” Ressalte-se que o formato de atuação do DNSP era ainda mais centralizador do que a proposta apresentada por Azevedo Sodré e recusada um ano antes pelo Congresso, a comprovar a situação-limite em que se encontravam as condições de saúde da população da capital.

A criação do DNSP marcou o encerramento das atividades da Liga Pró-Saneamento, que considerou ter alcançado sua missão (Britto, op. cit., p. 21). Seus principais líderes ficaram à frente do novo órgão: a Carlos Chagas coube a direção do DNSP e a Belisário Penna, a chefia da Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural.

A maioria dos médicos que participaram do movimento atribuiu a Carlos Chagas as vitórias obtidas com a criação do DNSP, e com efeito não se pode negar a liderança do cientista naquela conjuntura de mudanças nas políticas de saúde. Na biografia de seu pai, Carlos Chagas Filho (1993, p. 162) elenca três razões para a escolha de Chagas como chefe do recém-criado órgão: ser o sucessor de Oswaldo Cruz¹²⁰ na direção do IOC; ter realizado com sucesso a primeira campanha de combate à malária; e ter descoberto a doença de Chagas. Chagas Filho (id.) alude ainda às relações que seu pai e Eptácio Pessoa mantinham desde 1897, e afirma que o respeito, a consideração e a confiança mútuas teriam sido fundamentais para que Chagas pudesse conduzir a Reforma da Saúde Pública com a autonomia considerável que teve.

¹²⁰ O próprio Carlos Chagas afirmava sua condição de prosseguidor das obras de Oswaldo Cruz no relatório de atividades do DNSP, publicado em 1922. Em relatório publicado em junho de 1920, o ministro da Justiça e Negócios Interiores, Alfredo Pinto Vieira de Mello, marcava bem a diferença entre o trabalho realizado por Oswaldo Cruz, no início do século, e o que se iniciava: “Sobravam a Oswaldo Cruz saber e descortino para considerar a hygiene publica em todos os ramos de sua applicação; faltou-lhe, porém, oportunidade, que ao sábio permittisse realisar grande parte dos seus intuitos, aliás traduzidos em relatórios e projectos de lei apresentados aos governos.” (Brasil, 1920, p. XXIV). Para o ministro, a oportunidade que faltara a Oswaldo Cruz teria sido a vontade política, que existiria naquele momento.

Se o DNSP que foi regulamentado 1920 era ainda mais centralizador do que a proposta recusada anteriormente pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, como se resolveu o impasse com relação à autonomia federativa? A solução encontrada foi a possibilidade de os estados firmarem convênios com a União através da Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural, o que dava à adesão dos estados à agenda proposta pelo DNSP um caráter voluntário. Para Gilberto Hochman (2001, p. 131), este “(...) foi o artifício que tornou possível combinar a resistência de São Paulo¹²¹ a ampliar as atribuições do governo federal com a incapacidade financeira e técnica da maioria dos estados para promover autonomamente políticas de saúde”.

A incapacidade técnica da grande maioria dos estados era uma das justificativas de Carlos Chagas para a necessidade da centralização das ações, já que a União, ou melhor, o Rio de Janeiro, reunia melhores condições para realizá-las. A esta justificativa acrescentava a necessidade de uma polícia sanitária interestadual, para garantir a uniformização dos métodos e medidas profiláticas (Chagas, 1921, BVCC, capturado em 03 maio 2005).

Conforme o decreto que o regulamentou, o DNSP seria formado por uma Diretoria Geral, sob cuja autoridade estariam três diretorias, a de Serviços Sanitários Terrestres na capital federal, a de Defesa Sanitária Marítima e Fluvial e a de Saneamento e Profilaxia Rural, esta última reincorporando ao Departamento suas atribuições específicas. Foram criadas também dez Inspetorias especiais: Fiscalização de Gêneros Alimentícios; Engenharia Sanitária; Profilaxia da Tuberculose; Estatística Demógrafo-Sanitária; Fiscalização do Exercício da Medicina, Farmácia, Arte Dentária e Obstetrícia; Profilaxia da Lepra e Moléstias Venéreas; e de Profilaxia Marítima. Observa-se também uma preocupação do governo com a assistência hospitalar no Distrito Federal, tanto assim que na mensagem enviada ao Congresso Nacional, em 1920, o presidente Epitácio Pessoa advertia aos parlamentares para o fato de que o desenvolvimento dos serviços de saúde tornava necessária a melhoria da assistência hospitalar da capital. Lembrava que o hospital da Santa Casa da Misericórdia já não suportava mais o número de pacientes que a ela recorriam, e defendia a urgente criação de um hospital ligado à Faculdade de Medicina (Brasil, 1956, p. 106-7).

De um modo geral, a estrutura organizacional das Inspetorias então criadas eram reduzidas e com atuação restrita ao Distrito Federal e, em menor escala, ao território do

¹²¹ O governo do estado de São Paulo reorganizara seus serviços de saúde em 1917, tendo à frente o médico e cientista Arthur Neiva (cf. id., 1998, p. 209-842).

Acre. As ações nos estados, conforme mencionado anteriormente, dependeriam de convênios firmados entre os interessados e o DNSP. Por razões de economia a aplicação das medidas ficaria a cargo da Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural (DSPR), cuja direção coube, a princípio, a Belisário Penna. Pode-se dizer que a fórmula teve boa aceitação, pois, como afirma Gilberto Hochman (1998a, 1999), até a metade da década de 1920 a maior parte dos estados tinha firmado convênios, o que ampliou as atribuições daquela Diretoria.

Para o financiamento das ações do DNSP, sobretudo da DSPR, havia o Fundo Sanitário Especial¹²², cujas rendas advinham da taxação de bebidas alcoólicas; de um percentual de 2% sobre a taxação dos cassinos em funcionamento em balneários e cidades serranas; do produto da venda do selo sanitário — um atestado de desinfecção de produtos —; da renda dos laboratórios subordinados ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores — à exceção de Manguinhos —; dos saldos obtidos das diversas verbas do Departamento; e da arrecadação de multas sem aplicação determinada (Brasil, 1920, p. 691-2). Pode-se afirmar que esta foi outra vitória da Liga Pró-Saneamento, pois seu programa já indicava a taxação do “álcool potável” — cachaça, vinho, licor, uísque etc. — como forma de garantir verba para a saúde pública: “Cada litro de álcool potável ficará sujeito à taxa de 500 rs, independente de quaisquer ônus, federaes, estaduaes ou municipaes, já existentes. Essa será a TAXA DA SAÚDE”. (Penna, op. cit., p. 165).

Medidas da mesma natureza foram utilizadas desde o período colonial para a obtenção de verbas destinadas às mais variadas finalidades. Também era comum criar loterias especiais para instituições como Irmandades e Ordens Terceiras que porventura estivessem passando por dificuldades financeiras (cf. Morales de los Rios Filho, 2000, p. 361), a exemplo da loteria especial do Centenário da Independência, autorizada em outubro de 1920 para a Cruz Vermelha Brasileira (Brasil, op. cit.). As Fundações Gaffrée e Guinle e Oswaldo Cruz também recorreram a esses artifícios para garantir verbas governamentais.

Em resumo, como observa Gilberto Hochman (1993, p. 14), a atuação do DNSP pode não ter “(...) solucionado os problemas de saúde da população, [mas] significou um aumento da presença do poder público em quase todas as unidades da federação (...)”. De todas as atribuições desse Departamento destacam-se as “novas possibilidades para o

¹²² A criação deste fundo para custeio do saneamento e da profilaxia rural foi submetida ao Congresso pelo deputado e médico Azevedo Sodré (cf. Brasil, 1920, p. 675s. e Chagas, 1921, BVCC, capturado em 03 maio 2003).

combate à lepra e doenças venéreas, com o estabelecimento de uma Inspetoria específica vinculada diretamente à Diretoria Geral” (id., 1998, p. 84). Tratava-se da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, a quem coube também a profilaxia do câncer. Sua composição foi assim definida: como chefe Eduardo Rabello¹²³, médico sifilógrafo, acadêmico e professor da Faculdade de Medicina; como subinspetor Oscar da Silva Araújo¹²⁴, médico sifilógrafo e acadêmico; como inspetor sanitário Mário Kroeff, também médico sifilógrafo; além de poucos inspetores sanitários (Almanak Laemmert, 1921 et seq.).

No relatório de 1922, publicado como anexo ao do ministro João Luiz Alves, o chefe do DNSP Carlos Chagas (Brasil, 1923, p. 201) salientava que, em outros países, a profilaxia da sífilis era feita com muito empenho pelas autoridades, ao contrário do que ocorria no Brasil, “uma das poucas nações, de alto aperfeiçoamento médico, que não cuidára, ainda da campanha contra a syphilis, o que importava numa das falhas mais notáveis de nossa administração sanitária (...)”. Para Chagas a Inspetoria viria justamente corrigir esta falha, inserindo o Brasil no rol de países que combatiam aquele novo flagelo social, a sífilis, no momento em que as pesquisas científicas apontavam para seu caráter hereditário e que ela passou a ser entendida, por médicos e sociedade, como uma calamidade que devia ser combatida e destruída.¹²⁵

Oscar da Silva Araújo, em artigo publicado em 1927 na revista *Archivos de Hygiene*, fazia um balanço das propostas e ações da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, cuja chefia assumira havia pouco. O objetivo da repartição era o combate de doenças que tinham recebido até então pouca atenção do governo, a lepra — ainda sem qualquer medida de higiene, a despeito de ter se tornado um grave problema em alguns estados e afetado até mesmo a imigração — e as doenças venéreas, especialmente a sífilis — com suas graves conseqüências para o indivíduo e sua acentuada contribuição para a degeneração da raça humana: “A Inspectoria foi creada, segundo a nova legislação, para orientar e dirigir a lucta contra a lepra e as doenças venéreas em todo o território nacional e contra o câncer na capital do paiz.” (Araújo, 1927, p. 196).

A legislação sobre a profilaxia das doenças venéreas previa a propaganda e a educação higiênicas e o tratamento de doentes em dispensários e/ou hospitais

¹²³ Ver dados biográficos de Eduardo Rabello no capítulo 4.

¹²⁴ Ver dados biográficos de Oscar da Silva Araújo no capítulo 4.

¹²⁵ Este ponto será melhor explicitado no capítulo seguinte.

especializados. Optava pela não-regulamentação da prostituição, mas dava especial atenção aos indivíduos denominados ‘contagiantes’, criando para eles ambulatórios exclusivos. O texto legal não fazia distinção de sexo nem mencionava especificamente as prostitutas, mas pode-se perceber a que grupo se referia, pois era a todos que “(...) por seus hábitos, ocupação, meios de vida, ou por qualquer causa evidente se tornarem suspeitos de estarem infectadas ou de vehicularem os germens desta doença (...)” (ibid., p. 200).

Já os dispensários ficariam sob a tutela da própria Inspetoria ou se subordinariam a policlínicas, hospitais e maternidades “conceituados e idôneos”, mas sob fiscalização e orientações da repartição. Para a dotação de um hospital próprio para a sífilis e demais doenças venéreas, Chagas Filho (1993, p. 174) afirma que seu pai desejava “a criação de dispensários e [solicitava] a participação da iniciativa privada, o que resultou na criação da Fundação Gaffrée [e] Guinle”. Tal afirmativa aponta para a interferência direta de Carlos Chagas na criação desta instituição, como parece demonstrar também o fato de o presidente Epitácio Pessoa ter anunciado ao Congresso, em 1920 — portanto um ano antes que a Inspetoria começasse a funcionar —, a criação de um hospital-modelo para o tratamento dessas doenças (Pessoa, op. cit., p. 276).

A expectativa em torno da legislação antivenérea era bem grande. O presidente Epitácio Pessoa (ibid., p. 276) avaliava: “O serviço de combate à lepra e às doenças venéreas foi organizado sobre sólidas bases, e autoriza as melhores esperanças de êxito. Começou a funcionar em janeiro deste ano, e deve estender-se a todo o país.”

A legislação sobre o câncer, por sua vez, era bem lacônica. Era atribuição da Inspetoria apenas a educação higiênica e o fornecimento de meios laboratoriais para o diagnóstico precoce da doença (Araújo, op. cit., p. 203).

Tem-se uma idéia do alcance das ações da Inspetoria com a leitura da mensagem enviada por Epitácio Pessoa ao Congresso Nacional em 1922, na qual apresentava as estatísticas do movimento dos ambulatórios (inclusive os curativos) e dos testes e biopsias realizados para lepra e sífilis. Àquela altura a Inspetoria já havia firmado convênios com 15 estados — Amazonas, Pará, Maranhão, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Bahia, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Santa Catarina e Mato Grosso —, cada um deles com um dispensário na capital, à exceção de Minas Gerais, com quatro (em Belo Horizonte, Pirapora, Pouso Alegre e Viçosa), Ceará, com dois (Fortaleza e Sobral) e Paraná, com três (capital, Ponta Grossa e Paranaguá). Já

estavam avançados os entendimentos com o estado do Sergipe para a assinatura de convênio (Pessoa, op. cit., p. 439-41).

Porém, enquanto as ações visando o controle da lepra e das doenças venéreas tinham obtido esses avanços, as direcionadas ao câncer caminhavam a passos lentos. E talvez resida neste aspecto uma das explicações para destinos tão divergentes das instituições criadas naquele momento para atuar em conjunto com a Inspetoria de Profilaxia de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas: a Fundação Gaffrée e Guinle — no tratamento hospitalar da sífilis — e a Fundação Oswaldo Cruz — no tratamento hospitalar do câncer.

3.2 A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO RIO DE JANEIRO

“É portanto o hospital que
está faltando ao Brasil para que sua
classe médica possa dar salutar lição
ao mundo e melhor amparo à nação.”

(Mendes Fradique, *O Jornal*, 20 jan. 1927, p. 4)

Vimos que a legislação antivenérea de 1920 previa o tratamento dos doentes em dispensários ou hospitais destinados especialmente para tal fim, e que desde então o presidente Eptácio Pessoa anunciava a construção de um hospital-modelo para o tratamento da sífilis. Em 1924 a Fundação Gaffrée e Guinle deu início às obras do Hospital Gaffrée e Guinle e de seus ambulatórios espalhados pela cidade. Em 1926 foi a vez da Fundação Oswaldo Cruz dar início à construção do Hospital e do Instituto do Câncer. O que significa a construção desses dois hospitais no Rio de Janeiro dos anos 1920?

O escritor Mendes Fradique chamava a atenção, em 1927, para uma grande diferença entre os médicos brasileiros e os europeus, norte-americanos e mesmo argentinos: a falta de hospitais. Sem eles, afirmava o escritor, não havia estatísticas confiáveis nem possibilidade de observação clínica para a formação profissional, sem contar a sua

função humanitária junto à população. Para ele a relevância da ação de Guilherme Guinle — na realidade ele louvava equivocadamente Candido Gaffrée e Eduardo P. Guinle — encontrava-se justamente na iniciativa de criar aqueles hospitais, quando se dotaria a classe médica brasileira de seu maior recurso material, cuja carência era crônica.

Outro que assinalava a precária situação da rede hospitalar no Brasil — em especial no Rio de Janeiro — era Carlos Seidl, antigo diretor da DGSP. Em conferência realizada durante a Semana do Hospital¹²⁶ e publicada na revista *A Bandeira*, afirmava que o país se encontrava em situação pior do que a Argentina e o Uruguai, situação esta que já vinha sendo veiculada em periódicos científicos europeus. Para Seidl (*A Semana*, 1928, p. 18),

“(…) a nossa crise não é de doentes para hospitaes e sim destes para aquelles. Penso, pois, que a focalização do problema deve visar, principalmente, os responsáveis pelos destinos do paiz, os homens do governo e os philantropos, para que eles, em esforços conjugados, encarem seriamente a situação e lhe dêem remédio”.

Para melhor compreender o significado da construção dos hospitais Gaffrée e Guinle e do Câncer, convém fazer um balanço da situação em que se encontrava a assistência hospitalar no Rio de Janeiro, na virada do século.

O viajante francês Emile Allain publicou, já no final do Império brasileiro, um relato sobre a cidade do Rio de Janeiro e sobre a administração imperial na segunda metade do século XIX. Dedicou uma parte de seu livro à análise dos hospitais e hospícios, aos estabelecimentos e sociedades de beneficência existentes na capital do Império. Com relação à assistência hospitalar, afirma:

“La municipalité de Rio-de-Janeiro ne possède aucun hôpitaux, et le gouvernement brésilien n'en maintient directement qu'un seul; l'hospital maritime de Santa Isabel, situé à Jurujuba, dans la province de Rio-de-Janeiro, et spécialement destiné aux marins, ou passagers atteints de maladies contagieuses.

Le service de l'assistance publique est cependant fort bien organisé. Il est à la charge d'une opulente société particulière,

¹²⁶ A Semana do Hospital aconteceu pela primeira vez no Hospital Evangélico tendo à frente um grupo de senhoras (Izidoro Cavalcanti, Paulo Cezar e Paiva Rio) em concordância com o diretor do hospital. João Marinho, então diretor da Assistência Hospitalar, interessou-se pela iniciativa e resolveu trazer o evento para o âmbito de sua área, contando com o mesmo grupo de senhoras para a organização. Esta segunda edição da Semana do Hospital ocorreu entre os dias 26 e 31 de março de 1928, em local não especificado pelas fontes (*A Semana*, 1928, p. 18).

l'Irmandade da Santa Casa da Misericórdia...; à laquelle l'Etat accorde en retour certains faveurs.” (Allain, 1886, p. 231-2)

Quando a família real portuguesa chegou ao Brasil em 1808, o Hospital da Santa Casa da Misericórdia já fazia assistência pública. Funcionavam também no Rio de Janeiro o Hospital dos Lázarus, mantido pela Irmandade do Santíssimo Sacramento de Nossa Senhora da Candelária; os Hospital Real Militar e Hospital Central da Marinha, destinados às forças armadas; e aqueles para irmãos leigos ou confessionais das diversas Irmandades e Ordens Terceiras, como o Hospital da Venerável e Archiepiscopal Ordem Terceira de Nossa Senhora do Monte do Carmo e o Hospital da Venerável Ordem Terceira de São Francisco da Penitência (Araújo, 1982; Assistência, 1922).

Durante o século XIX houve considerável crescimento da rede hospitalar na cidade, mas ainda muito dependente das associações de auxílio mútuo e caráter privado. Na primeira metade do Oitocentos surgiram o Hospital da Venerável Ordem Terceira dos Mínimos de São Francisco de Paula (1813), o Hospital do Corpo de Bombeiros (1841) e o Hospital da Brigada Militar (1848). O maior incremento de hospitais deu-se, contudo, na segunda metade do século. A partir então pode-se falar no complexo hospitalar da Santa Casa da Misericórdia, com a abertura do Hospício Pedro II para alienados (1841), seguido dos Hospício de São João Baptista da Lagoa (1852), Hospício de Nossa Senhora da Saúde (1853), Hospício de Nossa Senhora do Socorro (1855) e Hospital de Nossa Senhora das Dores (1884).

Além do complexo da Santa Casa da Misericórdia, outros estabelecimentos foram criados, entre eles o Hospital de São João de Deus (1854), da Real e Benemérita Sociedade de Beneficência Portuguesa; o Hospital Paula Cândido (1853); a Policlínica Geral do Rio de Janeiro (1882); o Hospital de São Sebastião (1889); o Hospital Copacabana¹²⁷ (1890); e o Hospital Evangélico do Rio de Janeiro (1896).

O quadro a seguir ilustra a afirmação do viajante Emile Allain (op. cit.) a respeito da assistência hospitalar na cidade do Rio de Janeiro. Verifica-se que, dos 15 estabelecimentos relacionados, somente três eram destinados a atender a população em

¹²⁷ O Hospital Copacabana foi criado pela Marinha, por ocasião de um surto de beribéri na Armada em Nova Friburgo, sendo para lá transferidos os doentes internados no Hospital da Marinha. Ele teria sido fechado em 1910, quando a Marinha criou o Sanatório Naval na mesma cidade (Assistência, op. cit.). Achilles de Araújo (op. cit., p. 47) nos fornece outra informação: o hospital teria sido criado no alto da rua Real Grandeza, em Botafogo, de frente para a praia de Copacabana.

geral, tendo os demais sua clientela determinada pelo auxílio mútuo.¹²⁸ Por isso Emile Allain asseverava que a assistência pública no Rio de Janeiro se baseava no trabalho da Santa Casa da Misericórdia.

QUADRO 3.1: HOSPITAIS EXISTENTES NO RIO DE JANEIRO NO SÉCULO XIX	
Nome	Tipo de atendimento e público-alvo
Complexo da Santa Casa da Misericórdia ¹²⁹	Geral e específico, para toda a população
Hospital da Brigada Militar	Geral, para militares da Brigada
Hospital do Exército	Geral, para militares do Exército
Hospital da Marinha	Geral, para militares da Marinha
Hospital do Corpo de Bombeiros	Geral, para militares do Corpo de Bombeiros
Hospital Copacabana	Específico (beribéri), para Militares da Marinha
Hospital Evangélico do Rio de Janeiro	Geral, para evangélicos
Hospital dos Lázarus	Específico (lepra), para toda a população
Hospital Paula Candido	[sem informações]
Hospital S. João de Deus	Geral, para a comunidade portuguesa
Hospital S. Sebastião	Específico (isolamento), para toda a população
Hospital da Venerável Ordem Terceira de S. Francisco de Paula	Geral, aos irmãos da Ordem
Hospital da Venerável Ordem Terceira de S. Francisco da Penitência	Geral, aos irmãos da Ordem
Hospital da Venerável Ordem Terceira de N. Sra. do Monte do Carmo	Geral, aos irmãos da Ordem e empregados da Casa Real
Policlínica Geral do Rio de Janeiro	Geral e específico, para toda a população

O viajante (ibid., p. 235) chamava a atenção ainda para um outro estabelecimento,

¹²⁸ Apesar de não ter especificado as sociedades de auxílio mútuo, Emile Allain (1886, p. 235s) afirma estas eram numerosas e que todas as colônias estrangeiras possuíam seus próprios socorros mútuos, aí entendidos tanto a previdência quanto a assistência.

¹²⁹ Incluídos o Hospital Geral, os Hospícios (para alienados) Pedro II, São João Baptista da Lagoa, Nossa Senhora da Saúde e Nossa Senhora do Socorro e o Hospital Nossa Senhora das Dores.

“auquel on ne saurait marchander les éloges, en raison de son but à la fois humanitaire et scientifique, a été fondé à Rio en 1881. C'est la Polyclinique générale (Policlinica geral), due à l'initiative privée, et destinée à fournir aux malades pauvres les médecins et les remèdes. On y professe aussi l'enseignement de cliniques spéciales. Elle comptait en 1884, huit services médicaux.”

As Policlínicas surgiram nos reinos germânicos e no Império Austro-Húngaro, contudo seus desenvolvimentos foram distintos. Nos primeiros elas eram instituições públicas. Vinculadas às Faculdades de Medicina, eram o lugar por excelência das aulas práticas, caracterizando-se pelo número reduzido de leitos e pela diversidade de doenças ali tratadas, o que as distinguiu dos hospitais. (Buettzingsloewen, 1997). No Império Austro-Húngaro elas eram privadas, mas com perfil marcadamente beneficente (Edler, 1992, p. 223 et seq.).

Com forte influência da experiência austríaca, a Policlínica do Rio de Janeiro foi criada em dezembro de 1881, por iniciativa dos médicos João Pizarro Gabizzo, Antônio Loureiro de Sampaio e Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo, tendo como beneméritos o imperador Pedro II e a imperatriz Tereza Cristina, além de um grande número de doadores que foram responsáveis por sua fundação e manutenção.¹³⁰ Começou a funcionar em fevereiro de 1882, e garantia atendimento gratuito à população carente. Porém, assim como a Santa Casa da Misericórdia, cobrava daqueles que podiam pagar. Entre seus objetivos sobressaía a preocupação com o ensino médico. Ao ser fundada a Policlínica contava com os seguintes serviços: Patologia Intertropical (Julio Rodrigues de Moura e Francisco Borges de Souza Dantas); Pneumocardiopatologia (Henrique Carlos da Rocha Lima); Moléstias do Sistema Nervoso (Domingos de Almeida Martins Costa e José Carlos Teixeira Brandão); Clínica Cirúrgica (Pedro Severiano de Magalhães); Oftalmologia (José Cardoso de Moura Brasil); Ginecologia (José Rodrigues dos Santos e Carlos Pires Ramos); Otologia, Laringologia e Rinologia (Cipriano Barbosa Bettamio); Moléstias Sifilíticas e da Pele (Antonio José Pereira da Silva Araújo); Moléstias de Crianças (Carlos Artur Moncorvo de Figueiredo); e o Laboratório de Análises Médicas, a cargo do farmacêutico José

¹³⁰ Flávio Edler (ibid., p. 270, nota 38) publica a lista de benfeitores da Policlínica do Rio de Janeiro. Nela constavam cabeças coroadas do império, tais como o conselheiro Rodolpho de Souza Dantas, o barão de Mesquita, o visconde de São Clemente e o conselheiro de Estado e senador Manoel Pinto de Souza Dantas; militares como o comandante Militão M. de Souza Filho; profissionais liberais como os farmacêuticos Bittencourt e Marçal e o bacharel João Paulo Ferreira Dias; o corpo de acadêmicos do curso médico de 1882; cidadãos como Mme. Hoffman, Pedro Parestello da Câmara; e empresas como Miranda & Almeida, J.M. Saldanha & Co.

Pereira Lopes (verbete “Policlínica Geral”, DHBCSB – ainda não disponível; Assistência, op. cit.)

Flávio Edler (ibid., p. 226) observa que a criação da Policlínica do Rio de Janeiro não foi unanimidade entre os médicos, em virtude do caráter voluntarista dos serviços. Muitos médicos se negaram a participar de seu quadro clínico pretextando excesso de trabalho. Mesmo com esses incidentes iniciais, e talvez corroborando os temores do grupo contrário à instituição, desde o início houve um grande movimento em suas clínicas.

Nos primeiros vinte anos do século XX a rede hospitalar da cidade do Rio de Janeiro não passou por alterações expressivas, em relação ao final do século anterior. O complexo da Santa Casa da Misericórdia ganhou mais um integrante, o Hospital de São Zaccharias, criado em 1914. Do mesmo complexo, o Hospital de Nossa Senhora das Dores restringiu-se, no mesmo ano, ao tratamento de mulheres tuberculosas. Os Hospitais Paula Cândido e São Sebastião passaram para a esfera da DGSP. Em 1900 foi criada a Policlínica de Botafogo, e em 1921 o Asilo São Francisco de Assis foi transformado em hospital e subordinado ao DNSP.

Na mesma época também foram abertos na cidade: os hospitais ligados às entidades ou sociedades de auxílio mútuo como o Hospital Espírita (1912), para atendimento dos fiéis ao espiritismo (Freyre, 2000, p. 702); o Hospital dos Ingleses; o Hospital Oswaldo Cruz, construído no *campus* do IOC e voltado para doenças tropicais (malária e febre amarela) e endemias estudadas pelos pesquisadores da instituição; e diversas casas de saúde¹³¹. Nenhum deles era aberto à população em geral e por isso não serão objeto de análise neste estudo, pois interessam para o desenvolvimento de meu argumento os hospitais gerais destinados a um público amplo, os quais abordo a seguir.

A Policlínica de Botafogo foi criada pelo médico Luiz Barbosa em fins de 1899 e iniciou seus atendimentos em junho de 1900. Sua marca mais forte era a atuação paroquial, restrita aos moradores de Botafogo e adjacências. Instituição privada, era mantida por seus protetores, todos moradores daquele bairro. Seus principais benfeitores eram o conselheiro Catta-Preta, Eugenio Jose de Almeida, Eduardo P. Guinle, Candido Gaffrée, senador Antonio Azeredo, John Gregory e Oswaldo Cruz. A sede definitiva da

¹³¹ Cabe lembrar que a hospitalização, ao longo do século XIX, não era vista com bons olhos por boa parte da população. O hospital era, antes de tudo, o local para a morte dos desvalidos. Não obstante, a época viu surgirem diversas casas de saúde destinadas a um público pagante (Morales de los Rios Filho, op. cit., p. 169).

Policlínica de Botafogo foi inaugurada em 1922, e nesta ocasião foi proposta a criação de um Instituto de Puericultura que receberia o nome de Instituto Guinle-Gaffrée¹³², em homenagem aos dois patronos.

O Hospital São Francisco de Assis pode ser considerado a primeira resposta oficial à falta de leitos para a população do Rio de Janeiro. Em 1921 assinou-se o decreto que transformava o antigo Asilo São Francisco de Assis em hospital, que como tal iniciou suas atividades no ano seguinte. Apesar de ter sido adaptado, enquadra-se em uma concepção moderna de hospital, não só devido a sua localização — na região do Mangue, próxima ao centro da cidade —, como também pelas atividades que incluía: um Laboratório de Pesquisa e um Serviço de Anatomia Patológica, este último sob a direção do IOC. Também seu partido arquitetônico obedecia em parte aos cânones hospitalares modernos: pé direito elevado (quatro metros) e janelas amplas e altas a circundar os espaços, garantindo aeração e iluminação. Nas instalações do hospital só não foi possível respeitar dois dos preceitos basilares da higiene hospitalar, o teto arredondado e a ausência de ângulos laterais ou reentrâncias de modo a evitar o acúmulo de sujidades (Aguinaga, 1997, p. 78 et seq.).

Apesar do surgimento desses hospitais, a assistência pública na cidade continuava dependente da Santa Casa da Misericórdia, que passou a contar com o apoio, por assim dizer, das duas Policlinicas e do recém-criado Hospital São Francisco de Assis para o atendimento da população carente.¹³³

¹³² Este instituto não tem relação com a Fundação Gaffrée e Guinle ou com o Hospital Gaffrée e Guinle. A proposta de sua criação deve ser interpretada como uma homenagem espontânea da direção da Policlínica a dois de seus principais benfeitores.

¹³³ A carência de leitos hospitalares e a forte dependência do sistema hospitalar da Santa Casa da Misericórdia não é uma característica do Rio de Janeiro. Como foi mostrado no capítulo 1, até mesmo em Portugal percebe-se tal dependência. Em 1918, em uma homenagem aos médicos baianos no Derby Clube do Rio de Janeiro, Carlos Chagas (1918, BVCC, capturado em 02 maio 2003) afirmava: “O Brasil, senhores, necessita de outros e modernos hospitaes, que possam attender a condições permanentes e a eventualidades epidemicas inevitaveis. Possuimos, é certo, uma instituição bemfazeja, cujos serviços seculares devem merecer a gratidão e o apreço maior de todos os Brasileiros; a Santa Casa de Misericordia, porém, a menos que a pudessem ampliar em notaveis proporções, não póde hoje prover as necessidades de uma assistencia hospitalar satisfactoria em toda a Capital da Republica e zonas limitrophes, nem ainda attender a surtos epidemicos de desusada intensidade. [//] Pensamos que o melhor, no assumpto, seriam hospitaes destinados a grupos de doenças, com adaptações especiaes, nos quaes funcionariam serviços permanentes de assistencia aos casos da nosologia habitual, e haveria a possibilidade de installações urgentes para attender á occurrencia de grandes epidemias. Desse modo um hospital geral além do que existe, o de São Sebastião, ou este ampliado, para doenças infectuosas, agudas e chronicas, outro para doenças da nutrição, um terceiro para crianças, e, finalmente, um ultimo, destinado a affecções ou doenças cirurgicas, viriam preencher uma das grandes lacunas da nossa administração sanitaria, assistencia hospitalar. [//] Além de que, para os intuitos de salvaguardar a vida de Brasileiros, não podemos restringir nossas vistas á Capital do paiz, quando no interior grassam endemias mortíferas, com ausencia absoluta de quaesquer medidas necessarias. Hospitaes regionaes, nas

Nesse cenário sobressai o projeto de criação dos hospitais que são objetos de estudo deste trabalho: o Hospital Gaffrée e Guinle e o Hospital do Câncer. Chama a atenção o significado da ação filantrópica naquele momento. Antes de atender a uma demanda maior tanto do governo quanto dos médicos e da intelectualidade — a criação de hospitais gerais —, a filantropia atende a uma demanda do diretor do DNSP Carlos Chagas e dos médicos ligados à Inspetoria da Lepra e das Doenças Venéreas projetando um hospital gigantesco quando comparado aos hospitais existentes, além de sinalizar, também, uma ruptura com a tradição luso-brasileira de assistência hospitalar, conforme foi salientado no capítulo 1.

As mensagens presidenciais continuavam alertando para a precária situação hospitalar da capital republicana, sobretudo para a insuficiência de hospitais gerais. No relatório do DNSP de 1922, Carlos Chagas mencionava a criação de hospitais regionais e rurais para atender à campanha de saneamento rural (Brasil, 1923, p. 197). Em discussões na Câmara dos Deputados acerca da Reforma da Saúde Pública, Chagas salientava a deficiência da rede de assistência médico-hospitalar no país quanto aos preceitos modernos da higiene, tanto dos hospitais de isolamento quanto para o atendimento das “nosologias habituais”, para as quais a falta de leitos era crítica recorrente. Em tal contexto a tuberculose, as moléstias infantis e o atendimento aos alienados eram as grandes preocupações do diretor da Saúde Pública, seja por questões do contágio, da falta de cuidados específicos para os recém-nascidos, ou mesmo dos vícios no tratamento dos alienados. A preocupação existia, porém as medidas concretas para reverter aquele quadro eram poucas, quase inexistentes (ACCF/DAD/COC, ex. 9).

Em análise sobre a real disponibilidade de leitos hospitalares na cidade do Rio de Janeiro em 1927, Vicente Licínio Cardoso (1927, p. 193-4) destacava a oferta de 953 leitos pela Santa Casa, a maior rede hospitalar de atendimento público em funcionamento no país. Vale lembrar que a Santa Casa aceitava público pagante, o que reduzia um pouco a disponibilidade de leitos para a população carente. Os outros hospitais ofereciam, em média, de 300 a 600 leitos. Pode-se imaginar, portanto, o impacto que teve a construção do Hospital Gaffrée e Guinle, que destinava 320 leitos somente para doenças venéreas.

Indicativo de uma mudança na política pública voltada à assistência hospitalar foi a criação em 1926, durante a Presidência de Washington Luiz, da Assistência

zonas de endemias intensas, viriam atender a uma das indicações sanitarias e de assistencia publica mais urgentes em nossos sertões.”

Hospitalar, órgão autônomo ao DNSP que tinha por incumbência a gestão dos Hospitais São Francisco de Assis e Pedro II, bem como a fiscalização dos demais estabelecimentos hospitalares da capital (Brasil, 1930, p. 69). O problema da assistência hospitalar já estava sendo discutido desde o início da década de 1920, por ocasião do chamado Projeto Mascarenhas, alvo de inúmeras críticas. O *Jornal do Commercio*, na edição de 24 de julho de 1920, publicou as críticas do professor Otávio Ribeiro da Cunha ao projeto, que previa a construção de um hospital com capacidade para mil leitos. A discussão travada nas páginas do jornal por Ribeiro da Cunha baseava-se em questões sobre assepsia, dimensão do terreno e espaço destinado a cada doente. Para o médico, um hospital de mil leitos só evitaria o problema da superpopulação se fosse construído em um terreno muito grande, onde deveriam ser mantidas as distâncias mínimas entre os pavilhões. Para reforçar sua idéia, citava como exemplos hospitais de Hamburgo e Berlim.

A direção da Assistência Hospitalar foi entregue a João Marinho, professor da Faculdade de Medicina. O órgão contava com um Conselho Hospitalar, formado por Ataulfo de Paiva, Carlos Chagas, Guilherme Guinle, Clementino Fraga, Abreu Fialho e Miguel de Carvalho. Cabia-lhes o assessoramento ao diretor da Assistência no que tangia ao projeto mais ambicioso do órgão, a mencionada construção de um hospital para a Faculdade de Medicina com capacidade para atender 1.200 pessoas, o que certamente minoraria a carência de leitos no Distrito Federal. A presença de Guilherme Guinle e Ataulfo de Paiva deveu-se ao importante papel que desempenharam, respectivamente, na condução das obras dos Hospitais Gaffrée e Guinle e do Câncer e à frente da Fundação Liga Brasileira Contra a Tuberculose.¹³⁴

A gestão do projeto do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina foi marcada por uma série de divergências. O projeto arquitetônico já estava escolhido quando João Marinho assumiu a direção do órgão.¹³⁵ Fora encomendado em 1925 a Porto d’Ave¹³⁶, o arquiteto responsável pelos projetos dos Hospitais Gaffrée e Guinle e

¹³⁴ Na década de 1920 a Liga Brasileira contra a Tuberculose se transformou em Fundação Liga Brasileira contra a Tuberculose, sob clara influência do surgimento das Fundações Oswaldo Cruz e Gaffrée e Guinle (Nascimento, op. cit.).

¹³⁵ João Marinho (1931, p. 32) afirmou ter levado cerca de dois meses para decidir se aceitaria o convite do presidente Washington Luís para ocupar a chefia da Assistência Hospitalar. E nesse período Carlos Chagas respondeu interinamente pelo órgão.

¹³⁶ Adelstano Soares de Mattos Porto d’Ave nasceu no Rio de Janeiro a 6 de março de 1890 e faleceu na mesma cidade em 1952. Casou-se com dona Hilda de Oliveira Rocha, com quem teve seis filhos. Este filho de portugueses — seu pai recebera o título de visconde de Nossa Senhora de Porto d’Ave do rei de Portugal Dom Carlos — trabalhava como arquiteto e construtor. Na época era comum o desempenho de múltiplas atividades por parte dos engenheiros que atuavam nos mais diversos programas de arquitetura,

do Câncer. Aparentemente João Marinho discordou tanto do projeto quanto do arquiteto construtor (Marinho, 1931), criticando duramente suas qualificações técnicas e o fato de ele ter se mostrado refratário à adoção do padrão norte-americano de arquitetura hospitalar (Sanglard & Costa, 2003).

“Como constructor de obra de algum vulto ainda estava na primeira, a construção do Hospital Gaffrée-Guinle, que lhe fora confiada mais por consideração de ordem pessoal que por nome adquirido em exercício regular da profissão. Entre os arquitetos da Cidade passava como colega desconhecido. Como engenheiro, não tinha ido além do geógrafo.” (Marinho, op. cit., p. 75)

Cabe apresentar alguns dados sobre a trajetória profissional de Porto d’Ave que ajudam a entender as críticas proferidas por João Marinho. Porto d’Ave prestou concurso para a Escola Politécnica em 1908, porém só iniciou o curso em 1911. Concluiu-o em 1918 e colou grau no ano seguinte. Pouco tempo depois aparecia como projetista do Hospital Gaffrée e Guinle juntamente com Haering, o que mostra que desde o início de sua carreira esteve desenvolvendo projetos arquitetônicos de grande vulto. As obras do hospital começaram em 1924, embora fossem anunciadas desde 1920. Dois anos depois, Porto d’Ave projetou os Hospitais do Câncer e das Clínicas. Sem dúvida sua relação com a família Guinle lhe rendeu bons frutos. Mas fica a pergunta: até que ponto o apadrinhamento explícito de Guilherme Guinle a Porto d’Ave

em várias especialidades de engenharia e na construção (Sanglard & Costa, 2003). No início da década de 1920, pouco tempo depois de ter se formado e, ao que tudo indica, por convite de Guilherme Guinle, tornou-se o responsável pelo projeto do Hospital Gaffrée & Guinle. Em 1924, novamente por intermédio de Guinle, fez o projeto do Hospital e do Instituto do Câncer, da Fundação Oswaldo Cruz. A partir desse apoio inicial de Guilherme Guinle, Porto d’Ave se especializou em arquitetura hospitalar. Ainda na década de 1920 esteve à frente do projeto do Hospital das Clínicas, da então Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e do Sanatório Santa Clara, em Campos do Jordão (SP). Em 1934, elaborou o projeto do Hospital dos Servidores do Estado. Por ocasião da construção dos Hospitais Gaffrée & Guinle e do Câncer seu escritório funcionava na rua Buenos Aires, 54, 2º andar, e Porto d’Ave estava registrado como construtor (Almanak Laemmert, 1927). Porto d’Ave tinha relações também familiares com os Guinle — sua cunhada Gilda casou-se com Carlos Guinle, irmão de Guilherme —, e certamente privou de uma certa proximidade com Guilherme, pois ambos freqüentavam alguns clubes, como o Jockey Club e o Automóvel Clube, além de eventos como o Salão do Automóvel. Sem dúvida pode-se afirmar que sua vida esteve bastante ligada à família Guinle. Primeiro a Guilherme, a quem se pode chamar de seu padrinho profissional, depois a seu concunhado Carlos. A antiga residência de Porto d’Ave, na esquina das ruas Sorocaba com São Clemente, em Botafogo, pertence ainda hoje à família de Carlos Guinle. Porto d’Ave também freqüentava o Clube dos Bandeirantes (do qual chegou a ser presidente), que reunia intelectuais, empresários, militares e grandes nomes da política dos anos de 1920, como o ministro Getúlio Vargas, os ministros da Guerra e da Aviação e o próprio presidente Washington Luiz. O Clube dos Bandeirantes era uma entidade cívico-cultural e tinha a revista *A Bandeira* como porta-voz de seus projetos e propostas visando a defesa nacional, o crescimento industrial, a modernização agrícola, o saneamento e a educação. Nesse sentido, não é de estranhar que temas diretamente ligados à questão da comunicação fossem caros a este grupo, tais como a construção de estradas, a aviação e o telégrafo (Carvalho, 1998, p. 88-92).

não gerou alguns dos problemas por que passaram os projetos dos Hospitais do Câncer e das Clínicas?

Sobre essa questão alguns aspectos merecem relevância. O primeiro é que a maioria dos membros do Conselho Hospitalar da Assistência Hospitalar fazia parte da Fundação Oswaldo Cruz. Carlos Chagas e João Marinho eram membros do Conselho Técnico do órgão e foram responsáveis pela escolha do projeto vencedor do Hospital do Câncer. A construção dos dois hospitais — do Câncer e das Clínicas — foi simultânea. Considerando-se que a história da Fundação Oswaldo Cruz foi marcada por uma série de imbróglios — disputas entre os membros e indefinições na escolha do projeto, entre outros, marcaram a existência da Fundação Oswaldo Cruz, conforme será abordado no capítulo 5 —, fica a pergunta: até onde os problemas desta instituição não afetaram o desenvolvimento do projeto do Hospital das Clínicas?

Um outro aspecto é de ordem mais técnica. João Marinho parece ter sido influenciado pelo projeto do Hospital das Clínicas de São Paulo — levado a cabo pelo médico Arnaldo Vieira de Carvalho —, pelo trabalho da Fundação Rockefeller, sobretudo a construção do Hospital de Rochester, em Nova York, e ainda pelo do livro de Abraham Flexner, que se tornou capital para o norteamento das ações de saúde pública postas em prática pela Fundação Rockefeller. Chegou a viajar aos Estados Unidos, comissionado pela Assistência Hospitalar, para conhecer os hospitais norte-americanos, tendo sido recebido na Fundação Rockefeller pelo próprio John Rockefeller. Desta viagem teria resultado a sua concepção do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que deveria contemplar o tratamento do doente, o ensino médico e a pesquisa científica (Marinho, op. cit., p. 101). O principal problema do projeto de Porto d’Ave, para João Marinho (ibid.), é que ele obedecia ao modelo da arquitetura pavilhonar, cujas linhas mestras tinham sido estabelecidas na França em fins do século XVIII.

Vicente Licínio Cardoso¹³⁷ foi chamado a opinar sobre o projeto, como especialista da Escola Politécnica em arquitetura hospitalar. Observou ele:

“O systema adoptado foi o pavilhonar em bloco, com ligações por galerias subterraneas, havendo, além dos edificios geraes ou

¹³⁷ Vicente Licínio Cardoso ficou mais conhecido como um dos principais ideólogos da construção nacional a partir da divulgação de seu trabalho *À margem da História do Brasil*, editado postumamente em 1933, e por sua militância em prol da educação primária. Formado em Engenharia pela Escola Politécnica, foi professor de Arquitetura e Construção Civil desta instituição desde 1927 (Santos, [s.d.]) e dedicou parte de sua vida intelectual ao estudo da arte e da arquitetura.

especiais requeridos pelo conjuncto, dez pavilhões de clínicas com cinco pavimentos cada um, occupados por enfermarias e seus respectivos anexos.

Não examinei o projecto de autoria do arch. Porto d'Ave, realizado de accordo com instrucções da Assistência Hospitalar e de alguns professores da Faculdade de Medicina. Conheço, pois, apenas as linhas geraes do grande plano elaborado, — que não veio alias a publico — sem que agora me pronuncie sobre uma série de problemas que lhe são correlatos (mudança da Faculdade, centralização hospitalar, etc.). Todavia, devo consignar aqui neste trabalho a boa impressão recebida do facto de fugir o projeto ao rigorismo dos projectos hospitalares europeus, copenhendida que está a influencia da escola norte-americana na acceitação de pavilhões com cinco pavimentos.” (Cardoso, op. cit., p. 193)

Embora defendesse abertamente o modelo de arquitetura hospitalar norte-americano, Cardoso não desmereceu o projeto do Hospital das Clínicas de Porto d’Ave por não ser este totalmente fiel ao modelo pavilhonar europeu. A mesma característica é percebida nos dois outros projetos de Porto d’Ave desenvolvidos nos anos 1920, mas talvez por serem hospitais especializados — para o tratamento de sífilis e câncer —, o encontro dos modelos arquitetônicos europeu e norte-americano¹³⁸ não se destacasse tanto quanto no projeto do Hospital das Clínicas. Pode-se mesmo afirmar que Porto d’Ave projetou o Hospital das Clínicas como se este fosse vários hospitais específicos, criando quase uma cidade-hospital (v. Imagens 3.1 e 3.2), onde cada especialidade médica teria seu próprio pavilhão, interligado aos demais tanto pela parte externa quanto por corredores subterrâneos. Uma das críticas de João Marinho (op. cit.) ao projeto é a grande distância a ser percorrida entre um pavilhão e outro, inconveniente que seria minimizado caso fosse adotada a solução de um único bloco para o hospital.

Sabe-se atualmente da maior praticidade do monobloco em comparação com os pavilhões na arquitetura hospitalar, mas restam algumas dúvidas quanto às críticas de João Marinho. Assim como Vicente Licínio Cardoso, João Marinho citava como exemplar a arquitetura de um grande hospital geral construído na Bélgica, pavilhonar e

¹³⁸ Resumidamente, a diferença primordial entre os modelos de arquitetura europeu e norte-americano estava baseada em uma mudança no conceito de propagação da doença. Na época dos hospitais pavilhonares acreditava-se que o contágio vinha pelo ar, justificando o partido arquitetônico que separava os diversos serviços. Com o avanço do campo da profilaxia os hospitais deixaram de ser considerados perigosos e propícios a infecções externas e internas; bastava então uma enfermaria asséptica, não muito grande, com oito, dez ou 16 leitos, bem ventilada e com boa iluminação natural, separando-se os doentes às vezes apenas com simples móveis em vidro ou pano para o controle do contágio, que passou a ser creditada ao contato entre pacientes. A preocupação com a assepsia das enfermarias obrigaria a instalação de uma copa e um quarto na entrada de cada uma delas, para que fossem esterilizados os pratos e quaisquer outros objetos usados ou tocados pelos pacientes, além da adoção de procedimentos de limpeza e manuseio de aparelhos sanitários (ver capítulo 4; Sanglard & Costa, op. cit.).

afastado do centro da cidade, tal qual o proposto por Porto d’Ave para o Hospital das Clínicas. Teriam sido as críticas ao projeto deste hospital motivadas por outras razões que não as de natureza técnica?

Por outro lado, Porto d’Ave defendia que seu projeto era tipicamente norte-americano, e para apresentar seu ponto de vista — e responder às críticas de João Marinho — publicou na Revista A Bandeira, em 1927, um artigo intitulado “O hospital moderno”. Nele o projetista baseia seu argumento na comparação de três hospitais: o Centro Médico de Nova York, o Hospital Virchow em Berlim e o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Ao falar da arquitetura em bloco, típica da experiência norte-americana, Porto d’Ave ressaltava que esta opção não estava apenas relacionada à questão da enfermaria, considerada por ele a *cellula matter* do “hospital moderno”, mas que se condicionava também ao espaço disponível e ao alto custo das construções, os quais, na sua opinião, poderiam gerar projetos do tipo “hospital arranha-céu”. Afirmava que seu projeto para o Hospital das Clínicas era idêntico ao do Centro Médico de Nova York, considerado por ele o maior projeto de organização hospitalar em andamento nos Estados Unidos e descrito como

“(…) um conjunto de edifícios collados uns aos outros ou ligados entre si por ‘bridges’, constituindo grandes monoblocos, considerados unidades, sob um controle único, geral, ao qual ficam subordinados administrativamente. As cozinhas, lavanderia, officinas e demais dependências são comuns a todos.” (Porto d’Ave, 1927, p. 25-6).

O contraponto era dado pelo Hospital Virchow, de Berlim, formado por um conjunto de 38 pavilhões, sendo 21 de especialidades médicas e com somente um andar.

Para enfatizar sua teoria, apresentava um quadro comparativo dos três hospitais analisados, com a área construída, o número de leitos e a relação entre um e outro, buscando apontar para as vantagens de seu projeto sobre o nova-iorquino:

Tabela 3.1

	Área construída	Número de leitos	Relação entre área e número de leitos
Centro Médico de Nova York	80.000m ²	2.000	40m ² por enfermo
Hospital das Clínicas do Rio de Janeiro	144.000m ²	1.800	80m ² por enfermo
Hospital Virchow, de Berlim	240.000m ²	2.000	120m ² por enfermo

Fonte: Porto d’Ave, 1927, p. 26

Por fim, afirmava que

“O systema de monoblocos adotado na organização do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, idêntico ao Centro médico de Nova York, offerece sobre o ponto de lista orçamentário a possibilidade de ser executado por partes, de accordo com a arrecadação do imposto votado para este fim.” (ibid., p. 30),

e reproduzia o parecer do doutor Burlingame, idealizador do Centro Médico nova-iorquino, que considerava o projeto do Hospital das Clínicas um “excelente trabalho”, à parte pequenos detalhes, e o do doutor Manoel Quintella, reitor e decano da Universidade de Montevideú, que chegava a solicitar detalhes do projeto para serem incluídos no projeto do Centro Médico que o governo daquele país pretendia construir.

Embora Porto d’Ave defendesse seu projeto como tipicamente norte-americano a divergência perdurou e neste ínterim mais cinco projetos foram apresentados, sendo dois dele próprio. Tudo indica que houve certo favorecimento ao arquiteto, pois o seu terceiro projeto — em monobloco — foi o escolhido pelo Conselho Hospitalar, e as obras iniciaram imediatamente, apesar das objeções de João Marinho.

Outros problemas apontados por João Marinho foram a localização escolhida para o hospital — a região da Mangueira, próximo à rua São Francisco Xavier — e a instalação da maternidade fora do prédio principal. Sobre a localização, para Vicente Licínio Cardoso as modernas concepções de higiene, pautadas na assepsia, desobrigavam o afastamento dos hospitais em relação às aglomerações urbanas, e era este um dos méritos que atribuía à concepção do Hospital Gaffrée e Guinle, construído no bairro da Tijuca, uma área populosa da cidade. Quanto ao espaço destinado à maternidade, João Marinho argumentava que não havia por que localizá-la fora do corpo do hospital, citando como exemplo um hospital em São Paulo, em que ela fora instalada no prédio principal. Vicente Licínio Cardoso, ao contrário, chamava a atenção para o fato de que a maternidade era o calcanhar de Aquiles da arquitetura norte-americana, pois nela residiam os maiores focos de contaminação, devido justamente à sua instalação dentro dos hospitais. Cardoso concordava com Porto d’Ave no que diz respeito à localização dos hospitais próxima às aglomerações urbanas, por considerar igualmente

um traço de modernidade. O certo é que no último projeto de Porto d’Ave a maternidade estava localizada à parte do corpo principal do hospital (Imagem 3.3).

Observe-se que tanto João Marinho quanto Porto d’Ave se baseavam em pareceres de médicos da Faculdade de Medicina, da qual Marinho era professor catedrático, tendo sucedido Hilário de Gouveia na Clínica de Otorrinolaringologia. A controvérsia denota, assim, uma divisão no interior da própria Faculdade quanto à solução arquitetônica ideal para prédios hospitalares. Outro ponto que merece ser considerado é que, naquele período, o partido arquitetônico em bloco para os hospitais estava longe de ser unanimidade, até mesmo entre os arquitetos norte-americanos¹³⁹.

Ao comentar a passagem de Carlos Chagas pelo Conselho Hospitalar do Hospital das Clínicas, Chagas Filho afirma que seu pai foi grande defensor da construção do Hospital das Clínicas, e acrescenta: “Divergências de grande porte se estabeleceram entre o diretor geral do Ministério da Justiça e Negócios Interiores e João Marinho (...)” (Chagas Filho, op. cit., p. 254). Eram divergências técnicas, administrativas e certamente pessoais. João Marinho ressentia-se do acesso fácil que Porto d’Ave tinha ao ministro Vianna do Castelo e ao próprio presidente Washington Luis, ambos amigos do construtor e sócios dos mesmos clubes, o Automóvel Clube do Brasil e o Clube dos Bandeirantes.

Em 1931 as obras do hospital foram embargadas pelo presidente Getúlio Vargas e submetidas a uma sindicância interna. Desta disputa conhece-se apenas a versão de João Marinho, publicada em 1931 no livro *Ocasão perdida*. As obras jamais foram retomadas¹⁴⁰, e no terreno destinado ao hospital acabou sendo construído, muitos anos depois, o campus Maracanã da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Chagas Filho, op. cit.). O prédio da maternidade foi aproveitado para a instalação do Instituto de Química da mesma Universidade.

Dos três projetos hospitalares para o Rio de Janeiro desenvolvidos na década de 1920, somente um logrou êxito: o do Hospital Gaffrée e Guinle. Os Hospitais do Câncer e das Clínicas se tornaram fracassos retumbantes, ainda que consideremos a posterior

¹³⁹ *Um bom exemplo dessa controvérsia foi a construção do American Memorial Hospital em Reims, no entre-guerras. Marc Bedarida (1993, p. 261) comenta que a escolha do arquiteto coube a Charles Buttler, considerado um especialista em arquitetura hospitalar pelas autoridades militares tanto americanas quanto francesas. Contudo, a "Construction simple sur deux niveaux, l'AMH n'évoque en rien les premières recherches, alors entreprises outre-Atlantique, sur les hôpitaux en hauteur."*

¹⁴⁰ No entanto, a despeito das controvérsias em torno do hospital e do processo administrativo instaurado, o governo Vargas ainda insistiu por um tempo na construção deste hospital. Em 1936 o Serviço Nacional da Tuberculose pretendia destinar o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro para o atendimento de tuberculosos (AGC/CPDOC/FGV).

utilização do prédio do Hospital do Câncer para fins hospitalares. Refiro-me ao Hospital Barata Ribeiro (v. capítulo 5). As soluções para o problema da assistência hospitalar no Rio de Janeiro foram postergadas, e somente na gestão de Pedro Ernesto na Prefeitura do Distrito Federal (1931-1936) dirigiu-se um novo olhar para a questão.

Autores como Jaime Benchimol (1990, p. 223) interpretam a ênfase dada pela gestão Pedro Ernesto à construção de hospitais como a passagem de uma política ‘socorrista’ — baseada na construção de hospitais destinados ao controle de epidemias — para uma política social mais abrangente, que ganha força no governo Vargas, sobretudo no pós-1937. Prefiro, contudo, uma outra leitura, na qual se evidencia a década de 1920 como um celeiro de políticas de saúde. De fato, por mais embrionárias que fossem, várias das políticas implementadas nesse período seriam mantidas na década seguinte. A década de 1920 permitiu a concretização de propostas dos médicos sanitaristas, entre elas as relativas à assistência hospitalar, talvez a mais embrionária de todas. De todo modo essas questões deixaram a esfera da retórica e ganharam espaço em uma agenda política, o que se coaduna com tendências recentes da historiografia, que percebem mais continuidades do que rupturas no campo da saúde, entre o final da República Velha e o início do governo Vargas (Hochman, 2001).

Paralelamente à crítica quanto à ineficiência dos serviços hospitalares, a década de 1920 viu surgir medidas visando a criação de uma previdência social no Brasil. O ponto alto foi, sem dúvida, a Lei Eloy Chaves, de 24 de janeiro de 1923, que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) garantindo benefícios básicos aos trabalhadores como assistência médica, aposentadoria, pensão para dependentes e auxílio funeral (Gomes, 1979, p. 94 et seq.; Hochman & Fonseca, 1999, p. 77 et seq.).

A República herdara dos tempos imperiais formas incipientes de organização da previdência: a Caixa Econômica, criada em 1861, o Monte Pio dos Servidores do Estado e a Caixa Econômica do Rio de Janeiro (Allain, op. cit., p. 236-8). Quanto ao Rio de Janeiro, pode-se dizer que a assistência hospitalar se encontrava razoavelmente formalizada no início do século XX, como o demonstra a criação em 26 de junho de 1903, por decreto municipal, do Ofício Geral de Assistência, que visava sistematizar os socorros públicos e privados e possuía função fiscalizadora, sem interferir portanto na autonomia das associações (Assistência, op. cit., p. X). Nas primeiras décadas do século criaram-se diversas Caixas de Socorro e Sociedades de Auxílio Mútuo, ligadas ou não a entidades classistas ou empresas. Aliás, foi em parte mirando a regulamentação dessas Caixas e Sociedades que foi editada a Lei Eloy Chaves.

O papel do Ofício de Assistência era bem restrito. Em 1922 Ataulfo de Paiva reclamava que, no Brasil, não se dava a devida atenção a essa questão, ao contrário da França e da Europa em geral (ibid., p. 30). A assistência que Ataulfo de Paiva tinha em mente englobava diversos setores da sociedade e serviços médicos: crianças, idosos, mulheres, estrangeiros, trabalhadores, patronatos, assistência domiciliar e hospitalar, alienados, tuberculosos, leprosos, alcoólatras e sífilíticos (ibid., p. 2). O projeto por ele defendido previa, antes de tudo, a organização dos serviços de assistência tanto públicos quanto privados, buscando sempre uma aliança entre ambos os setores. O poder público deveria se preocupar apenas com a assistência aos órfãos e idosos, os socorros imediatos (acidentes, transportes de doentes etc.), a assistência domiciliar¹⁴¹ acompanhada da instalação de ambulatórios específicos para suporte e a assistência judiciária (ibid., p. 58-63).

A defesa de Ataulfo de Paiva tinha forte influência de teóricos franceses engajados na institucionalização do campo da assistência social. Uma análise mais aprofundada deste tema foge à proposta inicial deste trabalho, mas vale aqui mencionar que as discussões sobre a questão da assistência naquele período dizem respeito tanto à melhoria e ao aumento da rede hospitalar na cidade do Rio de Janeiro, quanto à criação de legislação regulamentar para a previdência e as instituições assistenciais já existentes. Como observa Gilberto Hochman (2001, p. 132), “a década de 1920 assistiu à gênese de um sistema previdenciário que ganharia contornos mais definidos no pós-1930 e seria uma das políticas-chaves no estabelecimento das relações entre o Estado varguista e os trabalhadores urbanos”. Observe-se que esta afirmação procede para a assistência de um modo geral, pois até a década de 1930 essa área compreendia tanto a previdência quanto para a assistência médica, esta última, entendida como tratamento individual, de cunho curativo, ambulatorial, hospitalar e essencialmente urbano (Hochman & Fonseca, op. cit., p. 80-1)¹⁴².

¹⁴¹ Para Ataulfo de Paiva esta modalidade de assistência era a solução para o déficit hospitalar. Afirmava que ela minimizaria os inconvenientes da hospitalização, em especial a separação do doente da família. Reclamava que, no Brasil, não havia lei que regulamentasse as visitas domiciliares, tal como ocorria na Europa. Ressaltava, entretanto, que a prática das visitadoras era conhecida e praticada no Brasil, e chamava a atenção para a ação das Conferências de S. Vicente de Paulo, da Associação Fluminense das Senhoras de Caridade e da Liga Contra a Tuberculose, que em 1913 instalara este serviço (ibid.). Não se deve confundir, entretanto, esta proposta de Ataulfo de Paiva com as enfermeiras visitadoras, instauradas no Brasil em conjunto com a Fundação Rockefeller.

¹⁴² Uma análise mais detalhada dos caminhos da assistência foge aos objetivos deste trabalho, e certamente a complexidade do tema é maior do que sugerem as linhas apresentadas acima.

Entre os vários os caminhos que se entrecruzavam na relação entre filantropia e saúde pública estava o que levou à uma incipiente política de assistência hospitalar, movimentou muito dinheiro mas teve como resultado concreto apenas um hospital. Relembro, então, as palavras de Mendes Fradique que servem de epígrafe a este capítulo: era o hospital que faltava para igualar os médicos brasileiros aos grandes centros. E a década de 1920 encerrou-se sem que essa situação se alterasse substancialmente.

3.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo procurei situar a criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas no contexto da reforma médico-sanitária. Ambas as iniciativas dão sentido à ação filantrópica de Guilherme Guinle que resultou na construção de dois hospitais na cidade do Rio de Janeiro, durante a década de 1920. A preocupação em entender o alcance e dar sentido a essas ações levou à análise das duas vertentes da saúde pública, o combate a duas endemias urbanas — a sífilis e o câncer — que passaram a figurar com destaque na agenda dos sanitaristas e foram objeto de ações — em geral frustradas — para prover a capital da República de uma rede pública de assistência hospitalar.

Muito mais do que pensar o Rio de Janeiro como espelho de uma política nacional, tentou-se entender o que é específico a essa cidade e o significado das ações de saúde no seu cotidiano.

A legislação antivenérea desenvolvida e implementada por Eduardo Rabello na Inspetoria tinha por alvos a capital e o território do Acre; nos outros estados a repartição atuaria conforme eventuais demandas por parte das autoridades locais. As ações de Guilherme Guinle foram idealizadas e realizadas no Rio de Janeiro e para a cidade se voltavam, portanto para termos a dimensão dessas ações foi necessário entender a situação médico-hospitalar da capital federal.

Apesar do alcance nacional do discurso de seus líderes, a atuação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas ainda permanecia presa às injunções e necessidades da capital federal, ainda que alcançando os outros estados da federação a

partir dos convênios firmados entre os governos locais e o DNSP. O quadro apresentado mostra um período caracterizado pela ebulição de propostas que visavam institucionalizar especialidades médicas como a sifilografia e a cancerologia, o que requeria a construção de centros especializados, independentemente do incremento de hospitais gerais para atendimento gratuito à população da capital. Este capítulo configura-se, então, como um *état des lieux* das questões da saúde pública que serão aprofundadas nos próximos capítulos.

CAPÍTULO 4

A FUNDAÇÃO GAFFRÉE E GUINLE: TRAJETÓRIA E PROJETOS

"A finalidade da Fundação Gaffrée e Guinle, conforme os intuitos que lhe ditam seus fundadores, vae além da assistência medica e educação hygienica dos attingidos pela devastação venérea: — visa também colher do benefício individual o benefício colectivo, retirando dos seus serviços clínicos observações e ensinamentos úteis ao conhecimento de todos, congregando assim, num só destino, a acção philanthropica e a pesquisa scientifica."
(AFGG, 1928, n. 1)

Este capítulo procura analisar a Fundação Gaffrée e Guinle como um projeto da Inspetoria da Lepra e das Doenças Venéreas, ou dos médicos que dela fizeram parte, e do próprio Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Para tanto é de capital importância compreender tanto o desenvolvimento da sífilis em seu caráter médico-social, quanto os atores envolvidos nesse projeto maior de combate à sífilis na capital e, através de convênios, em todo o território nacional. Somente com uma clara compreensão de tal quadro pode-se entender a dimensão dessa obra patrocinada por Guilherme Guinle.

4.1 A SÍFILIS E A SIFILOGRAFIA NO RIO DE JANEIRO

A virada do século XIX para o século XX traz uma mudança na percepção da nosologia da sífilis. Por um lado, graças às descobertas da medicina laboratorial, mais precisamente a reação de Wasserman, que permitiu um diagnóstico preciso sobre a sífilis, e de Erlich, que possibilitou uma ação profilática segura.¹⁴³ De outro, por ter se tornado um flagelo social.

O período presencia a transformação, na Europa, de três doenças já há muito conhecidas e que passam a ser compreendidas como calamidades sociais: a tuberculose, a sífilis e o câncer. Estes males marcaram as preocupações cotidianas, chegando mesmo a encobrir parcialmente o sucesso da descoberta dos soros antidiftérico e anti-rábico. Faure (1994, p. 204) afirma: “(...) *la tuberculose devient dangereuse lorsqu’est prouvé son caractère transmissible, la syphilis le devient lorsque triomphent les théories qui affirment son hérédité.*” Já o câncer teve um movimento espetacular, e foram as estatísticas de óbitos que alertaram sobre ela. Como chama atenção Olivier Faure (id.), as descobertas pasteurianas permitiram que os médicos diagnosticassem casos de câncer onde até então a doença passava despercebida, fazendo com que as suas estatísticas dobrassem em toda a Europa.

Em comum esses três novos flagelos têm o espaço de atuação, a cidade. Eles reafirmaram, em fins do século XIX, a concepção típica do Oitocentos, a da cidade cancerígena ou geradora da tuberculose, na qual a promiscuidade e o estilo de vida mais

¹⁴³ O teste/diagnóstico de Wasserman, conhecido como reação de Wasserman, foi produzido em 1906 na Alemanha. Por meio dele detectam-se as alterações sorológicas causadas pelo treponema da sífilis. E em 1909, também na Alemanha, Erlich e Hirata desenvolveram o Salvarsan ou 606, como ficou conhecida a vacina contra a sífilis (Carrara, 1996, cap. 1).

independente, com valores familiares mais flexíveis do que os do campo eram os principais fatores de propagação dessas doenças. Não era a cidade, mas o tipo de vida que nela se levava — uma idéia que trazia também uma reintrepretação do velho mito que contrapunha a cidade corrompida ao campo sadio. A partir de 1870 percebe-se uma polarização dessas concepções em torno de determinadas categorias sociais, bem como de certos bairros da cidade. E assim pode-se entender o desenvolvimento dessa idéia “*progressivement élaborée, nettement exprimé à la fin du XIXe siècle, la hantise de ces trois maladies n’est que la cristallisation des obsessions que fait naître une société de plus en plus urbanisé, industrielle, anonyme et conflictuelle.*” (ibid., p. 207). Portanto controlar tais doenças era permitir o surgimento de uma cidade e de uma civilização salubres.

A transformação da sífilis em calamidade social nesse período transcende, contudo, o ideário médico, pois trazia subjacente as noções de pecado — das relações sexuais — e degeneração da raça. E foi nesse cenário que se desenvolveram todas as ações de controle e profilaxia dessas doenças ao longo da primeira metade do século passado.

Nos anos de 1880 a 1940 houve um combate mais intenso da sífilis, da tuberculose e do câncer. No Brasil as políticas públicas de terapia e profilaxia, tanto contra a sífilis quanto contra a tuberculose, só foram desenvolvidas, conforme observado no capítulo anterior, a partir da Reforma Sanitária de 1920, aí residindo o ‘atraso’ a que os reformadores se referiam e tentavam contornar naquele momento. Carlos Chagas (*O Jornal*, 20 jan. 1927), em seu depoimento ao inquérito de Assis Chateaubriand, chamava a atenção de que “os países mais previdentes e zelosos de sua raça organizaram depressa, em moldes novos, a luta anti-venérea e cedo proclamaram resultados surpreendentes”, e ainda lembrava o caso da Bélgica, onde a campanha contra a sífilis fora patrocinada pela própria rainha. Chagas reputava a dificuldade em se implantarem ações mais efetivas no Brasil à omissão das esferas governamentais, visto que o poder público custara a dar a devida importância à doença. O médico-sanitarista acreditava, a exemplo de outros grandes nomes da medicina brasileira de então, no papel preponderante do ‘Estado-providência’, aquele que tinha o dever e a obrigação de tudo gerir, na questão da Saúde Pública. Por sua vez, o embaixador da França no Brasil A.R. Conty afirmava que os latinos costumavam esperar muito do Estado, e lembrava que a iniciativa privada conseguia realizar obras muito mais rapidamente do que o

Estado (ibid., p. 1). E de fato, no que tange ao combate à sífilis a ausência do Estado não significava a inexistência de ações, ainda que estas fossem esparsas.

Sérgio Carrara (1996), ao estudar a luta contra a sífilis no Brasil entre o final do século XIX e a década de 1940, lembra que desde os anos 1880 o ensino de dermatologia e sifilografia tinha sido implantado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, a cargo do professor João Pizarro Gabizzo, e que no mesmo período inaugurou-se a Policlínica Geral do Rio de Janeiro contando, entre suas especialidades, com o Serviço de Doenças da Pele e de Sífilis e um curso livre de sifilografia, a cargo do médico Antônio José Pereira da Silva Araújo¹⁴⁴, o grande nome da pesquisa e do combate à sífilis na época. O Serviço dirigido por Silva Araújo na Policlínica foi um grande formador de quadros, tendo passado por lá médicos como Oswaldo Cruz e Salles Guerra.

Em 1904 foi criado, na Policlínica de Botafogo, o Serviço de Moléstias da Pele a cargo de Juliano Moreira, substituído cerca de três ou quatro anos depois por Eduardo Rabello, discípulo de Silva Araújo (ibid., p. 89, nota 14).

Sérgio Carrara assinala que as ações de combate à sífilis e às doenças venéreas no Brasil até os anos 1920 eram insipientes e raras, e observa:

“De um modo geral, os poucos serviços especializados que iam surgindo ao longo das duas primeiras décadas do século XX eram fruto do empenho pessoal de alguns médicos ou estudantes de medicina, especialmente sensibilizados com o problema venéreo.” (ibid., p. 209).

Entre os poucos serviços existentes na capital, o autor elenca os Serviços de Dermatologia e Sifilografia das duas Policlínicas; as enfermarias e consultórios da Santa Casa; o Serviço de Doenças da Pele e Sífilis, dirigido por Werneck Machado, na Associação dos Empregados no Comércio; o existente no Instituto de Assistência à Infância, dirigido por Moncorvo Filho, único serviço especializado para crianças; além dos hospitais militares que também inauguraram serviços de doenças venéreas a partir primeira década do século XX.

A raridade das ações de combate a essas doenças, levantada por Sérgio Carrara (id.), merece contudo ser relativizada. O depoimento do chefe do estado-maior da Armada, vice-almirante José Maria Penido, mostrava-se exultante ante a possibilidade

¹⁴⁴ Daqui em diante, refiro-me a Antônio José Pereira da Silva Araújo como Silva Araújo, para distingui-lo de seu filho Oscar da Silva Araújo.

da construção de um dispensário da Fundação Gaffrée e Guinle para atender às Marinhas de Guerra e Mercante, e que viria “(...) constituir o mais sólido escudo contra a contaminação da terrível moléstia (...)” (*O Jornal*, 20 jan. 1927, p. 2). Em segundo lugar, como se verá posteriormente, a Fundação Gaffrée e Guinle, construiria diversos ambulatórios antivenéreos, muitos vinculados a instituições médico-assistenciais, como a Santa Casa da Misericórdia e o Instituto de Assistência à Infância.. Desta feita vale questionar se alguns desses serviços elencados por Carrara não são aqueles criados por esta Fundação.

Dos médicos que mais se destacaram, no início do século XX, no combate à sífilis encontram-se Werneck Machado e Eduardo Rabello. O primeiro sucedeu Silva Araújo na chefia do Serviço de Doenças da Pele da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, e esteve à frente de diversos movimentos em prol do combate à sífilis, além de ter sido membro da Academia Nacional de Medicina.

Eduardo Rabello, por sua vez, esteve ligado à Policlínica de Botafogo, tornando-se, no final da década de 1910, professor da disciplina de Doenças da Pele e Sífilis da Faculdade de Medicina. Em 1925, com a aposentadoria de Fernando Terra, assumiu a cátedra deste e, por conseguinte, a chefia das Enfermarias de Dermatologia da Santa Casa da Misericórdia. Um dos personagens centrais deste capítulo, Rabello nasceu em 22 de setembro de 1876 em Barra Mansa (RJ) e faleceu na capital em 8 de agosto de 1940. Sua tese de doutoramento, “Hematologia da anquilostomíase”, foi desenvolvida no Instituto de Manguinhos. Posteriormente foi nomeado pelo próprio Oswaldo Cruz para o recém-criado Laboratório de Saúde Pública, o que nos permite afiliá-lo à ‘escola de Oswaldo Cruz’. Contudo sua proximidade maior era com Carlos Chagas, de quem fora colega na Enfermaria de Benjamin Emiliano da Rocha Faria, na Santa Casa da Misericórdia, e com quem desenvolveu diversos trabalhos, entre eles a prevenção e terapia do câncer de pele e de útero, entre 1919 e 1923, e a epidemiologia da hanseníase, em 1933. A amizade entre ambos não era somente pautada pelo respeito profissional, mas também pelo mais puro companheirismo (Chagas Filho, ACCF/DAD/COC, cx. 98, p. 5; Rabello, 1986, p. 246).

Segundo Carlos Chagas Filho, a passagem de Eduardo Rabello por Manguinhos marcou profundamente sua vida profissional. Foi nos laboratórios do Instituto Oswaldo Cruz (IOC) que surgiu seu interesse pela dermatologia, em que “procurando o binômio agente patogênico/doença, dedica-se às dermatoses produzidas por cogumelos, o que o leva ao estudo da hanseníase, alargando seu interesse no campo da dermatologia, e

estendendo-o ao de sífilis” (Chagas Filho, ACCF/DAD/COC, cx. 98, p. 6). Outra influência que Eduardo Rabello teria recebido em sua passagem por Manguinhos foi a de Gaspar Vianna, que lhe mostrou a importância da abordagem científica às suas questões clínicas, bem como valorizou as pesquisas por ele realizadas.

Em 1906 Rabello fez concurso para professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e foi aprovado em primeiro lugar, juntamente com Fernando Terra, a quem coube a vaga. Quase dez anos depois, em 1915, foi nomeado professor honorário da Faculdade, cargo que ocupou até 1925, quando assumiu a cátedra de Dermatologia, conforme mencionado anteriormente. Em 30 de agosto de 1917 tomou posse como membro titular da Academia Nacional de Medicina.

Foi na Faculdade de Medicina que Eduardo se cercou de seus principais discípulos, Oscar da Silva Araújo, Gilberto e Henrique de Moura Costa, Armínio Fraga, entre outros. Os três primeiros também estiveram envolvidos no combate à sífilis e atuaram no Hospital Gaffrée & Guinle. Rabello conseguiu, posteriormente, a construção do Pavilhão São Miguel da Santa Casa da Misericórdia¹⁴⁵, que deu autonomia ao Serviço de Dermatologia da instituição e possibilitou novas pesquisas na área. Chagas Filho (ACCF/DAD/COC, cx. 98, p. 8) cita que, nesse Pavilhão,

“foi instalado um instituto de eletroradioterapia da Faculdade de Medicina onde se exerceu a atividade pioneira de Rabello no domínio da radioterapia em todos os seus campos e particularmente no tratamento dos tumores malignos da pele pelas radiações ionizantes. No Pavilhão São Miguel, verdadeira meca da dermatologia brasileira, sua ação se faz sentir e tornam-se notáveis os estudos que realiza pessoalmente ou com seus discípulos, sobre a tuberculose cutânea e sobre a lepra tuberculóide”.

Chefe da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas entre 1920 e 1927, Rabello também esteve à frente da proposta e implementação da legislação antivenérea. Na sessão em sua homenagem da Academia Nacional de Medicina, em 23 de maio 1941, foi assim resumida esta legislação: “Marcou época memorável na história do progresso, sendo preciso ainda muitos anos, para que, na Europa e alguns países a profilaxia, os que, libertados totalmente da coerção policial, recomenda e sugerem com exclusividade, a direção e o controle do médico e do educador.” (BANM, 1941, p. 53). O médico cercou-se, na Inspetoria, de seus discípulos Oscar da Silva Araújo e Joaquim Motta, que também atuaram na Fundação Gaffrée e Guinle.

¹⁴⁵ A obra foi realizada durante a provedoria de Miguel de Carvalho.

Para Chagas Filho a ligação de seu pai com Eduardo Rabello foi indissociável da política de combate e controle da lepra e das doenças venéreas, notadamente a sífilis. A proximidade entre ambos pode ser percebida não só nos trabalhos da Inspetoria de Lepra e das Doenças Venéreas, como também na criação do Centro Internacional de Leprologia¹⁴⁶.

Sérgio Carrara (1997), em outro trabalho, chama a atenção para o papel dos médicos sifilógrafos brasileiros no estudo da sífilis e na sua desmistificação como uma doença americana, ao revelarem seu caráter ‘imigrante’. Na década de 1920 foram os médicos Eduardo Rabello e Oscar da Silva Araújo¹⁴⁷ que catapultaram o estudo da sífilis no Brasil; na década de 1940 Henrique de Moura Costa destacou-se no mesmo campo.

O início do século XX presenciou uma tentativa de organização social para o combate à sífilis, como o demonstra o surgimento de ligas, sociedades e cruzadas com o objetivo de “(...) tratar os doentes através de dispensários, promover a educação antivenérea e pressionar os poderes públicos para que uma política global fosse empreendida.” (ibid., p. 211). Entre as que Sérgio Carrara (id.) põe em relevo, por terem deixado traços mais fortes, estão a Sociedade Brasileira de Profilaxia Sanitária e Moral (RJ) e a Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária (SP)¹⁴⁸.

A Sociedade Brasileira de Profilaxia Sanitária e Moral foi fundada em 22 de julho de 1901 por Bruno Chaves, outro discípulo de Silva Araújo. Entre seus membros constavam os médicos Pizarro Gabizzo, Chaves Faria, Werneck Machado, Bueno de Miranda, Mendes Tavares e Alfredo Porto. Funcionou até 1904, voltando a se reunir somente em 1907 e deixando de funcionar definitivamente em 1908.

Werneck Machado (BANM, 27 set. 1923, p. 533-4) acusa uma estreita ligação da Sociedade com o movimento europeu de combate à sífilis, mais especificamente à experiência belga, também citada por Chagas. E assim descreve a criação da entidade:

¹⁴⁶ Este Centro é objeto de análise no capítulo 6.

¹⁴⁷ Oscar da Silva Araújo nasceu no Rio de Janeiro a 16 de agosto de 1886 e faleceu na mesma cidade a 11 de fevereiro de 1942. Era filho de Antônio José Pereira da Silva Araújo, renomado dermatologista e um dos pioneiros da sifilografia no Brasil. Foi membro titular da Academia Nacional de Medicina, empossado a 21 de maio de 1942. Substituiu Eduardo Rabello à frente da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas a partir de 1927, na gestão Clementino Fraga na direção do DNSP (AANM).

¹⁴⁸ Esta Liga foi fundada em 1906 e teve como líder o médico Cláudio de Souza. Funcionou até 1909 e durante este tempo foi mantida por mensalidades dos sócios, subvenções dos tesouros municipal e estadual e doações particulares de membros Igreja católica, coronéis e, especialmente, o Conselho Superior das Damas da Caridade. Para a realização de suas ações mantinha um dispensário. Seu objetivo maior, que não logrou êxito, era a ‘reeducação’ de alcoólatras e prostitutas, abrigados em asilos construídos para tal fim (ibid., p. 214-5).

“Com o professor Pizarro Gabizzo, Dr. Bruno Chaves e outros companheiros igualmente entusiastas, havíamos fundado, de acordo com um convite da Conferencia Internacional para a Prophylaxia da Shyphilis e das Doenças Venéreas, de Bruxellas, uma Sociedade de Prophylaxia Sanitária e Moral, sob os mesmos moldes de congêneres existentes em outras capitaes, como Pariz, etc.”

A Sociedade Brasileira de Profilaxia Sanitária e Moral foi também responsável pelo primeiro projeto de construção de um hospital destinado ao tratamento e profilaxia da sífilis¹⁴⁹, sancionado pelo prefeito do Distrito Federal Leite Ribeiro em outubro de 1902, sem que jamais tenha se efetivado (ibid.).

Talvez a ação mais concreta contra a sífilis, na primeira década do século XX, tenha sido a abertura do Dispensário Contra a Sífilis ou Avaria, fundado em fins de 1909 pela Liga Brasileira Contra a Tuberculose e dirigido por Werneck Machado, que funcionou pelo menos até 1915 (ibid., p. 213).¹⁵⁰ O próprio estatuto da Liga previa o combate tanto da tuberculose quanto da sífilis e do alcoolismo, todas consideradas doenças degeneradoras da raça. Não é de estranhar que, com o fracasso da Sociedade Brasileira de Profilaxia Sanitária e Moral, Werneck Machado tenha proposto que esta se transformasse em uma seção especial da Liga. Não há referências nas fontes sobre a aprovação da proposta de Werneck Machado, mas a partir do final de 1909 começou a funcionar na Liga uma Seção de Profilaxia da Sífilis que tinha sob sua responsabilidade o Dispensário, e na década de 1920, por interferência de Eduardo Rabello, o Dispensário Viscondessa de Moraes, pertencente à Liga, foi cedido à Inspetoria da Lepra e das Doenças Venéreas por um período de um ano e transformado em ambulatório antivenéreo (Ribeiro, 1985, p. 54).

Na segunda década do século XX a luta antivenérea ganha uma maior organização, com a criação, em 1912, da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, que congregou os três grupos que militavam contra a sífilis no Rio de Janeiro. Eram eles o grupo da Faculdade de Medicina, reunindo Fernando Terra, Eduardo Rabello e Oscar da Silva Araújo; o grupo de Manguinhos, formado por

¹⁴⁹ O projeto foi apresentado ao Conselho Municipal por Pizarro Gabizzo, um de seus ideólogos e presidente da Sociedade, em parceria com o leprólogo Azevedo Lima (ibid., p. 533-534).

¹⁵⁰ Em 1919 Werneck Machado estaria novamente à frente de um outro dispensário, o recém-criado Dispensário Ubaldino do Amaral, mantido pelo fundo destinado pelo senador Ubaldino do Amaral Fontoura (ibid., p. 216-217).

Adolpho Lutz, Gaspar Vianna, Arêa Leão e Heráclides de Souza Araújo; e o grupo da Policlínica, integrado por Werneck Machado e seus auxiliares. De São Paulo faziam parte da Sociedade Antonio Carini e Adolpho Lindenberg, ambos ligados ao Instituto Bacteriológico. A Sociedade editou um periódico, os *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, que começou a ser publicado em 1925 e tinha como diretores científicos Fernando Terra, Adolpho Lutz e Werneck Machado (todos do Rio de Janeiro), A. Leitão (da Bahia), A. Lindeberg (de São Paulo), A. Aleixo (de Belo Horizonte), U. Nonahy (de Porto Alegre); seus editores eram Eduardo Rabello, Oscar da Silva Araújo e Gilberto de Moura Costa.

Outra ação importante no período foi a realização em 1918, na cidade do Rio de Janeiro, do 1º Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Sifilografia, que acabou por difundir enormemente a idéia do processo de sifilização em que se encontrava o povo brasileiro, a qual encontra-se subjacente às ações postas em prática pelos sifilógrafos do país na década seguinte (Carrara, 1997, p. 401).

No mesmo período realizou-se uma das poucas ações do governo federal em prol do combate à sífilis. Em 1918 foi inaugurado, em Curitiba, um Dispensário Anti-Sifilítico, “(...) primeiro serviço do gênero mantido exclusivamente pelos poderes públicos”. (ibid., p. 217). O responsável pela medida foi o médico Heráclides de Souza Araújo, na época chefe do Serviço de Profilaxia Rural no Paraná. A política antivenérea por ele defendida baseava-se no controle da prostituição, uma clara divergência à política implementada por Eduardo Rabello na Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas que lhe valeu inúmeras críticas (Carrara, 1996). Posteriormente Heráclides de Souza Araújo adotou o mesmo modelo de ação no Pará, ao assumir a chefia do Serviço de Profilaxia Rural daquele estado, entre 1920 e 1921. Sérgio Carrara (1996) observa, que pouco tempo antes da experiência de Souza Araújo, em 1914, o então diretor da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) Carlos Seidl pediu o engajamento do Estado na luta antivenérea, motivado pelas novas descobertas acerca da sífilis. A reivindicação, de certa forma, não encontrou eco no governo federal até a experiência isolada de Souza Araújo em Curitiba e em Belém e, de forma mais sistemática, da Reforma Carlos Chagas em 1920.

O início da década de 1920 pode ser considerado o divisor de águas no que tange à profilaxia da sífilis. A criação do DNSP e da Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, a cargo do sifilógrafo Eduardo Rabello, marcou o início de um processo de centralização da política de saúde e de ações mais dirigidas ao tratamento e

profilaxia da sífilis; ou, dito de outro modo, assinalou o início de uma nova postura política com relação à doença. Como frisei no capítulo anterior, a marca por excelência dessa Reforma Sanitária foi o combate às endemias rurais e o projeto de inserção do sertanejo à nação, defendidos pelos intelectuais reunidos em torno da Liga Pró-Saneamento. Apesar desta característica primordial, as ditas endemias urbanas também receberam atenção especial das autoridades, sobretudo em suas ações circunscritas à capital federal e voltadas ao combate à tuberculose, à lepra e às doenças venéreas.

Por outro lado, vale destacar o grupo formador da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, que, como foi dito anteriormente, tinha como líder Eduardo Rabello, circundado por seus discípulos mais próximos, Oscar da Silva Araújo e Joaquim Mota. Este grupo era estreitamente vinculado tanto à Faculdade de Medicina quanto ao diretor do DNSP Carlos Chagas. Apesar do mérito científico de sua equipe na Inspetoria, Carlos Chagas costumava creditar o sucesso das ações ao presidente Epiácio Pessoa, buscando, assim, acentuar o caráter nacional das medidas sanitárias que estavam sendo postas em prática naquele momento: “Aliás é de muita justiça proclamar que a clarividência daquele presidente e ao seu empenho em defender os privilégios nativos da raça, deve o Brasil a sua actual organização, ampla e moderna, da hygiene preventiva” (*O Jornal*, 20 jan. 1927, p. 3).

Fruto ou não da “clarividência” de Epiácio Pessoa percebida por Carlos Chagas¹⁵¹, o certo é que desde que o primeiro assumiu a Presidência da República as questões da saúde pública em geral e da sífilis em particular passaram a fazer parte da agenda de governo. A política de combate à sífilis — baseada principalmente na educação e propaganda higiênicas e no tratamento de doentes em dispensários e/ou hospitais especializados — não tardaria a dar resultados. Já no relatório apresentado em junho de 1920 pelo ministro da Justiça e Negócios Interiores Alfredo Pinto Viera de Mello era anunciada a participação dos irmãos Guinle na construção de um hospital destinado à profilaxia da sífilis no Rio de Janeiro (Brasil, 1920, p. XXVI). Na mensagem enviada ao Congresso no ano seguinte, em maio, o presidente Epiácio Pessoa fazia um balanço das ações realizadas em prol da profilaxia da sífilis, fundamentalmente centrada na construção de dispensários, e afirmava: “Outros se organizarão ainda, entre eles um hospital para 200 doentes, dádiva generosa feita ao Departamento Nacional da Saúde.” (Brasil, 1956, p. 276). Todas as mensagens presidenciais de Artur Bernardes,

¹⁵¹ Em discurso por ocasião da inauguração do Instituto Radium de Belo Horizonte, em setembro de 1922, Chagas fazia referência à ‘clarividência’ de Epiácio Pessoa. (Chagas, 1922, BVCC, 10 fev. 2003)

pronunciadas entre 1923 e 1926, mencionavam o hospital para tratamento da sífilis, “obra de benemerência de dous capitalistas, Candido Gaffrée e Eduardo Palassin Guinle” (Brasil, 1923, p. 39). Referiam também o “grande hospital” que se dedicaria à assistência aos doentes e à pesquisa científica e que não tinha paralelo no mundo (Brasil, 1925, p. 38). ‘Moderno’ e ‘grande’ eram os adjetivos preferidos para definir o Hospital Gaffrée & Guinle (imagem 4.1), então em processo de estudo.

De um modo geral, o texto das mensagens procurava reforçar a grandiosidade do projeto, o que não deixa de ser verdade se o compararmos à malha hospitalar existente no país e, em particular, na capital republicana. Outra informação a que as mensagens aludem é o desenvolvimento do projeto do hospital para venéreos. A Fundação Gaffrée e Guinle, mantenedora do hospital, é constituída em agosto de 1923, mas desde 1920, ou seja, três anos antes de sua criação, o projeto estava sendo anunciado, a demonstrar que os acordos entre o governo federal e Guilherme Guinle já estavam então em andamento e que a entrada da Fundação Gaffrée e Guinle nas negociações era mera formalidade jurídica. Reforça esta hipótese a afirmação de Carlos Chagas, no relatório do DNSP de 1922, de que dali a poucos meses o Serviço da Sífilis teria um maior desenvolvimento, com o início do funcionamento dos modernos dispensários construídos graças à benemerência dos herdeiros de Candido Gaffrée e Eduardo P. Guinle (Brasil, 1923, p. 201).

Corroborar a hipótese de que a Fundação Gaffrée e Guinle foi o meio encontrado para a realização de um projeto maior — a construção do Hospital Gaffrée & Guinle e dos ambulatórios antivenéreos —, o texto de uma publicação de 1922, comemorativa do centenário da Independência, sobre a assistência no Rio de Janeiro. Nela são apresentados os históricos de todas as instituições de assistência — públicas e privadas — existentes ou prestes a serem criadas na cidade do Rio de Janeiro. Na seção “Novas instituições de beneficência, pública e privada” consta um verbete dedicado à Fundação Gaffrée e Guinle, no qual se destacam a liderança de Guilherme Guinle junto a sua família e a doação do terreno adquirido na rua Mariz e Barros. Menciona também os futuros serviços do hospital e dos ambulatórios e o legado de Candido Gaffrée, e afirma que a parte técnica do projeto estava a cargo de Eduardo Rabello e Gilberto de Moura Costa. Traz ainda três imagens do complexo hospitalar: um desenho da fachada principal, um do pátio interno e uma fotografia de um dos ambulatórios. A instituição está catalogada como “estabelecimentos de assistência”, na seção referida acima (Assistência, 1922, p. 733).

Vale ainda destacar o uso habitual, na época, da denominação Fundação Gaffrée e Guinle para designar o Hospital Gaffrée & Guinle, o que parece ratificar que aquela não existiu para além deste: a Fundação Gaffrée e Guinle era, em última instância, seu hospital, seu Instituto de Pesquisa e seus ambulatórios.

Se por um lado os anos 1920 observam uma mudança na postura do governo federal para com as doenças venéreas, em particular a sífilis, o imaginário social a respeito desta doença continuava inalterado. Representações dela como degeneradora da raça estão presentes nos discursos da população em geral e de médicos, sobretudo aqueles ligados direta ou indiretamente ao movimento eugenista, uma das marcas desse período da história do Brasil.

O movimento eugênico organizado no Brasil surgiu em 1918, com a fundação da primeira Sociedade Eugênica no país, em São Paulo. Dela fizeram parte, entre outros, o senador Alfredo Ellis, os médicos Arnaldo Vieira de Carvalho, Vital Brazil, Artur Neiva, Luiz Pereira Barreto e Antonio Austregésilo (Stepan, 2004, p. 339-45). Com o tempo outros médicos foram se reunindo em torno dela, como Carlos Chagas, Belisário Penna, Juliano Moreira e Miguel Couto. A maioria dos médicos membros dessa Sociedade estavam envolvidos com o sanitarismo no Brasil e tinham em Belisário Penna, conforme mencionado anteriormente, o principal divulgador de suas idéias. A este respeito afirma Nancy Stepan (id., p. 348): “Estrutural e cientificamente a eugenia brasileira era congruente, em termos gerais, com as ciências do saneamento, e alguns simplesmente a interpretavam como um novo ‘ramo’ da higiene. Daí a insistência em que ‘sanear é eugenizar’.”

Não é difícil entender as ações desses médicos e a opção pelo combate à sífilis justamente quando eles se organizam em torno da Sociedade Eugênica. Stepan (id., p. 349 et seq.) chama a atenção ainda para a afinidade dos eugenistas brasileiros com as teorias biológicas francesas — ou teorias neo-lamarckianas, para me valer do conceito adequado —, que possibilitavam uma interpretação de cunho moral e científico para a questão da raça. A sífilis, particularmente, permitia uma dupla interpretação, pelos vieses das condições sociais e da moralidade.

Sérgio Carrara (1997, p. 405) vai ainda mais longe ao afirmar:

“Conjugadas à crença em sua extrema difusão [da sífilis] no Brasil, devido ao excesso sexual que singularizava os nacionais, suas supostas características hereditárias contribuíram significativamente para que a luta contra a degeneração no país se

realizasse principalmente através de intervenções sanitárias. Assim, ao invés de se eliminar ou esterilizar os biologicamente ‘inaptos’, como aconteceu em várias partes do mundo ocidental, buscou-se curar os males que os afligiam.”

No inquérito proposto por *O Jornal*, toda a problemática da sífilis, sobretudo seu caráter ‘degenerativo’, está presente. Ainda no editorial, provavelmente escrito pelo próprio Assis Chateaubriand, as questões do contagionismo e da degeneração da raça apareciam claramente: “Em face do problema da moléstia — aquilo que mais hoje preocupa os homens de pensamento é a eliminação das doenças, que pela sua natureza especial, não comprometem apenas o bem estar e a segurança do indivíduo, mas affectam o vigor da raça pelas suas repercussões nas gerações futuras.” (*O Jornal*, 20 jan. 1927, p. 1).

Outro a se manifestar em relação às doenças venéreas no mesmo inquérito era o médico Salles Guerra, para quem “o mal venéreo, sem tratamento, mutila, quando não mata a sua presa: transmite-se à collectividade e degenera a prole.” (ibid., p. 1). Seu texto não se restringia à sífilis — doença traiçoeira, que “fere na cabeça” —, mas abordava também o problema da gonorréia, considerada igualmente uma doença grave e cujo tratamento também seria objeto de atenção pela Fundação Gaffrée e Guinle.

Já Carlos Chagas reconhecia a sífilis como o “(...) factor preponderante no encurtamento da vida e na senilidade precoce” (ibid., p. 3). Lembrava o então diretor do Instituto de Manguinhos todo o desenvolvimento da terapêutica da doença a partir da experiência de Wasserman, que modificara as concepções até então vigentes na diagnose, e o remédio desenvolvido por Erilch, que solucionara o problema profilático.

Em geral as opiniões sobre a sífilis se assemelhavam, havendo muito pouca controvérsia tanto com relação a sua forma de contágio quanto à profilaxia. Daí observarmos, naquele momento, muito mais manifestações sobre a relevância da Fundação Gaffrée e Guinle do que sobre a doença propriamente dita.

Nesse ambiente favorável, tanto no âmbito governamental — com a criação do DNSP e do novo Regulamento Sanitário — quanto social — com a criação da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, a realização do Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Sifilografia e a organização do movimento eugênico no país —, foi criada a Fundação Gaffrée e Guinle, sem dúvida uma resposta às demandas e reivindicações dos movimentos eugênico e sanitarista, cujos representantes no

governo eram Carlos Chagas, diretor do DNSP, e Eduardo Rabello, chefe da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas.

4.2 A FUNDAÇÃO GAFFRÉE E GUINLE

A Fundação Gaffrée e Guinle foi criada em 20 de agosto de 1923 por iniciativa de Guilherme Guinle, com objetivo de perpetuar a memória de Eduardo Palassin Guinle e Candido Gaffrée, respectivamente pai e padrinho de Guilherme.

A família Guinle e até mesmo Carlos Chagas¹⁵² freqüentemente se reportam a um documento encontrado em meio ao arquivo de Cândido Gaffrée, em que este manifestava a vontade de legar uma determinada quantia de dinheiro para a construção de um hospital. Eduardo Rabello afirmou, em depoimento, que a idéia original de Guilherme Guinle era construir um local para tratamento da sífilis e do câncer, o que não teria sido aceito pelo governo federal, a quem cabia a palavra final. Não há como verificar esta informação, mas Eduardo Rabello discorria sobre dois pontos relevantes, de um lado reforçando o papel do DNSP e de Carlos Chagas como gestores do apoio de Guilherme Guinle à saúde pública, e de outro observando que a questão do combate ao câncer já se descortinava no meio médico carioca e que Guilherme pretendia construir um outro hospital (*O Jornal*, 20 jan. 1927, p. 2). De todo modo, o texto do acordo firmado entre a Fundação Gaffrée e Guinle e o governo era bem claro com relação a quem caberia a questão do câncer: “(...) sendo excluído o que tiver referência a

¹⁵² Carlos Chagas assim se refere a este episódio, em seu depoimento a *O Jornal* (id.): “O grande industrial Candido Gaffrée de venerada memória, deixára ao morrer, entre outros documentos, meia folha de papel escripta a lápis, na qual expressava o intuito de destinar 3 contos de sua fortuna á construcção de um hospital. // Era uma nobre intenção, mas o documento referido representava apenas um esboço de testamento, sem qualquer valor legal. Não ficavam presos a qualquer obrigação os herdeiros de Candido Gaffrée, e poderiam, se o quizessem, desattender á expressão vaga de um intuito, que se não traduziu em dispositivo testamentário posterior. // Entretanto Guilherme Guinle, ou melhor o espírito progressista e o coração magnânimo desse nobre moço de outro modo resolveram e se orientaram. A vontade de Candido Gaffrée não seria apenas attendida, mas ampliada num grande gesto de benemerência e de civismo.”

moléstias cancerosas e que constava do primeiro plano, visto já se achar a cargo da ‘Fundação Oswaldo Cruz’.”¹⁵³ (FGG, 1924, p. 8).

Eduardo Rabello credita a Guilherme Guinle a idéia do combate a essas duas doenças, chegando mesmo a asseverar que teria sido procurado pelo industrial, por volta de 1921, para uma conversa sobre as possibilidades de atuação. Sobre este episódio, Carlos Chagas (*O Jornal*, 20 jan. 1927) observa que a única preocupação de Guilherme era “(...) aplicar seus recursos e actividade em assumpto que podesse ser considerado na totalidade de seus aspectos, e em seu conjunto resolvido”, a que Rabello (id., p. 2) teria respondido que acreditava ser possível criar um hospital para as duas ‘moléstias’ com o montante disponível:

“Desejava [Guilherme Guinle] ouvir-me sobre o seguinte: qual o problema de hygiene que poderia ficar em caminho de solução se não solucionado, com os recursos que dispunha: tinha pensado entre outros no problema a syphilis e do câncer e sobre este caso particular é que desejava a minha opinião. Respondi-lhe que poderia atacar os dois (...).”

Esta passagem reforça a idéia de uma íntima relação da ação filantrópica de Guilherme Guinle com um determinado projeto de saúde pública, representado neste caso pela Inspetoria de Profilaxia da Leprea e das Doenças Venéreas, chefiada por Rabello. Deve-se lembrar que Eduardo Rabello foi pioneiro no uso de radiações também no tratamento de tumores cutâneos, e seu interesse sobre o câncer acabou levando para a alçada da Inspetoria que dirigia o combate à doença. Igualmente certo é o fato de Guilherme Guinle ter sido muito amigo de Carlos Chagas, cuja casa freqüentava, que também recebia assiduamente Eduardo Rabello, por serem estes últimos muito próximos. A proposta do combate ao câncer e à sífilis por meio da construção de hospitais especializados nestas doenças — sem contar o Centro de Leprologia, financiado por Guilherme também objeto de interesse de Rabello e campo de atuação da sua Inspetoria — pode ter surgido em conversas entre o industrial e os dois médicos, estes preocupados em viabilizar seus projetos e a Reforma da Saúde Pública em geral proposta por Chagas.

¹⁵³ A Fundação Oswaldo Cruz fora criada um ano antes, em 1922, e tinha Guilherme Guinle como seu vice-presidente e Carlos Chagas como um de seus membros. Como a negociação de Guilherme com o governo federal já estava em andamento desde 1920, a criação desta segunda instituição possibilitou a realização dos planos originais de Guilherme Guinle, dividindo-se as atribuições sobre uma e outra doença (ver capítulo 6).

O “grande entusiasmo científico” que existia à época em torno da sífilis é apontado por alguns como fator preponderante na decisão, por parte de Guilherme Guinle, pela construção de um hospital a ela destinado (RSH, 1939, p. 7), sobretudo se considerarmos o ideário da sífilis, segundo o qual a doença, por seu caráter hereditário, poderia degenerar as futuras gerações do país. Para um nacionalista como Guilherme Guinle a oportunidade de colaborar para o futuro da nação justificaria seu investimento no projeto de Carlos Chagas e Eduardo Rabello, sem contar o respeito profissional que o industrial tinha por Chagas.

Sob a perspectiva governamental os convênios com a iniciativa privada não eram vantajosos apenas por permitirem realizar mais rapidamente grandes obras, constituindo, nas palavras de Monteiro Lobato, a solução dos problemas da América Latina (*O Jornal*, 20 jan. 1927, p. 5). Os benefícios estariam também assegurados por meio do controle do governo federal, exercido pelo DNSP. Era esta a visão que o presidente Arthur Bernardes deixava transparecer em sua mensagem enviada ao Congresso Nacional em 1926:

“O Governo insiste na conveniência de associar, sob normas acertadas, aos trabalhos de medicina social e de assistência pública, a actividade de instituições privadas, que lucrando da auctoridade do Estado, a este offereçam o contingente valioso de actividades abnegadas, quando não de recursos financeiros que alliviem os encargos do Thesouro.” (Brasil, 1926, p. 121)

Segundo a escritura da Fundação Gaffrée e Guinle, caberia à família Guinle a aquisição de terrenos e construção de um hospital para sífilis e doenças venéreas e de ambulatórios para diagnóstico e profilaxia da sífilis. Todo este patrimônio deveria ser repassado, posteriormente, para a instituição. O aparelhamento e a manutenção do hospital, assim como a instalação dos ambulatórios correriam às custas do governo federal.

O hospital recebeu a designação de Hospital Gaffrée & Guinle, que jamais poderia ser mudada. Ficou acordado em 12 o número de ambulatórios a serem construídos pela Fundação, entre os quais quatro ficariam subordinados às seguintes instituições de saúde: Santa Casa da Misericórdia; Instituto de Proteção à Infância; Maternidade de Laranjeiras; e Hospital Nossa Senhora das Dores. Um quinto ambulatório foi instalado nas dependências da Casa da Moeda. No entanto a Fundação

Gaffrée e Guinle extrapolaria o número de ambulatórios estabelecido no acordo. Em 1928 o arquiteto Porto d'Ave (1928a, p. 8) anunciava a existência de 15 ambulatórios em funcionamento mantidos pela instituição, e que no ano seguinte, com a inauguração do Hospital Gaffrée & Guinle, ali começaria a operar o 16°.

Quanto ao custeio da Fundação e de suas instalações ficou definido que o hospital e os ambulatórios seriam custeados por verba do governo federal, repassada pelo DNSP¹⁵⁴, além de doações, legados e taxas cobradas por serviços (a gratuidade destes seria destinada somente aos pobres). Com relação à sua administração, a Fundação teria um Conselho Administrativo formado pelo diretor do DNSP (Carlos Chagas, à época), por um especialista da Faculdade de Medicina (Eduardo Rabello) e por um representante da família Guinle (Guilherme Guinle). Haveria também um Conselho Consultivo formado por 17 membros, escolhidos entre pessoas de destaque na sociedade, entre eles Ataulpho Napolis de Paiva, Clementino Fraga, Felix Pacheco, Fernando Terra, Fernandes Figueira, Gabriel Ozório de Almeida, José Xavier Carvalho de Mendonça, Linneo de Paula Machado, Miguel Couto, Paulo de Frontin e Werneck Machado.¹⁵⁵

A composição do Conselho Administrativo da Fundação Gaffrée e Guinle à época de sua regulamentação reafirmava a proximidade desta com a direção da saúde pública e com a Inspeção que deveria dirigir seus trabalhos. Eduardo Rabello está presente como representante da Faculdade de Medicina, mas deve-se atentar que este médico foi o responsável pela legislação antivenérea implantada naquele momento, que era o chefe da Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas e que dois de seus discípulos também estariam diretamente ligados a este projeto: Oscar da Silva Araújo e Joaquim Mota — este último tendo alcançado o cargo de diretor do Hospital Gaffrée & Guinle na década de 1940.

Menos de um mês depois do primeiro acordo entre o governo federal e a Fundação, um segundo era firmado, pelo qual o governo, além de considerá-la “relevante prestadora de serviços”, ratificava o custeio do hospital e ambulatórios seria

¹⁵⁴ A Fundação Gaffrée e Guinle contava com verba votada pelo Congresso e destinada especialmente à sua manutenção. Na mensagem enviada ao Congresso Nacional em 1930, o presidente Washington Luis afirmava: “(...) Foi majorada a subvenção annual concedida a Fundação Gaffrée e Guinle, o que permitiu a mesma ampliar e melhorar os seus bons serviços. Esta já em funcionamento o dispensário modelo, installado no hospital da Rua Maris e Barros, dispensário esse que é incontestavelmente o mais completo e melhor aparelhado de quantos existem no gênero.” (Brasil, 1930, p. 64)

¹⁵⁵ A lista completa dos membros do primeiro Conselho Consultivo foi publicada pela revista *Sanatórios e Hospitais* em seu primeiro número, de agosto de 1939, e no folheto comemorativo das atividades da Fundação no período de 1923 a 1958 (RSH; AFMP).

feito por subvenção federal aprovada pelo Congresso Nacional, doações, donativos e legados, e que seus fins eram os expostos na sua escritura de criação: o tratamento, a profilaxia e a pesquisa sobre a sífilis e as doenças venéreas.

O capital inicial da Fundação foi formado com a verba destinada para tal fim por Cândido Gaffrée, com os recursos acrescentados pela família Guinle, representada por Guilherme Guinle, e com a doação de José Xavier de Mendonça, amigo dos dois homenageados, assessor jurídico das empresas Guinle e diretor da Companhia Docas de Santos. Costuma-se mencionar a colaboração de todos os irmãos Guinle — Arnaldo, Eduardo, Guilherme, Otávio, Carlos, Heloísa e Celina — na iniciativa, liderados por Guilherme, mas o conde de Affonso Celso, então reitor da Universidade do Brasil, em seu depoimento ao inquérito de *O Jornal* mencionava que a instituição fora criada pelo “(...) dr. Guilherme Guinle, como representante da família Guinle, de d. Celina Guinle de Paula Machado e de d. Heloísa Guinle Ribeiro”, o que nos permite questionar se houve participação de todos os irmãos ou se a iniciativa restringiu-se a Guilherme, suas irmãs e seus cunhados.

As realizações da Fundação não demoraram a aparecer. No primeiro relatório apresentado ao Conselho Consultivo em 1925, seis dos 12 ambulatórios¹⁵⁶ já constavam como prontos e em funcionamento: Engenho de Dentro (imagem 4.2), Paulo de Frontin, Andaraí (imagem 4.3), Pró-Matre, Hospício e Gávea. E as obras do hospital não tardariam a começar.

Conforme destaque na epígrafe deste capítulo, a Fundação Gaffrée e Guinle estava baseada em dois princípios: a ação filantrópica e a pesquisa científica. Para dar corpo à primeira ação construiu-se um hospital, inaugurado em 1929; e em atenção à segunda foi criado um Instituto de Pesquisa, cujas obras foram concluídas em 1927 permitindo, assim, o início dos seus trabalhos. Para divulgar ambas as vertentes de atuação foi lançado o periódico *Archivos da Fundação Gaffrée e Guinle*. Em seu primeiro volume, publicado em 1928, firmam-se suas linhas editoriais:

“Organizado com os trabalhos levados a efeito em seus diversos dispensários e laboratórios, antes (...) da inauguração daquelles grandes serviços, sera este volume o testemunho do esforço dos que labutam naquella grande obra philantropica e um como antecipação ao que ella, dentro de seus designos, poderá

¹⁵⁶ O projeto de um dos ambulatórios da Fundação Gaffrée e Guinle foi desenvolvido por Luis de Moraes, arquiteto responsável pelo conjunto arquitetônico do IOC e pelo prédio da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, na avenida Central (Benchimol, 1990).

produzir em prol da arte e da sciencia medicas em nosso paíz.”
(AFGG, 1928)

Os *Archivos* foram publicados ininterruptamente até 1931. Nos quatro anos seguintes apenas dois números foram editados, um relativo aos anos de 1932 e 1933 e outro, ao período de 1934 e 1935. A partir de então deixou de circular. A Comissão Técnica responsável por sua publicação era formada por Carlos Chagas, Eduardo Rabello e Gilberto de Moura Costa. Vale lembrar que Eduardo Rabello e Gilberto de Moura Costa eram também os editores dos *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, que começara a circular três anos antes, em 1925. Os *Archivos* publicaram trabalhos médicos como os do próprio Gilberto de Moura Costa e de Hélión Póvoa; a partir dos anos 1930 Álvaro Ozório de Almeida começou a publicar no periódico seus primeiros trabalhos sobre o tratamento do câncer e da lepra na cama hiperbárica.

Pode-se dizer que a Fundação Gaffrée e Guinle recebeu bastante apoio por parte dos governos que teve o país entre as décadas de 1920 e 1940. Em 12 de janeiro de 1924 assinou-se o decreto 2.927, que a isentava de todos os impostos e taxas municipais. Posteriormente o decreto 23.890, de 5 de julho de 1933, fazia-lhe novas concessões, referentes à isenção de taxa de importação de equipamentos sem similares no país. Em 17 de janeiro de 1936 era a vez da lei 194, a determinar que a verba para custeio dos serviços da Fundação não poderia ser inferior a mil contos de réis. No ano seguinte, a 12 de maio, a lei 433 a isentava de impostos, taxas, cotas e emolumentos federais. Em 31 de janeiro de 1939 o decreto 3.664 dispunha sobre a subvenção concedida pelo governo federal à Fundação Gaffrée e Guinle para manutenção dos ambulatórios. E o decreto-lei 2.177, de 8 de maio de 1940, transferiu à Prefeitura do Distrito Federal o ônus da subvenção anual à Fundação Gaffrée e Guinle. Tais facilidades não devem, contudo, ser percebidas como abusivas, dado o controle governamental permanente sobre a Fundação, exercido pela Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas. Ao assumir esta repartição em 1927, Clementino Fraga (1928, p. 10) apresentava a seguinte avaliação sobre a Fundação Gaffrée e Guinle, baseado no relatório que recebera do inspetor-chefe Oscar da Silva Araújo:

“No que se refere a Fundação Gaffrée e Guinle, cujos serviços merecem todos os elogios, ha a assignalar a falta de um regulamento que estabeleça normas para as relações existentes entre essa instituição e a Inspetoria. Os estatutos e o acordo

firmado com o Governo precisam ser devidamente regulamentados, para que o Departamento, a quem incumbe a orientação técnica dos serviços anti-venéreos, possa exercer eficazmente a sua acção, sem diminuição da autoridade que lhe cabe na matéria. Não importa esta sugestão em qualquer crítica aos serviços da ‘Fundação’, que vêm sendo feitos com regularidade e eficiência; visa apenas prevenir qualquer dúvida futura e sobretudo estabelecer uma mais íntima colaboração. (Do relatório do Inspector.)”

O Hospital, cujo projeto era assinado pelo escritório Porto d’Ave & Haering, sob fiscalização e orientação dos médicos Eduardo Rabello e Gilberto de Moura Costa, foi inaugurado em 1º de novembro de 1929, sem que todas as enfermarias estivessem equipadas, visto que faltaram recursos governamentais. Seu primeiro diretor foi Gilberto de Moura Costa¹⁵⁷, que assumiu o posto em 1924.

O projeto do hospital, elaborado para internar 320 pessoas, contava com um prédio principal de quatro pavimentos — o quarto andar era destinado ao *solarium* —, onde localizavam-se os diversos serviços e um ambulatório. Nele funcionavam os Serviços de Pronto-Socorro, de Vias Urinárias, de Ginecologia, de Obstetrícia, os Serviços Auxiliares ao Ambulatório do Hospital (laboratório, fisioterapia e raios X), de Sífilis Visceral, de Otorrinolaringologia e Oftalmologia, as salas de cirurgia e o Serviço de Mulheres Contagiantes. No mesmo prédio estavam instaladas as Superintendências dos Serviços Administrativos, dos Serviços de Estatística e de Enfermagem, da Renda da instituição e dos Serviços Sanitários, bem como o anfiteatro, a rouparia, o salão de honra, a biblioteca e o museu. No *campus* foram projetados pavilhões especiais para abrigar o Instituto de Pesquisa, o Biotério, a capela consagrada à Nossa Senhora da Conceição do Brasil, a residência do diretor, as oficinas de conservação, o dormitório dos empregados e a lavanderia (imagens 4.4 a 4.7).

O Instituto de Pesquisa foi projetado com elementos em homenagem à moderna bacteriologia, a exemplo dos vitrais da escadaria principal, que representam os dois maiores nomes da área, Louis Pasteur e Robert Koch, ladeando Oswaldo Cruz — o que também ilustra o cuidado com que o projeto foi pensado e desenvolvido (imagem 4.8).

¹⁵⁷ Pode parecer estranha a indicação de um diretor para o hospital logo no início de sua construção, mas deve-se atentar que já havia ambulatórios em funcionamento pertencentes ao complexo hospitalar mantido pela Fundação Gaffrée e Guinle e que o diretor do hospital respondia também pelos assuntos administrativos. A Gilberto de Moura Costa sucederam José Thompson Mota (1938-1944), Joaquim Mota (1944-1946) e Henrique de Moura Costa (1946-1958).

Vale ressaltar que coube a José Gomes de Faria¹⁵⁸, pesquisador do IOC, a orientação técnica do projeto do Instituto. Outra aproximação com a ciência desenvolvida em Manguinhos pela escola de Oswaldo Cruz pode ser percebida nos detalhes a que se ateuve Gomes de Faria: laboratórios individuais, salas de anatomia patológica e também uma biblioteca própria, desvinculada da existente no Hospital.

Porto d’Ave dava um grande valor ao Instituto de Pesquisa, pois para ele seriam os trabalhos ali desenvolvidos que dariam projeção às atividades da Fundação Gaffrée e Guinle. Em conclusão ao seu artigo na revista *A Bandeira* sobre o Hospital Gaffrée & Guinle, o arquiteto (Porto d’Ave, op. cit., p. 14) afirmava: “(...) a grande obra que orgulha a todos os brasileiros e que está prestes a beneficiar, inicialmente o Brasil, e depois atravessando as suas fronteiras, toda a humanidade, pelos ensinamentos e descobertas que seguramente terão origem no seu Instituto de Pesquisas.”

Ainda na área do Hospital, mas funcionando independentemente, ficava o laboratório de Álvaro Ozório de Almeida, custeado unicamente por subvenção particular de Guilherme Guinle. Nesse local Álvaro Ozório desenvolvia suas pesquisas de fisiologia, sobre o câncer e a lepra, em contato constante com o Instituto de Manguinhos e o Instituto da Indústria e Pesquisa Animal.

A melhor descrição do complexo hospitalar da Fundação Gaffrée e Guinle foi dada por Eduardo Rabello em seu discurso à Academia Nacional de Medicina, em setembro de 1923, que apesar de longa permite perceber a dimensão dada ao projeto:

“Vou expor à Academia o plano deste instituto. A fundação propõe-se desde logo auxiliar o Governo na luta contra as doenças venéreas. (...) [Com] a fundação de um hospital e de ambulatórios modelos. (...)

O hospital não é somente um hospital, mas também um verdadeiro instituto, onde se estudarão e pesquisarão as doenças venéreas para o que se subdividirá em duas partes: uma, para o tratamento dos doentes, e outra, para as pesquisas.

Na parte das pesquisas haverá um verdadeiro instituto para o estudo da syphilis e das doenças venéreas. Nelle se estudarão não só os melhores processos de diagnostico dessas doenças, como os de tratamento. Além disso, se procurará tratar da fabricação de remédios. Será um instituto de therapeutica experimental das doenças venéreas.

¹⁵⁸ José Gomes de Faria foi também chefe do Serviço de Profilaxia Rural do Estado do Paraná e divergia de Heráclides Cezar de Souza Araújo no tocante ao controle da prostituição como política antivenérea, estando mais próximo da proposta defendida por Eduardo Rabello (Carrara, 1996, p. 217).

Conterá um serviço de gynecologia para attender aos casos de infecção gynecologica na mulher, e outro análogo de cirurgia para homens.

Além desses leitos, haverá mais cerca de 50 para prostitutas, que ficarão isoladas em um pequeno hospital a parte, completamente independente do resto do edificio, com logradouros próprios, jardins e mesmo quartos privativos para cada uma.

Para attender a questão da syphilis hereditária, será creada uma secção annexa à maternidade, para onde serão mandadas as gestantes que forem diagnosticadas como syphiliticas nos dispensários e não tiverem recursos para o tratamento. As crianças heredo syphiliticas, terão também uma creche annexa, onde permanecerão ate os dois três annos. Essa creche será a base de um futuro asylo para o tratamento dos heredo-syphiliticos.

Haverá ainda annexo um grande ambulatório, para todas as especialidades que tenham relação com as doenças venéreas, contendo consultórios para medicina, cirurgia, oto-rhino-laryngologia, dermatologia, dentista, tudo enfim quanto for preciso para attender as diversas complicações e localizações da syphilis. Para elle irão os doentes que em outros dispensários tiverem necessidade de tratamento especial.

Além disso, attendendo a parte scientifica, será organizado um museu em uma das dependências do edificio; completar-se-á com uma biblioteca e sala de conferências.

Como se vê, e como eu disse, não é uma simples fundação de hospital, mas de uma grande instituição, que, uma vez levada a effeito, não terá par no mundo inteiro e collocara a prophylaxia das doenças venéreas no Ro de Janeiro numa situação impar.” (Rabello, BANM, 27 set. 1923, p. 537-8)

Compreende-se o entusiasmo de Rabello ao ler-se a descrição feita do Hospital pelo próprio arquiteto responsável. Além do aspecto espacial, Porto d’Ave (op. cit.) chamava a atenção para as transformações que o projeto do Hospital sofrera em virtude da abertura de uma rua projetada nos fundos do terreno — a avenida dos Trapicheiros, atual rua Silva Ramos —, que o obrigou a criar uma fachada posterior, composta pela capela, a entrada principal do Instituto de Pesquisa e a casa do diretor-geral do Hospital. No artigo, Porto d’Ave também descreve as diversas seções e serviços do Hospital Gaffrée & Guinle.

Ao discorrer sobre a parte destinada às prostitutas, Porto d’Ave confirmava a política levada a cabo pela Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, em que se optou pela não-regulamentação da prostituição, conforme indico no capítulo 3. No trecho a seguir do artigo, Porto d’Ave (op. cit., p. 9) ressaltava todas as incertezas existentes sobre a melhor política a ser posta em prática no controle da sífilis, além de marcar o papel do Hospital no combate ao mal venéreo:

“Sendo impossível dentro da nossa constituição impor a obrigatoriedade do exame das meretrizes, como acontece em quase todos os países europeus embora com resultados discutíveis, cogitou-se no plano deste hospital, de reservar-lhes acomodações especiais, dotadas de todo o conforto, de modo a atraí-las voluntariamente ao tratamento das doenças de que são as principais disseminadoras. Além das enfermarias para as indigentes, localizadas no andar térreo, para aquelas que desejarem maior conforto e possam pagá-lo, existem no 1o. andar, na parte posterior, 28 quartos reservados de um leito, e 4 apartamentos de luxo, aonde poderão ser tratadas com toda a reserva e conforto. As instalações destinadas a esta classe de doentes, embora no mesmo corpo do edifício principal são inteiramente isoladas, com entrada e jardim próprios, atendendo assim aos preconceitos sociais e constituindo por assim dizer um hospital independente.”

O projeto do Hospital Gaffrée & Guinle estava inserido, em termos gerais, na tradição hospitalar moderna, com forte influência norte-americana mas ainda apresentando uma certa referência ao padrão arquitetônico europeu, o pavilhonar. Encontrava-se, assim, arquitetônica e funcionalmente a meio caminho entre a estrutura pavilhonar — que dominou a arquitetura hospitalar ao longo do século XIX e cuja principal característica era a preocupação com o contagionismo, revelado na separação dos serviços e na aeração dos pavilhões — e a arquitetura em monobloco — que começou a preponderar a partir do entre-guerras.

Vicente Licínio Cardoso, em tese intitulada “Higiene dos edifícios e saneamento das cidades”, apresentada em 1927 no concurso para professor catedrático da disciplina Arquitetura Civil¹⁵⁹, na Escola Politécnica (Santos, [s.d], p. 6), punha em relevo as diferenças básicas entre as arquiteturas americana e europeia, esta baseada em pavilhões e aquela predominantemente em blocos. Cardoso entendia que as principais inovações incorporadas aos hospitais surgiram na Europa durante o século XIX — como a iluminação, aquecimento, água, gás, esgoto, aeração etc. — e, ao serem ‘importadas’ pelos americanos acabaram sendo adaptadas e transformadas. Mas a diferença primordial entre ambas as concepções, para o autor, encontrava-se na interpretação e no uso dos preceitos da bacteriologia. Ele se baseava nos estudos de bacteriologia do médico americano Charles Chapin, publicados no livro *The Sources and Modes of Infections*, de 1916, em que a questão do contágio era a tônica. Segundo Chapin, no que Vicente Licínio Cardoso concorda, o controle do contágio estaria diretamente

¹⁵⁹ Posteriormente denominada Arquitetura e Construção Civil. Vicente Licínio Cardoso foi o último professor desta disciplina (Santos, [s.d.]).

relacionado à assepsia do ambiente e ao bom funcionamento da enfermagem, o que permitiria a convivência de diversos serviços em um mesmo prédio (Cardoso, 1927, p. 104-8). Assim, para Vicente Licínio Cardoso (id., p. 146),

“O hospital europeu traduz o temor do homem em face das theorias rigorosas dictadas pela bacteriologia, enquanto o typo norte-americano exprime, ao contrário, o destemor hodierno consequente as conclusões epidemilógicas e bacteriológicas modernas que abriram horizontes novos, não só a hygiene em sua phase prophylatica, como a medicina na sua acção de assistência hospitalar.”

Segundo a concepção norte-americana, um hospital geral moderno deveria ter enfermarias com pequeno número de leitos (de 10 a 20), quartos anexos para duas pessoas no máximo (e somente em casos especiais), quartos individuais (se houvesse pagantes) e anexos às enfermarias suficientemente amplos e bem distribuídos para o bom funcionamento da enfermagem. As clínicas seriam independentes e subdivididas: em geral, cirurgia, oftalmologia, otorrinolaringologia, obstetrícia e ginecologia, pediatria (médico-cirúrgica e ortopédica), dermatologia e sifilografia e moléstias infecciosas. Conforme as dimensões do hospital, poderia haver ainda clínicas de urologia, neurologia e psiquiatria, cancerosa etc. A seção de admissão dos doentes (triagem e diagnóstico) deveria ser bem atuante, e se o hospital recebesse muitos doentes seriam necessários um dispensário e um ambulatório. Era imprescindível a existência de um instituto de pesquisa para exames bacteriológicos, anátomo-patológicos etc. Igualmente fundamentais seriam as instalações de fisioterapia e anexos como serviço de alimentação, lavanderia e casa de máquinas, clínicas pediátricas — que seriam vetadas a casos declarados de doenças infecciosas — e maternidade, que deveria receber um tratamento especial e encontrar-se afastada das outras clínicas (ibid., p. 161).

Por outro lado, um hospital para doenças contagiosas deveria seguir requisitos especiais, assim resumidos nas palavras do professor (ibid., p. 163): “As enfermarias não devem ter mais de 12 leitos, devendo ficar metade do número de doentes em quartos de 1 e 2 leitos. Os pavilhões serão de dois ou três andares. Havendo elevador (3 pavimentos) — o uso para visitantes deve ser diferente do empregado para doentes e pessoal do hospital.”

A análise das plantas do Hospital Gaffrée & Guinle revela como tais preceitos foram seguidos à risca pelo arquiteto e construtor Porto d’Ave (imagens 4.9, 4.10, 4.11).

Porto d’Ave descrevia seu projeto como “moderno” e com forte influência da arquitetura norte-americana, conforme atestava a sua característica principal, a de ser um ‘hospital urbano’, em que portanto a questão do afastamento dos nosocômios em relação aos centros populosos estaria superada. Para o arquiteto estes eram “preconceitos superados”. Vale lembrar que tal ‘urbanidade’ só pôde ser considerada com as novas teorias de transmissibilidade, em que solucionaram-se o contágio e a infecção nos hospitais com procedimentos de assepsia, higiene e funcionamento eficaz da enfermagem.

Outros pontos característicos de um hospital moderno, para Porto d’Ave (op. cit., p. 8), são sua função eminentemente sócio-educativa, sua localização de fácil acesso e sua aparência alegre e atraente. Certamente o Hospital Gaffrée & Guinle adequava-se àquela teoria moderna: contemplava uma função sócio-educativa, como Vicente Licínio Cardoso ressaltara, centrada em seu Instituto de Pesquisa; era de fácil acesso, melhorado ainda mais pela abertura da avenida dos Trapicheiros; e possuía ambiente “alegre e atraente”, favorecido por um pátio interno arborizado e com arcadas e pelo seu estilo colonial. Outras características do projeto reforçavam sua ‘modernidade’, como a separação das alas feminina e masculina e a existência de elevadores, dois para cada uma das alas.¹⁶⁰ Enfim, para seu arquiteto, o Hospital Gaffrée & Guinle observava a nova doutrina arquitetônica e bacteriológica.

A opção pelo estilo colonial, como Porto d’Ave mesmo explica, pode ser traduzida como uma atitude ou uma visão de mundo desse grupo formado pelo arquiteto e pelos médicos envolvidos no projeto do Hospital, em que os traços nacionais eram valorizados:

“(…) sua architectura obedece as linhas fortes, sóbrias e perfeitamente definidas do estylo colonial, cuja origem foi trazida através dos tempos, pela tradição dos velhos e grandiosos monumentos erigidos pelos primeiros artistas que aportaram as plagas brasileiras.” (ibid., p. 8).

Portanto a valorização do estilo brasileiro que esteve presente no controle da sífilis — a salvação da raça e das gerações futuras —, na Liga Pró-Saneamento e nos ideais do Clube dos Bandeirantes — entidade da qual Porto d’Ave foi presidente e que teve Belisário Penna como signatário —, manifestou-se também no estilo arquitetônico

¹⁶⁰ O Hospital contava, na verdade, com seis elevadores: dois em cada uma das alas e mais dois no corredor de ligação entre elas, de forma a permitir o uso de distintos elevadores para pacientes, visitantes e médicos.

colonial adotado na fachada dos prédios do Hospital Gaffrée & Guinle (ainda que os estudiosos do estilo neo-colonial não consigam entender a presença ali de elementos arquitetônicos hispânicos).

O complexo para o combate à sífilis — o Hospital, o Instituto de Pesquisa e os Ambulatórios — foi bem recebido de um modo geral, tanto na imprensa médica quanto na cotidiana. Werneck Machado, na sessão da Academia Nacional de Medicina de 27 de setembro de 1923, discursou sobre a importância da criação da Fundação Gaffrée e Guinle. Referiu-se à sua própria experiência na Sociedade Brasileira de Profilaxia Moral, à já mencionada proposta de Pizarro Gabizzo e solicitou um voto de louvor a Guilherme Guinle pelo patrocínio do empreendimento — e foi este discurso de Werneck Machado que ensejou a resposta Eduardo Rabello, citada anteriormente. Na mesma sessão Nascimento Gurgel, então presidente da Academia, afirmava que a criação da Fundação era “notícia altamente significativa”.

Os periódicos médicos *Arquivos Brasileiros de Medicina e Brazil Médico* e os jornais *Correio da Manhã*, *O Jornal* e *Jornal do Commercio* publicaram, também em setembro de 1923, a íntegra dos termos constitutivos da Fundação Gaffrée e Guinle. A grande divulgação desses termos pela imprensa especializada e geral mostra, por um lado, o valor atribuído à ação de Guilherme Guinle e, por outro, a importância que o controle da sífilis tinha para a sociedade. Pode-se mesmo comparar a relevância dada à Fundação Gaffrée e Guinle na imprensa cotidiana da época a que recebeu a Liga Brasileira Contra a Tuberculose, outra presença constante nos jornais.

Também os *Annaes Brasileiros de Dermatologia e Syphilografia* publicaram em seu primeiro número, de janeiro de 1925, um artigo sobre a Fundação Gaffrée e Guinle. Para seus editores aquela edição não poderia deixar de fazer referência à instituição. O texto alude aos ambulatórios da Fundação e do seu projeto de se tornar uma

“(…) vasta e perfeita organização de prophylaxia venérea (...) [e que o] grande hospital, já em construção, que obedece ao typo dos mais adeantados das grandes organizações hospitalares americanas, será dotado de todos os requisitos modernos que lhe permitirão, não só prestar aos doentes uma assistência efficaz, como servir aos interesses da sciencia médica.” (ABDS, 1925, p. 90).

Vale mencionar que os editores dos *Annaes* estavam envolvidos com esse projeto: Eduardo Rabello era do Conselho Administrativo da Fundação, Gilberto de Moura

Costa era o diretor do Hospital Gaffrée & Guinle, além de Oscar da Silva Araújo, também ligado ao projeto.

A imprensa médica de grande circulação também publicava, anualmente, a movimentação dos ambulatórios da Fundação, uma forma divulgar junto à comunidade médica os bons resultados colhidos pela instituição e a sua boa aceitação por parte da sociedade.

Um depoimento importante é o de Oscar Silva Araújo, que substituiu Eduardo Rabello à frente da Inspetoria da Lepra e das Doenças Venéreas. Ao assumir o posto em 1927, publicou nos *Arquivos de Hygiene* um balanço das ações da Inspetoria acerca da profilaxia das doenças que eram objetos de trabalho de sua Inspetoria. No texto a Fundação Gaffrée e Guinle era considerada uma instituição que cooperava com os trabalhos da Inspetoria. Ainda segundo Araújo, após a conclusão das obras, a Fundação se tornaria “(...) uma vasta e perfeita organização de prophylaxia venérea” (Araújo, 1927, p. 216).

Conforme mencionado anteriormente, no inquérito proposto por Assis Chateaubriand o que mais se destacava era o gesto de Guilherme Guinle e a possibilidade de regeneração da raça, obtida por meio do controle da sífilis. As opiniões eram diversas: Carlos Dias, delegado das Associações Operárias Brasileiras na Conferência Mundial do Trabalho em Genebra, afirmava que o valor da Fundação não residia apenas em sua parte mais visível, o controle da sífilis, mas também nas condições que criava para a formação de uma elite médica especializada no assunto (*O Jornal*, 20 jan. 1927, p. 1). Já o senador Bueno de Paiva, integrante do Conselho da Fundação Oswaldo Cruz e, portanto, ligado às ações de Guilherme Guinle, defendia que a especificidade da Fundação Gaffrée e Guinle era seu amplo alcance, por se encontrar em diversos bairros, e o seu conseqüente atendimento a um maior número de pessoas (ibid., p. 2).

O depoimento do médico Clementino Fraga (ibid., p. 2), então diretor do DNSP, seguia na mesma direção, acrescido de uma preocupação com a contaminação da “prole”:

“É, sem dúvida, auspiciosa a obra médico-social da Fundação Gaffrée-Guinle. Contam-se por dezenas de milhares os contagiantes subtraídos á fatalidade da diffusão da doença venérea pelos serviços pontuaes dos dispensários distribuídos pela cidade. A tutela da saúde individual se faz no alto sentido do bem da

comunhão, porque estanca no syphilitico a fonte do contágio, impedindo a propagação do mal e acautelando a prole na relatividade da offensiva therapeutica.”

O escritor Tobias Monteiro preferia centrar seu discurso na importância do controle sobre um dos males que destruíam o país, a sífilis.¹⁶¹ Para ele o valor da Fundação estava em seu papel de denunciar, deter e exterminar a doença (ibid., p. 5).

Alfredo Bernardes, juiz do Tribunal Permanente de Arbitragem de Haia, frisava o caráter social do projeto ao franquear aos pobres o acesso a um tratamento de ponta (ibid., p. 3). R. Dupuy de L. Moreno, correspondente no Brasil do jornal portenho *La Prensa*, chamava a atenção para outro mérito da instituição, o de ter rompido as fronteiras nacionais. O jornalista afirma que seu primeiro contato com a Fundação Gaffrée e Guinle se dera ainda em Buenos Aires, através dos jornais locais (ibid., p. 4).

Não faltaram também ao inquérito abordagens da Fundação sob o ponto de vista econômico-social. A. Mostadeiro Filho, então presidente do Banco do Brasil, argumentava: “Não se trata só do aperfeiçoamento da raça, mas da valorização econômica do brasileiro, cujo rendimento útil de trabalho é ainda baixo, e isto em grande parte devido a moléstias que deprimem tanto a nossa gente.” (ibid., p. 2). E Azevedo Sodré, professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, declarava:

“Paiz novo, de grande extensão territorial, fadado a fecundas realizações nos terrenos econômico e social, o Brasil carece, antes de tudo, de fomentar o povoamento de seu vasto “hinterland” e das suas cidades por indivíduos fortes, sadios e isentos de contaminações nocivas ao futuro da raça.” (ibid., p. 2).

Gilberto de Moura Costa, diretor do Hospital Gaffrée & Guinle, também deu seu depoimento, todavia enfocando o exemplo de filantropia, o qual deveria ser imitado. Para tornar mais enfáticas as suas palavras, publicava as estatísticas dos serviços da Fundação Gaffrée e Guinle para o exercício de 1926: se as ações da instituição não falassem por elas mesmas, as estatísticas as desnudariam e reforçariam sua importância. Terminava afirmando: “A obra de cooperação social, representada pela Fundação Gaffrée-Guinle, há de consagrar essa iniciativa á gratidão de todos os bons brasileiros.” (ibid., p. 5).

¹⁶¹ Os três agentes destruidores da sociedade brasileira, para Tobias Monteiro, eram a sífilis, o cupim e a formiga. O primeiro destruía o homem, o segundo, a casa e o terceiro, a terra. Para os dois últimos, ele afirmava não haver estatísticas que dimensionassem o seu estrago.

Percebe-se portanto que o projeto da Fundação Gaffrée e Guinle teve uma grande repercussão. Porém uma análise mais aprofundada do seu significado foge aos objetivos deste trabalho, enfatizando-se aqui apenas a dimensão que sua criação teve no Brasil e talvez nos países do entorno.

No relatório da Inspetoria da Lepre e das Doenças Venéreas de 1927, Oscar da Silva Araújo fazia um balanço do trabalho da repartição nas doenças que lhe cabia assistir. Com relação à sífilis falava da construção e manutenção dos dispensários, frisando que aqueles destinados à população civil tiveram maior êxito do que os dedicados aos militares. Consagrava especial atenção ao Serviço Especial para Prostitutas, que segundo tivera ótimos resultados, “(...) muito superiores aos obtidos em certas cidades onde a prostituição é regulamentada” (Araújo, op. cit., p. 210), devido sobretudo à propaganda — conferências para o público leigo e especializado e exposições de educação sanitária (ibid.).

Os bons resultados colhidos pelas campanhas de profilaxia da sífilis, bem como o sucesso de seu controle (v. ibid, p. 218-9) permitiram que, com o tempo, o Hospital Gaffrée & Guinle diversificasse seus serviços.¹⁶² Em 1946 um acordo entre a Fundação Gaffrée e Guinle e o DNSP fez com que uma parte do Hospital fosse arrendada ao Serviço Nacional do Câncer, tendo este acordo vigido por cerca de 11 anos (Bodstein, 1987, p. 46-7).

Com a morte de Guilherme Guinle em 1960, as relações do Hospital Gaffrée & Guinle com a família que o fundou e manteve não perdurariam. Em meados dos anos 1960 um acordo entre a Fundação Gaffrée e Guinle e o governo federal, tendo à frente Carlos Guinle, transferiu para a alçada federal o Hospital, que passou a ser o hospital universitário da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, hoje Universidade do Rio de Janeiro (UNIRIO), tendo seu nome alterado para Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.

4.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

¹⁶² Sérgio Carrara (1996) relativiza esta afirmação chamando a atenção para a dificuldade da população em seguir o tratamento até o fim, as divergências existentes entre os próprios sifilógrafos e os limites impostos pela sociedade, sobretudo as restrições da moral cristã. Contudo esta questão transcende os objetivos do argumento proposto, em que a Fundação Gaffrée e Guinle é observada como a realização da política antivenérea defendida pelo grupo de Eduardo Rabello.

Ao longo deste capítulo procurei mostrar que a criação da Fundação Gaffrée e Guinle, representada pelo Hospital Gaffrée & Guinle e seus ambulatórios antivenéreos, foi, antes de tudo, o projeto de um grupo de médicos ligados à Faculdade de Medicina e à Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas. Com isso não se desmerece a ação singular de Guilherme Guinle, mas apenas a insere em um contexto mais amplo. Por si só, ela representa exatamente o que uma parte dos que responderam ao inquérito de *O Jornal* afirmaram: uma atitude exemplar, sem precedentes no Brasil e que deveria ser seguida.

A própria questão da exemplaridade era relevante naquele período. Intelectuais como Monteiro Lobato pregavam a ação da iniciativa privada como a solução para a carência de recursos dos governos latino-americanos. Defendia-se que a iniciativa privada deveria substituir o Estado onde este não conseguia chegar — e quanto mais ações desta natureza, melhor para o país.

Mas ao analisar a criação da Fundação Gaffrée e Guinle no contexto histórico-institucional da saúde pública, sua feição exemplar perde relevo, pois evidenciam-se relações outras, como a cultura da elite brasileira da virada do século, a institucionalização de um determinado saber médico — representado pela legislação antivenérea desenvolvida e realizada pelo grupo liderado por Eduardo Rabello — e a política de saúde pública. A dimensão das ações da Fundação passa a ser dada não apenas pelo altruísmo do filantropo Guilherme Guinle, mas também pelo interesse dos médicos que o circundavam e que respondiam cientificamente por aquele projeto. Foi o encontro bem-sucedido da vontade de doar com o objeto da doação. E foi também o investimento em um determinado projeto de saúde pública e de valorização do homem brasileiro — a garantia do futuro da nação.

Ao analisar a virada do século no Brasil, ou nossa *Belle Epoque*, Nicolau Sevcenko (1998, p. 27) observa:

“No afã do esforço modernizador, as novas elites se empenhavam em reduzir a complexa realidade social brasileira, singularizada pelas mazelas herdadas do colonialismo e da escravidão, ao ajustamento em conformidade com padrões abstratos de gestão em conformidade com padrões abstratos de gestão social hauridos de modelos europeus ou norte-americanos. Fossem esses modelos da missão civilizatória das culturas da Europa do Norte, do urbanismo científico, da opinião pública

esclarecida e participativa ou da crença resignada na infabilidade do progresso.”

De certa forma a afirmação de Sevcenko resume o contexto a partir do qual está sendo pensada aqui a criação da Fundação Gaffrée e Guinle: uma missão a cargo da elite, a de minimizar as mazelas da sociedade (sendo neste caso irrelevante o modelo adotado, europeu ou norte-americano); uma espécie de missão civilizatória a inspirar o ambiente médico-científico, de resto característica do movimento sanitarista; um certo urbanismo científico, percebido no combate às endemias urbanas e, sobretudo, à sífilis, com seu caráter deformador da raça; e a existência de formadores de opinião a divulgarem novas idéias e concepções para o grande público, a exemplo do inquérito promovido por Assis Chateaubriand em *O Jornal*, em 1927. Ressalte-se ainda o extremo nacionalismo que então vicejava, traduzido, entre outras idéias, na inserção do sertanejo à dinâmica da vida republicana, na integração nacional e na redenção da raça pelo combate à sífilis.

A Fundação Gaffrée e Guinle foi, de uma certa forma, o encontro feliz entre o salão e o laboratório, e as distâncias entre um e outro não eram tão grandes, como atestam os ambientes comuns que representantes de ambos os grupos freqüentavam e as sociabilidades que ali se teciam.

CAPÍTULO 5

A FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ E A CANCEROLOGIA: DESENCONTROS E PERCALÇOS

"O problema do cancer, senhores, embora ainda envolvido em profundas trevas, impenetráveis ao genio medico universal, não poderia escapar por mais tempo á actividade dos clinicos e dos pesquisadores brasileiros. Delle não sabemos muito, nem mesmo tanto quanto nos autorize uma attitude definitiva no terreno da actividade profissional. De pouco nos valem as doutrinas etio-pathogenicas, nenhuma dellas ractificada pela analyse scientifica, apezar dos prodigiosos recursos da technica experimental moderna."
(Carlos Chagas, 1923)

Neste capítulo discuto a constituição da cancerologia no Rio de Janeiro, entendendo que a inserção deste campo médico na Reforma Sanitária de 1920 foi antes fruto da intervenção de certos médicos que a incluíram na esfera de atuação da Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, do que reflexo da coesão da classe médica ou da sociedade em torno do câncer. É com base nesta interpretação que reflito sobre a trajetória da Fundação Oswaldo Cruz e, sobretudo, os esforços para a criação de um hospital e um instituto dedicados ao tratamento, pesquisa e ensino da cancerologia, ambos patrocinados por Guilherme Guinle.

5.1 CANCEROLOGIA: A CONSTRUÇÃO DE UM CAMPO MÉDICO NO RIO DE JANEIRO

Carlos Chagas afirmava, em 1923, que o câncer estava envolvido “em profundas trevas”. Contudo ele não era uma doença desconhecida; ao contrário, há registros da doença desde a Antiguidade. Mas sem uma história social suficientemente elaborada, o que se conhece é sua história científica, a de seu conhecimento, sua terapêutica e seu diagnóstico. De fato, há autores que consideram como uma forte característica histórica do câncer a indiferença com que foi tratado ao longo do tempo pelas sociedades (Imault-Huart, 1991, p. 176). Porém, segundo Patrice Pinell (1992, p. 7), uma grande mudança de perspectiva ocorreu na virada do século XIX para o XX, quando a doença perdeu aos poucos sua feição aterrorizante até ganhar, já no século passado, uma dimensão social. Contribuíram para essa nova dimensão as estatísticas de óbitos por câncer, que revelaram uma situação de flagelo e levaram a considerá-lo quase como uma epidemia. A partir de então o câncer passou a ser objeto de pesquisa epidemiológica, em especial na Alemanha e nos países anglo-saxões.

Foi também naquele período que a idéia da doença como uma ameaça à sociedade ganhou forma. Por outro lado, ao se tornar uma ameaça o câncer começou a congregiar pessoas em torno de associações e ocasionou a abertura de centros de tratamento especializados na Europa, nos Estados Unidos e no Japão.¹⁶³ E foi sobretudo após a 1ª Guerra Mundial que começaram a surgir medidas visando o controle desse novo flagelo social, ao mesmo tempo que os demais — a tuberculose e a sífilis — retiravam-se consideravelmente do foco de atenção médica e social (ibid., p. 10-11). Nas palavras de Patrice Pinell (id., p. 11),

“Pendant ces années de l’entre-deux-guerres, une transition s’opère: la médiatisation du ‘péril cancéreux’ accompagne un processus de transformation qui affecte en profondeur le champ médical et, plus globalement, la place de la médecine dans le fonctionnement des sociétés occidentales.”

O autor observa que a luta que então se desencadeou contra o câncer não tinha equivalentes na história, pois pela primeira vez se elegeu como flagelo uma doença não-controlada pela ação da higiene, sendo a cirurgia e a radioterapia as únicas ações profiláticas sobre ela. A respeito da luta contra o câncer travada naquele período, o autor

¹⁶³ Os primeiros hospitais dedicados ao câncer são datados de 1900, o Deutsches Komitee für Krebsforschung, na Alemanha, e de 1902, o Imperial Cancer Research Fund, na Inglaterra. No Japão, em 1808 foi criada a Fundação Japonesa Para a Pesquisa Sobre o Câncer.

menciona dois aspectos principais: de um lado, a terapêutica do câncer adequava-se cada vez menos às práticas individualizantes da medicina de então; de outro, a necessidade do diagnóstico precoce forçava uma maior interação entre médico e paciente. A partir destes dois eixos, o controle do câncer viria alterar a estrutura hospitalar existente desde o início do século XIX (ibid., p. 11-2).

A virada do século XIX para o XX marcou um momento decisivo na história da terapêutica do câncer, no bojo do desenvolvimento da prática médica. A cirurgia, ou a simples extirpação do tumor, já era a terapia recorrente para a doença¹⁶⁴, mas as descobertas do médico escocês John Lister em 1867, relacionadas à importância da assepsia nas cirurgias, revolucionaram os métodos cirúrgicos e os tornaram bem mais seguros.

“La lutte contre les microbes réorganise toute la pratique chirurgicale, lui donne son rituel moderne ordonné autour du blanc, du propre, du stérile, masques et gants font leur apparition. Nombre d’interventions, jusque-là impensables ou abandonnées, deviennent possibles, entraînant du même coup d’autres innovations, comme la mise au point des sutures vasculaires (Alexis Carrel en 1902). La chirurgie des cancers s’en trouve bouleversée.” (ibid., p. 46)

Foi a partir dessa ‘revolução’ nas práticas cirúrgicas que se realizaram as primeiras grandes cirurgias de câncer, tendo à frente médicos americanos e germânicos. Em 1881 Theodor Billroth conseguia a primeira extirpação de câncer do estômago. Em 1898 Henry Hartmann apresentava, perante a Academia Francesa de Medicina, os primeiros casos de cura de câncer do pâncreas. Em 1890 William Stewart Halsted realizava, no hospital Johns Hopkins, em Baltimore (EUA), a primeira mastectomia radical, que se tornaria a grande referência no tratamento do câncer de mama. Em 1900 Ernest Werheim publicava, em Viena, sua técnica de histerectomia radical para o câncer de útero (ibid., p. 46 et seq). Imault-Huart (op. cit.) destaca que todas as investigações acerca do câncer durante o século XIX convergiam para uma única terapêutica, a cirurgia, na premissa de que a doença era local e somente a cirurgia era capaz de dar-lhe uma resposta eficaz.

¹⁶⁴ Segundo Patrice Pinell (id., p. 29), as primeiras décadas do século XIX foram profícuas nas cirurgias de câncer, a exemplo das realizadas por Claude Anthelme Récamier, que em 1829 fez a primeira histerioectomia radial em um caso de câncer de útero, ou as de Lisfranc, de câncer de reto (1826). Mas estes casos são imputados mais à *expertise* dos cirurgiões do que à técnica propriamente dita.

Com base em Imault-Huart (id., p. 181), pode-se fazer um breve resumo do processo de estudo e conhecimento do câncer ao longo da história. A autora chama a atenção para o período das Luzes, quando surgiram diversas teorias acerca da doença, baseadas em três eixos de investigação. O primeiro relacionava o câncer à atividade profissional, uma teoria do cirurgião inglês Percival Pott, que em 1775 estabeleceu um elo entre a atividade profissional e o cancro, citando como exemplo a relação entre o limpador de chaminé e o câncer de escroto, o que reforçava também a idéia de doença local. O segundo eixo, capitaneado pelo médico francês Xavier Bichat (1771-1802), apontava para a questão da lesão dos tecidos e afirmava ser o câncer uma doença única a afetar o mesmo tecido em diversos órgãos; esta teoria foi complementada por outro francês, Laënnec (1781-1826), que distinguiu os casos de câncer ‘típicos’ dos ‘atípicos’, mantendo o princípio da localidade da doença. O terceiro eixo de investigação introduziu a noção de metástase, teoria desenvolvida por Claude-Anthelme Recamier (1774-1852), que suscitou diversas questões sobre a formação, a constituição e a disseminação do câncer.

Todas essas vertentes de investigação aceitavam a localidade da doença e afirmavam ser a cirurgia a única terapêutica possível. *“Pourtant, même s’ils peuvent apparaître peu significatifs para rapport à la réalité, ces quelques succès sont suffisants pour accréditer l’idée que le cancer doit maintenant être considéré comme une maladie curable... dans certaines conditions.”* (Pinell, op. cit., p. 48). Tais condições, definidas empiricamente, seriam a localização do tumor no organismo, a sua extensão e a existência ou não de metástase. Partindo da premissa de que o câncer é uma doença curável e, a priori, local — generalizando-se apenas posteriormente — sua cura só ocorreria se tratada e descoberta a tempo.

Ao desenvolvimento tanto da técnica quanto da concepção da doença seria acrescentada uma segunda ‘revolução’ terapêutica, a mais definitiva para o câncer, proporcionada pelas descobertas dos raios X em 1895, da radioatividade em 1896 e do polônio e do rádio em 1898, cujos usos são rapidamente testados na medicina. Pouco tempo depois, por volta de 1904/1905, os médicos franceses Jean Bergonié e Louis Tribondeau descobriram as leis de classificação do uso dos raios X no tratamento do câncer (ibid., p. 48 et seq.; Imault-Huart, op. cit.). A partir de então, cirurgia e radioterapia passaram a ser consideradas as únicas terapias para a doença. A associação destas é traduzida por Marie-Joseph Imault-Huart (id.) como o encontro da biologia com a medicina e a física, na busca pelo controle do câncer. Nascia ali a idéia moderna

do câncer, e “(...) precisamente no momento em que devia assustar menos que ele invade o universo mental e social das sociedades ocidentais. Porque é melhor conhecido, melhor descrito, melhor diagnosticado, melhor tratado, vemo-lo proliferar por toda à parte.” (ibid., p. 183).

Com base no histórico da terapêutica do câncer, pode-se perceber que, no que tange aos estudos e discussões acerca da doença, as ações postas em prática pelos médicos brasileiros não se encontravam tão defasadas. A esse respeito, lembramos a experiência isolada de Álvaro Alvim, que já em 1907 instalava a primeira clínica radiológica no Rio de Janeiro. Talvez a maior diferença entre o cenário brasileiro e o europeu estivesse na organização da ação pelos próprios médicos, no seu poder de convencimento junto à sociedade e, sobretudo, no seu enfoque como política de governo.

A França, por exemplo, a despeito do horror que a doença causava à época, vê surgir desde a primeira metade do século XIX ações filantrópicas para o atendimento de cancerosos, como a Associação de Senhoras do Calvário, ou Obra do Calvário, formada somente por viúvas e criada em 1842 na região de Lyon e que contou desde o início com o apoio do bispo da região. Logo após a sua criação, montou uma casa para abrigar cerca de dez mulheres cancerosas, mantida graças a doações (Pinell, op. cit., p. 37-42). No mesmo país, já no início do século XX (1908), foi criada a Associação Francesa para o Estudo do Câncer (AFEC), que apesar de formada majoritariamente por médicos mobilizou grande parte da sociedade francesa. Em 1918 formou-se a Liga Francesa Contra o Câncer, neste caso uma iniciativa da sociedade que congregava também médicos:

“Au numéro 6 de l’avenue Marceau, en ce 14 mars 1918, les salons de Robert Le Bret ont pein à accueillir la foule des convives (...) La cenatiane d’invités qui se presse vient apposer sa signature à l’acte de naissance d’une nouvelle association. Un objectif est cause de leur mobilisation, un péril social jusque-là par trop négligé contre lequel ils ont décidé de lutter: le cancer. L’assemblée compte nombre de personnalités en vue, connues pour leur position et leur engagement philanthropiques. Le baron Henry de Rothschild, déjà impliqué dans l’Association pour l’étude du cancer, est présent, ainsi que le baron Edouard et deux autres régents de la Banque de France(...), plusieurs négociants et hommes d’affaires. (...) Roux est aussi là, avec Claudius Regaud (...). Côtés dames, elles sont nombreuses à s’activer, à l’imge de la vieille duchesse d’Uzès, dans l’organisation des soins aux blessés.” (ibid., p. 115)

Patrice Pinell (id., p. 121) assinala que a criação da Liga Francesa Contra o Câncer não pode ser analisada sem considerarmos o ambiente de guerra e a medicina de guerra de então, que impôs

“(…) une autre façon de faire la médecine et entraîne des réorganisations du système de santé. Elle brouille les frontières existant entre les groupes, modifie les relations entre les acteurs, tisse de nouvelles solidarités, bouscule les hiérarchies ‘civiles’ pour établir d’autres. Elle donne aussi à une génération de jeunes médecins universitaires et hospitaliers la possibilité d’exercer des responsabilités qui n’auraient pas été les mêmes en temps de paix.”

Aliás, esta será uma das principais características da luta contra o câncer na França, pois as ações dirigidas à doença continuariam tão organizadas como durante a guerra. Para Pinell (id., p. 131) a importância da Liga é bem maior do que a propaganda e a organização da ação social em torno do câncer; ela significa a aliança entre diversos grupos, ao mesmo tempo que lhes dá coesão.

No Brasil, conforme abordado no capítulo 3, a esfera governamental tomou para si a questão do câncer, assumindo-a como atribuição da Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920. Entretanto convém destacar que tal atuação restringia-se à capital federal, ao contrário das demais Inspeções, que apesar de circunscritas ao Rio de Janeiro eram balizadoras da atuação nos estados, com o câncer não se nota tal característica. Outro ponto que deve ser levado em consideração é a percepção dos médicos brasileiros sobre essa doença, como será abordado adiante.

No Brasil, por sua vez, os médicos engajados na luta contra o câncer no Brasil conseguiram despertar a sociedade, ainda que de forma incipiente, para a importância de suas proposições, como parecem demonstrar algumas iniciativas dessa natureza. Uma delas foi a inauguração do Instituto Radium de Belo Horizonte (1922), que contou com o apoio e a parceria do governo de Minas Gerais. Outra, a abertura do Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho (1921) em São Paulo, construído graças a uma subscrição pública, além do apoio de importantes famílias da elite paulista — Arnaldo Vieira de Carvalho fora provedor da Santa Casa da Misericórdia de São Paulo e tinha ao seu lado, na iniciativa, as famílias Penteadó e Portugal. Também pode ser mencionada a Fundação Oswaldo Cruz (1922), no Rio de Janeiro, que tinha entre seus membros diversas

personalidades da elite republicana, como os ministros do Supremo Federal Félix Pacheco e Pires e Albuquerque, os senadores Alfredo Ellis e Bueno de Paiva, além do próprio Guilherme Guinle e os médicos Carlos Chagas, Clementino Fraga e Miguel Couto, seus idealizadores. As duas primeiras experiências obtiveram êxito; a Fundação Oswaldo Cruz entretanto não logrou sucesso na realização de sua proposta. Quais teriam sido as falhas desse projeto? Falta de coesão ou de definição de suas ações? Qual era seu objetivo primeiro, homenagear Oswaldo Cruz ou a organizar um serviço contra o câncer?

As palavras de Carlos Chagas, proferidas por ocasião da inauguração do Instituto Radium em Belo Horizonte e que servem de epígrafe a este capítulo, traduzem as impressões da classe médica brasileira acerca do câncer, as incertezas que o envolviam —relacionadas ao seu conhecimento e desenvolvimento, bem como aos limites da atuação médica — e a incapacidade da medicina experimental em desvendá-lo os mistérios.

Mencionei anteriormente que nos anos 1920 foram criados no Brasil três institutos visando o tratamento do câncer. Retornemos a eles. Já no início da década, em 1921, o médico e professor Arnaldo Vieira de Carvalho lançava, em São Paulo, uma campanha de subscrição pública para a criação do Instituto Radium, destinado ao tratamento do câncer. Com sua morte, naquele mesmo ano, o projeto foi levado a cabo pelos médicos Oswaldo Portugal e Raphael Penteado, que rebatizaram o Instituto dando-lhe o nome de seu idealizador, inaugurando-o em 1929 (Guimarães, [s.d.]; Araújo, 1986). Em 1922 era inaugurado em Belo Horizonte o Instituto Radium, sob a direção de Borges da Costa. Também nessa década Mário Kroeff deu início a eletrocoagulações nas enfermarias da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (Bodstein, 1987), e Eduardo Rabello, nessa mesma instituição, começou a fazer experiências de eletro-radioterapia em seu Serviço de Dermatologia, do qual certamente Mario Kroeff fazia parte.

Essas experiências revelam, antes de tudo, o início da organização da luta contra o câncer como uma iniciativa médica. Em janeiro de 1922, em comunicação feita na Academia de Medicina, Eduardo Rabello relatou a primeira tentativa de engajar o poder público na questão. A ação partira dos médicos Juliano Moreira e Arthur Ramos, que por volta de 1907, após viagem de estudos à Europa, particularmente à Alemanha, tentaram em vão organizar um inquérito sobre o câncer no Brasil. Outros médicos também aderiram ao projeto, como José Mendonça, Fernando Magalhães, Oscar Clark,

Augusto Brandão, Carlos Werneck, Moncorvo Filho, além do próprio Eduardo Rabello. Em sua comunicação, acrescentava este que o divisor de águas na luta contra o câncer no Brasil tinha sido a inclusão da doença na agenda de serviços do DNSP, graças à intervenção direta de Carlos Chagas (Rabello, ABM, 1922, p. 14).

Os estudiosos do combate ao câncer no Brasil costumam apontar Álvaro Alvim como o introdutor, no país, dessa luta (Araújo, op. cit.; Bodstein, op. cit.), contudo a experiência desse médico teria sido isolada, uma espécie de exceção a confirmar a regra da inexistência de um combate organizado ao câncer no país. Ademais, por ter sido uma clínica de atendimento particular, ela tem um interesse menor para este trabalho, tendo em vista meu propósito de analisar as ações voltadas para a população carioca como um todo.

O certo é que o câncer não teve, no Brasil, ações de parceria entre a esfera governamental e a iniciativa privada, como a Liga Brasileira Contra a Tuberculose e aquelas destinadas à sífilis da Sociedade de Profilaxia Sanitária e Moral e da Liga Paulista de Profilaxia Sanitária e Moral. No que se refere ao câncer, as ações iniciais no Brasil devem ser computadas, portanto, a um grupo restrito de médicos que, na década de 1920, conseguiram deflagrar a abertura de instituições de ponta para o tratamento da doença.

Em 1919 foi criado o Instituto de Radiologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, sob a direção do dermatologista e sifilógrafo Fernando Terra¹⁶⁵ (Araújo, op. cit.). Os médicos do Rio de Janeiro envolvidos com a questão do câncer participavam de congressos internacionais como representantes oficiais do governo brasileiro, a exemplo do congresso de agosto de 1923 em Strazbourg, na França, em que o Brasil foi representado por Eduardo Rabello e Borges da Costa, este último o pioneiro na organização regular dos trabalhos sobre o câncer (Chagas, JC, ago. 1923).

A grande preocupação dos médicos brasileiros era com a pouca notificação de casos de câncer no país, que dificultava o conhecimento da real situação nosológica da população. Carlos Chagas salientava, em setembro de 1922, por ocasião da inauguração do Instituto Radium de Belo Horizonte, o desconhecimento sobre a doença e a falta de informações a respeito da incidência do câncer no Brasil (Chagas, 1922, BVCC, capturado em 10 fev. 2003). Poucos meses antes, em janeiro, Arthur Cavalcanti apresentara na Academia de Medicina uma memória intitulada “A luta contra o

¹⁶⁵ Uma característica importante dos médicos engajados na luta contra o câncer no Rio de Janeiro é a de eles terem sido, em sua maioria, renomados sifilógrafos.

câncer”¹⁶⁶, em que também criticava a carência de estatísticas sobre esta doença (Cavalcanti, ABM, 1922, p. 723-740). No mesmo ano, em setembro, no Congresso Nacional de Práticos realizado no Rio de Janeiro, Fernando Magalhães propôs a criação de vários Institutos do Câncer no país, visando a construção de hospitais para cancerosos, a notificação compulsória, o aperfeiçoamento profissional, entre outras medidas (Magalhães, BM, 07 out. 1922, p. 213). Em 1923 foi a vez de Eduardo Meirelles subir à tribuna da Academia Nacional de Medicina para fazer um balanço sobre o câncer, apresentar as estatísticas da incidência de óbitos pela doença em várias capitais do Brasil e comentar o plano que Charles Regaud¹⁶⁷ apresentara ao ministro da Higiene, Assistência Pública e Previdência Social na França, para o combate ao câncer naquele país. Concluía invocando a criação de Ligas, aos moldes das existentes na Inglaterra, nos Estados Unidos e na Argentina (BANM, 19 jul. 1923, p. 360-9). Meirelles talvez tenha sido um dos mais enfáticos defensores de medidas profiláticas contra o câncer, junto à Academia Nacional de Medicina.

A maior parte das propostas de ação contra o câncer era inspirada naquela apresentada por Jean Bergonié ao governo francês, que previa, entre outras medidas, a criação de uma rede de centros regionais especializados no tratamento do câncer; a organização, em âmbito nacional, de meios para o diagnóstico precoce; e a propaganda com fins educativos (Pinell, op. cit., p. 160-161). Vale lembrar que a França era, então, uma grande referência para a sociedade brasileira, que se inspirava em seus salões, em seu *savoir-faire* e nas suas artes. Também na medicina o Brasil ainda seguia modelos franceses, com forte influência da Academia Francesa de Medicina e das teorias da clínica médica. Sabemos que o período aqui abordado marcou-se pela transição da influência européia para a norte-americana nas práticas médicas, sobretudo a partir das ações da Fundação Rockefeller¹⁶⁸ no país, mas a presença e permanência da influência francesa na medicina brasileira de então não devem ser ignoradas, principalmente no que tange à questão do câncer.

Da leitura dos periódicos médicos (Brazil Médico, Archivos Brasileiros de Medicina, Boletim da Academia Nacional de Medicina, entre outros) apreende-se que, apesar do surgimento de instituições para o tratamento de cancerosos como o Instituto Radium de Belo Horizonte, o Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho em São Paulo e a

¹⁶⁶ O mesmo trabalho foi apresentado ao VI Congresso Médico Latino-Americano, em Havana, 1922.

¹⁶⁷ Eduardo Meirelles equivocou-se, pois o projeto fora apresentado àquele Ministério por Jean-Albain Bergonié, em 1922 (Pinell, op. cit., p. 160-1).

¹⁶⁸ Cf. capítulo 2.

Fundação Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro, havia pouco consenso por parte dos médicos com relação à etiologia da doença. Oscilando entre as idéias do contagionismo — o câncer era percebido por um grande número de médicos como uma doença contagiosa, daí recomendar-se o isolamento dos pacientes — e as do não-contagionismo, o debate em torno da doença estava longe de ser harmonioso. Patrice Pinell (1991), ao discorrer sobre a questão do câncer na França, afirma que lá a polêmica sobre o contágio não ocorreu, sendo, aliás, a não-confirmação deste uma das razões para que o tratamento do câncer fosse relegado às ações caritativas.

Arthur Cavalcanti, em sua memória, defendia a tese de uma correlação entre a incidência de câncer, o clima e a pobreza. Afirmava ele (Cavalcanti, ABM, 1922, p. 727): “Parece verdadeiro que o câncer manifesta preferência para os climas frios e temperados e torna-se menos freqüente nas zonas de calor.” Também destacava que os países da América deviam atentar para os “progressos contínuos” que transformariam o câncer em flagelo. Outra hipótese levantada pelo médico era a da influência das raças na difusão geográfica do câncer. Nessa linha de pensamento raça e clima seriam aliados, ou não, na proliferação da doença. Segundo a teoria racial o continente com maior incidência de câncer deveria ser a África, porém as estatísticas e a teoria climática apontavam a África como a região com menor incidência de câncer, o que certamente configurava um complicador para sua teoria... Com relação à estreita relação entre o câncer e a pobreza, Arthur Cavalcanti (id., p. 731) considerava evidente que “(...) nos lugares onde a aglomeração da população pobre é maior e há deficiência de recursos higienicos, coincide maior obituario pelo câncer”, o que mostra sua adesão à teoria contagiante do câncer, tendo o médico chegado a preconizar a notificação compulsória dos casos diagnosticados.

O governo federal, por sua vez, não assumia explicitamente uma posição acerca da questão. Sobre a política oficial de profilaxia do câncer, Rabello (id., p. 17) afirmava que o governo ficava “(...) dentro de um ecletismo conservador e sem guiar-se por opiniões extremas, não tomou o Departamento [Nacional de Saúde Pública] lugar decisivo na questão de considerar desde já o câncer doença contagiosa o que, aliás, nenhuma legislação até hoje ainda o fez de modo formal”. Apesar de não assumir o câncer como uma doença contagiosa, as autoridades públicas governo recomendavam o isolamento e a notificação compulsória dos casos. E a despeito de a estratégia de ação do DNSP no combate ao câncer revelar uma postura ambígua, Eduardo Rabello, chefe da Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, aproveitava sua presença

na tribuna da Academia de Medicina para anunciar à classe médica a criação, no Rio de Janeiro e no âmbito das ações daquele Departamento, de “(...) um instituto de câncer onde se trate não só da parte experimental como também da therapeutica, empregando-se neste momento todas as armas de que dispomos desde a cirurgia até o radium e os raios X e a eletricidade em suas diversas modalidades” (ibid., p. 19).

De um modo geral as opiniões acerca do câncer não modificaram muito ao longo da década de 1920, tanto que os depoimentos colhidos por *O Jornal*, em 1927, mostram que as divergências continuavam presentes e latentes. Considerado um flagelo da humanidade pelos mais fatalistas, ou um dos mais graves problemas para os menos desesperados, ou mesmo uma questão mais grave do que a tuberculose e o analfabetismo, o câncer era apontado como responsável por um dos maiores números de óbitos e com nítido crescimento. Era também percebido como uma doença de difícil cura, o que levou o professor da Faculdade de Medicina Oscar Clarck a afirmar que o projeto da Fundação Oswaldo Cruz estava fadado ao fracasso, visto que “nenhum entusiasmo, ao contrário, se pode ter em relação à luta contra o câncer, pois, todos os paizes empenhados na campanha até hoje somente têm conhecido a derrota. (...) A luta contra o câncer resume-se na instalação de hospitais gerais adaptados (...)” (*O Jornal*, 20 jan. 1927, p. 6).

De opinião contrária a de Oscar Clarck, a médica Carlota Pereira de Queirós, do Hospital de Crianças Arthur Bernardes, distinguia os recentes estudos sobre o câncer, que apontavam para o campo da teoria infecciosa, e concluía: “A não transmissão homem a homem também não é argumento suficiente para duvidar do contágio” (id., p. 4). Para a médica, a pesquisa laboratorial seria a única forma de “vencer a batalha” contra o câncer. Também reputava grande importância à questão da educação, tanto da população — por meio da divulgação dos sintomas da doença — quanto da categoria médica. Carlota Pereira de Queirós citava, com relação à terapêutica, as cirurgias e as radiações como tratamentos necessários contra o câncer.

Outro médico que abordava a gravidade do câncer era Miguel Couto, catedrático da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e membro das Academia Brasileira da Letras e da Academia Nacional de Medicina. Para ele a doença era mais grave do que a tuberculose, a sífilis e mesmo a lepra, pois a primeira dava ao paciente a ilusão de uma cura futura; a segunda, que denominava ‘lues’, mostrava-se cada vez mais curável com os avanços crescentes da química; e a “lepra mutila, mas vai deixando viver...” (id., p. 2). Destas, frisava Miguel Couto, a ciência já indicara as causas e determinara a

profilaxia, enquanto que, com relação “a outra”, o câncer, “(...) nenhum meio a hygiene conhece para combatê-la”, dado o desconhecimento tanto de sua causa quanto de seu agente etiológico. Mas afirmava o médico: “As melhores cabeças nos grandes centros scientificos acham-se mergulhadas no seu estudo; multiplicam-se por toda parte institutos, laboratórios, congressos, ligas, revistas, jornaes, em experiências, pesquisas e controvérsias na procura de seu agente vivo, ou dos meios para sua cura (...)” (id., p. 2). Para Miguel Couto o êxito de tal empreitada não seria devido ao “monumental e incomparável” pavilhão em construção, mas sim no pessoal que se formaria no Instituto, acentuando assim o papel de centro de ensino da Fundação Oswaldo Cruz.

De fato, havia uma movimentação da comunidade médica e da sociedade em torno da questão do câncer. Conforme já mencionado, a década de 1920 foi profícua na organização dos serviços contra o câncer. O final da década mostrava, contudo, vozes solitárias de médicos que publicavam em periódicos como os *Archivos Brasileiros de Medicina* decálogos e mandamentos de profilaxia do câncer (cf. ABM, 1922, p. 122, 567), baseados no programa proposto pelo DNSP em 1920, sem que se conseguisse operacionalizar qualquer um destes cinco itens básicos: estatísticas da doença, providências sanitárias, gratuidade dos exames de laboratório, organização da campanha de propaganda e fundação de institutos de câncer com fins terapêuticos e experimentais. O tema continuou gerando discussões até que, em 1929, a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro propôs a realização da Semana do Câncer, em que seriam discutidas sua terapêutica, cura e profilaxia.

O relatório da Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas de 1927 dá uma dimensão da proposta governamental, em especial de seu alcance. Nele o então chefe da Inspeção, Oscar da Silva Araújo (1927, p. 205), afirmava que a única medida com relação ao câncer posta em prática pela repartição fora o acréscimo de quesitos nos atestados de óbitos pela doença, visando obter dados mais confiáveis tanto para as estatísticas quanto para estudos histopatológicos.

5.2 A FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ: A DIMENSÃO DE UM SONHO

Nesse cenário, repleto de questionamentos e incertezas, a Fundação Oswaldo Cruz foi criada e iniciou sua trajetória a caminho da realização de seu objetivo maior:

honrar a memória de Oswaldo Cruz, através de uma instituição que reunisse a pesquisa, o ensino e o tratamento profilático e de cura para o câncer.

“A Fundação Oswaldo Cruz, constituída no Brasil, sob os auspícios de perpétuo culto à memória do grande sábio patricio, pretende objetivar seus destinos na instituição de obras de assistência, instrução technica e educação profissional que, entrevistas num programma de vida collectiva, possam convocar estímulos e disciplinar energias, no exacto sentido de sua immediata realização.” (Estatutos FOC, 1927)

A morte de Oswaldo Cruz, em 1917, teve grande repercussão em toda a sociedade, mas foi, sem dúvida, em um grupo de médicos ligados ao Instituto Oswaldo Cruz (IOC) e à Faculdade de Medicina que sua perda se fez sentir mais fortemente e de onde surgiram as principais iniciativas de culto à sua memória. Durante todo o ano de 1917, em diversas cidades do país, ruas, praças e escolas ganharam o nome de Oswaldo Cruz, e ainda assim médicos como Arthur Neiva e Clementino Fraga, conforme salienta Nara Britto (1995), correram aos jornais para afirmar que as homenagens até então realizadas não estavam à altura do mestre.

Propuseram-se então diversas ações, fossem para dar valor à imagem de Oswaldo Cruz ou buscando legitimar e reforçar o papel do campo científico e dos próprios cientistas. Uniram-se médicos, industriais, engenheiros, uma grande parcela da sociedade enfim, em torno de homenagens ao médico sanitarista. Os funcionários da Diretoria Geral da Saúde Pública (DGSP) fizeram um recolhimento de doações para a construção de um busto de seu antigo diretor, instalado no pátio da repartição. Ainda em 1917, um grupo de médicos, entre eles Miguel Couto, Nascimento Gurgel, Miguel Pereira, Carlos Chagas e Salles Guerra, compôs uma comissão com o intuito de erigir um monumento à memória de Oswaldo Cruz — conhecida como Comissão do Monumento à Memória de Oswaldo Cruz (Brito, 1997, p. 333). Para realizar a missão, a Comissão criou listas de subscrição pública que foram remetidas a todo o território nacional; a campanha teve a adesão de Cândido Gaffrée, Luiz da Rocha Miranda, Afrânio Peixoto, Ezequiel Dias, Carlos Chagas, Miguel Couto, Carlos Seidl, Banco do Brasil e diversos bancos privados, médicos e corporações de ofício, Hospital Naval, Diretoria Geral de Higiene e Assistência Pública, Faculdade de Direito de Recife, diversas prefeituras municipais, além do governo português, entre outros (FCM/FOC-DAD/COC).

Salles Guerra, Carlos Chagas e Miguel Couto, participantes da Comissão do Monumento, tornaram-se membros da Fundação Oswaldo Cruz. Criada em 1922, ainda na voga de preitos ao cientista e em um contexto de contendas médicas em torno da nosologia e do tratamento do câncer, a Fundação esteve sujeita às incertezas e ao ecletismo que marcou o período.

A opção pelo câncer como objeto da instituição, aparentemente uma idéia de Guilherme Guinle, pode ter resultado de uma conversa do empresário com Eduardo Rabello — conforme narrado por este médico —, ou inspirada pela problemática da época, ou ainda uma conjunção de ambos os fatores. Criada antes da Fundação Gaffrée e Guinle, a Fundação Oswaldo Cruz teve inúmeros percalços para levar adiante seu projeto, mesmo contando com a mesma equipe técnica daquela Fundação para a construção do Hospital e tendo a mesma família Guinle como financiadora.

Chamo a atenção para alguns aspectos relativos à constituição dessas duas instituições. A Fundação Gaffrée e Guinle foi constituída em 1923, contudo os entendimentos sobre a sua criação com o governo federal estendiam-se desde 1920. A Fundação Oswaldo Cruz foi criada um ano antes com objetivo de homenagear seu patrono, sendo a opção pela construção de um hospital e instituto de pesquisa direcionado ao câncer possivelmente apresentada por seu vice-presidente, Guilherme Guinle, que com isto conseguia realizar seu projeto inicial, o de construir um hospital para venéreos e outro para cancerosos, conforme a versão de Eduardo Rabello abordada no capítulo anterior. Este médico, por sua vez, pretendia instrumentalizar completamente a Inspetoria que chefiava para que pudesse cumprir sua proposta original de controle da lepra, da sífilis e do câncer. Impossível portanto confirmarmos a quem coube a idéia original, em especial se considerarmos a proximidade entre os artífices dessas ações.

A Fundação Oswaldo Cruz foi criada oficialmente a 25 de agosto de 1922 por iniciativa dos médicos João Pedroso, J. Pedro de Albuquerque, Leocádio Chaves e José Gomes de Faria — alguns deles pertencentes aos quadros de Manguinhos — e por Waldemiro de Andrade, Oscar Meira, Bessa dos Santos, J. Cavalcanti, Guilherme Pereira, Partemiano Mendes e Alberto Lamartine. Tinha por objetivo “determinar o modo mais eficaz de ser cultivada a memória de Oswaldo Cruz” (FCM/FOC, DAD/COC, [s.d.]). Na primeira sessão de seu conselho, por iniciativa de Guilherme Guinle, estabeleceu-se como meta a construção de um hospital dedicado ao estudo e tratamento do câncer. As despesas das obras e do aparelhamento do hospital correriam

por conta da família Guinle.¹⁶⁹ Uma comissão formada pelos médicos Carlos Chagas, Eduardo Rabello e João Marinho ficou encarregada de elaborar os planos para a construção do “(...) Instituto do Câncer e Hospital de Cancerosos, comissão esta que deverá agir de accôrdo com o generoso doador Dr. Guilherme Guinle, Vice-Presidente da ‘Fundação’” (BM, 11 ago. 1923).

Guilherme Guinle foi nomeado presidente de honra da Fundação Oswaldo Cruz. Na Presidência da instituição assumiu Salles Guerra, e o Conselho Deliberativo contava com o ministro Pires e Albuquerque, o senador Alfredo Ellis, o professor Miguel Couto, João Marinho, Clementino Fraga, Mario Nazareth, João Carlos Rodrigues, Carlos Chagas, visconde de Moraes, senador Félix Pacheco, Belisário Penna, João Pedroso e Alberto Lamartine Teixeira Lopes, além de Guinle e Guerra. (FCM/FOC, DAD/COC, [s.d.]

Poucos dias depois, a 7 de setembro de 1922, Carlos Chagas (Chagas, 1922, BVCC, capturado em 10 fev. 2003) anunciava, na cerimônia de inauguração do Instituto Radium de Belo Horizonte:

“(...) não será em vão o grande exemplo civilizador da vossa iniciativa. Do altruismo de brasileiros illustres, que bem entenderam cultivar em obras de sciencia a memoria abençoada de mortos queridos, espero e me fio, seguro de que tambem na Capital do Paiz teremos em breve organizados os trabalhos sobre o cancer, em moldes amplos, facultados pela generosidade de moços de fortuna e de sentimento.”

A documentação a respeito da Fundação Oswaldo Cruz é lacunar e pouco se pode aferir dela; o documento mais informativo foi escrito por Salles Guerra, porém não é datado. Algumas fontes indicam que Guilherme Guinle contratou o arquiteto Porto d’Ave para elaborar a planta do hospital submetida à Comissão Técnica da Fundação, composta por Carlos Chagas, João Marinho e Eduardo Rabello. (Vale lembrar que Porto d’Ave foi igualmente o arquiteto responsável pelas obras do Hospital Gaffrée e Guinle, conforme mencionado no capítulo anterior). Mas a este respeito percebe-se uma incongruência entre a narrativa de Salles Guerra e a pouca documentação existente. Segundo carta (5 mar. 1924) do primeiro secretário da Fundação, Mauricio de Abreu, ao

¹⁶⁹ Segundo documento da Fundação Oswaldo Cruz datado de 1924 (FCM/FOC, DAD/COC), a princípio cogitou-se a criação de um hospital para crianças, depois preventórios para tuberculosos, asilos para doentes mentais e, por fim, uma escola-modelo. Com a intervenção de Guilherme Guinle, a proposta foi direcionada para a criação de um Hospital e Instituto do Câncer, que teria também um pavilhão de cursos visando formar quadros especializados no tratamento da doença.

secretário-geral do Instituto Central dos Arquitetos do Brasil, foi proposto um concurso de projetos para o Hospital do Câncer. A seqüência de correspondência mostra que as plantas foram entregues a Guilherme Guinle, que as devolveu a Salles Guerra afirmando caber a escolha à própria Fundação, que deveria encaminhar o projeto vencedor à Prefeitura, para aprovação (FCM/FOC/DAD/COC, 10 jan. 1925). Teria este concurso de fato se realizado e Porto d’Ave saído vencedor? A pergunta não foi respondida pelas fontes consultadas, mas cabe questionar se o certame realmente ocorreu, ou se não teria pesado mais uma eventual indicação quanto ao arquiteto do projeto, por parte de Guilherme Guinle.

Aparentemente alguma contenda se instalou nesse episódio, o que contribuiu para o grande atraso do início das obras. Somente em novembro de 1926 a pedra fundamental do hospital seria finalmente lançada, dando princípio à construção. A solenidade foi saudada na tribuna da Academia de Medicina por Eduardo Meirelles (BANM, 17 nov. 1926,p. 623).

Apesar de ter sido oferecido pelo governo federal um terreno no Cais do Porto para a construção do hospital, adquiriu-se um outro, na esquina da rua Ana Nery com a rua Visconde de Niterói, na região da Mangueira, suficientemente afastada do centro da cidade.¹⁷⁰ Posteriormente um outro terreno fronteiro ao anterior foi comprado, visando melhorar a circulação do futuro hospital (FOC, 1924-1925, FCM/FOC, DAD/COC).

Graças à intervenção dos patronos da instituição — os senadores Alfredo Ellis, Bueno de Paiva e Lauro Muller, os deputados Antonio Carlos e Clementino Fraga e o intendente Mario Piragibe — obteve-se, junto ao Conselho Municipal, isenção de impostos, emolumentos e direitos de importação para o material de construção, além de contribuições municipais, uma parte da distribuição das loterias nacionais e uma parte do imposto alfandegário sobre o quilo do vinho, a título de contribuição de caridade. A Fundação Oswaldo Cruz foi também regulamentada como instituição de utilidade pública, recurso através do qual o governo oferecia seu apoio a entidades com fins beneficentes. Foi-lhe concedida ainda uma loteria em 1924, o que, segundo Salles Guerra, não lhe auferiu vantagem alguma.

Apesar do peso político de seus patronos, a Fundação Oswaldo Cruz não granjeou apoio financeiro substancial do governo federal, e as diversas tentativas que se sucederam para sensibilizar as autoridades, no tocante à liberação de recursos para a

¹⁷⁰ Para realizar a compra deste terreno, a Fundação pediu autorização ao Congresso para efetuar a venda daquele situado nas cercanias do Cais do Porto.

instituição, não tiveram êxito (Salles Guerra, FOC/CMOC, DAD/COC). A maior parte dos donativos recebidos veio de particulares, entre eles Orlando Rangel, José Antônio de Souza, membros da colônia portuguesa e legados do ministro Murinelly, da senhora Carlos Chagas e de dona Eufrásia Teixeira Leite. Também repassou-se para a Fundação o saldo da arrecadação feita, em 1917, para erguer um monumento a Oswaldo Cruz, instalado no pátio da DGSP. Em 1928 a instituição conseguiu agendar, junto à Prefeitura do Distrito Federal, uma coleta de caridade, iniciativa em moda na época, cuja renda reverteria a seu favor. Marcada para 1º de junho do ano seguinte, acabou não se realizando, pois a Prefeitura destinou a coleta para atividades beneficentes de uma embaixatriz. Outra data foi oferecida à Fundação (novembro), mas seus representantes declinaram, apesar de já estarem com todo o material de divulgação da campanha pronto.

Assim, a construção do prédio que abrigaria o Hospital foi lenta e envolveu diversas disputas. Em 1928 a Alfândega cobrou as taxas de importação que até então não eram cobradas, pois o novo governo recém-empossado não honrou os acordos anteriores rompendo-se então a vigência da isenção alfandegária. A solução encontrada foi importar o material em nome da Fundação Gaffrée e Guinle, que ainda usufruía do benefício. Algum tempo depois as obras foram paralisadas devido a uma contenda entre Porto d'Ave e Arnaldo Guinle sobre o pagamento dos operários, o que resultou na demissão do arquiteto construtor. Arnaldo respondia pelos negócios da família na ausência do irmão Guilherme Guinle, que na ocasião viajava pela Europa, e só algum tempo depois do retorno deste as obras recomeçaram. Entraves posteriores atrasaram ainda mais a conclusão das obras do Hospital. Com o passar do tempo a nosologia e o atendimento aos doentes haviam mudado e era preciso adequar as plantas do hospital às novas demandas, para o qual formou-se uma comissão consultiva formada por pesquisadores do IOC.

De todo modo, têm-se bem poucas referências desse Hospital. Coube a Salles Guerra e João Pedroso a direção técnica de sua construção, esta a cargo de Porto d'Ave, que também assinou o projeto, conforme mencionado. De sua iconografia só foram encontradas as duas imagens publicadas no inquérito de *O Jornal* em 1927 (imagens 5.1 e 5.2). O único relato conhecido sobre o projeto arquitetônico é o de Vicente Licínio Cardoso (id., p. 196-7), em que procurava ressaltar os pontos de convergência do projeto com o do Hospital Gaffrée e Guinle:

“A obra comprehedera: um grande ambulatório; enfermarias para hospitalização, quer de indigentes, quer de doentes contribuintes, onde serão seguidos os variados processos therapeuticos em uso; instituto modelar, notavelmente amplo, em que serão feitas as mais variadas investigações e pesquisas, attendendo a importância magna que vão ter os estudos experimentaes nesse instituto.

O projecto, também da lavra do arch. Porto d’Ave foi organizado depois de dados e perscrições cuidadosamente offerecidos por profissioanes de clínica e de laboratório, sendo seguida na ellaboração geral — como fora feito para a Fundação Gaffrée e Guinle — uma orientação mixta, norte-americana, quanto a composição geral dos edificios em ‘bloco’, allemã, quanto aos detalhes de vários pontos.”

Os imbróglis da Fundação Oswaldo Cruz não se restringiram, contudo, a questões técnicas. Entre eles também se inclui o episódio da viagem a Paris do médico Eudoro Villela, em 1931, para estudar cancerologia sob a orientação do professor Claude Regaud. O médico fora indicado pela Fundação Oswaldo Cruz para uma bolsa de estudos, paga por Linneo de Paula Machado, visando a sua especialização em cancerologia. Concluído o curso, Villela seria alçado a chefe de serviço no Instituto do Câncer, mantido pela Fundação. A Fundação, por sua vez, não o obrigava a ter dedicação exclusiva ao Instituto, concordando com a manutenção de suas funções junto ao serviço de autópsia do Hospital São Francisco de Assis. Houve contestação do acordo por parte do médico, tendo em vista que o Instituto não estava pronto, e o caso foi parar na Justiça – se tornando assim mais um dos imbróglis dessa instituição, cujas motivações não podem ser melhor compreendidas.

No relatório de 1934-1936, Salles Guerra mencionava que a Fundação Oswaldo Cruz recebera, de um grupo de professores judeus alemães, uma proposta para a montagem de um centro de ensino. A proposta previa que a instalação do centro, bem como a conclusão das obras e o aparelhamento do Instituto do Câncer seriam financiados por um sindicato israelita sediado na Filadélfia (EUA). Ainda segundo Salles Guerra, o parecer emitido pelo reitor da Universidade do Brasil afirmava que se exigiam contrapartidas contrárias às nossas diretrizes de ensino, razão por que a parceria não se concretizou.¹⁷¹

Em 25 de setembro de 1935, com as obras do Hospital ainda inconclusas, Guilherme Guinle escrevia a Salles Guerra informando que suspenderia seu apoio

¹⁷¹ Nenhum outro documento relativo a este episódio foi localizado, nem a proposta dos médicos judeus alemães, nem o parecer do reitor da Universidade, restando-nos apenas o depoimento de Salles Guerra.

financeiro à construção e ao aparelhamento do Hospital do Câncer.¹⁷² E a 28 de junho de 1936 a Assembléia Geral da Fundação Oswaldo Cruz decidia pela sua extinção, já que sem o auxílio de Guilherme Guinle e sem apoio do governo federal a conclusão das obras se tornava inviável. Conforme uma carta de Salles Guerra a Guilherme Guinle, de 27 de julho de 1936, o patrimônio da Fundação seria transferido para a Comissão do Monumento a Oswaldo Cruz, então presidida pelo médico Raul Leitão da Cunha. Deste patrimônio a Comissão retiraria o necessário para a conclusão do monumento e o excedente seria “(...) aplicado a uma bolsa de auxílio a estudantes de medicina pobres, que se tiveram distinguido por sua aplicação, e a prêmios ao autor de obras de medicina julgadas merecedoras dessa recompensa” (FCM/FOC, 27 jul. 1936, cx. 1, maço 2). Quanto ao patrimônio imóvel, este seria fruto de discussões posteriores. Sabe-se entretanto que o prédio foi transferido para o governo federal, que lá instalou o Hospital Barata Ribeiro.

De um modo geral, a Fundação Oswaldo Cruz teve recepção pouco entusiasmada por parte da imprensa, tanto a médica quanto a cotidiana. O relatório da Inspeção de Leprosia e Doenças Venéreas que Oscar da Silva Araújo publica em 1927 na revista *Archivos de Hygiene* nem sequer menciona a instituição (cf. Araújo, 1927). E em 16 de agosto de 1922, por ocasião da assembleia constitutiva da Fundação Oswaldo Cruz, o *Jornal do Commercio* limitava-se a descrevê-la como uma “(...) agremiação que tem como objetivo instituir obras de assistência, instrução technica e educação profissional (...)”, apresentando o projeto de estatuto bem como os membros de seu Conselho Deliberativo.

Os periódicos médicos dedicaram igualmente pouco espaço à instituição. Em agosto de 1923 a revista *Brazil Médico* publicou uma ata de reunião da Fundação, na qual registrava-se a composição de uma comissão encarregada de estudar o projeto do hospital, formada pelos médicos Carlos Chagas, Eduardo Rabello e João Marinho; na mesma ata narram-se os esforços do senador Alfredo Ellis para obtenção de um terreno no Cais do Porto destinado ao hospital (BM, 1923, p.103). Pouco tempo depois a revista *Archivos Brasileiros de Medicina* informava sobre a compra deste terreno (ABM, 1923, p. 670).

As notícias sobre a Fundação restringem-se a essas poucas matérias. Até que, em 1927, dois meses depois do lançamento da pedra fundamental do Hospital, *O Jornal*

¹⁷² Esta correspondência não consta entre os documentos da Fundação Oswaldo Cruz sob a guarda da Casa de Oswaldo Cruz.

publica o inquérito sobre as obras filantrópicas de Guilherme Guinle — as Fundações Gaffrée e Guinle e Oswaldo Cruz. Nele a instituição é saudada pelo seu lado beneficente e social, por disponibilizar a mais alta tecnologia a todos, sobretudo aos “indigentes”. Era esta a opinião, entre outros, do embaixador e deputado Afrânio de Mello Franco e do médico e professor da Faculdade de Medicina, Abreu Fialho (*O Jornal*, 20 jan. 1927, p. 2, 3). Outras vezes era elogiada, como o fez o príncipe Dom Pedro de Orléans e Bragança, simplesmente por “(...) aliviar grandes sofrimentos e, talvez mesmo, curar victimas do terrível mal” (id., p. 2), ou como auxílio à ciência na luta contra o “horrrível flagello”, como afirmava o embaixador Regis de Oliveira (id., p. 3).

Alguns dos convidados a depor por Assis Chateaubriand chamavam a atenção para a melhoria da raça, mesclando o câncer à sífilis em argumentos sobre a degeneração da raça — quando o câncer não era ainda percebido como fator dessa degeneração. Outros, como o médico Arthur Neiva (id., p. 4), afirmavam: “A futura organização, que elle [Guilherme Guinle] pretende dar ao Instituto e ao Hospital contra o Câncer vão collocar á frente deste problema até agora tão descuidado entre nós, na América do Sul”. Mas poucos se atinham aos objetivos da instituição, a exemplo do senador Bueno de Paiva — vale lembrar, um dos membros fundadores da instituição —, que também observava uma certa continuidade nas ações de Guilherme Guinle:

“A Fundação Oswaldo Cruz, que em breve há de abrir os seus gabinetes, laboratórios e hospitaes para a realização dos intuitos dos seus fundadores, e que são os de estudar a etiologia, a prophylaxia, o tratamento do câncer, será um prolongamento da grande obra de benemerência que é hoje a Fundação Gaffrée-Guinle (...)” (id., p. 2).

De todo modo, a Fundação Oswaldo Cruz não se realizou, e apesar das lacunas nas fontes de pesquisa podemos especular sobre os motivos deste fracasso. Pode ter contribuído a falta de coesão dos médicos acerca da etiologia do câncer, o que teria desestimulado Guilherme Guinle a prosseguir com seu apoio, visto sua intenção de aplicar recursos em doenças cujos processos de tratamento fossem bem estabelecidos. De fato, apesar de a cirurgia e a radioterapia estarem amplamente difundidas como as terapias possíveis contra o câncer, faltava um discurso unívoco dos médicos. E a ausência de cancerologistas neste meio também pode ter pesado para o insucesso do projeto.

Por outro lado, a nosologia e o tratamento do câncer estavam longe de serem controlados, tanto no Brasil como no exterior, como declarou Carlos Chagas no *Jornal do Commercio*:

“Convém referir que o problema do câncer é hoje encarado com empenho máximo por todas as nações, attendia a difusão assustadora da terrível doença. Por toda parte se organizam institutos de pesquisas e de tratamento do câncer, sendo aproveitada a acção do ‘radio’ que se não corresponde, como methodo curativo, às grandes perspectivas dos primeiros dias, teve a virtude de mais despertar a attenção do mundo para o grave problema e de proporcionar oportunidade para que as pesquisas sobre o câncer se intensificassem por toda a parte. Trabalhos de raro valor foram levados ao Congresso e devemos nutrir fundadas esperanças de que o gênio médico conseguirá, muito depressa, esclarecer esse grande capítulo de pathologia.” (Chagas, , JC, ago. 1923, p. 23).

Mas isso não parece justificar totalmente o logro do projeto, quando consideramos que no mesmo cenário de incipiência dos estudos e tratamento do câncer inauguravam-se o Instituto Radium em Belo Horizonte e o Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho em São Paulo. Uma diferença entre estas instituições e a Fundação Oswaldo Cruz, todas as três destinadas ao câncer e surgidas, na década de 1920, nos três principais estados do Brasil, encontra-se na concepção de seus projetos. Os institutos mineiro e paulista, criados à semelhança do Instituto Radium francês, restringiam-se ao tratamento dos doentes e eram de natureza particular — mesmo considerando-se o apoio do governo mineiro ao projeto de Borges da Costa. A Fundação Oswaldo Cruz tinha um projeto bem mais ambicioso, pois além do tratamento pretendia atuar na pesquisa e no ensino. E tal como a Fundação Gaffrée e Guinle, ela teria uma feição ao mesmo tempo privada e pública, esta última percebida na sua intenção de atuar como um ‘braço’ da política de controle ao câncer posta em prática pelo DNSP. Mas como integrar-se a uma política pública que ainda tentava dar seus primeiros passos, como realizar ações que não haviam sido estabelecidas com clareza pela própria Inspeção por elas responsáveis? Vale lembrar que, no que concernia ao câncer, a atuação da Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas restringia-se quase unicamente à profilaxia, por meio da educação higiênica — aderindo, neste caso, à teoria contagiosa —, aos meios para o diagnóstico precoce e à organização das estatísticas (Araújo, 1927, p. 203). Pode-se argumentar que a participação de Eduardo Rabello — chefe da Inspeção e um expoente na organização do combate ao câncer no país — na defesa e nas propostas da

Fundação Oswaldo Cruz teria dado credibilidade a este projeto. Mas ainda assim, se nem mesmo o governo tinha clareza acerca de sua atuação nesse campo, como um projeto estreitamente ligado a uma política pública teria chances de sucesso?

Teria havido divergências internas no grupo de médicos engajados no projeto? Não há evidências para tal afirmação. O grupo que encabeçava o projeto da Fundação Oswaldo Cruz era o mesmo à frente da Fundação Gaffrée e Guinle, que prosseguia suas atividades sem atropelos. Porém talvez resida neste aspecto uma das razões do fracasso da Fundação: a ausência de médicos dedicados primordialmente à questão do câncer, uma vez que os que se engajaram no projeto eram, antes de tudo, sifilógrafos.

Enquanto isso, e antes mesmo que o projeto da Fundação Oswaldo Cruz entrasse em derrocada — ou mesmo talvez por que ele estivesse em seus estertores, como sugere Adayr de Araújo (1986) —, Mário Kroeff, antigo colaborador de Eduardo Rabello (inspetor-sanitário) na Inspetoria de Lepra e Doenças Venéreas, conseguiu, em 1931, verba do presidente Getúlio Vargas para a construção de um pavilhão destinado à cancerologia, anexo ao Hospital da Triagem (posteriormente denominado Estácio de Sá), sem contudo lograr êxito (Bodstein, op. cit., p. 38).¹⁷³ Teria sido esta iniciativa um indício de distensão no grupo? Entretanto as fontes não indicam qualquer informação neste sentido.

Foi somente em 1937, quando o projeto da Fundação Oswaldo Cruz já tinha sido oficialmente extinto, que Mário Kroeff conseguiu a criação, pelo governo federal, do Centro de Cancerologia no Serviço de Assistência do Hospital do Distrito Federal, dando início às ações públicas na luta contra o câncer (ibid., p. 39).

5.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurei mostrar, neste capítulo, que a mobilização dos médicos e da sociedade em torno do câncer não foi tão grande como a observada nas campanhas de combate à sífilis e à tuberculose. Apesar de ser uma doença conhecida desde a Antiguidade, o domínio de uma terapia de bons resultados foi quase contemporâneo das ações aqui estudadas.

¹⁷³ Segundo Araújo (1986, p. 194), Mário Kroeff teria tentado, antes, “ressuscitar a Fundação Oswaldo Cruz”. O mesmo autor imputa à “falta de recursos adequados” o fracasso do projeto da Fundação.

A falta de uma política clara do DNSP para o combate ao câncer no Rio de Janeiro e, sobretudo, a ausência de um grupo de cancerologistas na cidade impediu um maior desenvolvimento desse projeto. Deve-se considerar que o mesmo grupo que lutava pela criação do Hospital e do Instituto do Câncer encontrava-se bastante envolvido na aplicação da legislação antivenérea em suas múltiplas facetas, fosse na educação e propaganda antivenéreas, na abertura de ambulatórios, na assinatura de convênios com os estados, ou mesmo na montagem do complexo médico-assistencial da Fundação Gaffrée e Guinle — com seu Hospital, seu Instituto de Pesquisa e seus ambulatórios.

Ainda comparando as duas instituições criadas por Guilherme Guinle, é preciso lembrar que o grupo nelas envolvido era composto de professores da Faculdade de Medicina atuantes na Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, todos renomados sifilógrafos que se empenharam em institucionalizar o seu saber e em pôr em prática sua política de controle da sífilis, em particular, e das doenças venéreas em geral. Portanto o câncer pode ter sido de interesse secundário para o grupo, e o empenho de Eduardo Rabello no uso da radioterapia para o tratamento de lesões dermatológicas vem corroborar este argumento.

Foi somente no final da década de 1930 que um médico egresso desse grupo — Mário Kroeff — conseguiu dotar a capital federal de um hospital destinado ao câncer. Mas naquele momento o projeto político era outro, assim como a concepção que avaliza este empreendimento. Novos tempos, novos paradigmas...

A lacuna de informações sobre a Fundação Oswaldo Cruz dificulta a compreensão de suas escolhas e seus problemas. Faltam dados, sobram interrogações. Mas uma afirmação pode ser feita. A questão do câncer não alcançava ainda consenso no Brasil — ou no Rio de Janeiro —, mas já era certamente uma preocupação mundial, sobretudo a partir do final da 1ª Guerra Mundial. E os esforços de médicos brasileiros no sentido de abrir hospitais destinados ao tratamento dessa doença mostra uma afinação deles com as questões discutidas em âmbito internacional, a despeito da inexistência de cancerologistas formalmente institucionalizados.

A trajetória da Fundação Oswaldo Cruz foi, antes de tudo, resultado de um erro de estratégia: tentava-se criar primeiro o Hospital, para depois formar o respectivo campo médico.

Parte III
Mecenato e saber científico: uma outra
experiência.

APRESENTAÇÃO:

MECENATO E SABER CIENTÍFICO: UMA OUTRA EXPERIÊNCIA.

As transformações ocorridas nos anos de 1930, tanto no campo da política, com o fim da República Velha e a subida de Getúlio Vargas ao poder, quanto no campo simbólico, com a morte de Carlos Chagas; afetam visivelmente as ações de Guilherme Guinle, que deixam de ter um caráter mais geral, para se concentrar mais no patrocínio a determinados cientistas, investindo ao mesmo tempo em novos campos de conhecimento e na permanência de uma tradição de pesquisa, representada pelos herdeiros de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas. Esta será a tônica desenvolvida nesta terceira parte.

CAPÍTULO 6

ENTRE OS SALÕES E O LABORATÓRIO: MECENATO E PRÁTICAS CIENTÍFICAS NO INSTITUTO OSWALDO CRUZ, 1934-1942

*"Le véritable mécénat suppose l'existence
d'un lien personnel entre protecteur
et protégé."
(Mesnard, 1985, p. 108)*

Este último capítulo discorre sobre o apoio de Guilherme Guinle às ciências biomédicas, notadamente ao Instituto Oswaldo Cruz (IOC), devido a sua proximidade com as famílias Chagas e Oswaldo Cruz e com o intuito de preservar e reforçar o legado

de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas. Os anos 1930 marcam o início de um outro tipo de ação de Guilherme Guinle, dirigida mais a indivíduos e seus projetos do que em resposta a uma política governamental. Encontram-se nessa fase os apoios que prestou à criação do Centro Internacional de Leprologia, a Evandro Chagas e seu Serviço de Estudos de Grandes Endemias, a Walter Oswaldo Cruz e seu Laboratório de Hematologia — todos no IOC —, a Carlos Chagas Filho e seu Instituto de Biofísica na Universidade do Brasil, à *Revista Brasileira de Biologia* e ao Instituto de Microbiologia, dirigido por Paulo de Góes na Faculdade de Medicina da mesma Universidade.

Procuró chamar a atenção para a face de mecenas da ciência de Guilherme Guinle. E para melhor entender a relação que então se instalava entre patrocinados e patrocinadores, reflito sobre a história do IOC no pós-1930, considerando a nova política de saúde pública posta em prática na gestão de Gustavo Capanema no Ministério da Educação e Saúde (MES), de João de Barros Barreto na direção do então Departamento Nacional de Saúde (DNS), bem como destaco a política interna do próprio IOC no período subsequente à morte de Carlos Chagas. Quando Guilherme Guinle se torna mecenas das ciências biomédicas, a idéia da medicina como regeneradora das mazelas da sociedade já estava consolidada. As ações de Guilherme Guinle que veremos a seguir ocorreram, portanto, em novos tempos.

6.1 O final dos anos Chagas

No final de 1926, com Washington Luiz sucedendo Arthur Bernardes na Presidência da República, Carlos Chagas se desligou do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), sendo substituído por Clementino Fraga, e dedicou-se à direção do IOC. Entretanto entre uma e outra gestão do DNSP pode-se reconhecer muito mais continuidade do que mudanças de políticas de saúde e propostas de ação. As bases da Reforma da Saúde Pública foram mantidas, e no que diz respeito à Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas é nítida a permanência da antiga orientação nos trabalhos. O cargo de inspetor-chefe da repartição foi assumido por Oscar da Silva Araújo, que ocupara o posto de inspetor sanitário na gestão de Eduardo Rabello, de quem — vale lembrar — era discípulo.

Em termos gerais, a gestão de Chagas no IOC foi marcada pela ênfase nas pesquisas direcionadas às endemias rurais, resultado direto de sua militância em prol do saneamento dos sertões que caracterizara em parte a agenda política nos anos de 1910 e que culminou com sua gestão no DNSP, com a Reforma Sanitária de 1920 e com o novo Regulamento Sanitário. Enquanto esteve à frente do IOC, o trabalho de combate às endemias rurais foi revestido de grande importância na instituição, sobretudo após a criação do Departamento de Saneamento e de Profilaxia Rural (Hochman, 1998a; Lima, 1999).

A inauguração do Hospital Oswaldo Cruz em 1918¹⁷⁴ reforçou a vocação do IOC de centro de estudos e controle das endemias, tendo em vista que a idealização do hospital esteve diretamente relacionada à descoberta da doença de Chagas em 1909, no interior de Minas Gerais.

Data também da gestão de Carlos Chagas no IOC a ampliação das atividades de Manguinhos com a criação e instalação dos Laboratórios de Química Aplicada, Micologia, Bacteriologia e Imunologia, Zoologia, Anatomia Patológica, Protozoologia e Fisiologia. Para as novas unidades foram convidados pesquisadores como Miguel Ozorio de Almeida, José Carneiro Felipe, Heráclides César de Souza Araújo, Eurico de Azevedo Villela, Genésio Pacheco e José da Costa Cruz. Também realizou-se a ampliação dos Cursos de Aplicação em microbiologia e zoologia médica, oferecidos por Manguinhos, e criou-se o Serviço de Medicamentos Oficiais, em 1918, para a produção de farmacoterápicos, com ênfase na fabricação da quinina, principal medicamento da profilaxia e do tratamento da malária.

Outro aspecto importante da gestão de Chagas foi a manutenção da autonomia financeira do Instituto, que tinha na venda das vacinas e outros medicamentos sua principal fonte de renda. Porém o final de sua gestão viveu profundas mudanças nesse quadro. Desde os anos 1920 diversos cortes orçamentários vinham afetando diretamente o cotidiano da instituição, por atingirem os salários dos pesquisadores e a reposição de equipamentos. Após 1930, o IOC não passaria imune ao processo de intervenção do Estado para pôr fim à estrutura descentralizada que marcara a República Velha, e a sua situação se agravou.

¹⁷⁴ A criação do Hospital Oswaldo Cruz foi proposta ainda na gestão de Oswaldo Cruz (1904-1917) e concluída na gestão de Carlos Chagas. O hospital pode ser interpretado como a síntese de seu período, com seus trabalhos voltados para o estudo das grandes endemias – uma das maiores preocupações de Chagas (Benchimol, 1990; Kropf [s.d.]).

Nos últimos anos da década de 1920, Chagas se envolvia com o recém-criado Conselho Hospitalar (1927), subordinado à Assistência Hospitalar do DNSP, criada no governo Washington Luiz com a função de gerir o Hospital São Francisco de Assis e o Asilo Pedro II, bem como fiscalizar os outros hospitais existentes na capital. Foi no âmbito desse órgão que surgiu a idéia da construção do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, objeto de análise no capítulo 3. Na mesma época Chagas ingressou no Comitê de Higiene da Liga das Nações (1925). Pouco tempo depois, em 1927, viu aprovada junto ao Conselho da Sociedade das Nações sua proposta de cooperação internacional dos serviços sanitários, o que resultaria na criação do Centro Internacional de Leprologia, formalizado em 1931 e com os trabalhos iniciados três anos depois.

A criação desse Centro vincula-se aos avanços da pesquisa da lepra. Na década de 1920 surgiu uma nova esperança no tratamento da doença, o óleo de chalmuga, produto de origem vegetal que apresentava melhores resultados do que muitos dos medicamentos modernos e que tornou-se o medicamento padrão na profilaxia contra a lepra até a década de 1950, ainda que convivendo com outras modalidades de tratamento. Segundo Chagas Filho (1993), o alto custo de importação do produto teria sido o maior motivo para que seu pai propusesse a produção local, de modo a intensificar o seu uso e favorecer a pesquisa de substâncias equivalentes na flora brasileira.

A lepra é uma doença conhecida há milênios e sempre esteve impregnada pela idéia do contágio e da repulsa. Com o Cristianismo ela se tornou objeto da caridade, ao mesmo tempo que representava o signo de segregação — apesar da parábola da ressurreição de Lázaro. Na Idade Média a idéia do pecado a concepção durante o ciclo menstrual ou em dias sagrados — determinava a sorte da criança. Foi somente no final século XIX, a partir dos trabalhos de Pasteur e Koch, que se começou a conhecer e esclarecer a doença. Jaime Benchimol (2003) considera ter sido a lepra a primeira doença infecciosa a ser estudada à luz da microbiologia, com os estudos do norueguês Gerhard Armauer Hansen (1841-1912), que observou pequenos corpúsculos em forma de bastão, por ele denominados *Bacillus leprae* e, posteriormente, renomeado bacilo de Hansen. Esse estudo, divulgado em 1874, logo confirmou-se por diversos outros trabalhos, que acabaram por reafirmar o caráter contagioso da doença — além de

temível por seu caráter degenerativo e impossibilidade de cura — e a necessidade de confinamento dos doentes.¹⁷⁵

Nas primeiras décadas do século XX a lepra foi considerada, no Brasil, um sério problema médico-social, agravado pelas precárias condições de tratamento e assistência. Os doentes eram vistos perambulando pelas ruas e, muitas vezes, a falta de cuidados adequados levava-os à morte. Durante os dez primeiros anos da República (1889-1902) não foram realizadas medidas governamentais de combate e controle da lepra. As primeiras alterações desse quadro surgiram com o Regulamento Sanitário de 1902, que introduziu a notificação compulsória da lepra ulcerada.

Dois anos depois, com a nova edição do Regulamento Sanitário, que dava corpo às reformas de Oswaldo Cruz, estabeleciam-se medidas mais amplas, nas quais estavam subjacentes a idéia do contágio, sendo já descartada a hereditariedade da doença. Oswaldo Cruz, alicerçado em novos estudos sobre a lepra, defendia o isolamento em colônias agrícolas, pois era possível ao leproso trabalhar durante boa parte do desenvolvimento da doença. No que tange ao controle e profilaxia da lepra, os pressupostos básicos do Regulamento de 1904 podem assim ser resumidos: a recomendação sobre o isolamento domiciliário parcial para o doente, aplicável enquanto não existissem colônias de tratamento; o recurso a ‘conselhos profiláticos’, a serem ministrados aos doentes; a realização de desinfecção, mas somente no quarto do doente.

Em 1915 a Associação Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro criou a Comissão de Profilaxia da Lepra com o objetivo de estudar um plano eficaz de combate à doença. Dela fizeram parte, entre outros, os médicos Eduardo Rabello, Fernando Terra, Henrique Aragão, Werneck Machado e Adolpho Lutz. Seu diretor era Carlos Seidl, então diretor da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP). Os trabalhos da Comissão foram realizados entre 1915 e 1919, e entre as conclusões e propostas que apresentou destaca-se o isolamento compulsório em colônias construídas para tal fim — o isolamento em domicílio só seria aceito excepcionalmente. Para tal seriam construídas vilas ou colônias agrícolas em locais salubres e adequados, com total subvenção do Estado.

¹⁷⁵ A questão do isolamento é bastante controversa na história recente do tratamento dessa doença. As primeiras pesquisas consideradas científicas, surgidas em meados do século XIX, apontavam para um caráter hereditário, o que dispensaria em princípio o isolamento. O trabalho de Hansen reascendeu a questão, mas somente em 1923 ela voltaria a ser debatida, ainda que timidamente, no 3º Congresso Internacional de Leprologia ocorrido na França. No Brasil o isolamento esteve em vigor até 1962 (ibid.; Maciel, 2004).

A Reforma da Saúde Pública implementada em 1920, sobretudo a criação da Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, incorporou várias das conclusões da Comissão de Profilaxia da Lepra, visto que um dos participantes desta, Eduardo Rabello, liderou a organização do trabalho da repartição. Entre as ações de combate à lepra estava o isolamento dos ‘morféticos’, cabendo aos estados o custeio das despesas de seus leprosos pobres internados em colônias da União. Para a realização das obras de saneamento e da profilaxia rural seria criado um fundo especial, formado pelas rendas do imposto sobre bebidas alcoólicas e dos laboratórios — à exceção de Manguinhos —, além de saldos do DNSP.

A proposta foi duramente atacada no periódico *Brasil Médico* de 14 de julho de 1920, pelos médicos Maurício de Medeiros e Arthur Moses, que criticavam principalmente o isolamento de todos os doentes, independentemente de classe e origem sociais. Para esses médicos o isolamento de pessoas de alto poder aquisitivo sairia muito caro aos cofres públicos estaduais. Outro ponto salientado por ambos era a atuação da Inspeção, restrita ao Distrito Federal. As críticas tiveram resposta de Eduardo Rabello, realizada na tribuna da Academia de Medicina, de defesa da política que estava sendo implementada (Araújo, 1956, p.264-71).

A tribuna da Academia de Medicina foi, aliás, palco de vários debates sobre a questão. Entre seus críticos encontrava-se Belisário Penna, que questionava a eficácia das ações, em termos tanto de abrangência quanto de estratégias, ou seja, a construção de colônias e leprosários e sua subvenção estatal. Para Penna a modalidade mais adequada de subvenção das ações de saúde pública seria a ‘taxa da saúde’, uma idéia defendida por ele em seu livro *Saneamento do Brasil*, de 1918, e comentada no capítulo 3 desta tese. Sobre essa fala de Belisário Penna houve também uma réplica de Eduardo Rabello, da qual participou Oscar da Silva Araújo, que relembrou as dificuldades para a organização dos serviços na capital, desde a compra da fazenda Santa Maria, em Jacarepaguá, onde seria instalado o leprosário, até as obras de infra-estrutura. Tais dificuldades estariam sendo contornadas com a adaptação de três pavilhões do Hospital São Sebastião e com a concessão de auxílio pecuniário aos doentes isolados em hospitais (ibid., p. 411-28).

De certa forma a crítica à atuação da Inspeção foi recorrente, bem como o questionamento das ações contra a doença. Heraclides Souza Araújo, em discurso proferido em maio de 1928 também na Academia Nacional de Medicina, afirmava que muito se esperava da Inspeção com relação à lepra, lembrando suas seqüelas

econômicas e afirmando que, de problema médico-social a doença poderia se tornar caso insolúvel. Referia-se por fim à Oswaldo Cruz, que em 1916 já apontara para a necessidade de cuidados especiais para a lepra.

A historiografia sobre o tema costuma acatar a opinião dos médicos engajados na luta pelo controle das endemias urbanas e rurais, segundo a qual tanto a assistência como o controle e a profilaxia das doenças estiveram relegados a segundo plano nas ações dos governos. Cabe observar, contudo, que os trabalhos da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas eram constrangidas pelo pacto federalista então vigente, que dificultava sobremaneira a organização e coordenação dos serviços públicos de saúde em escala nacional, estando suas ações restritas à capital Federal e ao território do Acre. Destaco também, a esse respeito, os bons resultados obtidos pela Inspetoria na campanha contra a sífilis no Distrito Federal, a indicar que, apesar da irrefutável ênfase no controle das endemias rurais, as urbanas também receberam certa atenção com a Reforma Sanitária de 1920. Além disso, o sucesso ou fracasso das medidas profiláticas não deve ser computado somente à ação do governo, pois o domínio dos médicos e da medicina em geral sobre as doenças teve papel preponderante naquele contexto.

Os anos 1920 viram surgir diversas ações visando o melhor controle e profilaxia da lepra, fossem as realizadas pela Inspetoria a despeito de sua limitação de ação, fosse por parte da sociedade civil, como o caso da liderança de Alice de Toledo Tibiriçá (1886-1950) frente à Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra. Esta foi criada em 1926, em São Paulo, como resultado dos esforços empreendidos por Alice de Toledo Tibiriçá no ano anterior visando levantar recursos para o combate à doença, bem como para o tratamento dos doentes. Seus objetivos eram, além da criação de hospitais e instituições modelares, o atendimento diferenciado para crianças, a realização de campanhas educativas, a organização de hortas botânicas e laboratórios experimentais, e o amparo às famílias dos doentes (Mott, 2004, p. 3).

“Eficiente multiplicadora e divulgadora do conhecimento sobre a doença, suas propostas de tratamento e profilaxia estavam em consonância com o que mais de moderno vinha sendo debatido nos congressos internacionais. (...) Alice Tibiriçá defendia entre outras medidas a educação sanitária, o diagnóstico precoce, o tratamento em asilos-colônia apenas para casos específicos (contagiantes), a humanização dos asilos-colônia, o tratamento em ambulatórios dos casos não contagiantes, vale destacar, o que nem sempre vinha sendo colocado em prática pelo Estado, na época.” (ibid., p. 4)

Alice não poupou esforços para ganhar adeptos a sua causa, produzindo folhetos e distribuindo-os entre a imprensa e personalidades de todo o país. Chegou a propor a criação de organizações similares em outras regiões e ajudou na criação de algumas delas. Fundou em 1929 uma revista de divulgação, o *Boletim da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra*; em 1931 criou a Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra; e organizou em 1933, no Rio de Janeiro, a Conferência Para a Uniformização da Campanha da Lepra, que contou com a presença de renomados leprólogos. Seus esforços não foram em vão, e sua “visibilidade da ação chegou a causar temor ao poder público. Alice foi chamada ao palácio do governo do Estado, pelo então presidente Júlio Prestes, para que se calasse, visto sua campanha estar comprometendo a vinda de imigrantes para o Brasil, ‘por ser considerado país da lepra’” (ibid., p. 3).

No ano seguinte, 1927, formou-se no Distrito Federal a Cruz Branca Nacional, sob a liderança de Euclides Pereira de Almeida, Orlando Carneiro, Arthur da Costa Lima e Eduardo Guimarães da Fonseca. Tinha por objetivos o estudo da doença, a fundação de leprosários destinados aos indigentes e às classes ‘abastadas’, e a proteção e educação dos filhos de leproso em preventórios. Recebeu apoio da Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, então sob a direção de Oscar da Silva Araújo. No início de 1928 a associação realizou a Semana do Lázaro, buscando angariar fundos para seu programa. Segundo Souza Araújo (op. cit., p. 488) a instituição não logrou êxito em suas ações.

Ainda em 1928 Alice Tibiriçá proferiu uma palestra na Academia Nacional de Medicina, “O feminismo e o combate à lepra”, na qual lançou as bases para a fundação da Sociedade de Assistência aos Lázaros do Distrito Federal¹⁷⁶, criada oficialmente em julho daquele mesmo ano, na sede da Cruz Vermelha Brasileira. A Sociedade também recebeu apoio da Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas e acabou estabelecendo com esta uma parceria, quando passou a cuidar de dez leproso pobres e respectivas famílias, internados na colônia de Curupaity.¹⁷⁷ As ações da Sociedade

¹⁷⁶ A Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra da Capital Federal contou como presidente e vice-presidente de honra Sophia Pereira de Souza e Eglantina Penteado Prado, respectivamente esposas do presidente e vice-presidente da República. Sua diretoria era formada por Anna Eulália Monteiro de Barros, Laurinda de Santos Lobo, Iveta Ribeiro, Elisa de Abreu, Zita Coelho Netto e Nair R. Cunha (ibid., p. 489).

¹⁷⁷ O Hospital-colônia de Curupaity, instalado em 1922, em Jacarepaguá, era um leprosário sob jurisdição do DNSP destinado ao atendimento da população do Distrito Federal. Seus trabalhos iniciaram em 1928, quando recebeu os leproso internados no Hospital São Sebastião. Em 1934 sua capacidade era de 300

tiveram bastante aceitação, tendo seus eventos beneficentes levantado fundos substanciais para suas obras de assistência, bem como seus eventos de divulgação angariado cada vez mais adeptos para sua causa — a exemplo da criação da Associação do Bennett Pró-Lázarus, formada em 1929 pelas alunas do Colégio Bennett.

Em 1927 uma outra iniciativa de Guilherme Guinle mobilizou tanto os médicos ligados ao DNSP quanto a imprensa carioca: a proposta de criação, no Rio de Janeiro, do Leprosário Guilherme Guinle, voltado para o atendimento exclusivo dos doentes da capital federal. Da reunião em que foi decidida a construção desse asilo-hospital participaram Carlos Chagas, Clementino Fraga — então diretor do DNSP —, Eduardo Rabello, Silva Araújo Filho¹⁷⁸, Heráclides Souza Araújo e o engenheiro-sanitário Souza Aguiar. Foi acordado que o leprosário seria instalado em vasto terreno, que as instalações seriam divididas em duas seções, uma administrativa e outra para doentes, e que haveria pavilhões pequenos, nos moldes do leprosário norte-americano de Carville, em Louisiana (EUA), ocupados distintamente por sexo dos pacientes e formas clínicas da doença. O leprosário seria mantido pelo governo federal.

A imprensa médica e cotidiana deu grande cobertura ao projeto, divulgando sua descrição e chamando a atenção para mais um gesto de benemerência de Guilherme Guinle, que somando-se à Fundação Gaffrée e Guinle e ao Instituto do Câncer da Fundação Oswaldo Cruz deixaria a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas com instalações adequadas para o desenvolvimento de seus trabalhos.

A escolha do local para a construção do leprosário mobilizou a imprensa local, que chegou a anunciar a compra de um terreno, o sítio Morro Azul, por Guilherme

internos e encontrava-se superlotado. Uma matéria do jornal *A Noite* de 4 de junho de 1934 lembrava que a legislação em vigor previa a internação dos doentes por tempo determinado e impedia a circulação dos mesmos entre os estados federativos. O periódico considerava que a gestão de Theóphilo de Almeida naquela colônia a havia transformado em “uma organização modelar de leprosário moderno, quer pelo interesse científico na mais moderna orientação do tratamento, já tendo dado, em tão curto prazo, três altas de cura clínica, quer pela sua organização econômica e sua organização *sui generis*” (*A Noite*, 4 jun. 1934). O que é considerado *sui generis* é o aproveitamento de doentes na lavoura, na abertura de estradas, nos serviços internos e de enfermagem do hospital, enfim, a busca por uma vida bem ‘próxima’ àquela levada extra-muros, com a realização de casamentos e batizados, a existência de pequena indústria e lavoura, atividades de lazer e esporte como futebol, vôlei, música (rádio e vitrola), orquestras dos próprios internos etc. Também ressaltam-se a topografia da colônia e o fato de ser bastante afastada do centro populoso (ibid.).

¹⁷⁸ Souza Araújo, em seu livro *A história da lepra no Brasil*, menciona a presença de Silva Araújo Filho na reunião, mas acredito que ele estivesse se referindo a Oscar da Silva Araújo, que além de filho de Silva Araújo e dermatologista como o pai envolveu-se com as questões da sífilis e da lepra nos anos 1920, e que substituiu Eduardo Rabello à frente da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, em 1927.

Guinle, que seria oferecido ao governo federal para aquele fim.¹⁷⁹ O *Jornal do Commercio*, em edição de agosto de 1927, foi o único a arrefecer o entusiasmo generalizado, ao afirmar que as informações fornecidas à imprensa não eram de todo exatas no que se referia à compra do terreno, mas não deixava de ressaltar o gesto de benemerência do industrial. A matéria afirmava: “O Diretor de Saúde Pública teve do Dr. GUILHERME GUINLE a promessa, a bem dizer espontânea, de fazer em relação à lepra o que tem feito no combate à syphilis e pretende levar a efeito de referência ao câncer.” (apud Araújo, op. cit., p. 513)

A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e a Academia Nacional de Medicina atribuíram menção honrosa à iniciativa. E Eduardo Rabello, na sessão de inauguração da Sociedade de Assistência aos Lázaros do Distrito Federal, afirmava que o leprosário teria uma construção “ao typo das fundações Gaffrée e Guinle” (JC, 23 jul. 1928 apud Araújo, op. cit., p. 515).¹⁸⁰

Apesar de todo o apoio recebido e do oferecimento das verbas, Souza Araújo observava que, a partir do final de 1928, o assunto não mais encontrou eco junto ao governo federal e que posteriormente, em 1952, Guilherme Guinle teria lhe afirmado, em carta, que o projeto não fora adiante porque não se encontrou local apropriado. Para o médico (ibid., p. 516), “O problema da lepra estando apenas aliviado, ainda é oportuna a fundação de um novo leprosário para o Distrito Federal, e de um Instituto de Leprologia no qual o benemérito GUILHERME GUINLE poderá aplicar o seu prometido e muito anunciado donativo”.

A cobertura sobre a abertura do leprosário na imprensa cotidiana criou uma opinião pública favorável, chegando a questão da lepra a figurar no inquérito proposto por Assis Chateaubriand em janeiro de 1927, para homenagear as ações de Guilherme Guinle — os Hospitais Gaffrée e Guinle e do Câncer. Contudo a ênfase dos discursos

¹⁷⁹ O periódico carioca *O Jornal* anunciou, em agosto de 1927, que procuravam-se terrenos nas regiões do Bomfim, Cerro Azul, Sacra Família e Triunfo. Posteriormente informou, assim como o jornal *O Globo*, a compra do sítio Morro Azul.

¹⁸⁰ O projeto do asilo-hospital Leprosário Guilherme Guinle ficou a cargo do engenheiro sanitário Souza Aguiar. Pelo projeto acertado, “O terreno seria dividido em cruz por duas grandes avenidas, à direita da entrada ficariam as seguintes construções: 1 – A casa do Médico residente; 2 – A casa da administração com sobrado para moradia do administrador e outros empregados; 3 – A casa de morada dos enfermeiros e outros empregados subalternos; 4 – A cozinha-refeitório da administração; 5 – a creche; 6 – O Instituto de Pesquisas; 7 – O Hospital; 8 – O desinfectório e incinerador. [//] No lado esquerdo ficariam: 1 – A portaria; 2 – Jardim; 3 – Campo de jogos; 4 – Posto médico; 5 – Igreja e 6 – O Cine-teatro. [//] No centro haveria uma praça ajardinada, com coreto para concertos. [//] Seguindo-se à direita os pavilhões femininos e casas de casais e à esquerda, os pavilhões dos homens celibatários. Entre esses dois grupos de construções residenciais ficariam a cozinha e refeitório gerais. [//] Junto à creche haveria uma escola de alfabetização, artes e ofícios e junto ao posto médico o pavilhão de observação. Um pequeno hospital com duas alas, uma para cada sexo, tendo no centro a farmácia.” (ibid., p. 512-3)

centrou-se na ação profilática contra a doença. Azevedo Sodré, professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e antigo prefeito do Distrito Federal, afirmava ser impossível desenvolver campanha eficiente contra a sífilis, tuberculose, lepra e câncer sem elementos essenciais e de custo elevado (*O Jornal*, 20 jan. 1927).

Foi nessa mesma época que Carlos Chagas iniciou entendimentos com a Liga das Nações para a criação do Centro Internacional de Leprologia (CIL). E até a sua inauguração, em 1934, muito pouco se havia avançado no tratamento e na profilaxia dessa doença. Por ocasião da cerimônia de inauguração do CIL, no Palácio do Itamaraty, Carlos Chagas fez um balanço dos estudos da lepra, bem como de sua profilaxia:

“O methodo prophylactico actual, mesmo applicado com todo o rigor da technica moderna, mesmo executado sem falhas ou esmorecimentos, não attende ás exigências humanas, neste vasto capítulo da medicina preventiva. Pesquisas epidemiológicas, indagações etiopathogenicas, estudos de immunologia e, principalmente, novos inventos curativos, constituem um vasto programma de estudos, a ser executado, em larga cooperação intellectual, por todos os países cultos.” (JC, 21 abr. 1934)

Em seu discurso, Chagas tanto deixava entrever as incertezas que ainda cercavam a doença, como apontava para o papel relevante de que o CIL estava sendo investido — graças à cooperação internacional mas sob a liderança do IOC —, o de gerador de conhecimentos. Manguinhos teria, assim, reforçado seu papel à frente das questões de saúde pública, em um momento em que os ventos começavam a soprar para outra direção.

O CIL, inaugurado em 20 de abril de 1934, tinha entre seus objetivos o desenvolvimento da profilaxia da lepra, a partir de pesquisas epidemiológicas, clínicas e biológicas e deveria destinar atenção especial ao tratamento. Também visava promover, por meio do ensino, a cooperação universal na luta contra a doença. Sua subvenção ficaria a cargo do governo federal e do legado de particulares. Originalmente sua atuação estaria restrita ao Distrito Federal e ao Rio de Janeiro, mas no mesmo ano de sua inauguração os estados de São Paulo e Minas Gerais se mostraram interessados em formar parcerias.

Sob a lógica do federalismo ainda vigente e com caráter internacional, o CIL foi criado sob os auspícios da Liga das Nações. Sua verba inicial seria resultado de contribuições equivalentes do governo federal e de Guilherme Guinle, destinadas

basicamente ao pagamento de funcionários Carlos Chagas Filho (op. cit.) afirmou, ao contrário, que o Centro foi totalmente subvencionado por Guilherme Guinle, porém os documentos consultados indicam uma clara divisão de atribuições entre o empresário e o governo (cf. ACCF, DAD/COC).

O Centro era dirigido por um Conselho formado por sete membros: o presidente, Guilherme Guinle, designado pelo governo brasileiro; o diretor do DNSP Belisário Penna; o diretor do IOC Carlos Chagas; um membro indicado pela Secretaria Geral da Sociedade das Nações, Etienne Burnet; e três representantes de países da América do Sul, nomeados pelo Conselho de Administração e aceitos pelos diretores do DNSP e do IOC — Eduardo Rabello, professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro; Pedro Baliña, professor da Universidade de Buenos Aires; e Alexandre Herrera Restrepo, diretor do Serviço Nacional da Lepra da Colômbia. Percebe-se pela composição desse Conselho uma grande proximidade do CIL com o grupo da Inspetoria de Profilaxia de Lepra e das Doenças Venéreas, então chefiado de Eduardo Rabello, e o corpo médico do Hospital Gaffrée e Guinle. De fato, tal afinidade não se resume à presença de Chagas e Rabello na idealização e gestão do projeto, ou à atuação de Guilherme Guinle como patrocinador; entre os médicos auxiliares do Centro constava o nome de Henrique de Moura Costa, irmão de Gilberto de Moura Costa, o primeiro diretor do Hospital Gaffrée e Guinle, e que seria diretor do hospital na década de 1940.

Outro ponto a destacar é que Guilherme Guinle não participou dessas instituições apenas como patrocinador, mas foi um membro ativo delas, tomando parte nas discussões e decisões, a exemplo de suas intervenções na Fundação Oswaldo Cruz, narradas no capítulo anterior, no Leprosário e no próprio CIL. A primeira reunião deste Centro ocorreu em janeiro de 1934 na sede da Companhia Docas de Santos e contou com a presença, além do próprio Guilherme Guinle, de Carlos Chagas, Etienne Burnet, Eduardo Rabello e Raul de Almeida Magalhães¹⁸¹. Na ata dessa reunião narra-se uma divergência entre Carlos Chagas e seu amigo Guilherme Guinle, no tocante à feição a ser dada ao Centro. O primeiro advogava que o CIL deveria ter profissionais inteiramente dedicados a ele, mas acabou prevalecendo a proposta de Carlos Chagas, que defendia um quadro formado por pesquisadores do IOC, à exceção dos médicos auxiliares.

¹⁸¹ Raul de Almeida Magalhães considerado, pela família, um amigo bem próximo a Guilherme Guinle (cf. DMCPM).

O CIL, instalado no Pavilhão de Medicamentos Oficiais de Manguinhos, contaria com quatro seções: Pesquisas Imunológicas e Clínica, para a qual foi convidado Heráclides César de Souza Araújo e que deveria contar com dois ajudantes; Química Fisiológica, que estaria a cargo de José Carneiro Felipe, com direito a um ajudante; Imunologia, tendo à frente José da Costa Cruz, também com um ajudante; além da seção que seria dirigida por Henrique de Beaurepaire Aragão (ACCF, caixa 8, maço 3). Carlos Chagas Filho (op. cit.) comenta que, para melhor equipar o Centro, seu pai montou um Laboratório de Síntese Orgânica no IOC, para o qual convidaram-se dois cientistas estrangeiros, H.I. Cole, especialista em química orgânica de síntese, e L. Hamilton, professor de farmacologia da Universidade de San Francisco.

A imprensa carioca corrente deu ampla divulgação ao CIL, após o governo brasileiro ter acertado oficialmente a sua criação com a Liga das Nações, em dezembro de 1933. Desde então foi grande a cobertura acerca do Centro, de sua inauguração e seu funcionamento, além de freqüentes elogios à atitude de Guilherme Guinle. Periódicos como *A Noite*, *Diário Carioca*, *Revista da Semana* e *Lavoura Mineira* anunciaram a assinatura do acordo em Genebra; *A Noite*, a *Revista da Semana* e o *Jornal do Commercio* noticiaram a cerimônia de inauguração; e *A Noite*, *Jornal do Commercio* e *O País* acompanharam seus primeiros trabalhos.¹⁸²

As primeiras notícias divulgadas nos jornais tinham basicamente o mesmo teor. Destacavam o objetivo do CIL — o desenvolvimento de estudos que contribuíssem para a prevenção da doença e, notadamente, o seu tratamento — e a formação de profissionais em cursos de especialização para se engajar nos trabalhos. O jornal *A Noite* (4 dez. 1933) anunciava: “O Corpo Governamental do Centro de Lepra inclui personalidades eminentes, como Sir George Buchanan, cirurgião-geral H.S. Cumming, professor Ricardo Jorge, Sra. Janet Campell, Dr. J.J. Jotta, professor A. Lutrario, professor Leon Bernard e professor Bastianelli.”¹⁸³

O *Diário Carioca* de 7 de dezembro de 1933 mencionava a disseminação da doença nos estados do Norte, Centro e Sul do país e a ineficácia das ações então em curso, sem metodologia efetiva e carente de recursos, e concluía que somente uma campanha organizada poderia dar algum resultado. Chamava a atenção também para as

¹⁸² Agradeço especialmente o Núcleo de Investigação em Memória da Saúde/Instituto da Saúde (São Paulo), por disponibilizar o arquivo Alice Tibiriçá, onde localizei todas as notícias veiculadas na imprensa referentes a ele.

¹⁸³ Não foi localizada nenhuma informação sobre esse grupo na documentação referente ao CIL sob a guarda do DAD/COC-FCCF.

iniciativas beneméritas tanto de particulares quanto da administração pública que aconteciam sobretudo em São Paulo e que visavam, mesmo que intermitentemente, melhorar o atendimento do que se considerava uma “tremenda questão nacional”.

Já o periódico *O País*, em 5 de junho de 1934, frisava que o CIL se encontrava estruturado e com as instalações no Hospital-colônia de Curupaity prontas. Elencava o pessoal médico contratado, entre os quais, além dos citados anteriormente, encontravam-se Penido, Theóphilo de Almeida, H. Portugal e Ferreira da Rosa, “afora o pessoal do subcentro de Minas, com sede na Colônia de Santa Isabel, próximo a Belo Horizonte” — o que parece indicar que o interesse de São Paulo e Minas Gerais em firmar parcerias com o Centro, mencionado no documento de criação deste, fora efetivado pelo menos em parte.

O jornal *A Noite* de 4 de junho de 1934 descrevia em detalhes tanto o Hospital-colônia de Curupaity quanto o pavilhão construído para abrigar a Seção de Clínica e Terapêutica do CIL. Na matéria lê-se:

“Nesse novo pavilhão, do typo sanatório, e de dois pavimentos, com quartos para dois e para quatro doentes, com capacidade para cinquenta doentes, amplas varandas, salão de refeições, sala, sala de diversões e de leitura, estão installados no andar térreo, o consultório clínico e uma sala de tratamento, de exames, e de colheita de material, onde serão recebidos ou internados os doentes de lepra, de preferência os casos recentes ou casos incipientes, contagiantes.”

A última notícia divulgada na imprensa sobre o CIL transcrevia integralmente o decreto do Governo Provisório que reconhecia a instituição como fundação autônoma e de utilidade pública¹⁸⁴, e publicavam-se os estatutos do Centro (JC, 12 jun. 1934). Este reconhecimento possibilitaria ao CIL gozar de imunidades diplomáticas — que seriam determinadas *a posteriori*. O decreto também definia a dotação orçamentária da União para o Centro. Já a apresentação dos estatutos não acrescenta maiores dados sobre o funcionamento do Centro, a não ser a indicação de que relatórios anuais seriam elaborados pelo Conselho de Administração e entregues ao Conselho da Sociedade das Nações e ao governo brasileiro para, posteriormente, serem encaminhados a todos os membros da Sociedade das Nações.

¹⁸⁴ Sobre a figura da utilidade pública, o decreto estabelecia um prazo de cinco anos, a ser postergado em comum acordo entre as partes.

Apesar da estrutura montada e da boa aceitação por parte da opinião pública e de organismos internacionais, o CIL não teve vida longa. Chagas Filho (op. cit.) afirma que o Centro não sobreviveu à morte de seu criador e líder — Carlos Chagas. O certo é que além dos documentos referentes à sua criação e das notícias publicadas até junho de 1934, mais nenhuma palavra é dita a seu respeito, nem mesmo sobre o encerramento de suas atividades. Em todo caso, devido às estreitas ligações do CIL com o IOC, a pesquisa sobre a lepra continuou sendo desenvolvida em Manguinhos, tendo à frente Heráclides César de Souza Araújo. E não obstante todos os esforços realizados nas décadas de 1920 e 1930, uma ação mais organizada de tratamento e profilaxia da lepra só aconteceria após 1937, já no Estado Novo, com a Reforma Capanema, e mais intensamente com a criação do Serviço Nacional da Lepra em 1942.

6.2 Questões do tempo

A década de 1920 viveu profundas transformações tanto na vida cultural do país como na sua política, e os questionamentos do pacto federalista, sobretudo acerca das questões de saúde pública — como foi demonstrado no capítulo 3 — podem ser entendidos como um dos pontos das mudanças que então se delineavam.

No contexto político vale mencionar a crise do pacto oligárquico, que regeu a política da Primeira República e era baseado na chamada política dos governadores, em que os estados de São Paulo e Minas Gerais se dividiam na condução do poder neutralizando a oposição existente. Na década de 1920 os grupos dominantes começaram a mostrar sinais de dissensões e enfraquecimento, ao mesmo tempo que cresciam o pleito por maior participação na vida política, por parte dos chamados setores urbanos, e o descontentamento dos militares. O ano de 1922 foi particularmente emblemático desse processo. Ao lado das comemorações do Centenário da Independência, com a Exposição Universal, surgia o Partido Comunista Brasileiro (PCB) e iniciava-se movimento tenentista.

Ainda nessa década realizou-se a Semana de Arte Moderna, cuja tônica foi a busca pela estética e valorização do nacional, com ênfase na vida urbana e em suas ‘modernidades’: a eletricidade, o automóvel, o bonde e o cinema. O movimento modernista teve diversas traduções, e conviviam propostas de repúdio e de reverência

ao passado. Observe-se que no mesmo ano da Semana de Arte Moderna (1922) criava-se o Museu Histórico Nacional, com o objetivo preservar a memória nacional.

Como se verá adiante, as transformações vividas no início da década de 1930 deram especial relevo à cultura popular e nacional, e o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), criado nesse período, teve papel preponderante na condução desse processo.

A década presenciou também o primeiro questionamento político, através das urnas, do pacto oligárquico, quando alguns estados considerados de ‘segunda grandeza’ — Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Bahia e Pernambuco —, além do Distrito Federal, lançaram como candidato à Presidência da República o político fluminense Nilo Peçanha. Ainda que as urnas tenham garantido a manutenção da República do Café-com-leite, a candidatura de Nilo Peçanha colocava em xeque o federalismo vigente, uma candidatura de âmbito nacional que se contrapunha aos interesses regionais. O movimento de 1930 que levou Getúlio Vargas ao poder foi também fruto do questionamento que se acirrou ainda mais em 1929, com o lançamento da candidatura do paulista Julio Prestes, por São Paulo, para a sucessão do também paulista Washington Luiz.

As divergências latentes entre os estados dominantes na política nacional permitiram a candidatura de Getúlio Vargas à Presidência da República, apoiado pelos estados do Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Paraíba, e deste último foi indicado o candidato à vice-presidente, João Pessoa. Tal como em 1922, as urnas deram a vitória ao candidato da situação, Júlio Prestes, porém o assassinato de João Pessoa em 1930 mudaria os rumos dessa eleição. Apesar de ter sido morto por motivos passionais, o político paraibano foi alçado a mártir do movimento dissidente, conseguindo agregar a este importantes quadros do Exército. Muito mais do que a vitória de um determinado grupo, o sucesso desse movimento tem sido visto como resultado da combinação de diversos interesses:

“Mesmo entendendo-se que o movimento militar de 1930 não pode ser definido como uma revolução, no sentido de um movimento que altera profundamente as relações sociais existentes, admite-se que ele inaugurou uma nova fase da história do país, ao abrir espaço para profundas transformações. O enfraquecimento da oligarquia cafeeira, o fortalecimento dos setores urbano-industriais, as pretensões políticas dos estados de segunda grandeza, o descontentamento militar, enfim, todo esse conjunto de fatores conduziu à articulação de um novo pacto político. Foi nesse

contexto que Getúlio Vargas assumiu o poder, situando-se como uma espécie de árbitro dos conflitos” (Ferreira & Sarmiento, 2002, p. 462).

O período de 1930 a 1937 foi marcado por uma atuação centralizadora do Estado, sobretudo no que tange aos assuntos de ordem econômica e no campo social, sem no entanto romper com o pacto federalista. E uma das grandes mudanças do governo Vargas no campo da saúde e da assistência foi a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, em 1930.¹⁸⁵

A instauração do Estado Novo em 1937 resultou do conflito de forças políticas que defendiam diferentes projetos políticos. O novo regime estabeleceu a proeminência da União sob os estados, pondo fim ao federalismo vigente desde 1889. O período pode ser traduzido pela “valorização das esferas técnicas, tidas como instâncias de expressão pública modernas e despolitizadas, representadas pelos conselhos técnicos, os órgãos consultivos e as autarquias” (ibid., p. 470), e esta foi também a marca do MESP na gestão de Gustavo Capanema (1934-1945).

Antiga bandeira dos reformistas da saúde desde os anos 1910, o MESP passou para a sua alçada o DNSP, que continuou como órgão gestor das políticas de saúde tal como fora instaurado na Reforma de 1920. Outra reforma só seria iniciada em 1934, efetivando-se de fato apenas em 1937.¹⁸⁶ O primeiro a assumir o cargo de ministro da Educação e Saúde Pública foi o mineiro Francisco Campos (1891-1968), que esteve à frente de reformas universitárias e do ensino médio. A Belisário Penna coube a direção do DNSP. Para Belisário Penna, homem engajado e um dos principais líderes do movimento sanitarista dos anos de 1910, sua passagem pelo DNSP deve ter sido decepcionante, sobretudo por não ter conseguido cumprir a agenda de ações do Departamento por falta de recursos.¹⁸⁷

Gilberto Hochman (2001) ressalta que, em seus primeiros quatro anos de funcionamento, o MESP refletiu a instabilidade política que marcou o Governo Provisório. Essa instabilidade teve conseqüências diretas na vida do IOC: em 1930 o

¹⁸⁵ Restrinjo-me, neste estudo, às transformações por que passa a questão da saúde pública nesse período.

¹⁸⁶ Nesta reestruturação, o DNSP passou a ser responsável pelos serviços de saúde sob a jurisdição do MESP. Foi dessa época a organização dos hospitais gerais a cargo da União, a remodelação dos serviços sanitários do Distrito Federal, a instituição dos Centros de Saúde e a completa nacionalização das ações de saúde pública. O DNSP contava então com quatro divisões: Saúde Pública, Assistência Hospitalar, Assistência aos Psicopatas, e de Amparo à Maternidade e à Infância. Em 1941 houve uma reestruturação do Departamento e foram criados os Serviços Nacionais da Tuberculose, da Lepra, da Peste, da Febre Amarela, da Malária e o de Águas e Esgotos (AH, 1942, p. 170-1).

¹⁸⁷ Belisário Penna chegou a assumir interinamente por duas ocasiões o MESP.

Instituto deixou a alçada do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, ao qual estivera subordinado desde a sua criação, e passou para a jurisdição do MESP como Departamento de Medicina Experimental. Mas Carlos Chagas conseguiu revogar a medida, mantendo o IOC diretamente subordinado ao ministro Francisco Campos.

No MESP a situação se alterou com a nomeação de Gustavo Capanema (1900-1985) para a pasta e com a reforma iniciada em 1935 e implementada dois anos depois, que deu ao Ministério uma nova estrutura administrativa e uma nova denominação, Ministério da Educação e Saúde (MES). A reforma “definiu rumos para a política de saúde pública, reformulando e consolidando a estrutura administrativa do ministério e adequando-a aos princípios básicos que haviam definido a política social do Estado Novo” (ibid., p. 135).

Desenhada por Capanema, a Reforma da Saúde Pública deslocou, a princípio, o IOC para a área da educação — que o ministro privilegiava por entendê-la estratégica para pôr em prática seu projeto de construção nacional —, sob a justificativa da necessidade de se criar, no Brasil, um sistema universitário qualificado, corporificado na proposta de criação da Universidade do Brasil. A transferência do IOC para a área da cultura valorizava a pesquisa experimental por ele desenvolvida e pelo seu Curso de Aplicação, ao mesmo tempo que o afastava das questões de saúde pública, cujos laços foram constituídos em sua origem. Para a gestão da saúde pública era criado o Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP), proposto por emenda em 1936 e cuja atribuição seria o combate às endemias, uma antiga atribuição do IOC. O INSP foi estruturado em 11 seções: Administração Sanitária, Bioestatística, Higiene no Trabalho, Higiene Mental, Eugenia, Engenharia Sanitária, Crenologia Febre Amarela e Malária, Lepra, Tuberculose, Doenças Transmissíveis. Apesar de defendida pelo sanitarista João de Barros Barreto, que assumiria em 1937 o Departamento Nacional de Saúde (DNS), antigo DNSP, a medida foi amplamente criticada¹⁸⁸, sobretudo por seu caráter burocrático e por deixar de fora questões importantes como as doenças venéreas e o câncer. Em 1937 o INSP foi extinto pelo ministro Capanema.

Extinto o INSP, Manguinhos, que no início das discussões da Reforma Capanema, em 1935, ganhara contornos que o aproximavam da pesquisa universitária, acabou mantendo sua tradicional vocação para atividades com aplicação na área de saúde pública. Porém sua atuação ficou restrita à saúde humana, impossibilitando-o de

¹⁸⁸ Gustavo Capanema submeteu a proposta à apreciação de alguns médicos, dentre os quais Raul de Almeida Magalhães, Gustavo Leal, Jansen de Melo, Carlos de Sá e Ernani Agrícola.

prossequir as pesquisas veterinárias iniciadas por Oswaldo Cruz em 1906.¹⁸⁹ A reafirmação dessa tradição acarretou uma mudança na sua posição no organograma do Ministério: do Departamento Nacional da Educação o IOC passou a subordinar-se ao Departamento Nacional da Saúde (DNS). Ferreira et alii ([s.d.], p. 25) assinalam que toda essa discussão acerca da situação do IOC no Ministério é reveladora da mudança na relação entre o Instituto e o governo: de um lado, seria uma evidência de que o IOC não conseguia discutir ou defender seu próprio projeto institucional; por outro, e a despeito de uma falta de consenso sobre o seu papel, ele teria conseguido afinal manter sua vocação de instituição voltada para a saúde pública.

Também durante o Estado Novo acentuou-se a demarcação do campo profissional entre médicos voltados para a clínica e sanitaristas, estes últimos formados nos cursos de higiene do Instituto Oswaldo Cruz ou mesmo nas faculdades de Medicina. O período se caracteriza igualmente por um forte intercâmbio com universidades norte-americanas — em que se destaca o curso de Higiene e Saúde Pública da Johns Hopkins University — e pela presença crescente da Fundação Rockefeller no país, seja em campanhas contra a febre amarela (1930) e a malária no Nordeste (1938), ou na instalação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado em 1942, no auge da Segunda Guerra Mundial.¹⁹⁰ Foram tempos de centralização das ações de saúde e saneamento, a partir das diretrizes propostas pelo MES.

Por outro lado, duas características ressaltadas pela historiografia acerca da atuação de Capanema no MES são a participação de intelectuais naquele órgão e a configuração nele de um ‘mecenato de Estado’, a congregar uma grande variedade de áreas de atuação. Para Helena Bomeny (2001), a presença de intelectuais era importante para a construção do Estado nacional, sobretudo no que concerne às políticas de proteção social, aí incluídas as questões de saúde, educação, cultura e patrimônio, em torno das quais esses personagens elaborariam projetos e sugestões que permitissem o alcance dos objetivos propostos pelo Ministério.

A autora destaca que essa política se consolidou em 1934, mas já estava sendo gestada desde os anos 1910. Sobre a educação, Bomeny (id.) recupera o movimento de

¹⁸⁹ Atendendo a solicitações de pecuaristas mineiros a Oswaldo Cruz, em 1906 o IOC começara a pesquisar e produzir vacinas de uso veterinário, notadamente a vacina da manqueira, doença que dizimava até 80% do rebanho bovino.

¹⁹⁰ Segundo Gilberto Hochman (2001, p. 144), o “Sesp se constituiu como órgão autônomo do Ministério da Educação e Saúde, subordinado diretamente ao ministro Gustavo Capanema, tendo o superintendente desse serviço total liberdade para determinar as diretrizes de atuação a serem implementadas”. A influência norte-americana no Sesp se deu, sobretudo, nos primeiros anos, tendo diminuído à medida que se formou um corpo técnico brasileiro.

educadores reformadores, reunidos em torno da Associação Brasileira de Educadores (ABE)¹⁹¹, que atribuíam ao analfabetismo o atraso do país e conclamavam uma intervenção do Estado na área. Quanto à cultura ela lembra o papel de Mário de Andrade, que percorreu o país “recolhendo, catalogando, classificando e valorizando os bens simbólicos e matérias com o propósito de realçar a originalidade brasileira espalhada por todo canto do regional” (ibid., p. 18). Bomeny também resgata o ideário do movimento sanitarista, que durante a década de 1910 responsabilizava a doença do povo brasileiro pelo atraso nacional, conforme abordado no capítulo 3. Dessa forma, para a autora (id., p. 19), “a construção da sociedade estava pendente da idéia de construção de um Estado que a incorporasse e que sustentasse seu vôo em áreas e espaços fundamentais da convivência social”.

Bomeny (id.) também aborda a diferença entre a experiência norte-americana e a latino-americana, em particular a brasileira. No primeiro caso, as relações de mecenato se estabeleceram no seio da sociedade civil, uma vez que a presença do Estado nesse assunto era malvista pela sociedade, ao passo que no segundo caso haveria uma desconfiança com relação os interesses da esfera privada, o que no Brasil poderia ser atribuído ao excessivo localismo das questões políticas, exacerbado pelo mandonismo e coronelismo, características da política brasileira das primeiras décadas da República. Meu propósito ao mencionar o estudo da autora, mais do que destacar a diferença por ela indicada, é assinalar dois pontos que, a meu ver, explicariam melhor a relação de mecenato que então se configurava no país. O primeiro é levantado pela própria Bomeny, quando entende como necessária a presença de intelectuais das mais diversas áreas — como Mário de Andrade, Carlos Drummond de Andrade, Lúcio Costa e Heitor Villa-Lobos — para dar corpo e forma ao projeto de nação que estava sendo construído, como peças de uma mesma engrenagem. O segundo ponto refere-se ao próprio conceito de mecenato, segundo o qual a vida urbana é capital para sua existência e a valorização do gesto está sempre presente — daí a construção de um palácio, uma decoração ou a encomenda de uma pintura revelarem tanto o seu criador quanto quem as encomenda. Este tipo de relação surge com mais força ainda no início da República Velha, e entre

¹⁹¹ A ABE congregou um grande e diversificado grupo de educadores — médicos, engenheiros, jornalistas, professores etc. —, com diferentes experiências e propostas para a educação no país. Mesmo com divergências internas, às vezes mesmo propostas antagônicas, seus membros não só buscaram consolidar a educação nacional, mas através dela consolidar as idéias de povo e nação. Entre os integrantes da ABE estavam Miguel Ozório de Almeida, Branca Ozório de Almeida Fialho, Vicente Licínio Cardoso e Fernando Laboriau.

seus vários exemplos talvez seja paradigmático o de Guilherme Guinle, conforme salientado do capítulo 2.

Outro autor que discute o mecenato de Estado no período varguista é Sérgio Miceli (2001), porém sob uma nova perspectiva. Este autor considera que os intelectuais, na condição de “presas da máquina do Estado e, ao mesmo tempo, desejosos de se livrarem dos cerceamentos que costumam tolher os praticantes de uma arte e uma literatura oficiais, eles resolveram esse dilema cedendo ao encanto de justificações idealistas” (ibid., p. 216). Tal afirmativa vale um comentário: a relação de mecenato — mesmo aquele de natureza oficial — sempre pressupõe a encomenda de um trabalho e a interação entre mecenas e artista, logo os “cerceamentos” são inerentes a esta relação.

Da mesma forma, a presença dos intelectuais na engrenagem estatal assegurava-lhes prestígio junto ao mercado editorial, quem sabe ou era mesmo considerado um passaporte para o ingresso na Academia Brasileira de Letras (ABL), como propõe o autor. Para Miceli (id.), o pertencimento ao alto escalão do governo Vargas entre 1930 e 1945 era fundamental para o ingresso na ABL, inclusive devido à rede de influências que eles dali podiam acionar, sendo preteridos aqueles que concorriam pelo mérito de sua obra. Entre os citados pelo autor figura Miguel Ozório de Almeida, qualificado como médico, diretor do DNSP (1934), além de professor e delegado brasileiro no Instituto Internacional de Cooperação Intelectual. As generalizações que Miceli empreende levam, entretanto, a distorções. Na biografia de Miguel Ozório a sua efêmera passagem pelo DNSP pode ser considerada quase como um acidente. Ele foi membro fundador da ABE, um batalhador da vulgarização da ciência, membro da Liga das Nações e, posteriormente, participou da fundação da UNESCO. A rede da qual esse cientista fazia parte, portanto, ultrapassava muito, em alcance e complexidade, a esfera do MESP, e seus múltiplos engajamentos como membro da ABE, da Academia Nacional de Medicina, da Academia Brasileira de Ciências, da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, entre outras entidades, o qualificavam como um intelectual pleno. Portanto não creio que ele possa ser identificado como um dos “médicos fascinados pela atividade literária” (ibid., p. 218).

Certamente Miguel Ozório de Almeida pode ser inserido no grupo de médicos, poetas, arquitetos e outros profissionais que, como sugere Helena Bomeny (op. cit.), estavam acima de tudo engajados em projetos de construção nacional e encontraram na proposta do Estado varguista uma possibilidade de realização de suas idéias. Tal como

na relação entre Carlos Chagas e Guilherme Guinle, pode-se dizer que esse período se caracterizou pelo encontro de um projeto governamental de construção nacional com projetos específicos de grupos de intelectuais e outras personalidades atuantes.

Como foi salientado, os anos 1930 foram propícios para as relações de mecenato, tanto de Estado — representado pelo próprio MES — quanto de ações individuais. As regras que regem uma e outra modalidade são rigorosamente as mesmas, pois ambas precisam, para se desenvolverem, da ligação estreita entre mecenas e protegidos e do palco da urbanidade. Assim, pode-se afirmar que os laços instaurados entre o ministro Capanema e os intelectuais que passaram a depender econômica e simbolicamente de seu Ministério também integram esse tipo relação.

Roger Chartier (1993) observa que o mecenato monárquico na França seiscentista constituiu um dos grandes dispositivos pelo qual o Estado manteve a produção cultural e nela investiu. Este foi igualmente um dos objetivos da política cultural posta em prática por Capanema. Outro aspecto do mecenato de Estado apontado pelo historiador francês é que ele tende a diminuir a presença dos mecenas privados. De fato, no período varguista o mecenato de Estado foi em geral mais enaltecido do que a atuação dos mecenas privados, e no Rio de Janeiro, capital administrativa do país e portanto sob domínio maior do Estado do que as outras cidades brasileiras, esta presença se fazia ainda mais evidente.

Há entretanto peculiaridades na história política do Rio de Janeiro sobre as quais se deve ponderar, na análise do mecenato que ali se realiza durante a década de 1930. José Murilo de Carvalho (1986) afirma que, na virada do século XIX para o XX, a capital republicana tinha ainda aspectos da cidade colonial, concebida nos padrões cristãos pré-reformistas, quando passou pelo impacto da abolição da escravidão e da proclamação da República. Tais processos inseriram elementos do liberalismo e acabaram por levar ao rompimento com o sistema integrativo característico da monarquia, sem que se tivesse ainda incorporado o sistema associativo do Estado liberal. Logo, para Carvalho (id.), a cidade daquela época não pode ser entendida sob uma única perspectiva. Por conviverem na cidade um e outro ideário, penso que se pode relativizar a afirmativa de Chartier sobre a preponderância ali do mecenato de Estado. O momento em que o Estado se apresenta como gestor da cultura nacional foi, talvez, o mais fértil das relações entre protetores particulares e protegidos, ou pelo menos o tempo em que elas estiveram mais exacerbadas. Em todo caso, deve-se considerar que

“avant d'être une technique de gouvernement, le mécénat (...) est d'abord un art, un art du jugement” (Fumaroli, 1985, p. 9), e que Estado e mecenas privados não se anulam.

A presença forte do Estado como mecenas da cultura no Brasil no período pós-1930 não diminuiu o mecenato individual no país. Pelo contrário; estudos recentes — como os já apontados ao longo deste trabalho — apontam para o incremento e a grande movimentação de mecenas e protegidos, e o incentivo à ciência, à prática científica não ficou alheio a esse movimento.

6.3 O mecenato científico de Guilherme Guinle

De forma geral, pode-se afirmar que o mecenato científico

“ne doit pas être confondu avec ce qu'on peut appeler l'animation de la vie scientifique — laquelle ne se confond pas non plus exactement avec la pratique de la science. (...) On ne peut parler de mécénat qu'au cas où une aide matérielle, principalement pecuniaire, est accordé aux hommes de science: assurance du vivre et du couvert, octroi de subventions où de pensions, prise en charge des frais de la recherche” (Mesnard, op. cit., p. 107).

Outra especificidade desse tipo de mecenato é a necessária existência de uma comunidade científica, agrupada em torno de Academias e Universidades¹⁹². Na Itália do século XVI houve, sem dúvida, um grande crescimento da ciência, sobretudo após a criação da Academia dei Lincei, em Veneza, seguida pela Academia del Cimento, de Florença, inspirada na congênere veneziana, ambas erguidas e mantidas por mecenas.

A criação da Académie des Sciences francesa em 1702, no auge do reinado de Luiz XIV, considerado comoum período fértil do mecenato real de que trata Roger Chartier (op. cit.), é considerada por este “*la constitution d'une institution royale par capture (et ici centralisation) d'une pratique intellectuelle du paravant disseminé entre plusieurs sociétés informelles et privés*” (ibid., p. 351). Como instituição real, ela estava imbuída de um duplo papel, promover a descoberta científica e honrar o rei, e seu

¹⁹² Isto não significa que não houvesse ajuda a pesquisas em períodos anteriores às Academias; apenas entendem-se tais ações como dirigidas muito mais a indivíduos, como o prova o fato de as recuperamos nas dedicatórias das obras publicadas.

sucesso muito dependia da relação dos acadêmicos com seus protetores e seus intermediários.

A historiografia da ciência tem se dedicado cada vez mais a estudos de casos paradigmáticos de mecenato científico. Um bom exemplo é o trabalho de Mario Biagioli (1993) sobre a relação de Galileu Galilei com a família Médici, pautada mais no prestígio e na proteção do que na questão financeira. Outro estudo sobre o tema é o de E. Spary ([s.d.]) sobre o *Jardin du Roi*. Já Dominique Pestre (2003) propõe uma nova perspectiva para a interpretação da história da ciência, baseada no que denomina ‘*régimes de savoir*’. Este autor afirma que há muito tempo os cientistas imergiram na rede formada pelas duas únicas estruturas existentes de formação de conhecimento, as academias e as universidades. Assim,

“la science a toujours été produite dans des lieux et sous des patronages très variés — les universités certes, mais aussi les académies de l’époque moderne (qui peuvent être très liées aux pouvoirs temporels), les cours princières, les institutions militaires et les écoles d’ingénieurs, des contextes populaires, artisanaux ou industriels” (ibid., p.19).

Dito de outro modo, o mecenato das cortes principescas dava o suporte necessário à legitimação das proposições dos novos filósofos, bem como à afirmação da nova identidade socioprofissional que se buscava criar (Biagioli, 1995). Outras formas de patrocínio e incentivo à pesquisa iam se configurando, e a criação das Academias científicas representou uma nova etapa desse processo. Os diferentes códigos de etiqueta que as regiam tiveram papel importante nos protocolos de produção de conhecimento, de determinação de autoria e de comunicação científica.¹⁹³

Mencionei anteriormente que no século XVII a produção cultural francesa foi marcada pelo patrocínio estatal, em um contexto em que, segundo Chartier (op. cit., p. 345) “*Se réservant des pouvoirs auparavant partagés entre plusieurs autorités, supplantant ses possibles concurrents, s’emparant des initiatives spontanés, la monarchie française établit une emprise sur la vie intellectuelle et artistique qui est sans doute sans équivalent en Europe*”. O autor (id.) chama a atenção também para um movimento inverso, a abertura de Associações livres e privadas, espaços de crítica e criação autônoma. Recorde-se, porém, que mesmo as Academias não escaparam da

¹⁹³ No artigo publicado nos *Annales* de 1995, Biagioli trabalha com as etiquetas próprias da Academia del Cimento florentina, da Académie des Sciences francesa e da Royal Academy britânica, buscando comparar suas formas de civilidade, sociabilidade e formação de conhecimento científico.

centralização monárquica, a exemplo da Academia de Letras da Academia de Ciências de Paris que, cada uma a seu modo, representaram a centralização do saber. As pequenas academias provinciais também eram devedoras do patrocínio real, tornando-se assim porta-vozes da celebração da monarquia e agradecendo o patrocínio do soberano com a sua glorificação (ibid.).

O trabalho de Mario Biagioli (1993), *Galileo Courtier*, traz nova luz sobre a vida de Galileu. Biagioli afirma que a presença freqüente de Galileu na corte dos Médici foi fator preponderante para o desenvolvimento de seus estudos astronômicos, que culminaram nas descobertas de 1609-1610. Esta ‘socialização’ permitiu que Galileu tomasse conhecimento da mitologia em torno da família Médici e a usasse, jogasse com ela para divulgar suas descobertas. Ou seja, ao homenagear o príncipe Cosimo de Médici, Galileu reforçava a mitologia acerca da família ao mesmo tempo que divulgava suas descobertas. Este era o capital social de Galileu — a cultura e a familiaridade com a mitologia da corte dos Médici — que o diferenciava daqueles não-iniciados nos códigos da sociedade de corte.

Outros pontos são levantados por Biagioli para o sucesso de Galileu, como o seu envolvimento com a literatura, que reforçava seus laços com a cortesia e a cultura acadêmica, segundo o autor um rito de passagem necessário para os jovens que esperavam por um patrono e aspiravam a uma carreira. O autor (id., p. 154) acrescenta, em resumo:

“Although the codes of Medici court patronage were both a blessing and a curse for Galileo, they represent an opportunity he could not ignore. Although the Medici’s patronage agenda may have overlapped only locally or temporarily with Galileo’s strategies for social and cognitive legitimation, the overlap was of great historical significance. (...) the formation of court culture associated with the absolute state, and the process of social legitimation of science.”

Outro exemplo importante de mecenato real durante o Antigo Regime francês foi o do *Jardin du Roi*. E. Spary (op. cit.) apresenta em *Utopia’s Garden* o trabalho de Buffon no jardim real francês durante o reinado de Luiz XVI como inserido nessa relação entre ciência, prestígio e poder. Spary parte da premissa de que o sucesso de Buffon tanto no *Jardin* quando em seu livro *Histoire naturelle* resultou de sua percepção quanto ao momento histórico vivido e às demandas de seu tempo, mas,

sobretudo, de sua negociação com o sistema de patrocínio vigente e sua relação com a hierarquia monárquica, em especial com a Coroa.

O objetivo principal no *Jardin du Roi* era o conhecimento de história natural, que só teria sido possível, na opinião de Spary (id.), graças à complexa rede de patronato existente na sociedade francesa da época, da qual Buffon pode ser considerado um testemunho da integração entre a atividade científica e a política social da França no Setecentos. O autor entende que Buffon, a *Histoire naturelle* e o *Jardin* foram instrumentos do desenvolvimento do programa de história natural francês, dirigido a um público diversificado e construído acima de tudo para a glória do rei: “*The basis for royal support for the Jardin lay as much in its value as a showcase and spectacle as in its role in producing useful knowledge through teaching or research*” (ibid., p. 23). Naquele contexto a questão da visibilidade do acervo e a demonstração pública do trabalho tornavam-se importantes para a glorificação do soberano. E tal como ocorria entre os homens de letras, a dependência dos naturalistas e dos sábios aos patrocínios era, em geral, enorme: “*Natural historical practitioners, even now revered in the historiography as the ‘great naturalists’ of the eighteenth century, depended upon the links of a patronage society, but also upon a wealthy, leisured elite which could afford the cost of amassing collections, and of employing naturalists to curate them.*” (ibid., p. 23)

O Brasil apresenta uma especificidade concernente ao tema do mecenato científico, não por ter sido uma colônia, mas devido à transmigração da Corte portuguesa no início do século XIX. Esta instalou-se no Rio de Janeiro com todo o aparato burocrático português, onde também se tentou criar um ambiente cultural de corte, com a abertura de salões, cafês, saraus e teatros. A chegada da Missão Francesa, logo no início da ‘temporada’ brasileira da Corte portuguesa, e a posterior chegada da Missão Austríaca, por ocasião do casamento do príncipe Dom Pedro com a princesa Dona Leopoldina, dão-nos o tom dessa abertura cultural: pintores, escultores, naturalistas percorreram o novo reino, retratando-lhe os modos, os costumes, a beleza e estudando sua fauna e flora.

Esse contingente ‘civilizador’ encontrou aqui uma classe senhorial extremamente coesa, formada por senhores de escravos, comerciantes e setores burocráticos, os quais se articulavam não só em termos políticos mas também no âmbito dos negócios. Esta articulação foi o cerne da construção do Estado Imperial brasileiro. Seus laços eram formados por meio de uma ‘política de casamentos’ realizados no seio

da agroindústria cafeeira e açucareira, mas que também atraíam jovens bacharéis de Direito, que a viam como uma estratégia de ingresso na alta burocracia e no Parlamento, o que os tornava representantes dos interesses dos grandes senhores.

Além da rede formada por meio de casamentos, outros meios garantiam a defesa dos interesses dessa classe senhorial: as diversas formas de solidariedade horizontal — classista —, amplamente difundidas e configuradas nas Misericórdias e nas Lojas Maçônicas, constituíam sociedades políticas formando, por exemplo, a Guarda Nacional (Mattos, 1990, p. 66-7). Foi sobretudo com o processo de consolidação do Estado imperial, durante o segundo reinado, que essas formas de solidariedade ganharam mais peso, enquanto surgiam redes de outra natureza, como aquelas formadas em torno do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro (IHGB), das Academias, dos Clubes etc. Assim, do mesmo modo que o papel da classe senhorial era confirmado e reafirmado por meio de laços familiares e de dependência, da participação em Irmandades, lojas maçônicas etc., o Estado imperial foi também sendo construído em outras esferas, a cultural e a científica, que tiveram em Dom Pedro II seu grande artífice.

O IHGB, criado em 1838, tornou-se um *locus* da elite econômica e literária brasileira. Foi a ele que coube a missão de perpetuar a memória e narrar a história da jovem nação. O Instituto recebia verba do Estado e chegou a ser quase totalmente mantido por ele; o imperador constava entre seus membros e era assíduo freqüentador. Músicos, poetas, literatos, artistas plásticos e cientistas também receberam os mais diversos incentivos de Dom Pedro II. Lilia Schwarcz (1998, p. 131) assinala, em *As barbas do Imperador*, a conhecida frase do imperador, “a ciência sou eu”, uma paráfrase da célebre expressão de Luiz XIV, e afirma: “Por meio, portanto, do financiamento direto ou do auxílio a poetas, músicos, pintores e cientistas, d. Pedro II tomava parte de um grande projeto que implicava, além do fortalecimento da monarquia e do Estado, a própria unificação nacional, que também seria obrigatoriamente cultural.” (ibid., p. 127).

Ainda que esses incentivos não tenham atingido um grande número de beneficiados, não se pode negar-lhes a existência, e é certo que Dom Pedro II não estava sozinho nessa obra; outros lhe seguiram os passos. Entre os personagens que podem ser considerados como ‘mecenas’ naquele período estava Guilherme Schüch, barão de Capanema. Guilherme Schüch foi amigo de infância do imperador e gozava de grande influência na Corte. Seu pai viera da Áustria como bibliotecário da imperatriz Leopoldina. O barão de Capanema chefiou da Comissão de Exploração do Ceará, cujo

objetivo era inventariar as riquezas do país, organizada pelo IHGB entre 1859 e 1861 com o apoio do imperador e financiamento do Estado. Entre seus membros estava o poeta Gonçalves Dias, cunhado de Schüch, que foi responsável pelo trabalho de etnografia. Um dos beneficiados com o apoio desse barão foi o naturalista João Barbosa Rodrigues. A amizade entre os dois mineiros começou quando Barbosa Rodrigues era secretário do Instituto Comercial do Rio de Janeiro e propiciou-lhe o ingresso no Colégio Pedro II como professor de Desenho, bem como uma patente de tenente da Guarda Nacional. Foi através do mecenato do barão de Capanema que Barbosa Rodrigues pôde se dedicar ao estudo da botânica, e o que era antes um *hobby* tornou-se sua atividade principal. Segundo Magali Romero Sá (2001, p. 903), “o apoio proporcionado pelo barão de Capanema a Barbosa Rodrigues até o fim de sua vida influenciou decisivamente no destino do naturalista”.

Com relação à ciência no Brasil do século XIX, a grande instituição científica era o Museu Imperial, posteriormente denominado Museu Nacional, criado em 1808 com o fim de estimular o estudo da botânica e da zoologia do país. Sua coleção foi inaugurada com a doação de peças por parte do príncipe regente Dom João VI. Depois de um início tímido, o Museu se estruturou e cresceu a partir das administrações de Ladislau Neto (1874-1893) e Batista Lacerda (1895-1915). Outras instituições foram criadas, sobretudo na segunda metade do século XIX; algumas delas se consolidaram, enquanto que outras tiveram vida efêmera.¹⁹⁴ As que perduraram acabaram por receber apoio tanto do Estado quanto de particulares (Lopes, 1997; Schwarcz, 2000). Elas testemunham que, em maior ou menor grau, a pesquisa científica foi se instalando no país, principalmente durante o Segundo Império, em consonância com a pesquisa desenvolvida então na Europa.

¹⁹⁴ Entre elas vale ressaltar a Sociedade Vellosiana (1850), que tinha por objetivo a pesquisa em ciências naturais, principalmente a história natural do Brasil, além do estudo de “palavras indígenas”. Também merece destaque a Associação Filomática do Pará (1866), pouco depois transformada em museu. Destinado ao estudo da fauna e flora amazônicas e da geologia, geografia e história locais, em 1871 passou para o âmbito da Província do Grão-Pará, tendo sido extinto em 1888 pela Assembléia local. Em 1891 foi reinaugurado, e dois anos depois assumiria sua direção o zoólogo suíço Emílio Goeldi, responsável por sua reestruturação (Sá, op. cit.; Lopes, 1997; Schwarcz, 2000). Também o Observatório Imperial, inaugurado em 1827, tornou-se uma importante instituição científica durante a gestão de Luis Cruls (1876-1889), já no final do Império. Houve outros fóruns de discussão, como as Conferências Populares da Glória (1873), que constituíram um espaço não-formal de divulgação científica (Fonseca, 1995/1996), e a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que teve alguns de seus laboratórios construídos graças a doações de representantes da ‘boa sociedade’ imperial (Edler, 1992). As viagens científicas organizadas e desenvolvidas por cientistas brasileiros, como a Comissão Científica de Exploração (1859-1861), e as Exposições Internacionais podem ser consideradas igualmente indícios da formação científica brasileira ao longo do século XIX (Heizer & Videira, 2001).

Conforme mencionei em capítulos anteriores, as descobertas de Pasteur e a criação do Instituto Pasteur alteraram a percepção da doença e do papel da microbiologia. A criação do Instituto de Manguinhos, em 1900, como também foi salientado, e a Reforma Sanitária da capital Federal empreendida por Oswaldo Cruz em 1904 também provocaram grande impacto junto à opinião pública carioca. Tudo indica que esse contexto motivou as ações de Guilherme Guinle a partir dos anos 1920. Mais tarde, quando ele se tornou mecenas da ciência no Brasil, em 1935, a institucionalização da ciência se encontrava consolidada em instituições como o IOC, e o papel dos médicos cientistas nesse processo é incontestável. Deve-se, contudo, considerar que vivia-se então um outro tempo e que novas questões eram colocadas tanto para a saúde quanto para a ciência.

Simon Schwartzman (id.) ressalta que, no caso de médicos e engenheiros, não foi preciso construir uma identidade profissional, uma vez que, para além de suas funções específicas, ambas as categorias sempre buscaram enfatizar a utilidade de seus trabalhos junto ao Estado e à população em geral, utilidade que ficou mais patente, no caso dos médicos, com a descoberta do soro antidiftérico por Pasteur. Entretanto o período do mecenato científico de Guilherme Guinle foi marcado por novas questões trazidas pelo desenvolvimento da ciência, sobretudo do campo científico brasileiro e, mais particularmente, do IOC, em uma época de expressivas transformações políticas no país.¹⁹⁵

O ano de 1934 foi emblemático no que se refere à saúde pública, após Gustavo Capanema assumir o MESP e com a reforma ministerial que acabou por alterar o nome do ministério (MES). O período marcou também, indubitavelmente, a história de Manguinhos, com a morte de Carlos Chagas e o fim das grandes lideranças na instituição, as mudanças políticas que afetaram o seu cotidiano e um estrangulamento financeiro que trouxe sérias conseqüências para a instituição.

Estudos sobre o tema costumam demarcar a história do IOC distinguindo o que consideram o seu período ‘heróico’ — os anos de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas — dos tempos posteriores, e consideram o período subsequente à morte de Chagas como de ‘declínio’ da instituição. Para Jaime Benchimol (1990) as dificuldades financeiras do IOC acarretaram uma crescente insatisfação — e eventualmente a perda — de funcionários com a questão salarial, assim como a deterioração e obsolescência de

¹⁹⁵ Atenho-me neste trabalho às ciências biomédicas, mais especificamente aos destinos do IOC.

instalações e equipamentos, o que acabou afetando a qualidade da produção. O auge da crise deu-se na gestão Cardoso Fontes (1934-1942), quando o IOC perdeu sua autonomia financeira e administrativa. Suspenderam-se a fabricação e pesquisa de produtos veterinários e a venda de soros e vacinas, medidas que atingiram diretamente a produção e venda da vacina da manqueira, uma grande fonte de renda extra para o Instituto. Em 1936 a unidade mineira do IOC, o Instituto Ezequiel Dias¹⁹⁶, passou inopinadamente para a alçada estadual, e o IOC foi subordinado ao Departamento Nacional de Educação. No ano seguinte Cardoso Fontes conseguiu que o Instituto ficasse sob a alçada do Departamento Nacional de Saúde e obteve uma dotação orçamentária do MES para o custeio da instituição. Apesar de situado mais adequadamente no organograma ministerial, a reforma implementada em 1937 trouxe mais reveses para o Instituto: ele ficava proibido de fabricar medicamentos de uso veterinário e os medicamentos humanos seriam produzidos por pessoal próprio, independentemente das demais atividades de Manguinhos, ainda que subordinado ao seu diretor. Benchimol (id.) assinala ainda que a gestão de Gustavo Capanema no MES marcou o fim do modelo institucional desenhado por Oswaldo Cruz.

Simon Schwartzman (2001) considera as primeiras três décadas do século o período de auge e declínio das ciências aplicadas. O apogeu corresponderia à época em que foram criadas diversas instituições de pesquisa, no Rio de Janeiro, em São Paulo e em Minas Gerais. A decadência do campo, para o autor, corresponderia a uma mudança no eixo da pesquisa científica ocorrida a partir dos anos 1930, notadamente com a criação das Universidades, quando as pesquisas científicas deixaram de ter um caráter aplicado para ganhar um caráter de pesquisa básica.¹⁹⁷ O enfraquecimento das instituições seria resultado do próprio sucesso por elas vivido até a década de 1920, acrescido da impossibilidade de os cientistas continuarem a sustentar a idéia de que tudo poderia ser resolvido pela ciência.

Ferreira *et alii* (op. cit.) propõem uma outra perspectiva de análise, na qual refutam a tese de que os problemas internos vividos pelo IOC ou as mudanças advindas com o novo regime e seu impacto no cotidiano do Instituto explicam a ‘decadência’ da instituição. Ao contrário, os autores (id., p. 92) entendem que “as novas características

¹⁹⁶ O Instituto Ezequiel Dias foi criado em 1906, como posto do IOC.

¹⁹⁷ Schwartzman (id., p. 131-2) argumenta que a ciência brasileira vivia um dilema: de um lado, a tradição e o prestígio da capital e de outro, a riqueza da provinciana São Paulo, que fornecia melhores empregos para os pesquisadores. Mas salienta que no Rio de Janeiro já havia indícios de valorização da Universidade e que o grupo de Manguinhos teve papel relevante nesse contexto.

assumidas por Manguinhos devem ser percebidas não como decadência e sim como o resultado de um movimento de redefinição e ajustamento aos novos contextos político-sociais nesse período”.

Em consonância com a interpretação de Ferreira *et alii*, considero que a noção de *régimes de savoir* proposta por Dominique Preste (2003) traz mais contribuições à análise histórico-institucional da ciência aplicada do que a categorização desse campo por períodos de ‘auge’ e ‘declínio’. A noção de *régimes de savoirs* se sustenta em duas fortes premissas: de um lado, questiona o conceito ‘universal’ de ciência ao afirmar ser esta um objeto circunscrito no tempo e no espaço, produzida portanto a partir de práticas, valores, sociabilidades, política, realidades econômicas e jurídicas diversas; de outro, defende que as articulações entre esses elementos formadores da ciência são diferentes em cada momento histórico.

“En bref, l’idée de régime postule l’interdépendance des activités humaines et l’existence d’effets systémiques qui saisissent toujours les sciences et les font advenir dans l’histoire.

Pour conclure, je dirais que la notion de régime de savoirs évoque un assemblage d’institutions et de croyances, de pratiques et de régulations politiques qui délimitent la place et le mode d’être des sciences.” (ibid., p. 36)¹⁹⁸

Portanto, mais do que períodos de ‘auge’ ou ‘declínio’ das instituições, a análise histórica delas deve considerar os regimes diversos de conhecimento por que elas passam. As questões de saúde pública que regeram o pós-1930 eram outras em relação àquelas da década de 1920 — mas ao mesmo tempo guardavam continuidades com o tempo anterior.

E foram justamente essas diferenças que influenciaram a mudança no padrão de financiamento de Guilherme Guinle. Tal mudança vincula-se às alterações políticas do país nas décadas de 1930 e 1940 — mencionadas anteriormente —, ao esforço de guerra, com a produção voltada para atender às necessidades do *front*¹⁹⁹, e aos

¹⁹⁸ A proposta de análise dos *régimes de savoirs* remete, por sua vez, ao trabalho de François Hartog, *Régimes d’historicité: presentisme et expériences du temps*, publicado também em 2003. Fortemente inspirado na *Begriffsgeschichte*, Hartog propõe a noção de *Régimes d’historicité* para pensarmos não só o tempo passado mas também o tempo que virá. Formulada a partir do tempo contemporâneo, a hipótese do *Régime d’historicité* permite que o historiador questione sua relação com o tempo.

¹⁹⁹ A este respeito, Ferreira et alii (op. cit., p. 33) consideram que “uma das formas de se apresentar publicamente a relevância social de Manguinhos diante das questões sanitárias da época foi a sua participação direta no chamado ‘esforço de guerra’, que se intensificou mediante a fabricação de soro antigangrenoso, vitamina A concentrada, plasma seco e penicilina”.

caminhos que tomou a própria pesquisa científica no mundo em decorrência do conflito mundial (Ferreira *et alii*, op. cit.).²⁰⁰

Com relação ao mecenato científico de Guilherme Guinle no pós-1934, alguns aspectos merecem destaque. De um lado, seu apoio ao Serviço de Estudos de Grandes Endemias (SEGE) do IOC, dirigido por Evandro Chagas, ainda mantém forte vinculação com a política sanitária defendida por Carlos Chagas, o que aproxima esse apoio ao seu padrão anterior de mecenato (ainda que, neste caso, a questão da política governamental estivesse afastada). Por outro lado, seu auxílio na criação do Laboratório de Hematologia de Walter Oswaldo Cruz, no IOC, e ao Laboratório de Biofísica de Carlos Chagas Filho, na Universidade do Brasil, já configurava uma mudança no seu padrão de financiamento, mais irmanado com os objetivos e meios por que passava a produção científica a partir dos anos 1940, advindas com o surgimento de novas tecnologias.

6.3.1 O Serviço de Estudos de Grandes Endemias²⁰¹

Vimos que uma forte característica das gestões de Carlos Chagas no IOC e no DNSP foi sua preocupação com as endemias, notadamente as rurais. Sua atenção voltou-se para elas em 1934, quando descobriu-se a presença de leishmaniose visceral²⁰² em órgãos humanos durante uma pesquisa no interior do Brasil sobre a febre amarela, realizada pelo DNSP com a Fundação Rockefeller.²⁰³ Com a morte de Chagas naquele

²⁰⁰ A Segunda Guerra Mundial trouxe modificações para a medicina de guerra e do pós-guerra que foram muito além do uso terapêutico da penicilina. Durante a Primeira Guerra houve uma mobilização de médicos e cientistas para o *front*, acarretando sérias conseqüências para países como a França e a Alemanha, de tal modo que a participação médica foi revista no segundo conflito, permanecendo os médicos e cientistas em seus laboratórios. Nessa mesma época mobilizou-se um *lobby* no Congresso americano em torno de certas doenças como o câncer, a poliomielite e a tuberculose, que levou a um maior desenvolvimento da pesquisa sobre elas (Gaudilière, 2002).

²⁰¹ Para mais informações sobre a atuação do SEGE, ver Kropf ([s.d.]).

²⁰² A leishmaniose é uma doença parasitária transmitida por mosquitos, que em sua forma visceral ataca os órgãos internos, sobretudo o baço, causando-lhe o inchaço, e na forma tegumentar, cutânea, causa ulcerações na pele levando à necrose.

²⁰³ Os acordos entre o governo brasileiro e a Fundação Rockefeller foram firmados durante a gestão de Carlos Chagas no DNSP, estabelecendo-se como seus objetos o combate à febre amarela e à malária — conforme mencionei no capítulo 3, uma imposição brasileira — e o ensino da medicina e enfermagem. Esse primeiro período de atuação da Fundação no Brasil encontrou grande resistência por parte dos médicos brasileiros, que em discursos nacionalistas asseguravam ter a necessária capacidade técnica para

mesmo ano, seu filho mais velho Evandro Chagas²⁰⁴ deu prosseguimento ao projeto. As pesquisas sobre as grandes endemias do sertão, desenvolvidas por Evandro Chagas, tornaram-se um dos grandes pontos da gestão de Cardoso Fontes (1934-1941) no IOC.

Foi portanto — conforme assinalado anteriormente — em um cenário de instabilidade político-administrativa e financeira do IOC, e quando este estabelecia novas relações com a sociedade, que diversas doações começaram a ser feitas em benefício da instituição, provenientes de empresas privadas e públicas — como a Companhia Siderúrgica Bárbara e o Banco do Brasil — e dirigidas para atividades específicas como a produção de penicilina. Tais doações não constituíram um fato isolado na história do IOC. Anteriormente, em 1921, ele recebera o legado do cidadão inglês Harold Clarkson Lloyd, radicado em São Paulo, determinando que o dinheiro fosse aplicado em “(...) trabalhos científicos que tenham por objeto a profilaxia e tratamento de moléstias infecciosas” (Testamento de Harold Clarkson Lloyd, FIOC/SAG, caixa 9, maço 1).²⁰⁵ Houve também o apoio do banqueiro carioca Carlos

controlar as epidemias. Segundo o pesquisador Leônidas Deane (ELD, DAD/COC, 1987-1988), uma evidência da fraca atuação da Fundação Rockefeller no Rio de Janeiro foi o combate do surto de febre amarela de 1928 ter sido realizado pelo governo federal. Entre este e a Fundação firmou-se um novo acordo em 1928, entre o governo federal e a Fundação, a partir do qual o combate à febre amarela passou a ser feito em duas frentes, uma compreendendo a Bahia ao Amazonas, dirigida pela Fundação Rockefeller, e outra que abrangia Distrito Federal, Espírito Santo, São Paulo e os estados do sul, a cargo do DNSP. Os anos 1930 e as novas diretrizes propostas pelo governo Vargas exigiram um terceiro acordo, que tornou a centralização das ações mais factível. O período marcou um novo momento da campanha contra a febre amarela, com novas diretrizes para o combate à doença e uma nova relação com o governo federal, que passou a arcar com boa parte do financiamento do Serviço de Febre Amarela. Foi nessa época que a Rockefeller passou a ter maior autonomia na gestão dos trabalhos, com direito a contratar e demitir funcionários e fixar sua carga horária e salários — dois conceitos vitais para a organização norte-americana do trabalho. O acordo de combate à febre amarela foi reeditado anualmente até 1939, quando criou-se, no âmbito da Reforma da Saúde Pública de 1940, o Serviço Nacional da Febre Amarela, sob responsabilidade de sanitaristas brasileiros. A Rockefeller continuou, contudo, gerindo o Laboratório de Febre Amarela por ela instalado em Manguinhos até 1950, quando se retira em definitivo (Löwy, 1998/1999; Benchimol, 2000).

²⁰⁴ Evandro Serafim Lobo Chagas nasceu no Rio de Janeiro em 10 de agosto de 1905 e faleceu na mesma cidade em 1940, vítima de acidente aéreo. Filho primogênito do casal Carlos Chagas e Íris Lobo, seguiu os passos do pai e formou-se médico pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Teve sua trajetória profissional ligada a Manguinhos, onde começou como interno no Hospital Oswaldo Cruz. Em 1926, ano de sua formatura, assumiu a chefia do Serviço de Radiologia e Eltrocardiografia, e em 1930 passou a chefiar a Seção de Patologia Humana do IOC. Foi assistente de seu pai na cátedra de Medicina Tropical da Faculdade de Medicina. Seu grande trabalho foi, sem dúvida, as pesquisas sobre as grandes endemias. (Casa de Oswaldo Cruz, 1995, p.56)

²⁰⁵ Por não ter herdeiros diretos, Harold Clarkson Lloyd doou seus bens — imóveis e depósitos bancários — para o IOC, possivelmente por ter se impressionado com o trabalho ali realizado por ocasião de sua visita a Manguinhos, pouco tempo antes. Os imóveis, totalizando seis casas com terrenos, foram vendidos e transformados em títulos da dívida pública, o que rendeu ao Instituto a verba de 244:224\$500. Segundo o relatório do chefe do almoxarifado do IOC, Theóphilo Ottoni Mauricio de Abreu (FIOC/SAG, caixa 9, maço 1), “até o exercício de 1936, o Instituto Oswaldo Cruz se beneficiou com a aplicação da renda das referidas apólices até que, em virtude do artigo 96 do Regulamento que baixou com a Lei n.378 de 13 de janeiro de 1937 reorganizou o Ministério da Educação e Saúde Pública sob cuja jurisdição o Instituto Oswaldo Cruz ainda se encontrava foi decidido que as rendas patrimoniais pertencentes a todas as

Alberto Seabra à Seção de Entomologia do IOC, dirigida por Ângelo da Costa Lima. Seabra foi um parceiro entusiasta nas viagens científicas e era cuidadoso no envio constante de material para análise. Tais doações, contudo, deviam ser autorizadas pelo MES, conforme documentação enviada por Henrique Aragão ao então ministro Ernesto de Souza Campos (FIOC/SAG/DAD/COC).

Guilherme Guinle consta como um dos doadores de Manguinhos nos anos de 1946 a 1948²⁰⁶, tendo destinado o dinheiro para a realização de pesquisas. Estas três doações de Guilherme Guinle ao IOC em um curto período de tempo — em setembro de 1946, maio de 1947 e janeiro de 1948 — não se confundem com aquelas efetuadas para o SEGE de Evandro Chagas (1934-1942) e o Laboratório de Hematologia de Walter Oswaldo Cruz (1942-1962), quando o valor foi doado diretamente aos dois pesquisadores e, portanto, não entrou no orçamento da instituição. Eram verbas extras e com aplicação irrestrita, e o gesto de sua doação não se deveu às dificuldades por que a instituição passava, nem tampouco a uma mudança no padrão de pesquisa aplicada para o básico, como se verá a seguir. As doações a Evandro Chagas e Walter Oswaldo Cruz, que abordo a seguir, estão inseridas na lógica do mecenato científico, no qual o relacionamento pessoal e o respeito mútuo têm papel relevante.

Os trabalhos do SEGE começaram a ser organizados em 1935, quando Evandro iniciou as pesquisas sobre leishmaniose visceral, cuja confirmação ele teve no ano seguinte. Pouco tempo depois o SEGE passou a ser subordinado à Seção de Doenças Tropicais, dirigida por Evandro Chagas no Hospital de Manguinhos e que funcionava como base para os trabalhos do Serviço. Além da leishmaniose estudavam-se ali outras endemias, como a malária, a esquistossomose, a tripanossomíase americana ou doença de Chagas, a filariose e o mal das cadeiras. A malária se tornou um capítulo à parte nos trabalhos do SEGE devido à epidemia que atravessou os estados do Rio Grande do Norte e Ceará entre os anos de 1938 e 1939²⁰⁷, e contou com recursos especiais de

repartições públicas deveriam ser incorporadas, obrigatoriamente, ao Orçamento Geral da Receita, incluindo-se no da Despesa dos futuros orçamentos, dotações equivalentes, necessárias ao custeio das atividades que eram atendidas, até então, por aquelas rendas²⁰⁶.

²⁰⁶ Em 1946 Guilherme Guinle doou Cr\$100.000,00; em 1947, Cr\$25.000,00; e no ano seguinte, outros Cr\$25.000,00 (FIOC/SAG/DAD/COC, caixa 9.1, maço 3).

²⁰⁷ O mosquito transmissor da malária foi identificado pela primeira vez em 1930 pela Missão Rockefeller, quando ainda produzia pequenos surtos. Contudo em 1938 a malária transmitida por um mosquito típico da costa africana, que tinha alcançado o Brasil com a linha de navios ligando Dakar (Senegal) a Natal, ganhou contornos de um grave problema sanitário nos estados do Rio Grande do Norte e Ceará, causando o temor de que o mosquito ganhasse a região amazônica e se tornasse um segundo vetor da malária. Evandro Chagas, que então estava envolvido com os trabalhos do SEGE, logo deslocou-se para a região, desenvolvendo seu trabalho em parceria com a Missão Rockefeller, que também atuava

Guilherme Guinle, conforme narraria Fernando Machado Portela, diretor superintendente do Banco Boavista, ao *Jornal do Commercio* em 16 de junho de 1960:

“Tivemos [o Banco Boavista] a satisfação de servir de veículo à concretização de um dos seus muitos gestos de amor à causa pública, quando o Nordeste foi assolado pela epidemia de malária, importada da África durante a Guerra. A campanha estava sendo dirigida pelo saudoso higienista Evandro Chagas. Os regulamentos do então Ministério da Educação e Saúde exigiam prestação de contas para que fossem liberadas verbas propostas para o combate à doença. Uma rasura, uma simples mancha numa estampilha de um recibo de fornecedor era bastante para que as contas fossem impugnadas, retardando, sobremaneira, o socorro às vítimas. Certo dia, bastante aflito, Evandro Chagas procurou Guilherme Guinle, a quem contou tudo o que se passava. E este, quase em segredo, pois não era do seu feitio fazer alarde em torno de qualquer gesto filantrópico, passou então a adiantar ao higienista somas vultosas, para que o combate à malária não sofresse interrupções.”

Entre 1935 e 1942 o SEGE manteve certa autonomia com relação às atividades do IOC, tanto financeira quanto de pessoal. Sua equipe

“era formada por pesquisadores recrutados pessoalmente por Evandro Chagas nos estados em que o serviço desenvolvia pesquisas e também por profissionais formados nos seus cursos de especialização. Por dificuldades de contratação, estes pesquisadores não faziam parte do quadro funcional do IOC, sendo pagos com os recursos dos governos estaduais ou com a ‘verba Guinle’.” (Ferreira et alii, op. cit.)

Em termos financeiros, o Serviço era subvencionado por acordos com os estados — sobretudo os das regiões Norte e Nordeste — e o governo federal, pela ‘verba Guinle’ e por pequena dotação do IOC.²⁰⁸ A ‘verba Guinle’ era aplicada basicamente no

lá nas campanhas contra a febre amarela. Segundo Simone Kropf (op. cit. p.), “esta experiência, concluída em 1940 com a erradicação do mosquito, teve grande visibilidade e importância não só no país mas internacionalmente (...). Ela constituiu um marco de otimismo quanto às novas possibilidades na luta contra as doenças transmissíveis, a consagração de uma certa abordagem da relação entre saúde e desenvolvimento que focalizava o controle do vetor como estratégica prioritária para promover esta relação”.

²⁰⁸ Segundo o Relatório do SEGE apresentado em 1938 ao ministro Capanema, o custeio do Serviço estava dividido conforme segue. Orçamento de 1937: estado do Pará, 380:000\$000; Guilherme Guinle, 48:000\$000; IOC, 4:000\$000. Orçamento de 1938: governo geral, 420:000\$000; estado do Pará, 200:000\$000; Guilherme Guinle, 110:000\$000; estado de Pernambuco, 10:000\$000 (AGC/CPDOC/FGV, GC 1935.05.27, pasta 2, f. 69-71).

pagamento de pessoal²⁰⁹ e “permitia grande liberdade de ação ao SEGE, que contava assim com uma boa margem de independência em relação aos trâmites burocráticos da administração de Manguinhos” (Kropf, op. cit.). Outro apoio fundamental para a realização dos trabalhos do Serviço foi o do Correio Aéreo Militar (CAM), que levava a ele em suas inúmeras viagens ao Norte e ao Nordeste brasileiros. Vale ressaltar que Linneo de Paula Machado, cunhado de Guilherme Guinle, era patrono do CAM e muito próximo do brigadeiro Eduardo Gomes, o que certamente deve ter facilitado o apoio a Evandro Chagas.

Em homenagem a Guilherme Guinle realizada no Instituto de Biofísica da Universidade do Brasil, Carlos Chagas Filho (1958 e ECCF/DAD/COC, 1987) afirmou que o apoio do empresário a Evandro teria iniciado quando este não fora aceito para a cátedra de Doenças Tropicais da Faculdade de Medicina. Acredito, no entanto, que Guilherme estava investindo mais uma vez em um projeto de saúde pública com a chancela de Carlos Chagas, conforme a estrutura e a feição do SEGE parecem representar. A despeito de esta hipótese não ter sido confirmada explicitamente nas fontes de pesquisa, nelas todos os indícios sobre a relação entre Evandro Chagas e Guilherme Guinle levam a crer que este se tornou peça importante na rede formada por Carlos Chagas, seja para a realização dos projetos do grupo ou na discussão sobre as opções que se apresentavam.

O SEGE tinha como objetivos primordiais, segundo relatório (1936-1938) entregue ao ministro Capanema em 1938, interiorizar as atividades do IOC e identificar os principais problemas de patologia nas diversas regiões do país. A esse respeito, Simone Kropf (op. cit., p.) observa:

“Ainda que houvesse a preocupação de fazer avançar, sob diversos aspectos, o conhecimento científico sobre estas doenças regionais, as pesquisas promovidas pelo SEGE tinham uma orientação essencialmente aplicada, no sentido em que assumiam como principal finalidade propiciar instrumentos e ações concretas com vistas à resolução daqueles problemas.”

O projeto de Evandro Chagas era ambicioso. No mesmo ano em que o IOC perdia o direito de manter unidades em outros estados (1936) e era levado a ceder o Instituto Ezequiel Dias ao governo de Minas Gerais, o cientista se propunha a expandir

²⁰⁹ Segundo Leônidas Deane (ELD, DAD/COC, 1987-1988) a ‘verba Guinle’ era usada para o pagamento do pessoal no Rio de Janeiro, enquanto que a equipe baseada em Belém era paga pelo governo do Pará.

os limites de ação do Instituto a ponto de criar postos de estudos avançados em diversos estados mediante acordos firmados com os governos das regiões-alvos. Estes institutos ou postos avançados seriam mantidos pelos poderes locais, de modo a que, “em associação com os serviços sanitários estaduais, desenvolvessem, sob a orientação técnico-científica do SEGE, pesquisas sobre os problemas considerados de maior relevância médico-social em cada região. O corpo técnico destes institutos seria recrutado e treinado pelo SEGE” (ibid.).

Uma de suas primeiras realizações foi a criação, ainda em 1936, do Instituto de Patologia Experimental do Norte (IPEN), em Belém (PA), com recursos do governo paraense.²¹⁰ Leônidas Deane (1914-1993), em depoimento ao projeto Memória de Manguinhos, da Casa de Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em 1987-1988, declarava que era desejo de Evandro Chagas criar uma sucursal do IOC na Amazônia, e que este teria obtido apoio do governo do Pará graças à intervenção de um desembargador paraense que conhecia, depois de já ter tentado, sem sucesso, criar um Serviço patrocinado pelos estados nordestinos. Acredito que esse desembargador seja Eládio da Cruz Lima, amigo de Guilherme Guinle que já lhe franqueara acesso a instituições paraenses como o Museu Paraense Emílio Goeldi, conforme apresentado no capítulo 2.

Entre os objetivos do IPEN encontravam-se a pesquisa sobre leishmaniose visceral americana e as endemias típicas da região, bem como a formação de técnicos especializados em doenças tropicais e infecciosas, por meio de cursos oferecidos tanto no próprio Instituto quanto no Hospital de Manguinhos. De seus laboratórios saíram pesquisadores que vieram a fazer parte dos quadros de Manguinhos, como Wladimir Lobato Paraense e Leônidas e Maria Deane. Gladstone Deane integrou os quadros do IPEN e foi requisitado, juntamente com o irmão e a cunhada, a trabalhar na campanha contra a malária no Nordeste. Após a morte de seu idealizador o IPEN ganhou o nome de Instituto Evandro Chagas.

Alguns dos acordos que Evandro Chagas firmou foram: o realizado com o governo argentino, em 1936, para estudo da leishmaniose na região do chaco portenho; com a Fundação Rockefeller e o então recém-criado Serviço de Malária do Nordeste, para instalação dos laboratórios especiais que auxiliaram no combate ao *Anopheles gambiae* (1939); a organização, em 1939, da Comissão de Estudos de Patologia do Nordeste, em Pernambuco, visando sobretudo o estudo da esquistossomose, endemia de

²¹⁰ Leônidas Deane afirma que o IPEN recebeu do governo do Pará o prédio, o terreno e os laboratórios equipados, além de financiar os salários dos funcionários. (ELD, DAD/COC, 1987-1988)

vulto na região; e os acordos firmados, ainda em 1939, com o Instituto Ezequiel Dias tendo por objetivo estudos sistemáticos sobre a doença de Chagas.

Apesar da autonomia do SEGE, seus trabalhos procuravam atender às pesquisas de outras seções do IOC, a exemplo da coleta de insetos para a Seção de Entomologia ou mesmo a realização do *Inquérito preliminar sobre algumas endemias do Nordeste do Brasil*, resultado de uma viagem empreendida em 1938 por Evandro Chagas e Walter Oswaldo Cruz, este também pesquisador do IOC, aos estados do Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba e Pernambuco. Os objetivos da viagem foram, de um lado, a agenda de pesquisa do SEGE, aí incluída a possibilidade de instalação de postos de pesquisa nos estados visitados, e de outro levantar subsídios para os estudos de Walter Oswaldo Cruz sobre a relação entre a anemia e a ancilostomíase.

Para alguns cientistas que participaram do SEGE, como Wladimir Lobato Paraense e Carlos Chagas Filho, a autonomia do Serviço e o prestígio político e científico de Evandro Chagas teriam causado dificuldades de relacionamento no interior do IOC. Apesar de a interação com outras seções do IOC, ou com as pesquisas nelas realizadas, neutralizarem em parte os conflitos, o fácil acesso de Evandro ao ministro Capanema aguçava as rivalidades internas. Afinal, em 1940, Evandro apresentava a Capanema o projeto de criação do Instituto Nacional de Doenças Tropicais, a ser subordinado diretamente ao MES, que englobaria todas as atividades do SEGE, seu pessoal e os acordos firmados com os governos estaduais. O projeto desligava, portanto, definitivamente, o Serviço do IOC (AGC/CPDOC/FGV; Ferreira et alii, op. cit.; Kropf, op. cit.). A morte prematura de Evandro, pouco tempo depois, sepultaria esse projeto, do mesmo modo que interferiu nos destinos do SEGE, aliada à nova configuração do cenário mundial com a Segunda Guerra.

Carlos Chagas Filho²¹¹ narrava que fora convidado por Getúlio Vargas a assumir o SEGE em substituição ao irmão falecido, pois o presidente temia que o trabalho se

²¹¹ Carlos Chagas Filho nasceu a 12 de setembro de 1910, no Rio de Janeiro, cidade onde veio a falecer em 2000. Filho caçula de Carlos Chagas, tal como o irmão Evandro Chagas cursou a Faculdade de Medicina, onde foi contemporâneo de Walter Oswaldo Cruz e Emmanuel Dias, ambos ligados a famílias atuantes em Manguinhos. Com os dois colegas ingressou no Hospital Oswaldo Cruz, da instituição. Logo em seguida, iniciou estágio no Hospital São Francisco de Assis, onde se dedicou ao estudo da anatomia patológica. Ainda quando estudante de Medicina foi atraído pela pesquisa em ciências básicas, nas áreas de física ou química, opção que não encontrou entusiasmo na parte de seu pai. Em Manguinhos aproximou-se de pesquisadores como José da Costa Cruz e Miguel Ozório de Almeida, cujo laboratório privado já havia frequentado, e Carneiro Felipe, todos com forte influência das chamadas ciências básicas. Em 1937 fez concurso para lecionar na Faculdade de Medicina, onde permaneceu até seu falecimento. Foi também embaixador da Missão Permanente do Brasil na UNESCO (1966-1970) e presidente da Academia Pontifícia de Ciências (1972-1988).

perdesse no IOC devido a oposição sofrida. O certo é que Chagas Filho, que havia optado pela cátedra na Faculdade de Medicina, retornou ao IOC para dar prosseguimento aos trabalhos de Evandro. Sua maior preocupação foi inserir o Serviço na estrutura formal de Manguinhos, bem como promover o enquadramento da antiga equipe do irmão. O ambiente de guerra na Europa acabou por favorecer a pesquisa sobre endemias, e além de reafirmar o papel relevante do IOC frente às questões sanitárias da época, a participação de Manguinhos no esforço de guerra também facilitou a inserção institucional do SEGE

A inserção do SEGE no IOC e sua transformação em Divisão de Estudos de Endemias

“representou a incorporação deste projeto como diretriz institucional que marcaria a gestão de [Henrique] Aragão²¹². O modelo construído por Evandro Chagas, segundo o qual Manguinhos seria o centro de uma rede de associações com institutos e governos estaduais para o estudo das principais doenças endêmicas do país, foi mantido, sob a forma de postos aplicados do IOC em várias localidades, destinados à investigação e à profilaxia de doenças específicas” (Ferreira et alii, op. cit.).

Tal processo resultou na abertura dos postos de Catende (PE) para estudo da esquistossomose, de Rio Bonito e Imbiara (RJ) para estudo e profilaxia da boubá, de Conselheiro Lafayette (MG) para controle do bócio endêmico, e de Bambuí (MG) para estudo e profilaxia da doença de Chagas. E a gestão de Henrique Aragão (1942-1949), mesmo marcada pela ênfase nas pesquisas de doenças parasitárias, também implantou pesquisas não diretamente relacionadas às patologias humanas, entre as quais sobressaem os estudos nas áreas de química, fisiologia e endocrinologia.

Com a criação da Divisão de Estudos de Endemias encerrava-se mais um capítulo do mecenato científico de Guilherme Guinle e sua ligação direta com o projeto de saúde pública gestado por Carlos Chagas, já que a Divisão passava a contar com a

²¹² Henrique de Beaurepaire Rohan Aragão assumiu a direção do IOC em 1942, exonerando-se em 1949. Com a morte de Cardoso Fontes em 1941, Aragão ocupou interinamente a direção do Instituto e foi apoiado por João de Barros Barreto, diretor do DNS, para assumir definitivamente o posto. Sua proposta era priorizar os laços com a saúde pública, reforçando o papel de Manguinhos na realização de inquéritos e na proposição de medidas profiláticas contra endemias e epidemias. Contudo Carlos Chagas Filho, que retornara ao IOC, apresentou-se como candidato apoiado pelo ministro Capanema. Tinha como pauta a reforma do Instituto, baseando a pesquisa nos novos campos de conhecimento surgidos na biologia. Depois de uma longa disputa Chagas Filho desistia de pleitear a direção do IOC (Ferreira et alii, op. cit.). Para Ferreira et alii (op. cit.), “apesar da perda da autonomia financeira e administrativa que a reforma Capanema legou ao IOC, a gestão de Aragão significou uma tentativa de seguir a orientação prevista nesta reforma, segundo a qual o instituto deveria assumir as atribuições de uma instituição de pesquisa voltada para a saúde pública”.

subvenção do IOC. O projeto de Evandro sobreviveu a sua morte, mantendo-se o Hospital de Manguinhos como sua base de atuação e as endemias do sertão como objeto de pesquisa. Além das endemias estudadas nos postos avançados, também faziam parte de sua agenda a ancilostomose, a leishmaniose, o fogo selvagem e o tifo exantemático.

A partir de 1942 Guilherme Guinle passaria a apoiar novas pesquisas, novas tecnologias cuja aplicação imediata não era garantida.

6.3.2 O Laboratório de Hematologia

Por mais personalizado que fosse o apoio de Guilherme Guinle a Evandro Chagas, a vinculação da pesquisa deste cientista às propostas de seu pai inseria-o no projeto de saúde pública construído e defendido por Carlos Chagas, no qual Guilherme acreditava, confiava e aplicava recursos. Com a inserção do SEGE no IOC, como já foi dito, encerrou-se o apoio do empresário a uma determinada política de saúde pública que tinha Carlos Chagas como seu mentor direto. A partir de então inaugurou-se um novo tempo no mecenato científico de Guilherme Guinle, e seu investimento passou a ser feito em novos saberes científicos, como a hematologia e a biofísica.

Segundo Herman Lent, em homenagem póstuma a Walter Oswaldo Cruz²¹³ na Academia Brasileira de Ciências, o Laboratório de Hematologia foi criado por este último em 1940, ligado à Divisão de Patologia. Em carta endereçada ao ministro Capanema em dezembro de 1941, Walter deixa antever que o estudo da hematologia, ou por outra, seus estudos sobre a hematologia tinham apoio oficial: “Aproveito a oportunidade para novamente agradecer a V. Excia. a boa vontade que tem demonstrado no sentido de ampliação do meu serviço de hematologia no IOC.” (AGC 1935.05,27, pasta 4, f. 328)

²¹³ Walter Oswaldo Cruz nasceu a 23 de janeiro de 1910, em Petrópolis, filho caçula de Oswaldo e Emília Fonseca Cruz. Ingressou em 1926 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, tendo sido contemporâneo de curso de Carlos Chagas Filho. A partir de 1928 começou a freqüentar, como voluntário, o Hospital Oswaldo Cruz (Doenças Tropicais) do IOC e, no ano seguinte, iniciou estudos de hematologia experimental sob orientação de Carlos Chagas. Em 1931 ingressou no Curso de Aplicação do IOC, prosseguindo suas pesquisas em hematologia. Em 1940 assumiu a chefia do Laboratório de Hematologia, depois Seção de Hematologia, cargo que ocupou até 1962, quando assumiu a Divisão de Patologia. Envolveu-se, em 1949, na criação da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SPBC). Faleceu no Rio de Janeiro, em janeiro de 1967, poucos dias antes de seu aniversário. (Casa de Oswaldo Cruz, *op. cit.*, p. 79)

Certamente a criação desse Laboratório relaciona-se com as pesquisas sobre hematologia experimental que Walter Oswaldo Cruz desenvolvia desde 1929 — sobretudo a relação entre ancilostomose e anemia —, sob orientação e indicação de Carlos Chagas e que foram aprofundadas em trabalhos com o SEGE em 1938. A tese principal defendida por ele, publicada a partir de 1932, era centrada “no conceito de que uma perturbação no metabolismo do ferro no organismo dando origem a uma deficiência deste elemento, durante o parasitismo devido aos ancilóstomos, ocasiona a parada do processo de maturação dos eritroblastos²¹⁴ e a conseqüente anemia” (Lent, 1967, p. 4). A hipótese da ligação intrínseca entre anemia e ancilostomose levou Walter a propor que era preciso combater, primeiramente, a anemia para em seguida atacar o parasito causador da doença. Foram suas investigações sobre esse tema que o ligaram a Evandro Chagas e ao SEGE, no final dos anos 1930, e provavelmente a Guilherme Guinle.

Pode-se explicar a criação e expansão do Laboratório de Hematologia tomando-se por base o mesmo ambiente que propiciou a inserção do SEGE nos quadros do IOC: a mobilização de guerra, que reforçou o papel de Manguinhos no estudo das patologias humanas.

Foi portanto no início da gestão de Henrique Aragão (1942-1949) que Guilherme Guinle começou a apoiar o Laboratório de Hematologia, a cargo de Walter Oswaldo Cruz. Sylvia Hasselmann, viúva de Walter, em entrevista realizada em 1987 no âmbito do projeto Memória de Manguinhos, indicou algumas pistas do percurso de Walter Oswaldo Cruz para conseguir o apoio de Guilherme Guinle. O fato de ser filho de Oswaldo Cruz e ter iniciado seus estudos com Carlos Chagas já dava ao cientista uma certa possibilidade de sucesso nessa aproximação²¹⁵. Walter também trabalhara com Evandro Chagas, a exemplo de sua participação no *Inquérito preliminar sobre algumas endemias do Nordeste do Brasil* (1938), quando viajara com o cientista por alguns estados do Nordeste, no âmbito das atividades do SEGE²¹⁶, o que certamente

²¹⁴ Os eritroblastos são as células genitoras dos glóbulos vermelhos (Aulete, 1964, p. 1470).

²¹⁵ O próprio Chagas se dedicara a estudos de hematologia em sua tese de doutoramento (1903), tendo reservado todo um capítulo ao tema, “Hematologia do impaludismo”.

²¹⁶ O pesquisador Wladimir Lobato Paraense afirmou, em entrevista ao projeto Memória de Manguinhos, que Evandro autorizava Walter a assinar revistas de hematologia com a ‘verba Guinle’, a mesma vantagem que teria usufruído Lauro Travassos. Entretanto as fontes não confirmam tal informação. Ferreira et alii (op. cit., p. 29, n. 16) observam: “Walter Oswaldo Cruz e Lauro Travassos (...) contaram com recursos do SEGE para realizarem trabalhos de campo em várias regiões do país. Estes pesquisadores encaminhavam para Evandro Chagas insetos ou animais examinados que pudessem estar de algum modo relacionados às investigações do SEGE sobre vetores e reservatórios de doenças

trouxe visibilidade a suas pesquisas e constituíram ótimas referências perante Guilherme Guinle. Acrescente-se, ainda, que a própria viúva de Walter tinha laços familiares com o empresário: “Eu tinha uma prima irmã que era afilhada do Guilherme, e ele freqüentava a casa do meu tio. Eu já conhecia o Guilherme, mas não tive nenhuma interferência, só pelo relacionamento, pela facilidade de ir lá. Ele escreveu uma carta e pediu [apoio] ao Guilherme. E o Guilherme prontamente cedeu.” (ESH/DAD/COC, 1987). Por fim, destaco que ao longo da década de 1940 os trabalhos de Walter Oswaldo Cruz tiveram forte vinculação com as questões de saúde pública, e que o cientista só se voltou para as chamadas pesquisas básicas nos anos 1950, no contexto do pós-guerra.²¹⁷

A proximidade e o conhecimento, características intrínsecas do mecenato, sempre pautaram as ações de Guinle. E por mais que os beneficiários fizessem questão de reforçar a facilidade com que Guilherme doava e financiava projetos, suas ações parecem ter sido sempre respaldadas em apostas concretas, fosse na construção de uma determinada idéia de nação, fosse na seriedade do trabalho que estava sendo proposto.

Tal como Evandro Chagas, Walter Oswaldo Cruz se ressentia de um isolamento intelectual no IOC e do apoio insuficiente que a instituição oferecia a suas pesquisas. E teriam sido justamente esses fatores que o motivaram a buscar auxílio junto a Guilherme Guinle, de modo a garantir o funcionamento de seu Laboratório. Em carta endereçada a ao empresário, datada possivelmente de 1952, Walter traçava um histórico dessa relação nos dez anos anteriores, e pedia o apoio do empresário para a Seção de Hematologia que ele dirigia no IOC (FWOC/DAD/COC). A partir de então e até a morte de Guilherme, mensalmente este efetuou a doação à Seção. Em junho de 1960 Walter Oswaldo Cruz recebeu uma carta de Carlos Guinle anunciando uma doação da família Guinle no valor de Cr\$250.000,00, em memória de Guilherme, com a qual encerrava-se o apoio à Seção de Hematologia do IOC.²¹⁸

endêmicas. Por outro lado, as viagens sistemáticas de pesquisadores do SEGE por várias regiões do país contribuíram para a coleta de abundante material zoológico (parasitos, insetos, animais diversos) que viria a enriquecer e/ou formar as coleções científicas do IOC.” Para os autores, essas atividades ratificam a existência de articulação entre os trabalhos do SEGE e os realizados por outras seções do IOC. Mas isto não configura uma partilha da ‘verba Guinle’.

²¹⁷ Cf. Lent (op. cit.). Lent (id., p. 8), em homenagem póstuma a Walter Oswaldo Cruz na Academia Brasileira de Ciências, em 1967, afirma que a partir de 1958 Walter passou a se preocupar com a relação dos fatores vasculares e sanguíneos na produção de hemóstase dos pequenos vasos. A hemóstase é uma patologia que leva à estagnação do sangue, ou seja, à supressão do derramamento sanguíneo (Aulete, op. cit., p. 2037)

²¹⁸ Segundo Sylvia Hasselman (ESH/DAD/COC, 1987), Guilherme Guinle teria pedido aos irmãos que não interrompessem subitamente o apoio a Walter Oswaldo Cruz, razão por que a Seção de Hematologia teria recebido, nesta ocasião, o equivalente a seis meses de ‘mesada’.

As doações regulares que Walter recebeu e que lhe permitiram liberdade de aplicação foram reajustadas duas vezes, a seu pedido, ao longo dos quase 20 anos de relação. A primeira ocorreu em 1946, quando a Seção ganhou uma sala maior, e a segunda em 1952, quando se abriram novas instalações no Pavilhão de Patologia, cujas obras se concluíam. Foi este último reajuste que ocasionou a carta mencionada acima, de Walter a Guilherme, em que, além de historiar o apoio que vinha recebendo, o cientista descrevia a destinação da ‘verba Guinle’: pagamento de horas extras aos funcionários da Seção, aquisição de material especializado e de uso contínuo — “(...) especialmente durante os períodos (infelizmente freqüentes e duradouros), em que o almoxarifado do IOC, por uma razão ou por outra, não pode atender prontamente ou de alguma forma, as necessidades do laboratório (...)” (FWOC/DAD/COC) —, reparo da aparelhagem, aquisição de livros e assinaturas de revistas. As palavras de Walter a Guilherme permitem também perceber o espaço ocupado pelo estudo da hematologia no IOC, muito devido à importância que tais estudos passavam a ter no cenário mundial.

Assim, os pedidos de aumento de verba estiveram vinculados à expansão física, humana e material do Laboratório:

“Doutor Guilherme, todas as parcelas solicitadas foram as que poderíamos usar com eficiência em relação ao espaço, material e pessoal que compunham o laboratório por mim dirigido. Toda vez que as facilidades do laboratório aumentaram, solicitamos os correspondentes auxílios e todas as vezes foram concedidos e todas as vezes foram suficientes, muito obrigado.” (Walter Oswaldo Cruz, 1958, p. 34)

Como se verá a seguir, há grandes semelhanças entre o apoio de Guilherme Guinle ao Laboratório de Hematologia de Walter Oswaldo Cruz, no IOC, e ao Laboratório de Biofísica de Carlos Chagas Filho, na Universidade do Brasil, não só no que tange ao financiamento de novas pesquisas (ainda que Walter se encontrasse na transição entre o modelo de saúde pública e a implementação de novos campos de conhecimento, no que se refere aos padrões de mecenato de Guilherme), mas também porque ambos os cientistas tiveram a certeza de contar com a ‘verba Guinle’, o que foi de fato uma constância no trabalho deles durante vários anos — procedimento este que pode também ser percebido no apoio à *Revista Brasileira de Biologia*, conforme apontado no capítulo 2.

6.3.3 O Instituto de Biofísica²¹⁹

A história do Instituto de Biofísica da Universidade do Brasil está estreitamente ligada à proibição do acúmulo de cargos no funcionalismo público, ditada pelo governo federal em 1938. Um ano antes Carlos Chagas Filho fizera concurso para a cátedra de Física Biológica na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, apesar da oposição do irmão Evandro e de amigos como Walter Oswaldo Cruz. Em 1938 optou definitivamente pela carreira de professor na Faculdade de Medicina, abrindo mão de seu cargo de pesquisador no IOC, instituição ao qual esteve ligado por laços afetivos e profissionais desde os tempos de estudante. Sua opção pelo magistério, conforme ele mesmo explicou em entrevista ao projeto Memória de Manguinhos (1987), foi motivada em grande parte porque se sentia deslocado no ambiente de Manguinhos, somado ao fato de que Carneiro Felipe, com quem trabalhava, freqüentar pouco o IOC em virtude de estar atuando junto ao ministro Francisco Campos no MESP.

A cátedra de Física Biológica existia como disciplina autônoma desde a segunda metade do século XIX, mas seu desenvolvimento foi maior após a Segunda Guerra Mundial, quando houve uma maior influência da física e da química nos estudos da biologia. Segundo Góes Filho (1997, p. 29), ambas as disciplinas forneceram à biologia “um novo instrumental, que possibilitou aos pesquisadores impor uma nova classificação das áreas de conhecimento. Incorporam-se à Biofísica as áreas de radiologia e de neurobiologia, tributárias, respectivamente, do desenvolvimento de novas e potentes fontes de radiação e de sofisticados equipamentos eletrônicos”.

Carlos Chagas Filho começou a se interessar desde cedo pelos estudos das ciências básicas, fato que teria desagradado seu pai, que o enviou a Lassance (MG) para trabalhar com doença de Chagas. A temporada no hospital dessa cidade mineira não arrefeceu sua atração pela física e química associadas à biologia, e nem mesmo as aulas como professor de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina o desviaram da pesquisa básica. O concurso para a cátedra de Física Biológica ofereceu-lhe, então, a oportunidade de dedicar-se a esse campo de conhecimento.

O Laboratório de Biofísica que deu origem ao Instituto começou a ser organizado ainda em 1939. O próprio Chagas Filho relembra que nos primeiros tempos houve muita dificuldade para a importação de maquinário e instrumentos

²¹⁹ Para uma análise mais detalhada sobre o Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho da UFRJ, ver Góes Filho (op. cit.).

necessários à renovação do antigo Laboratório de Física da Faculdade de Medicina — o equipamento existente estava defasado com relação aos avanços da física biológica, em virtude tanto da falta de recursos financeiros quanto das restrições às importações durante a Segunda Guerra. As opções eram a compra de aparelhos descartados pelo Exército americano ou a adaptação de equipamento nacional. Quanto à mudança na denominação da cátedra, de Física Biológica para Biofísica, ela foi, nas suas próprias palavras, “o desejo de indicar claramente que a disciplina que eu iria me ocupar era essencialmente uma disciplina biológica” (Chagas Filho, 1995).

Em 1940 Carlos Chagas Filho retornou ao IOC para continuar o trabalho de Evandro, conforme comentado anteriormente. Dois anos depois, quando se descartaram as chances de assumir a direção de Manguinhos sucedendo a Cardoso Fontes, falecido pouco tempo antes, e já com o SEGE incorporado formalmente ao IOC, Chagas Filho procurou Guilherme Guinle em um almoço no Jockey Clube para agradecer-lhe a ajuda que tinha sido dada ao irmão, ao mesmo tempo que o liberava deste acordo. Segundo Chagas Filho o apoio ao Laboratório, depois Instituto de Biofísica, teve origem nesse encontro, pois Guilherme teria afirmado que passaria então a cuidar dele, Chagas Filho.²²⁰ E foi nessa ocasião que o cientista percebeu “(...) a possibilidade de se tornar real o meu sonho de associar a pesquisa ao ensino, e de criar na Universidade ambiente adequado ao extraordinário desenvolvimento baseado em técnicas físicas e físico-químicas que a Biologia e a Medicina começavam a desfrutar (...)” (Chagas Filho, 1958, p. 10).

A criação do Instituto, como bem deixa transparecer Chagas Filho, está diretamente vinculada a um momento histórico para as ciências no Brasil, o da criação das Universidades. Conforme a proposta da Reforma Francisco Campos, de 1931, que traçou as diretrizes para o ensino universitário brasileiro, a Universidade teria como objetivo maior a formação de uma elite capaz de promover o crescimento cultural da nação (Schwartzman, op. cit., p. 149). A missão caberia primeiramente à Universidade do Brasil, criada em 1937, que trazia subjacente a sua criação o propósito de estabelecer as diretrizes do ensino superior no país. Chagas Filho acreditava no potencial da Universidade para formação de pesquisadores, chegou mesmo a comentar que sentia

²²⁰ Chagas Filho descreve assim o episódio: Eu fui ao Jockey Club, onde eu sempre o encontrava, e ele estava almoçando lá com o barão de Saldanha, que era companheiro dele do Banco Boavista. Ele aí disse para mim: “Bom, o senhor agora não tem mais nenhuma responsabilidade lá. Bem, então agora vamos cuidar de você.” E durante esses primeiros anos todo o dinheiro [do Laboratório] vinha do Guinle.” (ECCF/DAD/COC, 1987).

falta, em Manguinhos, do convívio com os alunos, e foi esta crença também um dos motivos que o levaram a dirigir seus trabalhos para a Faculdade de Medicina.²²¹

O cientista afirmava ignorar as razões que levaram Guilherme Guinle a apoiar seu projeto, mas creio podermos cogitar em algumas delas. A primeira, e mais óbvia, seria a sua ascendência. Também teriam contribuído seu trabalho junto ao SEGE; sua breve gestão, de julho de 1933 a janeiro de 1934, do Laboratório de Físico-Química do Serviço de Cancerologia, que funcionava no Hospital Gaffrée e Guinle a cargo de Carlos Botelho Jr.; a frequência, no mesmo Hospital, ao laboratório privado dos irmãos Ozório de Almeida, lugar não só de produção de conhecimento mas de encontro da elite carioca; e a sua presença quase certa em saraus animados, especialmente os de Branca Ozório de Almeida Fialho, irmã de Álvaro e Miguel e com cuja família Guilherme Guinle tinha proximidade. Mas há sobretudo um aspecto no projeto de Chagas Filho que certamente sensibilizou Guilherme Guinle: a sua opção por estudar algo relativo ao Brasil e que tinha sido pouco abordado até então.

De fato, Chagas Filho escolhera como objeto de estudo o poraquê, *Electrophorus electricus*, através do qual se poderia pesquisar, entre outras temas, a transformação de energia química em energia elétrica, no campo da bioeletricidade. As outras opções eram a preguiça, cuja fisiologia muscular ainda não fora estudada com base nos novos conhecimentos mas que trazia uma dificuldade, a criação do animal em cativeiro; e o vaga-lume, que também apresentava os mesmos problemas de criação em cativeiro. O peixe-elétrico, ou poraquê, mostrou-se interessante por vários aspectos. O fato de ser um animal proveniente de águas doces facilitava muito a sua manutenção em laboratório, como demonstravam trabalhos desenvolvidos na França, em que o poraquê fora utilizado em substituição ao ‘torpedo elétrico’, um peixe característico da costa daquele país. Pesou também o interesse ao projeto por parte do ministro da Agricultura Fernando Costa, que colocou material e pessoal à disposição de Chagas Filho.

Nos anos iniciais do Laboratório de Biofísica, Chagas Filho se apoiou no capital social de sua família e naquele adquirido com o casamento, em 1935, com Anna Leopoldina de Mello Franco. Com o casamento com dona Annah – como era chamada, Chagas Filho se tornou amigo de Virgílio e Affonso Arinos de Mello Franco, que

²²¹ Carlos Chagas Filho acreditava no papel da Universidade como centro de pesquisa e local de formação do pesquisador, tanto que, em 1946, ele articulou a transferência do IOC e do Museu Nacional para a alçada da Universidade do Brasil. Henrique Aragão, então diretor do IOC, conseguiu manter o Instituto vinculado à área da saúde, mas o Museu Nacional continua até hoje como departamento da UFRJ (FIOC/SAG/DAD/COC).

tiveram papel capital na montagem do Laboratório e em sua transformação em Instituto de Biofísica. Conta Chagas Filho (1995) que Virgílio conseguiu para o Laboratório, junto a Joaquim Rola, os primeiros exemplares de poraquê, um peixe típico das remotas bacias do Amazonas e Orenoco. Joaquim Rola era proprietário do Cassino da Urca e mantinha ali um aquário com esses peixes para exibição de suas propriedades elétricas, as quais o próprio Joaquim teria estudado em outras ocasiões. Não se deve desprezar também que as famílias Guinle e Mello Franco participavam dos mesmos salões de sociabilidade carioca, sendo Guilherme e Virgílio muito próximos.

Uma outra marca do Laboratório de Biofísica da Universidade do Brasil concerne à formação de pessoal e à criação da figura do pesquisador-docente. Paulo de Góes Filho (op. cit.) destaca que a proibição do acúmulo de cargos no serviço público teve importância na formação da equipe do Laboratório. Por outro lado, o capital social de Chagas Filho, aquele herdado do pai — cujo valor para as vitórias que obteve junto ao MES ele mesmo reconhece — e do irmão, bem como o adquirido com o casamento facilitaram tanto os trâmites burocráticos no Ministério, no que tange à contratação de pessoal para o Laboratório, quanto a relação direta que manteve com o ministro Capanema. No que diz respeito à contratação de pessoal, ela foi obtida graças à criação de uma categoria funcional, a de técnico especializado, e também por meio de intercâmbios com Universidades e Centros de Pesquisas estrangeiros, como a do casal René Wurmser, que veio para o Brasil fugindo da guerra na Europa e foram contratados para o Laboratório de Biofísica.

O período em que Guilherme Guinle inicia seu apoio a Chagas Filho foi marcado pelo conflito na Europa e por mudanças significativas na esfera política e institucional brasileira, em especial a relativa ao ensino superior, a partir de 1945, na qual subjazia à proposta de um sistema educacional profissionalizante a necessidade do desenvolvimento científico e tecnológico do país. Foi esse contexto, em que o Estado passa a investir na pesquisa e desenvolvimento científicos, igualmente propício ao surgimento de instituições voltadas para a ciência, a exemplo da Sociedade Brasileira Para o Progresso da Ciência (SBPC)²²², em 1948, de cuja constituição participaram

²²² A criação da SBPC está relacionada à tentativa de transformar o Instituto Butantan em mero fornecedor de soros, durante o governo de Adhemar de Barros em São Paulo — por isso o grupo original da Sociedade era egresso de instituições de pesquisa biológica daquele estado. Tendo como propósito inicial fazer frente à política do governador paulista, a SBPC logo expandiu sua atuação, passando a desenvolver “uma série de atividades destinadas a reforçar o seu papel de órgão nacional representativo dos cientistas brasileiros” (Schwartzman, op. cit., p. 258). Para tanto passou a publicar a revista *Ciência*

Walter Oswaldo Cruz, Carlos Chagas Filho e Miguel Ozório de Almeida; do Centro Brasileiro de Pesquisa Física (CBPF), em 1949; e do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), em 1951.

Em 1945 o Laboratório de Biofísica foi transformado em Instituto de Biofísica com o apoio de Pedro Calmon, então reitor da Universidade, e Raul Leitão da Cunha, ministro da Educação e Saúde. Somente então passou a contar com recursos governamentais — graças a um grupo de deputados, entre os quais Afonso Arinos de Mello Franco, cunhado de Chagas Filho, José de Magalhães Pinto, Aduino Cardoso e Jorge Jabour —, e passaram-se ainda alguns anos até que a Fundação Rockefeller e o CNPq auxiliassem nos trabalhos do Laboratório.

O apoio de Guilherme Guinle a Carlos Chagas Filho tornou possível a construção e manutenção do Laboratório e depois Instituto de Biofísica, em um momento em que a linha de pesquisa proposta por Chagas Filho passava por profundas modificações de método e abriam-se novas possibilidades de investigação. O próprio cientista afirmou: “Sem Guilherme Guinle não estaríamos aonde chegamos.” (Chagas Filho, 1958, p. 11).

6.4 Considerações finais

Alguns historiadores interpretam o apoio aos cientistas aqui mencionados como uma estratégia, por parte destes, de contornar a crise financeira instaurada no IOC na década de 1930, como por exemplo Schwartzman (op. cit., p. 238), que afirma em sua análise sobre o IOC, citando como exemplo o caso dos pesquisadores Lauro Travassos²²³, Walter Oswaldo Cruz e Evandro Chagas: “A retirada daquela fonte de renda [os rendimentos obtidos com a produção da vacina da manqueira] apressou o processo de decadência do Instituto. Daí em diante, só puderam continuar o trabalho normal os laboratórios quem mantinham uma fonte de apoio (...).” Em contraposição a esses autores, procurei evidenciar que, acima de tudo, as relações de mecenato científico que se estabeleceram no IOC naquela década são fruto de seu tempo, marcado que foi

Hoje, órgão de divulgação da Sociedade, a promover reuniões anuais e a realizar encontros entre cientistas, representantes do governo brasileiros e a comunidade científica internacional.

²²³ Conferir nota 44, desse capítulo.

por constituir relações dessa natureza, como o comprovam diversos exemplos, entre os quais sobressaem as ações de Gustavo Capanema e Getúlio Vargas. E não foi por outro motivo que Guilherme Guinle teve seu nome inscrito no Livro do Mérito justamente nesse período.

Assim, ao longo deste capítulo final, procurei mostrar que a mudança no padrão filantrópico de Guilherme Guinle para o mecenato científico relaciona-se estreitamente aos eventos que marcam a década de 1930: a morte de Carlos Chagas e a ascensão de Vargas à Presidência da República. Contudo a análise mais rigorosa do mecenato científico de Guilherme Guinle remete-nos a mais um fator, as transformações no campo científico advindas com o fim da Segunda Guerra Mundial, com o surgimento de novas tecnologias e novos campos de atuação do cientista. Se por um lado as ações de Guilherme Guinle junto ao Centro Internacional de Leprologia e ao SEGE denotam a continuidade de seu apoio à política de saúde pública defendida por Carlos Chagas, por outro o auxílio aos Laboratórios de Hematologia do IOC e de Biofísica da Universidade do Brasil aponta para o seu investimento em novas tecnologias, a despeito de a ascendência dos dois pesquisadores beneficiados, Walter Oswaldo Cruz e Carlos Chagas Filho, garantir uma certa continuidade das ações.

Como ponto de convergência, os três cientistas cujos projetos foram apoiados por Guilherme Guinle nessa fase — Evandro Chagas, Walter Oswaldo Cruz e Carlos Chagas Filho —, alegavam a pouca atenção do IOC a seus projetos, o que teria levado este último pesquisador, inclusive, a optar pela cátedra na Faculdade de Medicina e desenvolver ali suas pesquisas. Tal argumento permite explicar o mecenato científico de Guilherme Guinle como uma alternativa à falta de apoio institucional, mas a análise dos casos parece apontar que questões algumas conjunturais — a morte de Carlos Chagas, a instabilidade política do país e a guerra na Europa — contribuíram muito para que esses cientistas recebessem o auxílio capital para o desenvolvimento de seus trabalhos. Neste caso, as questões relativas à política governamental e as mudanças que sofreu o campo científico tiveram papel preponderante no patrocínio de Guilherme Guinle. As reclamações quanto à falta de apoio do IOC devem ser analisadas em relação ao papel que esta instituição desempenhou no contexto das transformações da saúde pública no pós-1930 e do campo científico do pós-guerra, sendo a sua atuação reflexo do movimento de adequação ao novo regime de conhecimento que passou a vigorar. O mecenato de Guilherme Guinle teria participado, portanto, desse momento de adequação do novo papel do IOC e da ciência.

CONCLUSÃO

CONCLUSÃO:

Essa tese procurou apresentar uma relação pouco estudada no Brasil: a prática da filantropia e do mecenato científico. De um modo geral, como foi demonstrado ao longo da tese, a historiografia relativa à história das ciências no país procura negar a existência deste tipo de relação e ao estudar a ação de Guilherme Guinle, procurou-se demonstrar que ele não foi um caso isolado na realidade brasileira, podendo ser considerado, contudo, o mais paradigmático dentre eles.

Uma das características mais forte da filantropia e do mecenato científico de Guilherme Guinle é sua forte relação com o projeto de Saúde Pública defendido por Carlos Chagas. Na maior parte de suas ações percebe-se claramente um investimento na melhoria das condições da raça brasileira, de sua salvação seja através do combate à sífilis, ao câncer, à lepra, às Grandes Endemias e ou das doenças do sangue – todos projetos ligados direta ou indiretamente a Carlos Chagas, de fora apenas o projeto do Laboratório de Biofísica.

Muitos autores interpretam a relação de mecenato de Guilherme Guinle com os cientistas cariocas como uma forma de valorização social da atividade de pesquisa científica, através da sensibilização, primeiro da intelectualidade e, a partir dela, do poder público, que era considerado por estes autores como o responsável pela criação e manutenção das instituições de ciência (Moreira et al., 2000/2001, p. 645). Desta forma, os patrocinados conseguiam contornar duas dificuldades: a de manter suas pesquisas individuais e de valorizar o papel social de seus trabalhos. Entretanto, muito mais do

que uma estratégia posta em prática pelos protegidos, o que a experiência de Guilherme Guinle permite perceber, em total acordo com o exemplo dos grandes mecenas, é que a prática do mecenato representa o encontro da vontade de doar com um campo propício: que é tanto a cidade – o palco dessas relações; quanto o desenvolvimento da ciência e de suas realizações no país e que sem esses pré-requisitos tornar-se-ia inviável a prática do mecenato. Não basta querer valorizar seu trabalho, é preciso também encontrar alguém disposto a apoiar seus trabalhos. E esse apoio é fruto de conhecimento, de respeito e de idéias compartilhadas.

Homem de idéias e práticas nacionalistas, Guilherme Guinle encontrou no discurso nacionalista-sanitário de Carlos Chagas uma forma de investir no futuro da nação. Sobretudo, Guilherme Guinle foi um homem da *Belle Epoque* que a viveu plenamente, em seus múltiplos sentidos – aí incluído a questão sanitária que dominou parte da agenda política da Primeira República, no século XX.

O papel de Guilherme Guinle foi amplamente divulgado nas páginas de *O Jornal*, onde as personalidades que responderam ao inquérito de Assis Chateaubriand refletiram sobre seu ato e sobre o papel da filantropia. Ao seguir as opiniões expressas nas páginas de *O Jornal* poder-se-á montar um quadro onde a filantropia é entendida como fundamental para a realização de obras de interesse geral, as quais o Estado não teria condições de gerir. Até mesmo o general Rondon, membro do Apostolado Positivista, seguidor de Augusto Comte, para quem a filantropia não era a solução para os “males da sociedade”, acreditava que ao levar em consideração que a ação da família e do Estado no Brasil não tinha alcançado o desenvolvimento moral desejado, as ações das Fundações Oswaldo Cruz e Gaffrée e Guinle passaram a ser importantes para a sociedade carioca de então (*O Jornal*, 20 jan. 1927, p. 3), na medida em que iriam suprir uma falha do Estado e da família.

Carlos Chagas tinha consciência das dificuldades encontradas e da impossibilidade do estado assumir todas as frentes a que ele se propunha e que estavam expressas na reforma da Saúde Pública e no Regulamento Sanitário – endemias rurais, tuberculose, lepra e sífilis –, acreditava que o consórcio com a iniciativa privada era a solução, pois, “não pode o Estado considerar e resolver de modo eficiente, o vasto e complexo problema da assistência pública” (*O Jornal*, 20 jan. 1927, p. 3). A filantropia foi a forma encontrada para resolver um dos grandes problemas do Rio de Janeiro daquele tempo: a falta de leitos hospitalares, ao mesmo tempo em que dotava os

médicos cariocas de centros de pesquisa especializados e modernos, permitindo o estudo e a busca de soluções para essas doenças.

A construção do Hospital Gaffrée e Guinle e de seus doze ambulatórios antivenéreos representa o encontro da vontade o filantropo – Cândido Gaffrée e, sobretudo, Guilherme Guinle – e um ambiente propício na cidade do Rio de Janeiro: a vontade expressa do governo federal em sanear o país e a existência de um grupo de médicos e intelectuais que pensavam os destinos da nação, através da salvação do homem brasileiro. A medicina e a ciência a serviço da construção nacional.

É justamente esse ponto que singulariza a filantropia de Guilherme Guinle: seu apoio foi destinado a ações que visassem a construção da nação, fosse através do combate à sífilis; ou através da tentativa de construção de um hospital para cancerosos nesta mesma época; ou ainda da construção de um Centro Internacional de Leprologia no IOC – em todas estas ações a figura de Carlos Chagas estava presente. Este ideal de construção nacional também pode ser percebido no apoio que, a partir de 1934, Guilherme Guinle oferece ao Serviço de Grandes Endemias, dirigido por Evandro Chagas; e ao Laboratório de Hematologia de Walter Oswaldo Cruz – ambos vinculados ao IOC. Não era a pobreza que estava sendo combatida, mas a doença que impedia o trabalho do homem e o crescimento da nação.

Como partícipe das ações do Estado, Guilherme Guinle reforça o pertencimento do Brasil à tradição católica de socorro aos desvalidos: primeiro a Igreja e depois o Estado. E é justamente nesse período que o Estado começa a centralizar as ações de saúde pública e também surgem os primeiros hospitais gerais públicos, cujo marco inicial é a abertura do Hospital São Francisco de Assis, em 1922.

As ações de Guilherme Guinle são, então, fruto de seu tempo; do forte sentimento nacional; da vontade e da certeza de estarem, todos, construindo a Nação brasileira. Logo, e não poderiam ter acontecido alhures que não na cidade do Rio de Janeiro da virada do século. Elas são, em suma, o encontro dos salões com o laboratório, do investimento da ciência como regeneradora da sociedade, onde a amizade e a confiança mútuas tiveram papel preponderante.

Bibliografia e Fontes

BIBLIOGRAFIA E FONTES:

Instituições pesquisadas:

- ✗ Academia Nacional de Medicina
- ✗ Académie Nationale de Médecine (Paris, França)
- ✗ Archives de l'Assistance Publique et Hôpitaux de Paris (Paris, França)
- ✗ Arquivo da Casa de Oswaldo Cruz
- ✗ Arquivo Nacional
- ✗ Bibliothèque de la Maison des Sciences de l'Homme (Paris, França)
- ✗ Bibliothèque Interuniversitaire de Médecine, Faculté de Médecine de Paris (França)
- ✗ Casa de Oswaldo Cruz
- ✗ Fundação Biblioteca Nacional
- ✗ Institut Curie (Paris, França)
- ✗ Institut Pasteur (Paris, França)
- ✗ Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro
- ✗ Instituto da Saúde – São Paulo
- ✗ Museu da Escola Politécnica/UFRJ
- ✗ Museu da República

Documentos Eletrônicos:

- ✗ Base de dados do projeto Imagens de Publicações Oficiais Brasileiras do Center for Research Libraries and Latin American Microfilm Project da Universidade de Chicago (<http://www.crl.uchicago.edu/info/brazil/pindex.htm>)
- ✗ Biblioteca Virtual Carlos Chagas, COC/FIOCRUZ (www.prossiga.br/chagas/)
- ✗ Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil, COC/FIOCRUZ (<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>)

FONTES:

1. ALMANAK Laemmert. Rio de Janeiro: Ed. Laemmert; 1919 a 1927.
2. ARAÚJO, Heráclides Cesar de Souza. *História da Lepra no Brasil - vol. 3, Período Republicano, 1890-1952*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1956.
3. ARAÚJO, Oscar da Silva. “A prophylaxia da Lepra e das doenças venéreas no Brasil e a actuação do Departamento Nacional de Saúde Pública.” IN: *Archivos de Hygiene*. Rio de Janeiro, ano I, no. II, 1927, p. 195-293.
4. *Assistência pública e privada no Rio de Janeiro (Brasil) - História e Estatística*. Rio de Janeiro. Prefeitura do Distrito Federal; 1922.
5. “ATAS da Academia Nacional de Medicina.” IN: *Boletim da Academia Nacional de Medicina*. Rio de Janeiro, 1926, p. 623.
6. ÁVILA, Affonso. “Triunfo Eucharístico – exemplar da christandade lusitana” IN: *Resíduos Seiscentistas em Minas*. [s.l]; [s.n]; [s.d]. Edição fac-similar do original de 1733.
7. BARRETO, J. de Barros. “A organização da Saúde Pública no Brasil” IN: *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1942, p. 169-215.
8. BARRETO, Maria Renilda Nery. *Mulheres doentes e doenças de mulheres: praxis clínico-cirúrgica em Salvador e Lisboa na primeira metade do século XIX*. Rio de Janeiro. Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, tese de doutorado (em andamento).
9. BOLETIM da Academia Nacional de Medicina. Rio de Janeiro; 1922 a 1929.
10. BRASIL. *Anais da Câmara dos Deputados*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1920.
11. BRASIL. *Anais da Câmara dos Deputados*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1921.
12. BRASIL. *Anais da Câmara dos Deputados*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1922.
13. BRASIL. *Coleções de Leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1939 – Atos do Poder Legislativo*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1940.
14. BRASIL. *Mensagens ao Congresso: Obras Completas de Epitácio Pessoa*, vol. XVII. Rio de Janeiro: INL; 1956.
15. BRASIL. *Mensagens especiais, vetos, discursos, notas e despachos - Obras Completas de Epitácio Pessoa*, vol. XVIII. Rio de Janeiro: INL; 1956.
16. BRASIL. *Mensagens ao Congresso: Arthur da Silva Bernardes*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1923.
17. BRASIL. *Mensagens ao Congresso: Arthur da Silva Bernardes*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1924.
18. BRASIL. *Mensagens ao Congresso: Arthur da Silva Bernardes*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1925.
19. BRASIL. *Mensagem apresentada ao Congresso Nacional na terceira sessão da 12ª Legislatura pelo Presidente da República Arthur da Silva Bernardes*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1926.
20. BRASIL. *Mensagens ao Congresso: Washington Luis P. de Sousa*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1927.
21. BRASIL. *Mensagens ao Congresso: Washington Luis P. de Sousa*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1929.

22. BRASIL. *Mensagens ao Congresso: Washington Luis P. de Sousa*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1930.
23. BRASIL. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo ministro da Justiça e Negócios Interiores dr. Alfredo Pinto Vieira de Mello* [1919-1920]. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1920.
24. BRASIL. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo ministro da Justiça e Negócios Interiores dr. Alfredo Pinto Vieira de Mello*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1921.
25. BRASIL. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo ministro da Justiça e Negócios Interiores dr. João Luiz Alves* [1922-1923]. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1923.
26. CARDOSO, Vicente Licínio. *A margem da arquitetura grega e romana e Princípios geraes modernos de hygiene hospitalar*. Rio de Janeiro: Typographia do Anuário do Brasil; 1927.
27. CAVALCANTI, Arthur de S.. “A luta contra o cancer – memoria de hygiene e demographia apresentada ao Sexto Congresso Medico Latino Americano (Havana – 1922)” IN: *Archivos Brasileiros de Medicina*. Rio de Janeiro; ano XII; 1922, p. 723-741.
28. CHAGAS, Carlos. *Estudos hematologicos no impaludismo*. Rio de Janeiro: Typ. da Papelaria União, 1903. 220p. (These Inaugural).
29. _____. *Discurso do Dr. Carlos Chagas no banquete oferecido pela classe medica do Rio de Janeiro, no Edificio do Derby-Club, em homenagem aos medicos bahianos, em 9 de dezembro de 1918*. Rio de Janeiro: Typ. Jornal do Commercio, de Rodrigues, 1919. 25p. (BVCC)
30. _____. “Conferência sobre a nova orientação do serviço sanitário brasileiro realizada na Biblioteca Nacional em 04 de fevereiro de 1921” In *Jornal do Commércio*. Rio de Janeiro, 11 de fevereiro de 1921. (BVCC)
31. _____. *Inauguração do Instituto de Radium em Bello Horizonte: Discurso pronunciado pelo Dr. Carlos Chagas, director do Departamento Nacional de Saúde Pública em 7 de setembro de 1922*. Rio de Janeiro, s.n., 1922. (BVCC)
32. _____. “As missões do Dr. Carlos Chagas na Europa — impressões do Diretor da Saúde Pública.” In *Jornal do Commercio*, 16 ago. 1923
33. _____. “Agradecimento ao banquete oferecido por colegas, amigos e admiradores, por ocasião de seu regresso da Europa, onde presidiu a representação brasileira nas comemorações do centenário de Pasteur - setembro de 1923. In: CHAGAS, Carlos. *Discursos e conferências*. Rio de Janeiro: A Noite, 1935. 289p. p.35-46. (BVCC)
34. CHAGAS FILHO, Carlos. “Oração proferida por Carlos Chagas...” IN: *Homenagem a Guilherme Guinle – patrono do Instituto de Biofísica*. Rio de Janeiro: [s.n.]; 30 de julho de 1958.
35. _____. “Conversa sobre Guilherme Guinle.” [1982], mimeo. (ACCF, DAD/COC)
36. CRUZ, Walter Oswaldo. “Oração proferida pelo professor Walter Oswaldo Cruz...” IN: *Homenagem a Guilherme Guinle – patrono do Instituto de Biofísica*. Rio de Janeiro: [s.n.]; 30 de julho de 1958.
37. DIAS, Mário Vianna et MOUSSATCHÉ, Haity (eds.). *Livro de homenagem aos professores Álvaro e Miguel Ozorio de Almeida – editado por colegas, amigos, assistentes e discípulos em honra às suas actividades scientificas*. Rio de Janeiro: Typographia do Instituto Oswaldo Cruz; 1939.
38. DONS du Docteur Henri de ROTHSCHILD à l'INSTITUT du RADIUM et à la FONDATION CURIE. Paris : Institut Curie ; [s.d.] mimeo. (AIC)

39. “EM defesa da base physica da raça – As duas cruzadas contra o câncer e a syphilis, empreendidas pelas fundações Oswaldo Cruz e Gaffrée-Guinle”. *O Jornal*. Rio de Janeiro, 20 de janeiro de 1927, caderno especial, p. 1-6.
40. FALCÃO, E. de Cerqueira. *Brasilensia Documenta*, v. X. Gazeta Médica do Rio de Janeiro, tomos I, II, III — 1862-1864. São Paulo: s.n., 1976 , p.171-172)
41. FRAGA, Clementino. *Introdução ao relatório dos serviços do Departamento Nacional de Saúde Pública - 1927*. Rio de Janeiro: Inspetoria de Demografia Sanitária; 1928.
42. GÓES, Paulo de. “Oração proferida pelo professor Paulo de Góes...” IN: *Homenagem a Guilherme Guinle – patrono do Instituto de Biofísica*. Rio de Janeiro: [s.n.]; 30 de julho de 1958.
43. *HOMENAGEM a Guilherme Guinle – patrono do Instituto de Biofísica*. Rio de Janeiro: [s.n.]; 30 de julho de 1958.
44. LENT, Herman. *Walter Oswaldo Cruz – sucesso e fracasso de um cientista*. Rio de Janeiro: [s.n.]; 1967.
45. MAGALHÃES, Fernando. “A luta contra o câncer” In: *Brazil Medico*. Rio de Janeiro, n. 40, 07 out. 1922, p. 213.
46. MARINHO, João. *Ocasão Perdida – depoimento prestado perante a “Comissão de Sindicâncias da sobras do hospital das Clínicas”*. Rio de Janeiro: Oficina Industrial Graphica; 1931.
47. MERY, Jacques. *Histoire des Legs à l’Institut Pasteur*. Paris : Institut Pasteur ; [s.d.]. (AIP)
48. MOUSSATHÉ, Haity. “Oração proferida pelo professor Haity Moussatché...” IN: *Homenagem a Guilherme Guinle – patrono do Instituto de Biofísica*. Rio de Janeiro: [s.n.]; 30 de julho de 1958.
49. “Notas sobre os serviços de higiene do Departamento Nacional de Saúde Pública e algumas instituições de Assistência do Rio de Janeiro.” IN: *Folhetos de higiene LXIV*. Rio de Janeiro: Luiz Desiderati Editor; 1922.
50. *NOTE sur le FONCTIONNEMENT de la FONDATION HENRI DE ROTHSCHILD à L’INSTITUT DU RADIUM*. Paris, Institut Curie, nov. 1919 (mimeo). (AIC)
51. PAIVA, Ataulpho de. *Justiça e Assistência - os novos horizontes*. Rio de Janeiro: Typ. do Jornal do Comércio; 1916.
52. PENNA, Belisário. *Saneamento do Brasil*. Rio de Janeiro: Typ. Revista dos Tribunais; 1918.
53. PORTO D'AVE, A.. “O hospital moderno” IN: *A Bandeira*. Rio de Janeiro, julho 1927, ano I, n. 1, p. 24-30.
54. _____. “A Fundação Gaffrée e Guinle” IN: *A Bandeira*. Rio de Janeiro, janeiro-fevereiro 1928, ano II, n. 7-8, p. 8-14. (1928a)
55. _____. “Sanatório Santa Clara - Campos do Jordão” IN: *A Bandeira*. Rio de Janeiro, agosto 1928, n. 11 p. 17-19. (1928b)
56. RABELLO, Eduardo. “Luta contra o câncer – papel do Departamento de Saúde – precancer de pele – indicações de biópsia, exeresse cirúrgica e do radium (comunicação à Academia Nacional de Medicina)” IN: *Archivos Brasileiros de Medicina*. Rio de Janeiro; ano XII; 1922, p. 723-741.
57. _____. “Relatório de sua estada em Paris, na ocasião das comemorações pelo Centenário de nascimento de Pasteur.” IN: *Boletim da Academia Nacional de Medicina*. Rio de Janeiro; 1923; p. 537-538 (sessão 27 set. 1923).
58. “A SEMANA do Hospital - conferência do professor Carlos Seidl em 29 de marco de 1928 - o que os outros teem e nos não temos.” IN: *A Bandeira*. Rio de Janeiro, março-abril 1928, ano II, n. 9-10, p. 18-24.

59. SOUZA E MELLO. *Falla que recitou o Exmo. Sr. Felisardo de Souza e Mello, Presidente da Província do Ceará na abertura da Assembléia Legislativa Provincial em 01 de agosto do corrente anno.* [s.l]: Typ. Constitucional; 1838.

Arquivos Privados:

- ✕ Arquivos da família Guinle de Paula Machado.
- ✕ Arquivo da família Porto D'Ave.

Arquivos Institucionais:

- Arquivo da Casa de Oswaldo Cruz:
 - ✕ Fundo Carlos Chagas Filho;
 - ✕ Instituto Oswaldo Cruz, série Administração Geral;
 - ✕ Fundo Instituto Oswaldo Cruz, série Direção;
 - ✕ Fundo Família Chagas, série Evandro Chagas;
 - ✕ Fundo Walter Oswaldo Cruz;
 - ✕ Fundo Coleção Monumento a Oswaldo Cruz/Série Fundação Oswaldo Cruz.
- Arquivo do Centro de Pesquisa e Documentação – CPDOC/FGV:
 - ✕ Arquivo Gustavo Capanema
- Arquivo da Academia Nacional de Medicina:
 - ✕ Pasta do acadêmico Eduardo Rabello;
 - ✕ Pasta do acadêmico Oscar da Silva Araújo.
- Arquivo Histórico do Institut Curie, Paris/França
 - ✕ Procès verbaux das reuniões da Fundação Curie
- Arquivo e Biblioteca do Institut Pasteur, Paris/França
 - ✕ Procès verbaux das reuniões do Institut Pasteur
- Arquivo do Museu da Escola Politécnica/UFRJ:
 - ✕ Pasta de Aldestano Soares de Mattos.
- Núcleo de Investigação em Memória da Saúde/Instituto de Saúde (São Paulo/SP)

- ✘ Arquivo Alice Tybiriçá – Instituto da Saúde/Núcleo de Investigação em Memória da Saúde (São Paulo/SP)
- Arquivo Guilherme de la Penha
- ✘ Fundo Museu Paraense Emílio Goeldi – gestão Carlos Estêvão de Oliveira (1930-1945)

Depoimentos Orais:

- ✘ Depoimento da sra. Maria Cecília de Paula Machado à autora, em setembro 2002.
- ✘ Depoimento do sr. Rodolfo Porto D’Ave, abril 2003 (à autora e a Renato da Gama Rosa Costa).
- Depoimentos prestados ao Programa de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz:
 - ✘ Carlos Chagas Filho – depoimento de 1987;
 - ✘ Haity Moussatché – depoimento de 1985-86;
 - ✘ Herman Lent – depoimento de 1994;
 - ✘ Leônidas de Melo Deane – depoimento de 1987-88;
 - ✘ Mário Vianna Dias – depoimento 1987;
 - ✘ Silvia Hasselmann – depoimento 1987;
 - ✘ Wladimir Lobato Paraense – depoimento 1987-1989.
- Depoimentos prestados a outros projetos e programas:
 - ✘ Mário Viana Dias – CPDOC/FGV;
 - ✘ Carlos Chagas Filho – depoimento de 1998, Projeto Ciência na Periferia: a UNESCO, a proposta de criação do Instituto Internacional da Hiléia Amazônica e as origens do INPA/COC;
 - ✘ Orlando Vicente Ferreira – depoimento de 2001, Projeto Coleções Científicas/COC.

Periódicos:

- ✘ Annaes Brasileiros de Dermatologia e Syphilographia – 1925 a 1927.
- ✘ Anuário do Museu Imperial – 1994.
- ✘ Archivos Brasileiros de Medicina – 1928 a 1936.
- ✘ Archivos da Fundação Gaffrée e Guinle – 1928 a 1934.
- ✘ Archivos de Hygiene – 1927 e 1942.
- ✘ Boletim da Academia Nacional de Medicina – 1923 a 1928 e 1941.
- ✘ Brazil Médico – 1926 a 1929.
- ✘ Correio da Manhã
- ✘ Jornal do Brasil – outubro de 1958; maio de 1960.

- ✗ Jornal do Commercio – julho de 1922; dezembro de 1941; junho-agosto de 1960.
- ✗ O Jornal – 1923, janeiro de 1927; julho de 1960.
- ✗ O Globo – maio de 1960.
- ✗ Revista Hospitais e Sanatórios – 1939.
- ✗ Revista A Bandeira – 1927 a 1929.
- ✗ Revista Orchidea – maio-junho de 1960.
- ✗ Revista do Clube de Engenharia – 1960 (no. 286).
- ✗ Revista do IHGB – 1960.
- ✗ Revista da Associação dos Empregados no Comércio – dezembro de 1984.
- ✗ Revue Philanthropique, 1906-1907.
- ✗ Tribuna da Imprensa – maio de 1960.

BIBLIOGRAFIA:

1. ABREU, Alzira Alves de (org.). *Dicionário Histórico-biográfico brasileiro*. Rio de Janeiro: FGV; 2001.
2. ABREU, Laurinda. « O papel das Misericórdias dos “lugares de além-mar” na formação do Império português » IN: *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. VIII(2): set.-dez. 2001.
3. ABREU, Regina. *A fabricação do imortal – memória, história e estratégias de consagração no Brasil*. Rio de Janeiro: Rocco/Lapa; 1996.
4. AGUINAGA, Helio. *Hospital São Francisco de Assis - História*. Rio de Janeiro: UFRJ; 1997.
5. ALLAIN, Emile. *Rio de Janeiro - quelques données sur la capitale et sur l'administration du Bresil*. Paris/Rio de Janeiro: L.Firenze et Cie, Editeurs/Lachaud et Cie; 1886.
6. ANDRADE, Ana Maria Ribeiro de. *Físicos, mésons e política – a dinâmica da ciência na sociedade*. São Paulo/Rio de Janeiro/Brasília: HUCITEC/MAST/CNPq; 1999.
7. ANDREWS, F. Emerson. “Fundaciones” IN: *Enciclopédia Internacional de las Ciencias Sociales*. Madrid: Aguillar; 1974.
8. ARAÚJO, Achilles Ribeiro de. *A Assistência médica hospitalar no Rio de Janeiro no século XIX*. Rio de Janeiro: Ministério da Cultura; 1982.
9. ARAÚJO, Adayr Eiras de. “A Cancerologia no Século.” IN: QUEIROZ, Júlio Sanderson de. *Memória da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro num século de vida*. Rio de Janeiro: RIOARTE/MEC; 1986.
10. AULETE, Caldas. *Dicionário contemporâneo da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Delta, 1964.
11. BARBOSA, Francisco Carlos Jacinto. “As doenças vieram notícia: imprensa e epidemias na segunda metade do século XIX” IN: NASCIMENTO, Dilene et CARVALHO, Diana Maul de. *Uma história brasileira das doenças*. Rio de Janeiro: Paralelo 15; 2004, p.76-90.
12. BARRETO, Maria Renilda Nery. *Mulheres doentes e doenças de mulheres: práxis clínico-cirúrgica em Salvador e Lisboa na primeira metade do século XIX*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, tese de doutorado (em andamento).

13. BARROS, Geraldo M.. *Guilherme Guinle*. Rio de Janeiro: AGIR; 1982.
14. BEDARIDA, Marc. “La reconstruction de Reims (1918-1928) - compassion et aides américaines” IN: COHEN, J-L et DAMISCH, H. *Américanisme et modernité - l'idéal américain dans l'architecture*. Paris: EHESS/Flamarion; 1993; p. 249-266.
15. BENCHIMOL, Jaime L (coord.). *Manguinhos do sonho a vida – a ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz; 1990.
16. _____. *Pereira Passos: um Haussmann tropical*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes/Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural; 1992 (Biblioteca Carioca).
17. _____. *Dos mosquitos aos micróbios – febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/Editora UFRJ; 1999.
18. _____. (coord.). *Febre Amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: BioManguinhos/Editora FIOCRUZ; 2001.
19. _____. “Adolpho Lutz: um esboço biográfico” IN: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. V. 10, n.1, jan-abril 2003, p. 13-83.
20. _____ et TEIXEIRA, Luis Antônio. *Cobras, lagartos & outros bichos: uma história comparada dos institutos Oswaldo cruz e Butantan*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/FIOCRUZ/Casa de Oswaldo Cruz; 1993.
21. BEUGNOT, B. “La figure de Mécènes” IN: MOUSNIER, Roland et MESNARD, Jean (eds). *L'âge d'or du mécénat (1598-1661)*. Paris: Editions du CNRS; 1985.
22. BIAGIOLI, Mario. *Galileo Courtier: the practice of science in the culture of Absolutism*. Chicago: Chicago University Press; 1993.
23. BIAGIOLI, Mario. “Le prince et le savants : la civilité scientifique au 17^e siècle ». IN : *Annales – histoire, sciences, sociales* ; n. 6 ; novembre-décembre 1995.
24. BODSTEIN, Regina (coord.). *História e Saúde Pública – A política de controle de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: ENSP; 1987.
25. BOMENY, Helena (org.). *Constelação Capanema: intelectuais e políticas*. Rio de Janeiro/Bauru: Editora FGV/Universidade São Francisco; 2001.
26. BOURDELAIS, Patrice. « Les logiques du développement de l'hygiène publique » IN : BOURDELAIS, Patrice (dir.). *Les hygiénistes, enjeux, modèles et pratiques (XVIII^e - XX^e siècles)*. Paris: Belin; 2001.
27. _____. *Les épidémies terrassées - une histoire des pays riches*. Paris, Editions de la Martinière; 2003.
28. BOURDIEU, Pierre. “A ilusão biográfica” IN: FERREIRA, Marieta de Moraes et AMADO, Janaina (orgs). *Usos e abusos da História Oral*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 5^a. ed.; 2002.
29. BRITO, Verônica Martins de. “Coleção Monumento à Memória de Oswaldo Cruz” IN: *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*. Rio de Janeiro; vol. IV, no. 2, julho-outubro 1997, p. 333-344.
30. BRITTO, Nara. *Oswaldo Cruz – a construção de um mito na ciência brasileira*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1995.
31. BUETTZINGSLOEWEN, Isabelle von. *Machines à instruire, machines à guérir: les hôpitaux universitaires et la médicalisation de la société*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon; 1997.
32. CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vênus – a luta contra a Sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; 1996.

33. _____. “A geopolítica simbólica da sífilis: um ensaio de antropologia histórica.” IN: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, vol. III, n. 3, nov. 1996 – fev. 1997, p. 391-408.
34. CARVALHO, José Murilo de. “O povo do Rio de Janeiro: bestializados ou bilontras?” IN: *Revista Rio de Janeiro*. Niterói, vol. 1, no. 3, maio/agosto/1986, p. 5-15.
35. _____. “Brasil 1870-1914: a força da tradição” IN: CARVALHO, José Murilo de. *Pontos e bordados – escritos de história e política*. Belo Horizonte: Editora UFMG; 1998.
36. _____. “Os três povos da República” IN: CARVALHO, Maria Alice Rezende de (org.). *República no Catete*. Rio de Janeiro: Museu da República; 2001.
37. CARVALHO, Maria Alice Rezende. “A crise e a refundação republicana, em 1930” IN: CARVALHO, Maria Alice Rezende de (org.). *República no Catete*. Rio de Janeiro: Museu da República; 2001.
38. CARVALHO, Marta Maria Chagas de. *Molde Nacional e fôrma cívica: higiene, moral e trabalho no projeto da Associação Brasileira de Educação (1924-1931)*. Bragança Paulista: EDUSF; 1998.
39. CASA de Oswaldo Cruz/Departamento de Arquivo e Documentação. *Guia do Acervo*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz; 1995.
40. CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de. “O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade” IN: *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, vol. 28, nº 2, 1985, p. 193-210.
41. _____ de et FARIA, Lina Rodrigues de. *A reforma sanitária no Brasil: ecos da Primeira República*. Bragança Paulista: EDUSF; 2003.
42. CATTAN, Roberto Coréia de Mello. *A família Guinle e a arquitetura do Rio de Janeiro: um capítulo do ecletismo carioca nas duas primeiras décadas do Novecentos*. Rio de Janeiro: PUC-Rio; 2004 (dissertação de mestrado).
43. CAVALLO, Sandra. “Charity, power, and patronage in eighteenth-century Italian hospitals: the case of Turin” IN: GRANSHAW, Lindsay et PORTER, Roy. *The hospital in History*. Londres/New York: Routledge; 1989, pp. 93-122.
44. _____. “The motivations of benefactors - an overview of approaches to the study of charity”. IN: BARRY, Jonathan et JONES, Colin. *Medicine and charity before the welfare state*. London/New York; Routledge; 1994, p. 46-62.
45. _____. *Charity and power in Early Modern Italy – benefactors and their motives in Turin, 1541-1789*. Cambridge; Cambridge University Press: 1995.
46. CHAGAS FILHO, Carlos. *Meu pai*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz; 1993.
47. _____. *Instituto de Biofísica*. 1995 (texto da página do Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho).
48. _____. *Um aprendiz de Ciência*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira/Editora FIOCRUZ; 2000.
49. CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril – cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo; Companhia das Letras; 3ª. reimpressão; 2004.
50. CHARTIER, Roger. “Le patronage monarchique” IN: BOUGUIÈRE, André (dir.). *Histoire de la France, v. 3 – Les formes de la culture*. Paris: Ed. du Seuil; 1993.
51. _____. “A visão do historiador modernista” IN: FERREIRA, Marieta de Moraes et AMADO, Janaina (orgs). *Usos e abusos da História Oral*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 5ª. ed.; 2002.

52. COHEN, William B. “Epilogue: the European compararison” IN: FRIEDMAN, Lawrence J. et McGARVIE, Mark D. *Charity, philanthropy and civility in American history*. London: Cambrigde University Press; 2003.
53. COIMBRA, Luiz Octávio. “Filantropia e racionalidade empresarial (a Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro de 1850 a 1920)” IN: *Revista do Rio de Janeiro*, Niterói, vol. 1, no. 3, maio/agosto/1986, p. 41-51.
54. CORBAIN, Alain. “Bastidores” IN: PERROT, Michele (org.). *História da Vida Privada, vol. 4*. São Paulo: Companhia das Letras; 1999.
55. CORRÊA, Mariza. *As ilusões da liberdade – a Escola Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil*. Bragança Paulista: EDUSF; 1998.
56. COSTA, Renato da Gama-Rosa et SANGLARD, Gisele. “Direções e traçados da Assistência Hospitalar no Rio de Janeiro (1923-1931)” IN: *Revista Ciência, História, Saúde – Manguinhos*. Vol. 11; n. 1; jan-abril 2004; p. 107-141.
57. CUETO, Marcos. “Science under adversity: Latin American medical research and american private philanthropy, 1920-1960.” IN: *Minerva*: 35: 233-245, 1997. (separata)
58. _____ (ed.). *Missionaries of science – the Rockefeller Foudation & Latin America*. Indianapolis: Indiana University Press; 1994.
59. CZAIJKOWSKI, Jorge (org.). *Guia da Arquitetura Eclética no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Centro de Arquitetura e Urbanismo; 2000.
60. DAVIS, Nathalie Zenon. *Essai sur le don dans la France du XVIè siècle*. Paris: Ed. Du Seuil; 2003.
61. DUMONT, Marie-Jeanne. *Le logement social à Paris (1850-1930) - Les habitations à Bon Marché*. Liège: Mardaga 1991.
62. DUPRAT, Catherine. *Pour l’amour de l’humanité – lê temps des philanthropes – la philanthropie parisienne des Lumières à la monarchie de Julliet*. Tomo 1. Paris: Editions CTHS; 1993.
63. _____. *Usage et prtiques de la philanthropie – pauvreté, action sociale et lien social, à Paris, au cour du premier XIXe sciècle*. Vols. 1 e 2. Paris: Comitê d’Histoire de la Sécurité Sociale; 1996.
64. EDLER, Flávio Coelho. *As reformas do ensino médico e a profissionalização da medicina na Corte do Rio de Janeiro 1854-1884*. Departamento de História/USP; 1992; dissertação de mestrado; mimeo.
65. EDMUNDO, Luiz. *O Rio de Janeiro do meu tempo*. Rio de Janeiro: Conquista; 2ª. ed.; 1957; 4 volumes.
66. FAURE, Olivier. *Les Français et leur médecine aux XIXè siècle*. Paris : Belin ; 1993.
67. _____. *Histoire sociale de la médecine (XVIIIè – XXè Siècles)*. Paris. Anthropos Histhoriques, 1994.
68. FAURE, Olivier et DESSERTINE, Dominique. *La maladie entre libéralisme et solidarités (1850-1940)*. Paris: Mutualité Française; 1994.
69. FERREIRA, Luiz Otávio et alii. Relatório de Pesquisa – “Entre o Básico e o Aplicado: práticas e tradições de pesquisa no Instituto Oswaldo Cruz (1930-1970)”, [s.d.]; mimeo.
70. FERREIRA, Marieta de Moraes. “A reação republicana e a crise dos anos 20” IN: *Estudos Históricos*. Rio de Janeiro, vol. 6, n. 11, 1993, p. 9-23.
71. _____ et SARMENTO, Carlos Eduardo. “A República brasileira: pactos e rupturas” IN: GOMES, Ângela de Castro et alli (orgs.). *A República no Brasil*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira/FGV; 2002.
72. FOSDICK, Raymond B. *La Fundación Rockefeller*. México: Grijalbo, 1957.

73. FOUCAULT, Michel. “La politique de la santé au XVIIIe siècle » IN : FOUCAULT, Michel et alli. *Les machines à guérir (aux origines de l'Hôpital moderne)*. Bruxellas/Liège : Pierre Mardaga Editeur, 1995.
74. _____. *Naissance de la clinique*. Paris : PUF ; 7a. ed., 2003.
75. FREIRE, Américo et CASTRO, Celso. “As bases republicanas dos Estados Unidos do Brasil” IN: GOMES, Ângela de Castro et alli (orgs.). *A República no Brasil*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira/FGV; 2002.
76. FREYRE, Gilberto. *Ordem e progresso*. Rio de Janeiro: Record; 5ª. ed.; 2000.
77. FONSECA, Maria Rachel Fróes. “As Conferências populares da Glória” IN *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro; v. II; n. 3; nov. 1995-fev. 1996; p. 135-166.
78. FUMAROLI, Marc. “Introduction” IN: MOUSNIER, Roland et MESNARD, Jean (eds). *L'âge d'or du mécénat (1598-1661)*. Paris: Editions du CNRS; 1985.
79. GANDELMAN, Luciana Mendes. « A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro: transformações em seus espaços e em sua atuação nos séculos XVI a XIX » IN: *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. VIII (2): set.-dez. 2001.
80. GAUDILIERE, Jean-Paul. “Entre biologistes, militaires et industriels: l'introduction de la pénicilline en France à la Libération » Paris ; La Revue pour l'histoire du CNRS – n. 7 ; 2002.
81. GÓES FILHO , Paulo de. *O Brasil no Biotério – O Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho e um jeito brasileiro de fazer ciência*. Rio de Janeiro: Museu Nacional; 1997. (tese de doutoramento, mimeo)
82. GOMES, Ângela de Castro. *Burguesia e trabalho*. Rio de Janeiro: Ed. Campus; 1979.
83. _____. *Essa gente do Rio... modernismo e nacionalismo*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 1999.
84. _____. “O ministro e sua correspondência: projeto político e sociabilidade intelectual.” IN: GOMES, Ângela de Castro (org.). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro/São Paulo: Editora FGV/Universidade São Francisco; 2000.
85. _____. “Através do Brasil: o território e seu povo” IN: GOMES, Ângela de Castro et alli (orgs.). *A República no Brasil*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira/FGV; 2002.
86. GRMEK, Mirko D.. “Déclin et emergence des maladies” IN: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Casa de Oswaldo Cruz; Vol. II; no. 2; julho-outubro 1995.
87. _____. *Histoire de la pensée médicale à l'Occident*. Paris: Éditions du Seuil; 1999, vol. 3.
88. GUILLAUME, Pierre. *Du désespoir au salut: les tuberculeux aux XIXè et XXè siècles*. Paris: Aubier; 1986.
89. GUIMARÃES, Antônio de Palma. *Arnaldo Vieira de Carvalho – biografia e crítica*. São Paulo: [s.n.]; [s.d.].
90. HALE, John R.. (ed.). *Dicionário do Renascimento Italiano*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1988.
91. HASKELL, Francis. *Mecenas e pintores – arte e sociedade na Itália barroca*. São Paulo: EDUSP; 1997.
92. HEIZER, Alda et VIDEIRA, Antônio Augusto Passos. *Ciência, civilização e Império nos trópicos*. Rio de Janeiro: Access Editora; 2001.
93. HOCHMAN, Gilberto. “Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930)” IN: *Estudos Históricos*. Rio de Janeiro, vol. 6, n. 11, 1993, p. 40-61.

94. _____. *A era do saneamento*. São Paulo: HUCITEC/ANPOCS; 1998a.
95. _____. “Logo ali, no final da avenida: *Os sertões* redefinidos pelo movimento sanitaria da Primeira República.” IN: *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*. Rio de Janeiro; volume 5; suplemento; 1998, p. 217-235. (1998b)
96. _____. “A saúde pública em tempos de Capanema: continuidades e inovações” IN: BOMENY, Helena (org.). *Constelação Capanema: intelectuais e políticas*. Rio de Janeiro/Bragança Paulista: Editora FGV/EDUSF; 2001, 127-151.
97. HOCHMAN, Gilberto et FONSECA, Cristina. “O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45” IN: PANDOFI, Dulce (org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 1999, p. 73-93.
98. HONORATO, Cezar. *O polvo e o porto – a Cia. Docas de Santos (1888-1914)*. São Paulo: Editora HUCITEC; 1996.
99. IMAULT-HUART, Marie-Joseph. “História do cancro” IN: LE GOFF, Jacques. *A doença tem história*. Lisboa: Terramar; 1991.
100. IMBERT, Jean (dir). *Histoire des hôpitaux en France*. Paris: Privat; 1991.
101. ISHAQ, Vivien. *Compromisso das almas: irmandades leigas na cidade do Rio de Janeiro*. PUC-RJ; dissertação de mestrado; 1996. (mimeo)
102. KALTMAN, Hélio. *Docas de Santos – uma empresa através dos séculos*. Rio de Janeiro: Agir; 2000. p. 74.
103. KEEL, Othmar. *L'avènement de la médecine clinique moderne en Europe: 1750-1815*. Montréal/Genève: Presses Universitaires de Montréal/Georg Ed.; 2001.
104. KEMPERS, Bram. *Peintres et mécènes de la renaissance italienne*. Paris: Gerard Monfort Editeur; 1997.
105. KILPATRICK, Robert. “Living in the light - dispensaries, philanthropy and medical reform in late-eighteenth-century London”. IN: CUNNINGHAM, Andrew et FRENCH, Roger. *The medical enlightenment of eighteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press; 1990; p. 254-280.
106. KIRBY-LEGIER, Catherine. « Les fondations aux Etats-Unis » IN: DEBBASCH, Charles (dir.). *Les fontations un mécénat pour notre temps ?*. Marseille : Presses Universitaire d'Aix-Marseille/Econômica; 1987.
107. KNAUSS, Paulo. “A construção da imagem de Oswaldo Cruz.” IN: *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*. Rio de Janeiro; vol. IV, no. 2, julho-outubro 1997, p. 329-322.
108. KOHLSTEDT, Sally Gregory. “History of Scientific Institutions in the United States” IN: *Cuadernos de Quipu – Actas del Simposio História y Filosofia de la Ciencia en America*. V. 1; 1986.
109. KROPF, Simone. *Ciência, saúde e desenvolvimento: a doença de Chagas no Brasil (1935-1962)*. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense; tese de doutorado (em andamento); [s.d.].
110. LAGEMANN, Ellen Condliffe. *Private power for the Public Good: a history of the Carnegie Foundation for the Advancement of teaching*. Connecticut: Wesleyan University Press; 1983.
111. LAMARÃO, Sérgio. “Capital privado, poder público e espaço urbano: a disputa pela implantação dos serviços de energia elétrica na cidade do Rio de Janeiro (1905-1915)” IN: *Estudos Históricos – economia e sociedade*. Rio de Janeiro, n. 29, 2002, p. 75-96.
112. LE GOFF, Jacques. “Uma historia dramática” IN: LE GOFF, Jacques. *A doença tem história*. Lisboa: Terramar; 1991.
113. _____. *Saint Louis*. Paris: Gallimard; 1996.

114. LESSA, Renato. “A invenção da República no Brasil: da aventura à rotina” IN: CARVALHO, Maria Alice Rezende de (org.). *República no Catete*. Rio de Janeiro: Museu da República; 2001.
115. LEVI, Giovanni. “Usos da biografia” IN: FERREIRA, Marieta de Moraes et AMADO, Janaina (orgs). *Usos e abusos da História Oral*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 5^a. ed.; 2002.
116. LIMA, Nísia Trindade. “Missões civilizatórias da república e interpretação do Brasil” IN: *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*. Rio de Janeiro; volume 5; suplemento; 1998, p. 163-193.
117. _____. *Um sertão chamado Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Revan/IUPERJ; 1999.
118. LOPES, Maria Antônia. “Os pobres e a Assistência Pública” IN: MATTOSO, José (org). *História de Portugal*. vol. 6, Lisboa: Editorial Estampa; 1998, p. 427-437.
119. _____ e HOCHMAN, Gilberto. “Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitário da Primeira República” IN: MAIO, Marcos Chor et SANTOS, Ricardo Ventura. *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro; 1996.
120. LOPES, Maria Margaret. *O Brasil descobre a pesquisa científica – os museus e as ciências naturais no século XIX*. São Paulo: Hucitec; 1997.
121. LORIGA, Sabina. “A biografia como problema” IN: REVEL, Jacques (org). *Jogos de escalas – a experiência da microanálise*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 1995.
122. LOTTMAN, Hebert. *La dynastie Rothschild*. Paris: Ed. du Seuil; 1995 (collection Points).
123. LÖWY, Ilana. “Representação e intervenção em saúde pública: vírus, mosquitos e especialistas da Fundação Rockefeller no Brasil” IN: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, vol. V, no. 3, nov. 1998- fev. 1999, p. 647-677.
124. LÖWY, Ilana et ZYLBERMAN, Patrick. “Medicine as a Social Instrument: Rockefeller Foundation, 1923-45.” IN: *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*. September 2000; v. 31C, n. 3, p. 365-379.
125. MACIEL, Laurinda Rosa. “ ‘A solução de um mal que é um flagelo’: notas históricas sobre a hanseníase no Brasil do século XX” IN: NASCIMENTO, Dilene et CARVALHO, Diana Maul de. *Uma história brasileira das doenças*. Rio de Janeiro: Paralelo 15; 2004, p.109-125.
126. MARINHO, Maria Gabriela. *O papel da Fundação Rockefeller na organização do ensino e da pesquisa na Faculdade de Medicina de São Paulo (1916-1931)*. Campinas: Instituto de Geociências/UNICAMP; 1993; mimeo. (dissertação de mestrado)
127. _____. *Norte-americanos no Brasil: uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo*. São Paulo: USP; [s.d.]; mimeo. (tese de doutoramento)
128. MARINS, Paulo César Garcez. *Habitação e vizinhança: limites da privacidade no surgimento das metrópoles brasileiras*. IN: NOVAIS, Fernando (dir.). *História da vida privada – República: da Belle Époque à Era do Rádio*, vol. 3. São Paulo: Companhia das Letras; 1998, p. 131-214.
129. MATTOS, Ilmar R. *O tempo saquarema – a formação do estado imperial*. São Paulo: HUCITEC; 2^a. ed.; 1990.

130. MELO, Mariana Ferreira de. *Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro: assistencialismo, solidariedade e poder (1780-1882)*. PUC/RJ, 1997, dissertação de mestrado, mimeo.
131. MENESES, Ulpiano B. de. “Memória e cultura material: documentos pessoais no espaço público” IN: *Revista Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, vol. 11, nº 21, 1998, p. 89-104.
132. MESNARD, Jean. “Le mécénat scientifique avant l'Académie des sciences” IN: MOUSNIER, Roland et MESNARD, Jean (eds). *L'âge d'or du mécénat (1598-1661)*. Paris: Editions du CNRS; 1985.
133. MICELI, Sérgio. *Imagens negociadas*. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.
134. _____. *Intelectuais à brasileira*. São Paulo: Companhia das Letras; 2001.
135. MOLLAT, Michel. “La vie quotidienne dans les hopitaux medieviaux” IN: IMBERT, Jean (dir). *Histoire des hopitaux en France*. Paris: Privat; 1991.
136. MORAIS, Fernando. *Chatô – o rei do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras; 1994.
137. MORALES DE LOS RIOS FILHO, Adolfo. *O Rio de Janeiro Imperial*. Rio de Janeiro: Topbooks/UniverCidade; 2ª. ed., 2000.
138. MOREIRA, Ildeu de Castro et MASSARANI, Luisa. “A divulgação científica no Rio de Janeiro: algumas reflexões sobre a década de 1920” IN: *História, Ciências e Saúde, Manguinhos*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; vol. VII; nº 3, nov.2000-fev.2001; p. 627-651.
139. MOTT, Maria Lúcia. “Trabalhando para a formação de um mundo melhor: Alice Tibiriçá e o combate à hanseníase no Brasil” IN: *XI Encontro Regional de História – Democracia e Conflito*. Rio de Janeiro: UERJ; outubro 2003 (mimeo).
140. MOULIN, Anne-Marie. “The Pasteur Institutes between the two world wars – the transformation of the international sanitary order” IN: WEINDLING, Paul (ed.). *The international health organizations and movements, 1918-1939*. Cambridge: Cambridge University Press; 1995; 244-265.
141. *Musée de l'Assistance Publique*. Paris; [s.n.]; 1998.
142. NASCIMENTO, Dilene. *Fundação Ataulpho de Paiva - Liga Brasileira Contra a Tuberculose: um século de luta*. Rio de Janeiro: FAPERJ/Quadratum; 2002.
143. NAPIAS, H. et MARTIN, A.J. “Hygiène Hospitalière et Assistance Publique” IN: *Encyclopedie d'Hygiène et de médecine publique - Livre V*. Paris; 1897.
144. NAVA, Pedro. *Capítulos da História da Medicina no Brasil*. São Paulo/Londrina: Ateliê Editorial/Oficina do Livro/Eduel; 2003.
145. NEEDELL, Jeffrey. D. *Belle Époque tropical - sociedade e cultura de elite no Rio de Janeiro na virada do século*. São Paulo: Cia. das Letras; 1993.
146. OLIVEIRA, Lúcia Lippi. “Cultura e identidade nacional no Brasil do século XX” IN: GOMES, Ângela de Castro et alli (orgs.). *A República no Brasil*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira/FGV; 2002.
147. PEDROSA, Manuel Xavier de Vasconcellos. “Homenagem a Guilherme Guinle – filantropo e benemérito” IN: *Revista do IHGB*. Rio de Janeiro, v. 249, out/dez 1960; p. 216-223.
148. PESTRE, Dominique. *Science, argent et politique – um essai d'interprétation*. Paris : INRA Editions ; 2003.
149. PIMENTA, Tânia Salgado. *O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro (1828 a 1855)*. Unicamp; 2003; tese de doutorado; mimeo.

150. _____. *Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro: ensino e prática médica na primeira metade do Oitocentos*. Trabalho apresentado no IX Congresso Brasileiro de História da Medicina. Rio de Janeiro; novembro, 2004.
151. PORTER, Dorothy. "Public health and centralization: the Victorian British state" IN: *Health, Civilization and the state – a history of public health from ancient to modern times*. London: Routledge; [s.d.].
152. PORTER, Roy. "The gift relation: philanthropy and provincial hospital in eighteenth-century England." IN: GRANSHAW, Lindsay et PORTER, Roy. *The hospital in History*. Londres/New York: Routledge; 1989, pp. 149-178.
153. PINELL, Patrice. *Naissance d'un fléau – histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*. Paris : Métaillé ; 1992.
154. POMIEN, K. « Coleção » IN : *Enciclopédia Einaudi, vol. 1, memória-história*. Lisboa: Imprensa Nacional/Casa da Moeda; 1997.
155. RABELLO, F. E.. "Cem anos de dermatologia" IN: QUEIROZ, Júlio Sanderson de. *Memória da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro num século de vida*. Rio de Janeiro: RIOARTE/MEC; 1986.
156. RIBEIRO, Lourival. *Fundação Ataulpho de Paiva*. Rio de Janeiro: [s.l.]; 1985.
157. RIOS, Venézia Durando Braga. *Entre a vida e a morte: medicina, médicos e medicalização na cidade de Salvador – 1860-1880*. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2001 (dissertação de mestrado).
158. RISSE, Guenter B. *Menging bodies, saving souls – a history of hospitals*. New York/Oxford: Oxford University Press; 1999.
159. RODRIGUES, Antonio Edmilson Martins. *João do Rio – a cidade e o poeta, o olhar de flâneur na Belle Époque tropical*. Rio de Janeiro: Editora da FGV; 2000.
160. ROSENBERG, Emily S. "Missions to the World: philanthropy abroad" IN: FRIEDMAN, Lawrence J. et McGARVIE, Mark D. *Charity, philanthropy and civility in American history*. London: Cambridge University Press; 2003.
161. ROSS, Allen. "Filantropia" IN: *Enciclopédia Internacional de las Ciencias Sociales*. Madrid: Aguillar; 1974.
162. ROUX, Emmanuel de. "Les condractions de l'Etat face au mécénat culturel" IN: *Le Monde*: Paris; 02 de abril de 2001. ¹ ROUX, Emmanuel de. " Les condractions de l'Etat face au mécénat culturel" IN: *Le Monde*: Paris; 02 de abril de 2001.
163. RUSSEL-WOOD, A.J. R.. *Fidalgos e filantropos – a Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1755*. Brasília: ed. UNB; 1981.
164. SÁ, Magali Romero. "O botânico e o mecenas: João Barbosa Rodrigues e a ciência no Brasil na segunda metade do século XIX." IN: *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Casa de Oswaldo Cruz; vol. VII; 2001; suplemento especial; p. 899-924.
165. SAINT-ROMAIN, Anne. "Pasteur: as verdadeiras razões de uma glória." In: LE GOFF, Jacques. *A doença tem história*. Lisboa: Terramar; 1991.
166. SANTOS, Francisco Marques. "O Leilão do Paco de S. Cristóvão".IN: *Anuário do Museu Imperial*. Petrópolis; 1994; p. 151-316.
167. SANGLARD, Gisele & COSTA, Renato da Gama-Rosa. "O Hospital Moderno" IN: *9º Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia e 2º Congresso Luso-Brasileiro de História da Ciência e da Técnica*. Rio de Janeiro: SBHC/MAST; 2003.
168. _____. "Oswaldo Cruz e a lei de Saúde Pública na França", 2005, (mimeo). SANTOS, Sydney M.G. dos. *O legado de Vicente Licínio Cardoso – as leis básicas da Filosofia da Arte*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; [s.d.].

169. SCHWARCZ, Lilia Moritz. *As barbas do imperador – D. Pedro II, um monarca nos trópicos*. São Paulo: Companhia das Letras; 1998.
170. SCHWARTZMAN, Simon. Um espaço para a ciência: a formação da comunidade científica no Brasil. Brasília: Ministério da Ciência e da Tecnologia; 2001.
171. _____. *O espetáculo das raças – cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870-1930)*. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.
172. SEALANDER, Judith. *Private Wealth & Public life*. Baltimore/London: The Johns Hopkins University Press; 1997.
173. _____. “Curing evils at their source: the arrival of scientific giving” IN: FRIEDMAN, Lawrence J. et McGARVIE, Mark D. *charity, philanthropy and civility in American history*. London: Cambridge University Press; 2003.
174. SEVCENKO, Nicolau. *A literatura como missão – tensões sociais e criação cultural na Primeira República*. São Paulo: Editora Brasiliense; 3ª. ed.; 1989.
175. _____. “Introdução: O prelúdio republicano, astúcias da ordem e ilusões do progresso” IN: NOVAIS, Fernando (dir.). *História da vida privada – República: da Belle Époque à Era do Rádio*, vol. 3. São Paulo: Companhia das Letras; 1998, p. 7-48.
176. _____. “A capital irradiante: técnica, ritmos e ritos do Rio” IN: NOVAIS, Fernando (dir.). *História da vida privada – República: da Belle Époque à Era do Rádio*, vol. 3. São Paulo: Companhia das Letras; 1998.
177. SHAPIN, Steven. “Property, patronage, and the politics of science: the founding of the Royal Society of Edinburg” IN: *The British Journal for the History of Science*, março 1974, vol. VII, parte 1, nº 25.
178. SILVA, Maria Beatriz Nizza da (coord.). *Dicionário da História da colonização portuguesa no Brasil*. São Paulo/Lisboa: Verbo; 1994.
179. SPARY, E.C.. “The place of *Histoire naturelle* at the Jardin du Roi” IN: *Utopia’s Garden: French Natural History from Old Regime to Revolution*. Chicago/London: University of Chicago Press; [s.d.].
180. SOUZA, Jessé et OËLZE, Berthold. *Simmel e a modernidade*. Brasília: Editora UnB; 1998.
181. STEPAN, Nancy L.. *Gênese e evolução da ciência brasileira: Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica*. Rio de Janeiro: Artenova; 1976.
182. _____. “Eugenia no Brasil (1917-1940)” IN: HOCHMAN, Gilberto et ARMUS, Diego (orgs). *Cuidar, controlar, curar – ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004, p. 331-393.
183. TEIXEIRA, Luiz Antônio. *Ciência e Saúde na terra dos bandeirantes: a trajetória do Instituto Pasteur de São Paulo no período de 1903-1916*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; 1995.
184. _____. “Combate à raiva em São Paulo” IN: NASCIMENTO, Dilene et CARVALHO, Diana Maul de. *Uma história brasileira das doenças*. Rio de Janeiro: Paralelo 15; 2004, p.194-210.
185. VELLOSO, Verônica Pimenta. *Cartões-postais: fragmentos da memória familiar*. Rio de Janeiro: UNI-RIO; 1999; dissertação de mestrado. (mimeo)
186. VIGARELLO, Georges. “L’hygiène dès Lumières” IN: BOURDELAIS, Patrice (dir.). *Les higiénistes, enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe - XXe siècles)*. Paris: Belin; 2001.
187. WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar : medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928*. Santa Maria/Bauru: Editora UFSM/EDUSC; 1999.

188. WEIDLING, Paul. "The modernization of charity in nineteenth-century France and Germany" IN: BARRY, Jonathan et JONES, Colin. *Medicine and charity before the welfare state*. London/New York; Routledge; 1991, p. 190-206.
189. WILLIAMS, Daryle. "Sobre patronos, heróis e visitantes: o Museu Histórico nacional, 1930-1960." IN: *Anais do Museu Histórico Nacional*. Rio de Janeiro: MinC/IPHAN; vol. 29; 1997.