

Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde

MARY PAIXÃO MAÇANTI

**O CONGRESSO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA PÚBLICA E PRIVADA NO RIO DE
JANEIRO (1908): A REFORMA DA ASSISTÊNCIA EM DEBATE**

Rio de Janeiro

2018

MARY PAIXÃO MAÇANTI

**O CONGRESSO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA PÚBLICA E PRIVADA NO RIO DE
JANEIRO (1908): A REFORMA DA ASSISTÊNCIA EM DEBATE**

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Otávio Ferreira

Rio de Janeiro

2018

MARY PAIXÃO MAÇANTI

**O CONGRESSO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA PÚBLICA E PRIVADA NO RIO DE
JANEIRO (1908): A REFORMA DA ASSISTÊNCIA EM DEBATE**

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Otávio Ferreira (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz) – Orientador

Profa. Dra. Maria Renilda Nery Barreto (CEFET-RJ)

Profa. Dra Gisele Porto Sanglard (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz)

Suplentes:

Profa. Dra. Polyana Aparecida Valente Varelo (UEMG)

Profa. Dra. Tania Salgado Pimenta (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz)

Rio de Janeiro
2018

Ficha Catalográfica

M113c Maçanti, Mary Paixão.

O Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada no Rio de Janeiro (1908): a reforma da assistência em debate / Mary Paixão Maçanti. – Rio de Janeiro : s.n., 2018.

161 p.

Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2018.

Bibliografia: 142-161f.

1. Reforma dos Serviços de Saúde - história. 2. Política Pública - história. 3. História do Século XX. 4. Brasil.

CDD 362.10981

Catálogo na fonte - Marise Terra Lachini – CRB6-351

À minha Luiza Vitória
Por todo amor nessa travessia.

AGRADECIMENTOS

Sinto-me grata e honrada por ter sido aluna do Programa de Pós Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz, da Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ.

Todas as pessoas que conheci nesta casa foram importantes para a conclusão do meu mestrado, alunos, professores, funcionários da Secretaria, da Biblioteca, da Xerox...

Sou profundamente grata ao meu orientador, professor Luiz Otávio Ferreira, desde a escolha do tema até aqui, foi meu grande incentivador. Obrigada por me entender e me acolher!

Professora Gisele Sanglard e professor Robert Weger, coordenadores do Programa, agradeço pela paciência, pelo auxílio e pela força. Agradeço também pelo recebimento de bolsa auxílio durante parte do meu Mestrado, sem dúvida, me ajudou a prosseguir.

Paulo e Cláudia, pela gentileza. Sandro Hilário, por ter me escutado e me estimulado a seguir em frente.

Aos docentes do Programa pelas aulas estimulantes e pela disponibilidade.

Aos colegas mestrados e doutorandos que conheci e com quem pude compartilhar momentos e ideias.

Aos meus amigos Carolina, Flávia, Emanuela, Viviane, Roberto, Sandra, Ana Aline, Rita, Márcia, Juliana Ladeira, Janaina, Fernanda e Rodrigo. Ao Leonardo por me apoiar. Ao Pablo e dona Dinorah, porque estiveram presentes. Ao meu pai pelo amor. À minha irmã Lene por ser uma referência e à minha sobrinha Thainná.

À minha mãe, Sr^a Marcionilha, por todos os dias de cuidado amoroso com a minha filha e comigo. Esteja certa de que esta dissertação de Mestrado só foi possível porque a senhora estava lá.

RESUMO

A presente dissertação de mestrado apresenta a configuração da assistência pública e privada no Rio de Janeiro, capital federal da República, no ano de 1908. O argumento central é o de que a assistência pública e privada existente era objeto de reforma já na primeira década do século XX, e o marco deste processo foi, sem dúvida a realização do Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada, convocado pela prefeitura do Distrito Federal em 1908 e inaugurado em 23 de setembro durante a Exposição Nacional de 1908 com o objetivo de que dele resultasse um sistema de princípios e normas de conduta passíveis de implantação na assistência pública e privada. Afirmamos que o cenário da Exposição Nacional de 1908, na qual o CNAPP se inseria, deixava clara a disposição de seus organizadores, entendidos como reformadores sociais, em concretizarem um prolongamento da reforma urbana e sanitária na capital federal e, portanto, no centro de convergência do país. A reforma da assistência passava pelo crivo científico de racionalização dos serviços prestados e da seleção dos merecedores dos benefícios propostos. A assistência pública e privada no Rio de Janeiro em 1908 apresentava distinções marcantes entre as esferas pública e privada, sendo assumido pelo poder público os serviços de atendimento excepcionais, como nas epidemias, relacionados aos alienados, deficientes, prisioneiros e a crianças abandonadas. Já os serviços de assistência privada eram bastante heterogêneos e combinavam estratégias de sobrevivência das classes trabalhadoras em autofinanciar sua proteção e de suas famílias, serviços de caridade mais antigos e de caráter mais regular como os ofertados pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, muitas instituições de caridade e de beneficência que mesclavam assistência a seus membros e à população pobre e a filantropia, que atendia uma parcela da população sem recursos e trabalhadora. A assistência pública e privada configurava-se como um campo indissociável da saúde e da assistência social no contexto brasileiro de intensificação industrial e urbana. O intercâmbio de ideias entre intelectuais brasileiros e europeus desde o final do século XIX favoreceu as discussões acerca da ciência, concebida em sua utilidade social e base de alterações significativas nos campos da saúde, justiça, educação e saúde.

ABSTRACT

This dissertation presents the configuration of public and private assistance in Rio de Janeiro, federal capital of the Republic, in the year 1908. The central argument is that existing public and private assistance was reformed in the first decade of the and the milestone of this process was undoubtedly the accomplishment of the National Congress of Public and Private Assistance, convoked by the prefecture of the Federal District in 1908 and inaugurated on September 23 during the National Exhibition of 1908 with the aim of a system of principles and standards of conduct that can be implemented in public and private assistance. We affirm that the scenario of the National Exhibition of 1908, in which the CNAPP was inserted, made clear the willingness of its organizers, understood as social reformers, to concretize an extension of the urban and sanitary reform in the federal capital and, therefore, in the center of convergence from the country. The reform of the assistance passed through the scientific screen of rationalization of the services rendered and the selection of those deserving of the proposed benefits. Public and private assistance in Rio de Janeiro in 1908 had marked distinctions between the public and private spheres, with the public authorities assuming exceptional care services, as in epidemics, related to the alienated, disabled, prisoners and abandoned children. On the other hand, private assistance services were quite heterogeneous and combined strategies of survival of the working classes in self-financing their protection and their families, older and more regular charitable services such as those offered by the Fellowship of the Holy House of Mercy, many institutions of charity and charity that combined assistance to its members and the poor population and philanthropy, which served a portion of the population without resources and working. Public and private assistance was an inseparable field of health and social assistance in the Brazilian context of industrial and urban intensification. The exchange of ideas between Brazilian and European intellectuals since the end of the 19th century has favored discussions about science, conceived in its social utility and based on significant changes in the fields of health, justice, education and health.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1. Serviços federais de assistência. FONTE: BARBOSA, 1908.....página 22
- Tabela 2. Serviços municipais de assistência. FONTE: BARBOSA, 1908.....página 23
- Tabela 3. Instituições filantrópicas: asilos. FONTE: MARCÍLIO, 2006.....página 37
- Tabela 4. Instituições filantrópicas: higienistas. FONTE: MARCÍLIO, 2006.....página 38
- Tabela 5. Instituições filantrópicas: colônias agrícolas e industriais. FONTE: MARCÍLIO, 2006.....página 38
- Tabela 6. Instituições filantrópicas: grandes institutos e internamento. FONTE: MARCÍLIO, 2006.....página 39
- Tabela 7. Assistência Privada no Rio de Janeiro. FONTE: BARBOSA, 1908.....página 44
- Tabela 8. Instituições de caridade e serviços de assistência. FONTE: BARBOSA, 1908.....página 51
- Tabela 9. Serviços de assistência privada da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia. FONTE: BARBOSA, 1908.....página 54
- Tabela 10. Associações de Auxílios Mútuos de trabalhadores. FONTE: BARBOSA, 1908.....página 57

Tabela 11. Associações de trabalhadores da EFCB e da Alfândega. FONTE: BARBOSA, 1908.....	página 58
Tabela 12. Teses Oficiais e Relatores. FONTE: O PAIZ, 25/09/1908.....	página71
Tabela 13. Seções e Mesa, presidentes, vice-presidentes e secretários. FONTE: O PAIZ, 22/10/1908.....	página 73
Tabela 14. Socorros urgentes do Posto Central de Assistência. FONTE: FARIA, 1908.....	página 86
Tabela 15. Outros serviços do Posto Central de Assistência. FONTE: FARIA, 1908.....	página 87
Tabela 16. População do Rio de Janeiro por leitos hospitalares. FONTE: ALMEIDA, 1908.....	página 90
Tabela 17. Assistência à infância pela Santa Casa de Misericórdia. FONTE: FIGUEIRA, 1908.....	página 97
Tabela 18. Assistência e higiene públicas no distrito da Glória no mês de março de 1908. FONTE: O PAIZ, 09/04/1908: 4.....	página 118
Tabela 19. Estatística dos serviços realizados pela Policlínica de Botafogo em 1907. FONTE: BARBOSA apud O PAIZ, 10/06/1907: 2.....	página 122
Tabela 20. Delegados Oficiais no CNAPP. FONTE: O PAIZ, 20/09/1908: 3; 22/09/1908: 3.....	página 136
Tabela 21. Representantes da Comissão Organizadora do CNAPP nos estados. FONTE: O PAIZ, 07/06/1908: 3.....	página 138

LISTA DE IMAGENS

1. Pavilhão do Distrito Federal na Exposição Nacional de 1908. FONTE: ALMANNACK
LAEMMERT, 1908.....página 66

2. Edifício do Pedagogium. FONTE: ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS
<http://www.academia.org.br>.....página 74

3. Edifício do Silogeu. FONTE: ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS
<http://www.academia.org.br>.....página 75

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	página 1
Capítulo 1- Cartografia da Assistência Pública e Privada em 1908.....	página 13
1.1 – A assistência pública em 1908.....	página 22
1.2 – A assistência privada em 1908.....	página 44
Capítulo 2 – O Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada (1908): a assistência em debate.....	página 66
2.1 – Assistência em geral.....	página 78
2.2 – Assistência médica.....	página 85
2.3 – Assistência à infância.....	página 96
2.4 – Assistência Externa ou Assistência pelo Trabalho.....	página 107
Capítulo 3 – A(s) Reforma(s) da Assistência em 1908.....	página 111
3.1 – O Projeto Público-Privado.....	página 117
3.2 – O Projeto de Assistência Pública.....	página 126
Considerações finais.....	página 133
REFERÊNCIAS.....	página 142

ANEXOS

ANEXO I – ASSOCIAÇÕES DE AUXÍLIOS MÚTUOS E BENEFICENTES E INTITUIÇÕES FILANTRÓPICAS (BARBOSA, 1908).

ANEXO II – MEMBROS DA ORGANIZAÇÃO DO CNAPP (1908).

INTRODUÇÃO

A oposição de Paulo não era ao princípio, mas à execução. Não é esta república dos meus sonhos, dizia ele; e dispunha-se a reforma-la em três tempos, com a fina flor das instituições humanas, não presentes nem passadas, mas futuras (p. 238).

Na rua, onde o encontro de manifestações políticas era comum, e as notícias à porta dos jornais frequentes, tudo era ocasião de debate (p. 189).

Esau e Jacó. Machado de Assis.

As epígrafes acima, retiradas do célebre livro de Machado de Assis que retratou a relação conflituosa dos gêmeos Pedro e Paulo em meio à alteração política brasileira com o fim do império e a instauração da República, ressaltam a disponibilidade dos membros de uma incipiente elite intelectual em exercer a função reformista realçada em seus discursos e práticas sociais. A imprensa teve papel relevante neste processo, ao mesmo tempo em que divulgava a reforma esta a impulsionava.

Era com os olhos voltados para o futuro que a República se conformava, mesclando o passado e o presente, o moderno e o arcaico, em constante renovação ideológica. As novas instituições que acolheram a República eram herdeiras de antigas práticas que encontravam ressonância na modernidade recém-configurada.

Como parte importante da conformação social, a assistência pública e privada estava sendo questionada e muitas propostas foram lançadas pela intelectualidade brasileira e pelos agentes das instituições públicas e privadas que prestavam a assistência à população. Esse processo aliou a manutenção das práticas existentes e a busca por mudanças através de aportes teóricos inovadores, com base em experiências internacionais e em novas experiências que ganhavam, no Brasil, cunho científico.

Na presente dissertação de mestrado nos debruçamos sobre a configuração da assistência pública e privada no Rio de Janeiro, capital federal da República, na primeira década do século XX. O argumento central é o de que a assistência pública e privada conformada por antigas e novas instituições e práticas era objeto de reforma já na primeira década do século XX, e o marco deste processo foi, sem dúvida, a realização do Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada (CNAPP), convocado pela prefeitura do Distrito Federal em 1908.

Nas duas primeiras décadas do século XX o processo de urbanização da capital federal constituiu um projeto de modernidade cujos objetivos ultrapassavam as obras materiais da

cidade do Rio de Janeiro, capital federal da República, englobando hábitos, costumes e práticas da população da *urbe*.

A imprensa teve um papel fundamental na veiculação de comportamentos “civilizados”, bem como em fazer a crítica aos hábitos populares, descritos como “incivilizados”. Avalizadas por engenheiros e médicos, as intervenções urbanísticas daquele período previam higiene, embelezamento e criação de monumentos, de um lado, e a ordem social, de outro.

Uma nova percepção da identidade nacional se abriu com a reforma material e cultural da cidade, muito embora se restringisse a áreas específicas da cidade e tenha sido realizada de forma pontual. Pode-se dizer que se construiu a sensação de modernidade e não necessariamente uma nação moderna. Todavia, essa sensação alterou a identidade brasileira de modo a tornar a capital federal o exemplo maior dos novos tempos. Conforme Benchimol (2003: 233-285):

Na área central residia o nó górdio da renovação urbana: a expropriação de um conjunto socialmente diferenciado de ocupantes do espaço e sua apropriação por outros grupos, depois de ser modificado e valorizado pelos poderes públicos. Os melhoramentos atingiram áreas selecionadas com o objetivo de desarticular a trama de relações cuja permanência, ali, se tornara incompatível com a cidade requerida pelo grande capital, e com a capital requerida pelo Estado republicano. Na linguagem com que os urbanistas da época justificavam esse propósito, as contradições reais de interesses eram dissimuladas pela oposição de gostos arquitetônicos, pela contraposição retórica entre prédios modernos e higiênicos versus edificação antiestética e repugnante; cidade civilizada e cosmopolita em lugar da cidade colonial e rotineira... (BENCHIMOL, 2003: 261).

Neste contexto da criação da “nova cidade do Rio de Janeiro” fazia-se necessário intervir de outra forma nos problemas sociais. Na imprensa, esta necessidade aparecia constantemente, posto que a população pobre insistisse em se fazer visível na cidade moderna e civilizada, estivesse o cronista da época contra ou a favor do projeto de reforma levado a cabo.

Pode-se dizer com isso que a elite republicana lograva trazer o debate acerca das formas de assistir o pobre para o âmbito da ciência, da política e da filantropia, consciente do papel que desempenhavam no período para o cariz modernizante que se queria para a nação que projetava.

O CNAPP, no interior da Exposição Nacional de 1908, propunha uma visão interna sobre o tema da assistência pública e privada no Brasil, sobre o que existia e o que poderia ser

feito, celebrando os aportes científicos para a solução de problemas sociais que traduziam uma mudança na prática, e, principalmente, nas ideias sobre a assistência e seus beneficiários.

De acordo com Almeida (2006: 733-757) congressos e exposições científicas eram muito comuns no século XIX, apesar da historiografia ter se debruçado pouco sobre eles. Os estudos sobre exposições científicas apontam, em geral, uma preocupação em tratar o tema articulado aos debates acerca das noções de progresso, capitalismo industrial, urbanização, arquitetura e pouca reflexão sobre a ciência. Do mesmo modo, estudos sobre congressos científicos ocorridos nos séculos XIX e XX são raros na historiografia brasileira.

Como exemplo das Exposições Universais comuns no século XIX na Europa, que representaram importantes espaços pedagógicos, os grandes eventos regulares que ocorreram em diversas partes do ocidente permitiam a assimilação pelas massas de sua cultura através das imagens que projetavam “retratos” das civilizações e dos povos. (PEREIRA, 2010: 8).

Pereira (2010: 6-27) destaca o desafio da Exposição Nacional de 1908 em realizar um balanço do Brasil para si próprio, cuja demonstração por meio da feira, com os pavilhões arquitetônicos, exibia todos os estados da federação em seus avanços culturais e econômicos, delineando um surpreendente quadro de progressos.

Com base na articulação entre a filantropia e a medicina, conforme Sanglard e Ferreira (2014: 71-91), o pensamento em torno da assistência esteve em consonância com o assinalado por Robert Castel para quem o Estado teria um papel em ações mais gerais e a filantropia, em ações mais pontuais. Alterações significativas se deram tanto no âmbito da filantropia, da assistência pública e da percepção sobre os que deveriam ser assistidos. A filantropia, útil à ideologia higienista, unificou “classe pobre” e “classe perigosa” e foi responsável pela ação pública de médicos e engenheiros, de um lado, e pela vulgarização dessas noções pela sociedade civil, de outro. Os filantropos, entendidos como reformadores sociais se voltavam para a nova classe emergente, o operariado, para quem a assistência era requerida face o desemprego e as dificuldades em sustentar a si e a sua família.

Para Viscardi (2011: 179-197), a Primeira República afirmou o papel dos filantropos como reformadores sociais, dado seus interesses no combate à pobreza a partir da racionalização das ações e da laicização das práticas assistencialistas, visando alterar a configuração da prática assistencial até então baseada na caridade exercida pelas Santas Casas de Misericórdia espalhadas pelo país.

Reformadores sociais como Ataulfo de Paiva, Moncorvo Filho e outros médicos e filantropos, estavam atentos as experiências internacionais, possuíam conhecimento crítico da

situação da assistência pública no Brasil e reconheciam limites para as ações filantrópicas, leigas e religiosas, e públicas. Contudo, o discurso utilizado era constituído por ambiguidades, a pobreza, por exemplo, era tanto um fenômeno social quanto natural, e a ampliação do Estado nas ações de assistência enquanto responsável pela sua organização e fiscalização, conforme requeriam, possuía limites impostos pelo ideário liberal ao qual estavam filiados.

As raízes do interesse das elites brasileiras nas formas de assistência à pobreza do período estavam diretamente relacionadas à emergência da questão social, consequência direta da tensão entre capital e trabalho pela crescente demanda de produção industrial que alterou as condições de vida e de trabalho dos operários. No caso específico do Brasil, o recente processo de abolição da escravidão e de mudança de regime político no final do século XIX forjou um reordenamento social, econômico, político e cultural no início da República (SANGLARD; FERREIRA, 2014).

A preocupação com o pobre foi, historicamente, pauta das ações das sociedades ocidentais acompanhando as alterações na percepção da pobreza. A busca por soluções para o combate à pobreza esteve presente de formas diversas em períodos históricos distintos, sendo a assistência uma das formas utilizadas para este fim, cuja prestação referiu-se no Brasil, até o século XX, a uma gama de ações voltadas para um grupo heterogêneo e cambiante.

No Brasil, a preponderância na assistência à pobreza desde a colonização foi a da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, que manteve o quase monopólio sobre a caridade e passou a ser questionada no período republicano. Já no século XVIII, outras formas de assistência emergiram no cenário urbano como as associações civis e as instituições filantrópicas, além de outras instituições leigas vinculadas a religiões (em maioria, católicas).

Apesar de uma maior diversificação na iniciativa da oferta de serviços de assistência, nota-se que a ideia de redenção pelo trabalho como forma de combate à pobreza foi uma constante, bem como a distinção entre merecedores e não merecedores de auxílio e a busca pela redução da mortalidade infantil diante de problemas demográficos que acarretava às nações.

A primazia das Santas Casas na caridade é referida por Franco (2014: 9) pela relevância que a Irmandade assumira no Brasil ao garantir a continuação do sistema colonial português, ressaltando-se seu “caráter identitário e estabilizador das instituições locais”. Implantadas até mesmo onde não havia a presença política dos portugueses, as Irmandades da Santa Casa de Misericórdia garantiam o domínio Português nas suas possessões no século XVI.

Coimbra (1986: 41-61) referindo-se aos serviços de assistência prestados pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia como um "complexo filantrópico" composto por "orfanatos, asilos para anciãos, hospitais, ambulatórios e um hospício para alienados" entre 1850 e 1920, relacionou a sua exclusividade na assistência médica hospitalar na cidade do Rio de Janeiro à "ausência" do Estado na prestação da assistência no período imperial e sua "tímida" participação no período republicano.

É preciso relativizar a referida "ausência" do Estado na oferta de serviços de assistência, uma vez que sua atuação se efetivava através de repasse de recursos, subvenções, doação de terrenos, entre outros, para as instituições privadas que prestavam a assistência à população. O próprio autor afirma que esta relação entre Estado e sociedade traduzia um padrão liberal na atuação estatal que não era direta e, quanto aos serviços médicos e hospitalares, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia teve os subsídios estatais aumentados na segunda metade do século XIX devido à insalubridade da Corte e das constantes epidemias, em conformidade com a ação estatal vigente.

No período republicano a urbanização e a industrialização fomentaram a formação de um mercado de trabalho na cidade conformando uma demanda por assistência médica e hospitalar ao trabalhador pobre que se fez notar a partir das primeiras greves¹.

Com a instauração da República, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia perdeu muitos dos privilégios que mantinha com o Estado desde a colonização e generalizou a cobrança por serviços médicos e hospitalares. Neste contexto, por exemplo, o Hospital dos Alienados passou a ser administrado diretamente pelo governo federal.

A concepção sobre saúde e higiene estava sofrendo alterações desde o século XIX e, durante os primeiros anos do século XX, consistiam em arenas de disputas. Benchimol (2003: 231-286) considera que, nos primeiros anos da República, os papéis do Estado e da iniciativa privada na esfera social eram controversos tanto no que dizia respeito à Reforma Urbana quanto às ações de saneamento. Considerando que as obras de melhoramento urbano, o saneamento da cidade e as medidas de higiene levadas a cabo no período determinaram mudanças também nas ações de assistência da população pobre, ressaltamos que a Reforma da Assistência foi parte, portanto, das Reformas Urbana e Sanitária da capital federal.

¹ Cf. COIMBRA (1896: 45), em 1857 houve a greve dos tipógrafos; em 1866, a greve dos caixeiros; em 1890, uma convocação de greve geral pelo Partido Operário; em 1898, a greve dos cocheiros e condutores de bonde, dos funcionários da Estrada de Ferro Central do Brasil e de operários de uma fábrica de tecidos.

As alterações na saúde pública, instauradas e reformuladas no período envolveram mudanças nos serviços de higiene e de assistência pública e privada, que conformavam serviços médicos e hospitalares em grande medida. Além disso, a base teórica que conformava os discursos reformistas das práticas sociais concernentes à saúde pública e remodelação da cidade permeavam os discursos acerca da reforma da assistência. Ademais, reformadores sociais ativos nas reformas urbana e sanitária incentivaram a reforma da assistência que abarcava também ações médicas higienistas.

A Reforma da Assistência trazia para o centro do debate da assistência pública e privada o papel subsidiário do Estado brasileiro na administração e condução dos serviços assistenciais à população pobre.

Para Viscardi (2011), a alteração na política de assistência alcançada no século XX esteve vinculada aos processos de mudança do cenário mundial desde o fim do sistema feudal, porém mais enfaticamente entre os séculos XVIII e XIX, que promoveram uma ampliação de responsabilidades dos Estados capitalistas para com as sociedades.

No século XIX, significativas mudanças ocorreram na concepção de pobreza no ocidente europeu. As teorias organicistas e evolucionistas ajudaram a construir explicações alternativas para o problema. Em vez de entenderem a pobreza como resultante de algum desvio moral, passaram a atribuir o fato a condicionantes ambientais, genéticos e até mesmo sociais (...) (VISCARDI, 2011: 182).

O aumento da participação do Estado no combate à pobreza, em fins do século XIX, nos países europeus, se aliava às mudanças de pensamento promovidas no cenário de intensificação industrial e urbana, que contribuiriam para que, nas primeiras décadas do século XX, tanto intelectuais quanto políticos brasileiros, buscassem formas de o país acompanhar, no campo da assistência o desenvolvimento alcançado nos países europeus. Assim, o papel do intercâmbio de ideias e práticas entre brasileiros e europeus favoreceu as discussões acerca da ciência, concebida em sua utilidade social. Intelectuais, políticos, lideranças religiosas ou leigas atuaram não somente como filantropos, como também sugeriram políticas públicas que se pudesse adotar no Brasil no combate à pobreza.

O processo de reforma da assistência estava, então, aliado à preocupação da intelectualidade brasileira em definir sua identidade nacional associada a ideia da ciência útil ao desenvolvimento do país. Uma nova organização da assistência pública e privada exigia uma revisão nos conceitos utilizados pela elite brasileira nas práticas sociais. A reunião de um congresso sobre o tema demonstrou que interessava às elites o tema da assistência e que era

preciso então definir outros conceitos e estabelecer novas práticas para o combate à pobreza no Brasil.

Buscando seguir os exemplos da Europa e dos EUA, os reformadores sociais pautavam o desenvolvimento urbano e identitário da nação brasileira no período republicano com base na racionalidade científica, contraposta às ações caritativas que assumiram majoritariamente a assistência à pobreza até então.

Ao conferir à assistência a relevância científica, por se tratar de um campo racional, o tema discutido importava aos homens de ciência que se envolviam em atividades de assistência pública e privada, administradas por leigos ou religiosos, sendo fato para eles, no início do século, que a assistência deveria ser revestida de cientificidade para, assim, solucionar o problema social do Brasil.

Todavia, o tema da assistência reunia diversas filiações teóricas e experiências práticas e os personagens do CNAPP, em maioria médicos e filantropos, buscavam definir as bases para sua organização.

O cenário da Exposição Nacional de 1908, na qual o CNAPP se inseria, deixava clara a disposição de seus organizadores em concretizarem um prolongamento da reforma urbana e sanitária na capital federal, centro de convergência do país. Como assinalamos, a reforma da assistência passava pela racionalização dos serviços prestados e da seleção dos mercedores dos benefícios propostos.

Por outro lado, a reforma era pensada e executada por membros da elite nacional que operacionalizaram para tanto diversos campos sociais nos quais estavam inseridos. Homens da medicina, do direito, da educação, atuantes em órgãos públicos da saúde, da higiene e assistência pública, da instrução pública e da justiça, fundadores e executores da filantropia, da ajuda mútua e da beneficência ou mesmo promotores de ações assistenciais caritativas em instituições como a Santa Casa de Misericórdia.

Compunham, ao mesmo tempo, o legislativo e representavam os interesses do país em congressos e exposições internacionais². E ainda expandiam suas ações e angariavam prestígio pessoal através da imprensa na publicação de seus estudos, na colaboração ativa em periódicos diários e em revistas especializadas, e até mesmo na fundação e direção de jornais e revistas.

²A atuação dos reformadores sociais em diversos campos da sociedade será vista no segundo capítulo.

Organizado por pessoas influentes no cenário político do momento e inseridas no campo da assistência, o CNAPP foi palco de discussões sobre a organização da prestação da assistência e sobre o público que merecia ser assistido.

Conforme Rangel (2013) boa parte das elites brasileiras expressava seu pensamento social através do recurso a filantropia o que tornava a assistência um poderoso operador de legitimação social, que, diretamente associada ao projeto de modernidade, se configurou como uma forma de relação entre elas e o poder político.

Contudo, outras formas de assistência haviam se organizado no período. Segundo Viscardi (2009), diferentes olhares sobre a pobreza contribuíram na construção de diferentes estratégias para seu controle. Dois modelos sobressaíram na busca por enfrentamento da pobreza: o apelo por proteção a alguém (caridade) e o recurso à ajuda mútua (mutualismo), que estabeleciam relações sociais distintas, uma baseada no conceito de paternalismo e a outra na relação de reciprocidade. O recurso à filantropia denotava a permanência de relações paternalistas tradicionais existentes desde a colônia, enquanto que o recurso à ajuda mútua constituía uma estratégia típica da modernização e conferia a seus agentes valores difundidos pelo discurso liberal, de respeitabilidade, autonomia e liberdade.

Por outro lado, apesar de inseridos no processo de modernização, as instituições e serviços de assistência existentes e mesmo as propostas de organização da assistência pública e privada estiveram muito associadas a formas muito mais antigas de lidar com a miséria.

Com base na renovação do antigo, muitas propostas “novas” apresentadas pelos membros das elites tinham sua vinculação com práticas adotadas em boa parte da Europa medieval, e mesmo as concepções que informavam estas práticas serviram de recurso para a concretização da reforma da assistência. Ainda que, a partir de novos autores, por exemplo, a filantropia em lugar das confrarias religiosas, os serviços de assistência mesclavam experiências novas e práticas antigas como o sistema asilar e a segregação dos indesejáveis.

Consideramos, portanto, que era o sistema de assistência brasileira que estava no cerne da questão. O problema da assistência exigia solução. Portanto, acionando os aportes científicos, a reforma da assistência informava a busca por racionalizar a prestação de serviços e distribuí-los de acordo com a necessidade da população e a responsabilidade do Estado e da sociedade civil, de acordo com o entendimento da elite intelectual da época.

Na presente dissertação utilizamos fontes primárias coletadas principalmente em arquivos digitais da Biblioteca Nacional, caso das notícias de jornais (Hemeroteca Digital) e da revista científica *Brasil Médico* publicadas no período, e em arquivos impressos da

Biblioteca Nacional (Obras Gerais), da Biblioteca do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT) e da Biblioteca de História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz (COC), ambos da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), caso dos documentos produzidos pela Prefeitura do Distrito Federal sobre o CNAPP, por exemplo. Conforme referido na historiografia sobre assistência e congressos científicos na Primeira República, a busca pelos Anais do CNAPP foi infrutífera, o que impôs uma atenção maior aos artigos em periódicos, documentos, livros e revista especializada.

Os periódicos pesquisados, do ano de 1908, forneceram grande parte das informações acerca da organização e execução do evento, sendo possível identificar nomes dos congressistas, o programa debatido, a forma de debate e alguns dos debates ocorridos.

A *Revista Brasil Médico* publicou no ano de 1908 algumas das teses em debate no CNAPP e concedeu espaço para a divulgação do mesmo. As publicações encontradas noticiavam a *Sessão Inaugural*, a *Sessão de Encerramento*, as *Conclusões Aprovadas*, a 3ª tese “*A assistência á infância, e particularmente o que se refere ás medidas a adoptar contra a mortalidade infantil. Educação das crianças deficientes*”, relatada por Fernandes Figueira, dentre outros documentos.

Documentos sobre o CNAPP, como o *Regulamento Geral do Congresso* e o *Decreto de Convocação*, estão disponíveis na Biblioteca Nacional formando um único livro e as *Mensagens do Prefeito ao Conselho Municipal* dos anos 1908 e 1909 (04 ao todo), foram encontradas no Arquivo Nacional, e em jornais de grande circulação. Encontram-se também na Biblioteca Nacional os livros publicados no período, com destaque para os de Luiz Barbosa “*Serviços de assistência no Rio de Janeiro*”, publicada em 1908 e de Ataulfo de Paiva (organizador) “*Assistência Pública e Privada no Rio de Janeiro (Brasil). História e Estatística*”, publicado em 1922 em comemoração ao centenário da independência do Brasil, aos quais também recorreremos, e a *Memória “Da assistência publica no Rio de Janeiro. Particularmente da assistência á infância”* apresentada por Moncorvo Filho no IV Congresso Internacional de Assistência Pública e Privada, realizado em Milão em 1906, publicado pela Imprensa Nacional em 1907. Na Biblioteca de História de Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz (COC-FIOCRUZ) encontramos a 2ª tese do congresso, cujo relator foi o médico Rocha Faria, “*Assistência de urgência ao doente na via publica e no domicilio*” publicada em 1908.

No primeiro capítulo, “Cartografia da Assistência Pública e Privada em 1908”, com base no inventário realizado por Luiz Barbosa, médico e filantropo, apresentamos o cenário

assistencial da capital federal constituído por órgãos públicos federais e municipais e instituições privadas caritativas, de auxílios mútuos, de beneficência e de filantropia.

A análise sobre a assistência pública traz à luz a proeminência de serviços de assistência médica e de assistência à infância e ressalta as disputas de responsabilidades entre governos federal e municipal no Distrito Federal.

A assistência médica, tipo mais comum de assistência, prestada tanto por órgãos públicos quanto por instituições privadas, era, muitas vezes, o único serviço prestado por algumas instituições. Assim, muitas vezes, assistência médica é a própria assistência, por ser este o serviço de maior vulto, ou o único serviço de assistência prestada. Vê-se, portanto, a medicina com papel central na assistência, sendo ela, majoritariamente, médica.

A assistência à infância era prestada em duas frentes diferentes, a médica e a jurídica. Os serviços médicos de assistência à infância envolviam a chamada puericultura como especialização da medicina pediátrica e visavam o combate à mortalidade infantil, sendo prestada também por instituições privadas, principalmente pela filantropia. O campo jurídico relacionava-se à assistência à infância abandonada que se efetivava através de serviços diversificados, desde asilos a escolas e abrigos temporários, fornecidos por entidades governamentais e instituições de caridade.

A cidade do Rio de Janeiro era palco de disputa e de duplicidade de serviços federais e municipais que passavam por constantes revisões de responsabilidades. Para Luiz Barbosa (1908), estas disputas influíam na ausência de organização da assistência pública. O caráter de cidade e de distrito federal traduzia as dificuldades em delimitação dos poderes públicos relacionados aos serviços de assistência, saúde e educação, que eram englobados na assistência pública do período.

Neste cenário as irmandades e confrarias, classificadas neste trabalho como instituições de caridade, as associações de auxílios mútuos, as associações beneficentes e as instituições filantrópicas formavam um conjunto diversificado de serviços de assistência e estiveram muitas vezes apoiados pela relação público-privada existente na Primeira República, à exceção das mutuais que se estruturavam a partir de subsídios dos próprios trabalhadores.

Desta forma, se configurava uma organização heterogênea da assistência pública e privada, permeada por disputas de responsabilidades. Além disso, o impacto causado pelas alterações urbanas e sanitárias e de formação do operariado urbano implicou em propostas de reforma da assistência.

No segundo capítulo, “O Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada (1908): a assistência em debate”, o CNAPP foi reconstituído, a partir de fontes da hemeroteca digital da Biblioteca Nacional, apresentando seus organizadores, os participantes, os temas discutidos e as conclusões efetivadas. Assim, o prefeito do Distrito Federal e a comissão organizadora são os personagens mais destacados por se imbuírem dos objetivos de organização da assistência no conclave e dos temas em conferência. As seções temáticas promoveram o destaque das questões de relevância para a reforma da assistência: a assistência em geral, a assistência médica, a assistência à infância e a assistência pelo trabalho. Acompanhando os debates nestas seções, analisamos os interesses e as propostas construídas bem como a conclusão sobre que reforma era esperada e que deveria ser executada.

De 23 de setembro a 13 de outubro de 1908 o Pavilhão do Distrito federal recebeu nomes ilustres da elite nacional com o firme propósito de discutir a assistência pública e privada brasileira. Assim, parte das ações de modernização da nação brasileira, a assistência deveria ser organizada a partir de um método, de aliança entre assistência pública e privada e de sua especificidade no Brasil; da oferta de serviços gratuitos ao doente; da assistência à infância a partir de dois campos distintos, o de combate à mortalidade infantil e o da infância abandonada; e da instauração da assistência pelo trabalho.

Veremos que o programa de debates proposto pelos organizadores ressaltava a necessidade de organização de uma assistência pública autônoma pelos governos federal e municipal, com ênfase na administração nacional dada pelo ente federal, aliada a responsabilidade de fiscalização e controle da assistência privada. Contrariando a proposta inicial, o CNAPP revelou uma disputa entre distintos projetos de reforma da assistência que envolveu concepções diferentes sobre funções públicas e privadas na sociedade naquele período.

No capítulo 3, “A(s) Reforma(s) da Assistência em 1908”, nos debruçamos sobre duas concepções distintas que dividiram o CNAPP no tocante ao seu objetivo central, o de centralizar a assistência pública e privada e aproximá-las. Com base nos percursos apontados por Luiz Barbosa e Ataulfo de Paiva, e nas propostas de reforma da assistência dentro e fora do CNAPP, analisamos a oposição entre as concepções do médico e do jurista para a assistência no Brasil na primeira década do século XX, que se encontrava no cerne da concepção de Estado.

Em contraposição ao objetivo de aliar as esferas públicas e privadas de assistência, a Reforma da Assistência proposta pelos organizadores do CNAPP não foi a mesma que

resultou das votações dos congressistas e que foram incluídas no documento final que deveria ser posta em prática, conforme preconizara o prefeito do Distrito Federal quando da inauguração do congresso. De modo que, a clara distinção entre os projetos de reforma permite considerar a existência de mais de uma reforma sendo proposta, refletindo o caráter heterogêneo de seus reformistas.

Capítulo 1. Cartografia da Assistência Pública e Privada em 1908.

O presente capítulo pretende descrever a organização da assistência pública e privada no Rio de Janeiro a partir do inventário sobre as instituições assistenciais existentes na cidade, realizado em 1908, pelo médico Luiz Barbosa.

A fonte primária deste capítulo é o livro “Serviços de Assistência no Rio de Janeiro”, escrito por Luiz Barbosa em 1908, com o objetivo de discorrer sobre os problemas da “assistência administrativa” (assistência pública) e da “beneficência particular” (assistência privada) e destacar o serviço de assistência médica desenvolvido na Policlínica de Botafogo, da qual era fundador e diretor. Tratando de um universo heterogêneo, o autor buscou reunir dados qualitativos sobre as instituições privadas e serviços públicos existentes na cidade. O livro traz em anexo uma tabela contendo informações sobre 181 associações privadas, previamente sistematizadas por Ferreira da Rosa em 1905³, por encomenda da Prefeitura do Distrito Federal.

A historiografia sobre a assistência na Primeira República brasileira tem se debruçado sobre a fonte referida em busca de elementos necessários para explicar o cenário associativo de proteção e promoção social na capital federal na Primeira República. Por exemplo, Viscardi (2011) analisa a relação entre pobreza e filantropia naquele período, com o objetivo de perceber como se processavam as propostas de ações assistenciais públicas e privadas, como as de Ataulfo de Paiva e de Luiz Barbosa.

As mudanças da configuração demográfica e social urbana da cidade do Rio de Janeiro entre 1890 e 1906, de acordo com os Censos citados por Fonseca (2008: 97-148) permitem dimensionar os problemas enfrentados no período e que estimulavam a prática do associativismo, da filantropia e da caridade, bem como a busca por outras formas de prestação de assistência à população, estas inseridas nos debates acerca do papel do Estado na assistência aos pobres, como veremos no próximo capítulo.

De acordo com este autor, de uma população de 522.651 habitantes em 1890, chega-se a 811.443 em 1906. Sendo o Rio de Janeiro o centro decisório e político do país desde quando se tornou sede do vice-reinado em 1763 e o mais importante centro comercial, financeiro e industrial, também constituía a maior e principal cidade em número de sua população e em

³Cf. VISCARDI (2009: 298), tanto no período imperial quanto no início da República os governos encomendavam pesquisas de levantamento de dados e, no período republicano, Ferreira da Rosa, redator e jornalista, realizou o primeiro recenseamento da cidade do Rio de Janeiro por encomenda do Prefeito do Distrito Federal, Pereira Passos.

atividades econômicas, polo atrativo de mão de obra, com grande número de pessoas vindas de outros estados da federação e altos contingentes estrangeiros.

Ainda que o crescimento da população estrangeira se mantivesse, a participação na população em geral diminuiu. Em 1890, 29,70% da população da cidade eram compostos por estrangeiros, diminuindo em 1906 para 25,94%. Contudo, a cidade continuava sendo cosmopolita. Do contingente da população estrangeira, os portugueses eram maioria, 63,36%. Em 1890, 20,37% da população da cidade eram portugueses e em 1906, 16,43%.

A população ocupava em maior parte as áreas centrais da cidade em 1890. As áreas residenciais também concentravam as atividades comerciais, industriais, bancárias e a burocracia estatal. Em 1906 se observa uma alteração nesta organização em razão das reformas urbana e sanitária sofridas pela cidade durante a gestão do prefeito Pereira Passos (1902-1906):

O "bota-abaxio" levou à destruição de uma enorme quantidade de cortiços, cabeças de porco e outros tipos de habitação popular que, embora insalubres, estavam localizados no centro da cidade, próximos às áreas de comércio, serviços e pequena indústria, regiões de trabalho da população pobre, e que constituíam a principal opção em termos de habitação popular. A expulsão de parte da população pobre do Centro provocará o crescimento de áreas mais afastadas, principalmente dos subúrbios, áreas residenciais e industriais que se constituem ao longo das vias férreas. Além disso, as favelas – a primeira já surgira no morro da Providência no final do século anterior – se constituíram como opção de moradia (FONSECA, 2008: 104).

Assim, o centro da cidade perdeu sua importância em termos residenciais, concentrando as decisões políticas e as atividades econômicas de comércio e serviços. As indústrias se deslocaram para áreas em que existiam linhas férreas e a zona sul da cidade passou por intensa ocupação. O aumento da população foi de 55,3% sendo que nas áreas do centro houve decréscimo populacional. A divisão da cidade passou a ser por distritos em lugar das paróquias⁴, sendo que os distritos mais afastados do centro aumentaram de forma mais

⁴Cf. FONSECA (2008: 97-148), em 1890 a cidade se dividia em 21 paróquias, 13 urbanas e 8 suburbanas, destas 8 seis eram rurais e duas insulares: urbanas: Candelária, São José, Santa Rita, Sacramento, Glória, Santana, Santo Antônio, Espírito Santo, Engenho Velho, Lagoa, São Cristóvão, Gávea e Engenho Novo; rurais: Irajá, Jacarepaguá, Inhaúma, Guaratiba, Campo Grande, Santa Cruz, Ilha do Governador e Ilha de Paquetá. Em 1906, os distritos que dividiam a cidade eram: Candelária, Santa Rita, Sacramento, São José, Santo Antônio, Santa Tereza, Glória, Lagoa, Gávea, Santana, Gamboa, Espírito Santo, São Cristóvão, Engenho Velho, Andaraí, Tijuca, Engenho Novo, Méier, Inhaúma, Irajá, Jacarepaguá, Campo Grande, Guaratiba, Santa Cruz, e as Ilhas.

acelerada que outros. Inhaúma, por exemplo, tornou-se o distrito mais populoso com 67.478 habitantes.

Nesse período se pode observar que o estado começava a atender, sutilmente, a população crescente das novas áreas, através de estabelecimentos de ensino e saúde, principalmente. Os prédios públicos da cidade, 215 em 1890 (1% do total dos prédios urbanos), concentravam-se nas áreas mais centrais. Em 1906, existiam 321 prédios públicos (de um total de 79.875 prédios), concentrando na área central as repartições públicas e mantendo um prédio público em cada distrito, exceto Santa Teresa (FONSECA, 2008).

A população pobre impactada pela reforma urbana posta em prática na gestão municipal de Pereira Passos (1902-1906) vivia uma expulsão dos centros urbanizados da capital, onde estavam presentes os serviços de assistência, em sua maior parte. Aliado a isso, boa parte destes serviços era ofertado de maneira restrita a grupos trabalhistas ou a moradores do bairro, entre outros, restando à população pobre a busca pelos serviços oferecidos pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia e de outras instituições de caridade.

Observamos que, naquele início de século, a assistência pública e privada configurava-se como um campo indissociável da saúde e da assistência social. A população pobre e trabalhadora recebia atendimento às suas necessidades médicas e sociais em instituições de caridade e associações de auxílios mútuos, beneficentes e filantrópicas, uma vez que a saúde pública se concentrava no combate e controle das epidemias, escapando de seu campo os serviços médicos em casos de doenças e agravos à saúde relacionados, muitas vezes, a situação de pobreza e de higiene da população.

O universo das instituições e associações concentrava-se de forma mais acentuada nas áreas urbanas e centrais da capital federal, para onde convergiam os serviços e atividades políticas e econômicas e apresentava uma característica cosmopolita de abertura aos povos estrangeiros.

O movimento associativo, representado por grupos de indivíduos com fins de previdência ou amparo era numeroso e compreendia grupos que autofinanciavam sua proteção – de auxílios mútuos, mutuais ou mutualistas –, grupos que forneciam proteção a indivíduos pobres com base na caridade e beneficência – beneficentes ou de beneficência – e grupos de filantropos que associavam a prática exercida e a caridade - filantrópicas. Estas últimas financiavam suas ações através de contribuições internas e externas como doações e patrocínios.

Assim, as associações de auxílios mútuos constituíam-se em estratégias de setores da sociedade carioca para seus próprios membros em geral, de trabalhadores (vinculados a empresas, qualificados, empregados, organizados através dos ofícios, entre outros) e até mesmo de empregadores com objetivos de proteção coletiva, como a garantia de renda e de assistência nas situações de adoecimento, invalidez, acidente, ou às suas famílias nos casos de falecimento. As associações de beneficência constituíam estratégias de grupos originários de outros países ou suas ações fundavam-se na prática da caridade cristã. Já as filantrópicas consistiam em estratégias de membros da elite, principalmente a elite médica, combinando reconhecimento profissional, experiência prática, divulgação científica e caridade.

Com relação à assistência pública, o Estado assumia serviços de assistência médica, sobretudo e de assistência à infância sob o signo do abandono e desamparo. A assistência médica naquele momento representava a necessidade de contenção de epidemias e contágios de doenças bem como tratamento de doenças incuráveis, com serviços para atendimento a acidentes, vacinação e isolamento. Os serviços para crianças e adolescentes se erguiam em torno de locais de moradia e ensino básico e profissionalizante ou de reabilitação social.

O Rio de Janeiro, simultaneamente cidade e Distrito Federal, era palco das ações de governos federal e municipal, cujas relações envolviam diversos conflitos referidos à necessidade de delimitação de suas fronteiras de atuação, uma vez que a definição dos papéis das esferas governamentais ainda se processava na incipiente República. De modo que, a assistência no Distrito Federal, era prestada de maneira simultânea e, o mais das vezes, sobrepostas, entre a esfera federal, através da Polícia e da Saúde Pública e a esfera municipal, através da Diretoria Geral de Higiene e Assistência Pública.

A dificuldade em delimitação de fronteiras de atuação se colocava também no que concernia às relações entre público e privado no período. Com relação ao cenário da assistência o Estado assumia diretamente alguns serviços, mas o público atendido era muitas vezes o de trabalhadores destes mesmos órgãos (Polícia, Exército e Marinha). Por outro lado, serviços de assistência privados atendiam a população pobre, ainda que restrita a uma área, faixa etária ou condição de saúde, entre outras, recebendo, para tanto, subsídios estatais. Ou seja, recursos públicos financiavam o atendimento que era administrado e prestado pela iniciativa privada.

O governo federal, por exemplo, através da Lei Orçamentária para 1908 fixou diversos recursos federais que seriam repassados a instituições privadas no território nacional e para o Distrito Federal (BRASIL, 1907). Entre os serviços que receberiam subvenções federais havia

muitos daqueles que configuravam a iniciativa privada, como dispensários, associações religiosas, associações beneficentes, asilos e empresas.

Assim, sob a rubrica socorros públicos constavam, por exemplo, subvenções ao Dispensário São Vicente de Paulo, à Maternidade da Capital Federal, à Associação Protetora dos Cegos Dezesete de Setembro, ao Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada, aos Institutos Pasteur de São Paulo e de Recife, ao Instituto de Proteção e Assistência à Infância (IPAI) do Rio de Janeiro, ao Asilo Bom Pastor, à Liga Brasileira Contra a Tuberculose da capital federal (RJ), de São Paulo (SP), de Juiz de Fora (MG), de Recife (PE), da Bahia e da cidade de Campos (RJ), ao Sanatório de São Luiz de Piracicaba (SP), ao Asilo Nossa Senhora do Carmo em Campos (RJ), a quatro hospitais para tratamento de tuberculosos em Minas Gerais, ao Asilo de Órfãos de Florianópolis e de Joinville (SC), ao Asilo de Alienados Nossa Senhora da Luz em Curitiba e em Teresina, à Santa Casa de Misericórdia da Paraíba do Norte, ao Asilo de Mendicidade do Ceará e ao Hospital de São João dos Lázarus em Cuiabá. O IPAI do Rio de Janeiro, além da subvenção recebeu prédio próprio e a Policlínica do Rio de Janeiro, subvenção para conclusão de obras de seu prédio.

Ainda que a distinção entre público e privado estivesse relacionada ao responsável pela iniciativa da prestação de serviço, vemos que o Estado e a iniciativa privada estabeleciam uma relação que assegurava grande parte dos serviços de assistência à população pobre.

A pobreza no início do século XX foi analisada por Hahner (1993: 199-238) em sua articulação com o mundo do trabalho, as condições de vida e as diferenças étnicas, de gênero e de raça. Assim:

No início do século XX os trabalhadores pobres trabalhavam longa e pesadamente por retornos insignificantes e aparentemente em variedades infinitas de emprego. Eles enfrentavam não apenas moradias superlotadas e insalubres, mas também insegurança no trabalho, pagamento e condições de trabalho miseráveis, doenças e alimentação deficiente em nutrição - problemas ignorados pelos governos brasileiros com objetivos exportadores (HAHNER, 1993: 199).

O universo dos trabalhadores distinguia os artistas⁵ – trabalhadores qualificados em algum ofício como carpinteiros, estucadores, pedreiros, marceneiros, tipógrafos, sopradores de vidro, tanoeiros, sapateiros, padeiros, chapeleiros e alfaiates – dos trabalhadores sem qualificação – que utilizavam da força bruta em tarefas repetitivas – e dos trabalhadores em ocupações incertas e inconstantes – como vendedores de rua, carregadores, diaristas, cocheiros e trabalhadores de engenho.

⁵Artistas ou artífices eram trabalhadores em algum ofício manual.

Trabalhadores qualificados tinham melhores condições de trabalho e de salários, ainda que estes permanecessem baixos. Eles eram obrigados a trabalhar por longas horas por dia, submetidos à supervisão e controle rigorosos.

A mecanização dos processos de trabalho constituía ameaça à sobrevivência dos trabalhadores. O avanço das máquinas era acompanhado de corte de seus empregos:

Quando *O Correio da Manhã*, do Rio de Janeiro, introduziu linotipos em 1909, mais de três quartos dos tipógrafos do jornal perderam seus empregos. Por volta de 1910, de acordo com os representantes dos tipógrafos, quase metade de seu número, no Rio de Janeiro, estava desempregada. Aqueles que ainda conservavam o emprego tinham que trabalhar por mais tempo ganhando salários menores. Em um apertado mercado de trabalho, homens que, por muitos anos, tinham se dedicado à "arte" da tipografia podiam ter "se tornado vendedores ambulantes ou balconistas em cervejarias" (HAHNER, 1993: 201).

O trabalho feminino era empregado em lavanderias, em fábricas de tecidos e de roupas, com longas jornadas de até 18 horas ao dia, na confecção de enfeites e acessórios femininos, em ofícios de costureira ou bordadeira, em casa ou em oficinas improvisadas, além da prostituição e de serviços domésticos, eminentemente femininos.

Como outras mulheres das classes baixas, as costureiras permaneceram em uma posição frágil para resistir aos avanços sexuais dos homens das classes altas. Algumas recorriam à prostituição ocasional para se opor à miséria econômica. A prostituição nunca aparece entre as categorias ocupacionais nos censos brasileiros, mas pode-se imaginar quantas das costureiras enumeradas também a adotaram. Algumas costureiras, particularmente as francesas, ganharam renome como prostitutas de luxo, ou cocotes. Os níveis mais altos da prostituição, e não os mais baixos, constituíam uma atraente alternativa aos suados trabalhos para algumas mulheres (HAHNER, 1993: 203).

Empregadas domésticas estavam sujeitas ao controle cotidiano de seus patrões e muitas vezes não recebiam pagamento de salário. Além disso, este não era um serviço que recebia fiscalização dos governos, conforme ocorria nas fábricas e oficinas, por representar invasão de privacidade das elites, classes médias e burocratas que empregavam mulheres em serviços domésticos.

Os trabalhadores urbanos compunham um grande contingente empregado em indústrias em contínuo crescimento ao longo das primeiras décadas do século XX. Apesar de o setor receber maior fiscalização, os trabalhadores estavam sujeitos a longas jornadas de trabalho, era comum o emprego de mulheres e crianças, as fábricas possuíam condições

insalubres e os salários eram insuficientes. Acidentes de trabalho e aplicação de multas aos trabalhadores, por atraso ou defeitos na produção também eram frequentes.

Com relação ao trabalho na manufatura têxtil, a proporção de trabalhadores não qualificados era grande, pois o trabalho mecanizado exigia apenas vigilância e agilidade manual, também não era exigido que soubessem ler. A mão de obra infantil e feminina era intensamente utilizada nesse setor da indústria sendo superior à masculina. O controle do trabalho exercido também fazia parte do cotidiano, sendo relatado por Hahner (1993: 209), o comportamento arbitrário e brutal de capatazes e supervisores nas queixas feitas pelos trabalhadores no período.

Além do tratamento arbitrário outras estratégias eram utilizadas pelos proprietários das fábricas para controle da mão de obra. O fornecimento de moradias, de alimentação e de roupas; a venda de lotes de terra ou o aluguel de moradias aos trabalhadores; até mesmo serviços assistenciais como cuidados médicos, escolas, creches, igrejas e campos de esporte, a maioria pagos e alguns concedidos em lugar de salários, garantindo a obediência do trabalhador no processo de trabalho.

Essas providências para manter o processo de trabalho e facilitar uma rigorosa supervisão dos trabalhadores eram aparentemente consideradas necessárias e algumas vezes lucrativas. Se os trabalhadores paralisassem o trabalho ou demonstrassem desrespeito ou desobediência, podiam ser sumariamente despejados das moradias das companhias. Eles permaneciam dependentes dos proprietários dos moinhos e vulneráveis à manipulação através do paternalismo (HAHNER, 1993: 211).

Perder o emprego ou a fonte de renda e adoecer eram situações que vinham a aumentar os sofrimentos dos indivíduos trabalhadores e de suas famílias. A distância das residências dos locais de trabalho, as dificuldades em transportes, a alimentação sem nutrientes e as moradias insalubres incidiam negativamente sobre a saúde, sendo a tuberculose uma doença bastante comum entre os pobres.

Mesmo as doenças comumente não-mortais como o sarampo, coqueluche, gastroenterite e infecções parasitárias tornavam-se mortais, devido, em grande parte, à alimentação inadequada. Por seu turno, os efeitos das infecções bacteriais, como a cólera, tifoide, paratifoide, difteria e coqueluche, de doenças virais e protozoárias como varíola, caxumba e malária e das infecções parasitárias, exacerbavam mais as deficiências nutricionais da população. O trabalhador urbano pobre, extenuado pelo excesso de trabalho e mal-alimentado, era pego em um círculo vicioso de subnutrição e infecção (HAHNER, 1993: 227).

Para sobreviver, trabalhadores urbanos e suas famílias se organizavam de modo a partilhar os ganhos e recursos entre aqueles que trabalhavam com os que não trabalhavam. Aqueles que não trabalhavam desempenhavam tarefas domésticas da casa e de cuidado dos membros menores da família. Crianças também eram incumbidas das tarefas domésticas e de ofícios realizados em casa, e sua força de trabalho era empregada também nas fábricas, principalmente nas de tecidos. Além disso, trabalhadores e suas famílias lançavam mão de outras estratégias para garantirem a renda residindo em construções irregulares, próximas aos locais de trabalho, aumentando a jornada diária de trabalho, cultivando hortas no quintal, criando animais, trocando mercadorias por serviços e formando redes de favores mútuos.

Com relação ao contexto assinalado, Hahner (1993), aponta que havia uma preocupação crescente com a pobreza, em relação à economia e à política, por parte das elites e dos governantes.

No final do século XIX, o governo tratava o pobre urbano primordialmente como fonte de desordens, doenças perigosas, força muscular e bucha de canhão. Embora a necessidade por trabalhadores e soldados continuasse a mesma no século XX, o medo do contágio tinha diminuído. A intensa campanha sanitária da primeira década do século tinha reduzido a ameaça da disseminação das doenças infecciosas vindas dos cortiços para as residências da elite. A agitação urbana, entretanto, permanecia preocupante, mesmo quando tomava novas formas, tais como manifestação das massas contra o serviço militar obrigatório ou contra a elevação dos preços das necessidades básicas (HAHNER, 1993: 283).

Observa-se, ainda, o surgimento dos sindicatos operários no período, o apoio dos legisladores em algumas das causas de trabalhadores e a combinação de repressão com outras formas de controle social. Ainda assim, a violência era o recurso mais utilizado. No Rio de Janeiro, o fato de o presidente nomear o prefeito e o chefe de polícia, o vínculo local com o governo central era mais acentuado. Órgãos da prefeitura e do governo federal atuavam de modo a reprimir, à força, os protestos e greves de trabalhadores.

Quanto ao programa de renovação urbana no período, Benchimol (1990: 277-319) avalia que, apesar de seus objetivos, de inúmeras ordens, onerou a população marginalizada.

Os objetivos ou “estratégias” subjacentes a essas medidas eram variadas: entrelaçavam-se razões políticas ou puramente ideológicas, ligadas a formas burguesas de desfrute do espaço urbano, razões sanitárias, razões econômicas (inviabilizar, por exemplo, certas práticas em benefício do grande capital) e fiscais. Quanto a esse último ponto, vale ressaltar que o cipoal de interdições semeadas pelo prefeito redundaram em considerável aumento de itens da receita municipal, tais como multas, impostos de

licença, de cães etc. Isso significa que, independentemente dos objetivos visados por essas medidas, elas serviram para descarregar parte do ônus da “modernização” sobre a heterogênea plebe carioca. (BENCHIMOL, 1990: 277).

Diante do contexto que conformava a pobreza e os pobres na Primeira República, veremos adiante quais eram os serviços que atendiam a população pobre, com base em Barbosa (1908).

Luiz Barbosa publicou em abril de 1908 o seu livro no qual apresentava a organização da assistência pública e privada, cinco meses antes do CNAPP ocorrer e dois meses após a sua convocação pelo prefeito do Distrito Federal.

O percurso seguido de apresentação dos serviços não estabelece uma cronologia, mas, antes, reforça a importância do debate em torno da reforma da assistência na primeira década do século XX, conforme se busca demonstrar. O papel do Estado na assistência à pobreza se coloca no cerne da questão. Bem como a distinção entre ações federais e municipais no Distrito Federal. Decerto que o Estado não ofertasse a maior parte dos serviços de assistência de maneira direta, porém oferecia recursos, terrenos, prédios e isenções para a assistência privada. A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia foi, desde o período colonial, a instituição mais importante nesta relação estabelecida entre público e privado no país. Com base nesta relação, a filantropia alcançou importante papel na discussão de fundo da reforma da assistência – os limites de cada ente federado e o papel da iniciativa privada.

O recurso à fundação de associações de auxílios mútuos e de beneficência representou estratégias de luta contra a pobreza, na medida em que refletia a busca por fortalecimento de interesses de segmentos populacionais e de proteção de trabalhadores em situações que lhes impediam de trabalhar. Pode-se dizer que as lutas por proteção coletiva estavam sendo observadas e discutidas na primeira década do século XX, embora a regra fosse o recurso à repressão.

1.1. A assistência pública no Rio de Janeiro no início do século XX

A assistência pública no Rio de Janeiro em 1908 integrava serviços de assistência médica, à infância, aos mendigos e judiciária e asilo. Estes serviços eram fornecidos por órgãos federais e municipais, de acordo com os dados de Luiz Barbosa (1908).

Tabela 1. Serviços federais de assistência.

	Órgão	Instituição	Serviço
1		DGSP	Assistência médica
2	Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP)	Hospital Nacional dos Alienados	Assistência médica
3		Hospital de São Sebastião	Assistência médica
4		Instituto Oswaldo Cruz	Assistência médica
5	Bombeiros	Enfermaria	Assistência médica
6	Exército	Hospital Central	Assistência médica
7		Asilo dos Inválidos da Pátria	Asilo
8	Marinha	Hospital da Ilha das Cobras	Assistência médica
9		Hospital de 2ª Classe	Assistência médica
10	Força Policial do Distrito Federal	Hospital da Força Policial	Assistência médica
11	Polícia do Distrito Federal	Escola Correccional XV de Novembro	Assistência à infância
12		Pronto Socorro Marítimo	Assistência médica
13		Assistência Policial	Assistência médica
14		Depósito de Menores masculino	Assistência à infância
15		Depósito de Menores feminino	Assistência à infância
16		Enfermaria da Casa de Detenção	Assistência médica
17		Enfermaria da Casa de Correção	Assistência médica
18	Justiça	Assistência Judiciária	Assistência judiciária
19		Instituto Benjamin Constant	Assistência à infância
20		Instituto de Surdos Mudos	Assistência à infância

FONTE: BARBOSA, 1908.

Os serviços federais eram, em geral, assistência médica (13), assistência à infância (5), judiciária (1) e asilo (1). Os órgãos federais que prestavam assistência médica eram a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) (4), o Corpo de Bombeiros (1), o Exército (1), a Marinha (2), a Força Policial do Distrito Federal (1) e a Polícia do Distrito Federal (4). Os que forneciam assistência à infância eram a Polícia do Distrito Federal (3) e os Institutos Benjamin Constant (1) e de Surdos Mudos (1). O serviço de asilo era fornecido pelo Exército (1) e a assistência judiciária pela Justiça (1).

Tabela 2. Serviços municipais de assistência.

	Órgão	Instituição	Serviço
1		DGHAP	Assistência médica
2	Diretoria Geral de Higiene e Assistência Pública (DGHAP)	Posto Central de Assistência	Assistência médica
3		Asilo de São Francisco de Assis	Assistência aos mendigos
4		Casa de São José	Assistência à infância
5	Diretoria Geral de Instrução Pública (DGIP)	Instituto Profissional Masculino	Assistência à infância
6		Instituto Profissional Feminino	Assistência à infância
7		Instituto Vacínico Municipal	Assistência médica

FONTE: BARBOSA, 1908.

Os serviços municipais constituíam-se em assistência médica (3), assistência à infância (3) e assistência aos mendigos (1). A assistência médica era fornecida pela Diretoria Geral de Higiene e Assistência Pública (DGHAP) (2), e o Instituto Vacínico Municipal (1). A assistência à infância era prestada pela DGHAP (1) e a Diretoria Geral de Instrução (DGI) (2). E a assistência aos mendigos estava a cargo da DGHAP (1).

Vemos que a assistência pública era majoritariamente assistência médica. Dos vinte (20) serviços oferecidos pelo governo federal na cidade, treze (13) eram serviços médicos e o governo municipal oferecia três (3) dos sete (7) serviços sob sua responsabilidade. De modo que, a assistência pública era um assunto médico, predominantemente.

Por outro lado, a assistência à infância, outro campo de maior atuação dos governos, consistia em serviços voltados para a infância abandonada, tal era o papel do Estado na proteção da infância naquele momento. Cinco (5) serviços federais e três (3) municipais

assistiam crianças órfãs de mãe e pai ou de um dos genitores, que recebiam abrigo e/ou educação básica e profissional ou educação especial, ou reabilitação.

A assistência médica ocupou, na França, um importante papel nas reflexões políticas sobre questão social e implantação da assistência à pobreza no século XIX, sendo concebida como forma de melhorar os níveis de saúde, de reduzir a taxa de mortalidade e de “civilizar” os pobres (FAURE, 2002: 309-324). A medicina na França tornou-se, no final do século XIX, uma ciência social a partir de sua abordagem científica que relacionava despovoamento e degeneração com doenças sociais, como tuberculose, alcoolismo e doenças venéreas. O serviço de assistência médica a estes grupos deveria ser parte do processo de organização de assistência operado pelo Estado, com a supervisão das entidades filantrópicas e de sociedades mutualistas.

No Brasil, seguindo este pensamento, a distinção entre cuidados médicos e combate de epidemias forjou a inscrição da medicina, com papel central, nas duas áreas, a de política sanitária e a de assistência pública e privada assentada no fornecimento de serviços médicos.

A política sanitária do início do século XX objetivava, segundo Benchimol (1990), fomentar a expansão capitalista e proporcionar oferta de mão de obra às zonas produtoras de café. As epidemias, decorrentes, entre outros fatores, da aglomeração urbana, traziam prejuízos de ordem sanitária e financeira às classes dominantes e atingiam de modo indiscriminado a população, comprometendo a estrutura comercial e produtiva. Por estes motivos, estavam excluídas das ações de saúde doenças como a tuberculose.

O governo de Rodrigues Alves combateu, prioritariamente, aquelas doenças que incidiam sobre a população de maneira indiscriminada, ameaçando paralisar a estrutura comercial e produtiva. No entanto, excluiu doenças cuja origem relacionava-se mais de perto com as condições de vida e trabalho, como a tuberculose, a temível "peste branca" que matava a cada três horas, um habitante da cidade (BENCHIMOL, 1990: 295).

A ação sanitária campanhista utilizava os veículos de imprensa na propaganda e no fomento da cultura higiênica e apoiava-se em decretos rigorosos para a repressão, como medidas de notificação compulsória de doenças infecciosas e as demolições de habitações sem higiene adequada.

A dualidade de direção apareceu logo no início destas campanhas e as esferas federal e municipal do Distrito Federal viveram os conflitos de limites de atuação durante a gestão Pereira Passos, que já ocorria desde 1892 quando os serviços de higiene foram municipalizados.

Em 1902, o município, através da DGHAP, ficou responsável pela polícia médica, que se constituía em polícia e vigilância sanitária, e pelo Instituto Vacínico Municipal que era o órgão responsável pelas vacinações contra a varíola, muito embora as ações de vacinação conformassem um campo de responsabilidade do governo federal, operadas pela Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP). Veremos mais adiante as informações sobre estes serviços, que, apesar dos decretos e leis de regulamentação de suas competências durante a gestão Pereira Passos, mantinham, na prática, a sobreposição de tarefas e as disputas de competências.

Segundo Viscardi (2011: 179-197), a assistência pública aliava o combate às epidemias à difusão da higiene, criando critérios de discriminação da caridade, através de concepção de combate aos vícios do corpo e da alma. Entendida dessa forma, a assistência era uma ação reparadora.

A DGSP foi criada em fevereiro de 1897 reunindo os serviços de higiene executados pelo Instituto Sanitário Federal e pela Inspetoria Geral da Saúde dos Portos, sob a direção do médico Nuno de Andrade. Tinha por finalidades estudar e tratar doenças transmissíveis no país, estabelecer planos de socorro para os estados federados e preparo de culturas e soros para distribuição às autoridades, fiscalizar o exercício da medicina e da farmácia, organizar as estatísticas demográfico-sanitárias, dirigir o serviço sanitário dos portos, entre outras funções.

A partir de 1903, a direção passou para o médico Oswaldo Cruz, pondo em prática a reforma sanitária no Distrito Federal que vivia os impactos da epidemia de febre amarela, expandindo o campo de ação da diretoria, pela atuação no combate às epidemias, através da remoção ao hospital público federal, o saneamento dos domicílios e estabelecimentos públicos (higiene e polícia sanitária) e a profilaxia das doenças infectocontagiosas do Distrito Federal (BRASIL, 1904).

Em 1908, a DGSP tinha como dependências a Seção Demográfica, 10 Delegacias de Saúde, a Engenharia Sanitária, o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela, o Juízo dos Feitos da Saúde Pública, o Hospital Paula Cândido, o Hospital de São Sebastião, o Laboratório Bacteriológico Federal, a Inspetoria de Isolamento e Desinfecção, o Lazareto da Ilha Grande, o Instituto Oswaldo Cruz e as Inspetorias de Saúde dos Portos dos Estados (BRASIL, 1908).

Na sede da DGSP atuavam quatro médicos auxiliares, mas seu funcionamento se dava através das dez Delegacias de Saúde: a primeira ficava na Rua Voluntários da Pátria, delegado Henrique Marques Lisboa; a segunda, na Praça Duque de Caxias, delegado Venâncio José de Toledo Lisboa; a terceira, na Rua Clapp (mesma da sede), delegado Antônio Pedro Pimentel;

a quarta, na Rua Marechal Floriano Peixoto, delegado José Plácido Barbosa; a quinta, na Rua Camerino, delegado Alberto Vieira da Cunha; a sexta, na Praça da República, delegado Cândido Barroso do Amaral; a sétima, na Rua Haddock Lobo, delegado Henrique Autran da Matta Albuquerque; a oitava, na Rua Visconde de Itamaraty, delegado Teófilo de Almeida Torres; a nona, na Rua Dr. Arquias Cordeiro, delegado Álvaro Graça; e a décima em Realengo, delegado Francisco Joaquim Bittencourt Segadas Vianna. Em cada uma das delegacias trabalhavam entre cinco a sete médicos investidos nos cargos de inspetores sanitários, a exceção da 10ª delegacia que só tinha dois inspetores.

A Engenharia Sanitária, o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela, a Inspetoria de Isolamento e Desinfecção e o Instituto Oswaldo Cruz eram dirigidos diretamente por Oswaldo Cruz. A Engenharia Sanitária era composta por três engenheiros sanitários e um desenhista, o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela, de um inspetor, o médico Antônio Pacheco Leão e treze médicos auxiliares; a Inspetoria de Isolamento e Desinfecção tinha por inspetor o médico Alfredo da Graça Couto e seis auxiliares médicos; e o Instituto Oswaldo Cruz tinha seu corpo técnico formado por seis médicos.

As Inspetorias de Saúde dos Portos dos Estados eram divididas por distritos sanitários no país, sendo Oswaldo Cruz o diretor do distrito da capital federal. O Lazareto da Ilha Grande tinha por diretor o médico Alfredo de Melo e Alvim; o Laboratório Bacteriológico Federal, o médico Emílio Emiliano Gomes e mais quatro auxiliares médicos; o Hospital de São Sebastião era dirigido pelo médico Carlos Pinto Seidl, o médico Antônio Augusto Ferrari era vice-diretor e trabalhavam três médicos, dois internos e um farmacêutico; o Hospital Paula Cândido era dirigido pelo médico Luiz Tavares de Macedo Junior e contava com dois médicos e um farmacêutico; e o Juízo dos Feitos da Saúde Pública funcionava com um juiz, um procurador, um subprocurador e um escrivão.

A DGHAP foi regulamentada em 1893 sendo responsável pela organização, direção e distribuição dos serviços de socorros médicos à população da cidade do Rio de Janeiro (BARBOSA, 1908). Segundo Faria (1908: 3-20), cabia à DGHAP a limpeza da cidade e das praias, a assistência à infância realizada pelo Asilo de Meninos, a higiene municipal, o Asilo de Mendicidade, o Corpo de Bombeiros, a instrução primária, os esgotos da cidade e a iluminação pública. A partir de 1896 foram incluídos sob sua responsabilidade os serviços de assistência de urgência aos acidentados em via pública, aos afogados, e a assistência médica aos indigentes.

Seguidas regulamentações dadas à DGHAP acabaram por definir sua atuação na organização dos serviços de assistência médica aos necessitados, feridos, afogados e vítimas de acidentes na via pública (BARBOSA, 1908). Em 1907, o decreto municipal nº 673, de 31 de outubro, instruiu sobre o funcionamento de postos centrais de assistência pública nos postos urbanos já em funcionamento desde 1903 e a instalação de postos circunscricionais em agências da prefeitura. Todavia, apenas o primeiro Posto Central de Assistência Pública foi inaugurado em 1907 na Rua Camerino, região central da cidade.

Em 1908, a DGHAP era dirigida pelo médico Joaquim José Torres Cotrim e possuía o Serviço de Polícia Sanitária, a Casa de São José, o Asilo São Francisco de Assis, o Entrepasto de Carnes Verdes em São Diogo, o Instituto Vacínico Municipal, a Inspeção de Matas, Jardins, Arborização, Caça e Pesca, o Matadouro de Santa Cruz e o Necrotério⁶ (BRASIL, 1908).

A DGHAP tinha seu funcionamento a partir do trabalho do Posto Central de Assistência, dos chefes dos postos de assistência de distritos sanitários (4), dos comissários de Higiene e Assistência Pública (40), dos subcomissários de Higiene e Assistência Pública (14) e dos veterinários (2).

Com relação ao cenário da assistência médica em geral Barbosa (1908) chama a atenção à duplicidade de ações de órgãos federais e municipais, o que prejudicava o funcionamento dos serviços de assistência, fosse pelo caráter descontínuo das ações, pela dificuldade em reconhecer a responsabilidade dos entes, entre outros.

A prefeitura, que era responsável pelos serviços de saneamento e pelo controle das epidemias (como a febre amarela), teve estes serviços transferidos para a união em 1902 e em 1904, como parte da reforma sanitária que centralizou no governo federal, através da DGSP, os serviços sanitários terrestres (BARBOSA, 1906).

Embora os objetivos dos decretos fossem delimitar as fronteiras dos serviços executados pelos órgãos federais e municipais no Distrito Federal, os serviços de assistência permaneceram sendo praticados por ambos os entes governamentais. O governo municipal atuava na contenção de epidemias, por exemplo, que era atribuição do governo federal, através da DGSP. O governo federal atuava na higiene dos estabelecimentos públicos e

⁶ Cf. SANTOS (2011), o Entrepasto de Carnes Verdes de São Diogo era o Mercado de São Diogo, local onde se disponibilizava aos açougueiros a carne verde para revenda. O entreposto recebeu o nome da estação ferroviária inaugurada em 1858, cuja linha férrea fora construída para viabilizar o abastecimento da cidade através do Matadouro de Santa Cruz.

privados, embora estas atribuições fizessem parte do escopo das ações municipais, através da DGHAP.

A sobreposição dos serviços e a dificuldade em definir a responsabilidade sobre as ações dos órgãos públicos durante este período aparecia como um dos problemas a serem enfrentados como parte da reforma da assistência. A reforma da assistência implicava na reforma do aparelho burocrático do Estado, que passava a gerir diretamente o crescimento da cidade, através de alterações nos dispositivos legais, na pactuação entre os governos de Estado e nas relações jurídicas.

Além da reorganização das atribuições na assistência dos governos municipais e federais, havia a preocupação com a sobreposição dos órgãos de cada esfera de governo.

A assistência médica de urgência, que consistia nos serviços de socorros de urgência em casos de acidentes, era fornecida pela Polícia do Distrito Federal e pela DGHAP. A Polícia do Distrito Federal atuava nos acidentes ocorridos no mar, através do Pronto Socorro Marítimo, e em casos de acidentes, desastres e doenças em vias públicas e domicílios, através da Assistência Policial, sendo que esta era uma atribuição também da DGHAP, executada pelo Posto Central de Assistência.

O Pronto Socorro Marítimo prestava socorros às vítimas de acidentes no mar através de uma lancha-enfermaria, realizando curativos e a remoção para hospital. A Assistência Policial, apesar de subordinada diretamente ao chefe de polícia consistia em serviço de condução de doentes, ébrios, alienados, feridos e cadáveres nas zonas urbanas e suburbanas do Distrito Federal por empresa particular, a Empresa de Assistência Policial, de Costa e Gabizo, que recebia recursos diretos do Ministério de Justiça e Negócios Interiores para atuar no Distrito Federal (REVISTA BRASIL MÉDICO, 1901: 248; BRASIL, 1905: 184).

O Posto Central de Assistência localizado na Rua Camerino, inaugurado em 1907, na gestão do prefeito Souza Aguiar, foi o primeiro posto dos que deveriam ser criados em cada distrito sanitário. O socorro de urgência a vítimas de acidentes ou de doenças nos domicílios deveria ser requisitado pelos interessados. Já os socorridos nas ruas não necessitavam deste procedimento. O serviço era prestado por comissários e subcomissários de higiene e assistência pública que, além do socorro imediato, realizavam o transporte das vítimas para os hospitais públicos ou privados e mesmo para o domicílio. Todavia, a vítima de acidente, nas ruas ou no domicílio, só poderia receber o socorro imediato com a presença de autoridade policial.

Vê-se, portanto, mais uma vez, a duplicidade de ações na assistência, realizada através da prefeitura e da polícia, que era um órgão federal. Para Barbosa (1908), a questão de fundo estava situada na necessidade de verificação de óbitos, que era de responsabilidade da autoridade policial através de seus serviços médico-legais. Com a organização municipal do socorro de urgência através da DGHAP, o trabalho de verificação de óbitos passou a ser realizado também pelos comissários e subcomissários de higiene e assistência pública, gerando conflitos até mesmo entre os médicos que realizavam os exames necrológicos e periciais.

Apesar de acordo firmado entre os dois órgãos na distinção de tarefas nesses casos, a atestação da causa de morte era de responsabilidade da polícia, que o fazia sem conhecimento do caso, uma vez que os médicos da DGHAP e não os da polícia é que haviam realizado o exame.

Impunha-se, por consequência, a abolição dessa exdrixula pratica administrativa, como uma homenagem ao espirito culto da nossa população e, especialmente, ao elevado criterio da sua classe medica. De facto, profissionaes conscienciosos, procurando apurar a verdadeira *causa mortis* de um individuo cuja historia clinica desconhecem completamente, não podem aventurar-se nas incertezas de um diagnostico que venha tisar, de futuro, a sua reputação (BARBOSA, 1908: 10).

Apesar da disputa de responsabilidades no tocante à atestação da causa de morte, a questão referia-se a circunstâncias diferentes, cabendo à polícia a investigação médico-legal, relacionada a mortes por suspeita de crimes e de doenças contagiosas e à DGHAP a verificação clínica da causa de morte dos pobres sem socorro, sem que houvesse suspeita de crime ou de doença contagiosa.

Urge estabelecer os casos em que a assistência aos mortos, da qual faz parte integrante a verificação de óbitos, deva competir á Policia, e aquelles em que essa função seja rigorosamente municipal. Do contrario, a invasão frequente de atribuições acarretará perturbação sensível nos serviços da higiene federal, omissão de elementos capitães para averiguação de crimes, e desorganização lamentável da estatística demógrafo-sanitario da nossa Capital (BARBOSA, 1908: 12).

Faziam parte da assistência médica, os serviços de vacinação executados pelo Instituto Oswaldo Cruz – até 1908, Instituto Soroterápico Federal – e pelo Instituto Vacínico Municipal.

O Instituto Vacínico Municipal, criado em 1894 era dirigido por Pedro Affonso Franco, o Barão de Pedro Affonso, proprietário da instituição. Constituía-se em uma

instituição autônoma, vinculada à prefeitura, responsável pela produção de vacinas contra varíola e na vacinação da população, em casos de suspeita da doença, no próprio instituto ou nos domicílios suspeitos.

Cabia ao Instituto, através do Laboratório Bacteriológico, o diagnóstico de difteria em domicílios suspeitos e a assistência aos indigentes nos tratamentos contra as infecções estreptocócicas, a difteria e o tétano⁷.

O Instituto Oswaldo Cruz era o antigo Instituto Soroterápico Federal, erguido a partir de proposta do Barão de Pedro Affonso à prefeitura do Distrito Federal para construção de laboratório específico para a fabricação do soro antipestoso.

O laboratório foi construído na fazenda de Manguinhos em caráter emergencial, como anexo do Instituto Vacínico Municipal sob a direção do Barão de Pedro Affonso e direção técnica de Oswaldo Gonçalves Cruz. O início dos trabalhos ocorreu em 1900, quando o novo prefeito afirmou a impossibilidade de assumir as despesas do laboratório. Transferido para o governo federal, o laboratório tornou-se autônomo em relação ao Instituto Vacínico Municipal. O Barão de Pedro Affonso demitiu-se do cargo de diretor em 1902 após divergências técnicas e administrativas com Oswaldo Cruz e a partir de então se dedicou somente ao Instituto Vacínico.

Oswaldo Cruz passou a dirigir o Instituto Soroterápico Federal e a Diretoria Geral de Saúde Pública a partir de 1903, realizando o plano de saneamento da capital federal, articulada à reforma urbana e à modernização do porto do Rio de Janeiro. Como parte do plano estava inscrita a obrigatoriedade da vacina contra varíola, regulamentada em 1904 que foi o estopim da Revolta da Vacina, levando ao adiamento da obrigatoriedade⁸.

O Instituto Soroterápico Federal passou a se chamar Instituto Oswaldo Cruz em 1908 e, segundo Barbosa, cumpria seu papel na profilaxia e na vigilância sanitária, e atuava, como "verdadeira escola de medicina experimental", através de seus laboratórios na preparação de vacinas, soros e outros produtos para tratamento e prevenção das doenças infectocontagiosas:

Como ponto de gravitação dos seus importantes serviços de prophylaxia e policia sanitaria não deve ser esquecido o Instituto de Manguinhos, denominado por acto do Governo da República, de 19 de Março de 1908, "Instituto Oswaldo Cruz". Organizada sob os moldes scientificos mais originaes e completos, esta verdadeira escola de

⁷INSTITUTO VACÍNICO MUNICIPAL. Dicionário Histórico Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>, acessado em outubro de 2017.

⁸Idem.

medicina experimental possui laboratorios onde são preparadas as vacinas, sôros e demais productos exigidos para tratamento e prevenção de certas molestias transmissiveis (BARBOSA, 1908: 15).

A concomitância das ações de vacinação dos dois institutos apenas acentuou os conflitos de competência existentes entre as esferas federal e municipal na assistência à saúde no Distrito Federal, resolvendo-se, neste caso, apenas com a extinção do Instituto Vacínico em 1913⁹.

A assistência médica prestada pelo Hospital São Sebastião estava circunscrita ao combate de doenças infectocontagiosas na capital federal, que consistia no isolamento dos doentes para tratamento e prevenção de contágio. O Hospital São Sebastião também viveu sucessivas transferências de órgãos. Era federal quando foi inaugurado em 1889 e atendia gratuitamente os pobres com doenças infectocontagiosas a partir de notificação obrigatória. Passou para o poder municipal em 1897 e retornou para o governo federal em 1902. Em 1908 tinha como diretor o médico Carlos Pinto Seidl e constituía um serviço de higiene defensiva, passando a atender todas as vítimas de doenças infecciosas.

O governo federal prestava assistência aos alienados estabelecendo o isolamento social como medida terapêutica (BARBOSA, 1908). O tratamento dos indivíduos que apresentassem doenças mentais incapacitantes, pobres e abandonados era realizado pelo Hospício Nacional de Alienados, o antigo Hospício de Pedro II, fundado em 1852, sendo o primeiro estabelecimento de tratamento de alienados, vinculado à Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Em 1890 ele passou para o controle direto do governo federal, através do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, e adotou o nome de Hospício Nacional de Alienados¹⁰.

O isolamento como tratamento dos considerados loucos fez parte da crítica dos médicos a partir da década de 1830 no Brasil. A crítica feita à situação dos loucos no país identificava a ausência de tratamento adequado a estes indivíduos fosse por encontrarem-se vagando pelas ruas, isolados nos domicílios ou encarcerados no Hospital da Santa Casa da Misericórdia (OLIVEIRA, 2017). A mobilização em torno de um espaço com tratamento adequado para os alienados resultou na criação do Hospício de Pedro II, em 1852, cujo tratamento se baseava na medicina europeia da época. O isolamento como tratamento previa a segregação, o confinamento e a tutela do louco. Ainda assim, não sendo uma instituição

⁹Idem.

¹⁰HOSPÍCIO PEDRO II. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>.

hospitalar, o Hospício tornara-se apenas um local de refúgio dos alienados. Oliveira (2017: 35) destaca que o Hospício passou a receber cada vez mais alienados de todas as províncias resultando em ausência de espaço. A partir de 1875 muitos alienados passaram a ser recolhidos ao Asilo de Mendicidade, além de enfermos, local cuja ausência de cuidados médicos impossibilitava qualquer tratamento.

Em uma série de textos publicados originalmente no *Diário Oficial* em 1886, intitulada “Os Alienados no Brasil”, Teixeira Brandão tece severas críticas às péssimas condições em que os alienados se encontravam, não apenas no Asilo de Mendicidade, mas no próprio HPII. No que diz respeito ao asilo, ele critica a caridade que confundia, debaixo do mesmo teto, inválidos, velhos, loucos e vagabundos (OLIVEIRA, 2017: 39).

A desvinculação do Hospício de Pedro II da Santa Casa de Misericórdia ocorreu em 1890, já no governo provisório, como parte de um longo processo de desenvolvimento da psiquiatria brasileira. João Carlos Teixeira Brandão foi o primeiro diretor do Hospício Nacional de Alienados.

O hospício e as colônias de alienados de São Bento e de Conde de Mesquita, localizados na Ilha do Governador (Rio de Janeiro), constituíam a Assistência Médico-Legal de Alienados, criada em 1890 como serviço de socorro aos alienados brasileiros e estrangeiros. A porta de entrada era feita através do Hospício Nacional de Alienados, estabelecimento central da assistência que também recebia pensionistas (contribuintes) e as colônias Conde de Mesquita e de S. Bento, na ilha do Governador, eram exclusivas para os alienados indigentes que passavam a exercer ofícios agrícolas e industriais em seus domínios (BRASIL, 1890).

A partir de 1903, o médico Juliano Moreira, que havia sido interno do hospício, foi nomeado para o cargo de diretor do Hospício Nacional de Alienados e da Assistência Médico-Legal de Alienados, que receberam novas regulamentações baseadas na proteção jurídica dos alienados que proibia, entre outros, a prisão dos alienados. No novo cargo, Juliano Moreira empreendeu a instalação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras¹¹ nas dependências do hospício, a reforma nos prédios das colônias de Conde de Mesquita e de São Bento, e a construção de um pavilhão para a observação dos doentes que fossem admitidos, sem comprovação de alienação, onde funcionava a clínica psiquiátrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (OLIVEIRA, 2017).

¹¹Cf. OLIVEIRA (2017: 104), as aulas foram inauguradas em 1905, Fernandes Figueira foi nomeado diretor da escola e Júlio de Mello Mattos, secretário.

Juliano Moreira seguia os preceitos da psiquiatria alemã que propunha outra organização nos espaços da assistência com base na maior liberdade proporcionada ao doente, com a eliminação de coletes e camisas-de-força e a retirada de grades de ferro das janelas, como ocorria na clínica psiquiátrica de Munique que visitou em 1906, dirigida por Kraepelin.

Ao assumir a direção do HNA, Juliano Moreira procurou realizar diversas reformas na Assistência a Alienados de modo a equiparar a psiquiatria brasileira ao modelo alemão. Empenhou-se não apenas em organizar os espaços, como também em divulgar os saberes teóricos e práticos da psiquiatria germânica em solos brasileiros, Tratava-se, sobretudo, de criar uma escola onde o ensino e a pesquisa caminhassem sempre juntos (OLIVEIRA, 2017: 212).

Segundo Barbosa (1908: 4), o Hospício Nacional de Alienados havia sido considerado, até 1903, "uma casa para detenção de loucos" que não recebiam qualquer tratamento. A reorganização em 1903 estabeleceu critérios de internação e orientação na assistência efetuada, distribuiu os serviços em enfermarias especializadas, aumentou o laboratório de anatomia patológica, desenvolveu a hidroeletroterapia, instalou a rinoseterapia e alterou a admissão dos internos.

Constituindo uma das mais importantes modalidades de assistência pública federal, pelas garantias que dá à Sociedade retirando do seu seio elementos perigosos, e recolhendo a um meio confortável as vítimas da loucura pleniforme, o Hospício Nacional de Alienados recebe e socorre varias classes de pensionistas, indigentes e contribuintes, aos quaes fornece tratamento médico, pharmaceutico, dietetico e hygienico, ao mesmo tempo que medidas assecuratorias da sua liberdade relativa (BARBOSA, 1908: 5).

Os presos recebiam assistência médica nas Casas de Detenção e de Correção da Polícia do Distrito Federal chefiada, em 1908, por Alfredo Pinto Vieira de Melo. Os serviços policiais se distribuía pelos 28 distritos da cidade, em delegacias que possuíam um delegado, um escrivão, de quatro a sete comissários de 2ª classe e um oficial de justiça. Os estabelecimentos prisionais mantinham separação etária e por sexo. A Casa de Detenção dividia os presos por crimes ou contravenção, presos aguardando julgamento e os já condenados e aguardando envio à Casa de Correção que era voltada somente para os indivíduos sentenciados pela justiça (BRASIL, 1908).

As enfermarias, em locais separados das prisões, seguiam a divisão entre homens, mulheres e crianças e adolescentes e forneciam, aos presos e aos empregados do estabelecimento, cuidados de higiene, vacinação, medicação, dieta e tratamento médico,

inclusive socorro de urgência, através de um corpo de médicos e enfermeiros no local, a exceção dos casos de doenças contagiosas que deveriam ser transferidos para algum hospital.

Exército, Marinha, Corpo de Bombeiros e Força Policial possuíam serviços de assistência médica e abrigo voltados para suas próprias corporações. O Hospital da Ilha das Cobras e o Hospital de Segunda Classe eram mantidos pelo Ministério da Marinha. O Asilo dos Inválidos da Pátria e o Hospital Central do Exército, pelo Ministério da Guerra. O Hospital da Força Policial do Distrito Federal era vinculado diretamente ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, assim como a Enfermaria do Corpo de Bombeiros, do Corpo de Bombeiros da capital federal.

Quanto aos serviços do exército, o Asilo dos Inválidos da Pátria seguia as regulamentações de 1867 do Ministério da Guerra (BRASIL, 21/04/1867). O asilo foi criado a partir de uma mobilização de comerciantes, com a finalidade de fornecer auxílio aos combatentes incapacitados na Guerra do Paraguai, que, com a criação da Sociedade do Asilo de Inválidos da Pátria em 1865, reuniram donativos para sua construção. A administração seguiu para o Ministério da Guerra e já em 1888 recebia também os asilados da Marinha.

O Hospital Central do Exército, dirigido pelo coronel médico de 1ª classe Ismael da Rocha em 1908, seguia regulamentações de 1890 e 1891 e contava com três médicos em cargos de chefia, um farmacêutico, um enfermeiro chefe e mais doze funcionários entre secretários, escriturários, porteiro, etc. (BRASIL, 22/03/1890). O Hospital contava ainda com a prestação de serviço de doze irmãs de caridade, dez ajudantes de enfermeiros e 40 serventes.

A Força Policial do Distrito Federal estava sob o comando do general de brigada Antônio Geraldo de Souza Aguiar¹², irmão do prefeito Souza Aguiar, contava com serviço sanitário, contadoria e cavalaria e mantinha-se à disposição das autoridades policiais para manutenção da ordem e segurança pública no Distrito Federal. Funcionava em postos policiais próprios, com material necessário, transporte e comunicação, podendo ser utilizada pelo governo federal em caso de guerra externa ou interna, auxiliando o Exército.

O Hospital da Força Policial do Distrito Federal era dirigido por um inspetor no posto de major, que também era o responsável pelo serviço sanitário do órgão. Voltava-se para o tratamento dos oficiais e praças, organizado em duas enfermarias, médica e cirúrgica, com um médico responsável em cada uma delas, sendo que a médica possuía uma seção exclusiva para vítimas de tuberculose. As enfermarias possuíam três divisões cada, reservando-se um compartimento para os oficiais de patente, outro para os oficiais inferiores, e o terceiro para as

¹²Foi presidente da Associação Mantenedora do Orfanato Osório em 1908.

demais praças. O hospital mantinha um serviço de farmácia e de dispensação de medicamentos extensivo às famílias residentes no mesmo domicílio dos oficiais e praças.

O Corpo de Bombeiros da Capital Federal tinha por coronel-comandante Feliciano Benjamin de Souza Aguiar¹³, também irmão do prefeito, e o serviço sanitário sob a chefia do médico José Joaquim de Azevedo Brandão.

Com relação à assistência à infância a historiografia aponta que, enquanto um dos aspectos da questão social, o problema da infância era constantemente divulgado nos jornais da época delineando seus contornos e comportamentos e fomentando debates em torno de variadas concepções da infância que mobilizavam ações e propostas na cidade do Rio de Janeiro (RIZZINI, 2006; CAMARA, 2010; MARCÍLIO, 2006; SANGLARD; FERREIRA, 2014).

Em meados do século XIX, segundo Marcílio (2006: 191-228), o abandono de "legiões de crianças maltrapilhas, desamparadas, tornara-se uma constante nas grandes cidades" e obrigou a apresentação de um primeiro projeto (1855) de política pública sobre o tema. De inspiração filantrópica científica, a legislação propunha a atuação dos presidentes de províncias na criação de asilos e educandários, de instrução elementar, formação cívica e capacitação profissional. Uma nova etapa da filantropia científica surgiu a partir da década de 1870, quando sobressaía o poder médico higienista, e a criança abandonada foi objeto de novo projeto:

Os médicos higienistas procuraram atacar a questão da infância abandonada em várias frentes: combate à mortalidade infantil; cuidados com o corpo (estímulo à educação física, aos esportes, à amamentação e à alimentação corretas); estudos; importação de conhecimentos e campanhas de combate às doenças infantis; educação das mães; introdução da Pediatria e da Puericultura, como novas áreas de conhecimento; campanhas de higiene e de saúde pública; etc. (MARCÍLIO, 2006: 194).

Também no final do século XIX os juristas ampliaram seu campo de atuação em direção ao social, atuando de forma marcante no problema da infância "desvalida e delinquente" (MARCÍLIO, 2006: 194). Médicos, advogados e juízes criticavam as ações caritativas de assistência à infância e defendiam sua substituição pela filantropia científica.

¹³Cf. CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1908: 241, Antônio Geraldo, Feliciano Benjamim e Francisco Marcelino eram filhos de Francisco Primo de Souza Aguiar, que fora lente da Escola Militar. Os três filhos seguiram carreira militar e comandaram o Corpo de Bombeiros em momentos distintos. Francisco Marcelino foi, em 1897, o responsável pelo plano e projeto do novo quartel do Corpo de Bombeiros. Mas a conclusão da obra coube a seu irmão Feliciano, pois a partir de 1906, Francisco Marcelino teve de se afastar para representar o Brasil na Exposição de Saint Louis. O quartel ficou concluído em 1908.

Como as instituições existentes no período eram herdadas do antigo sistema colonial, era preciso substituí-las, pois já não respondiam às novas exigências sociais.

Conforme Marcílio (2006), os asilos surgidos em meados do século XIX foram as primeiras instituições que adotaram a filantropia científica como modelo de prestação de assistência à infância. Os asilos traziam a proposta de educar de forma elementar e moral. Vemos nas tabelas abaixo, o movimento de fundação de algumas das instituições com base em preceitos filantrópicos no país, conforme a autora nos apresenta em seu livro.

Tabela 3. Instituições filantrópicas: asilos.

Instituição	Ano	Local
Asilo Santa Leopoldina (para ambos os sexos com ensino elementar e profissionalizante)	1854	Niterói (RJ)
Asilo de Órfãs Desvalidas – administrado pelas Irmãs de Caridade de São Vicente de Paula (para meninas de 7 a 16 anos com ensino elementar)	1855	Desterro (SC)
Colégio de Santa Teresa (recolhimento e educação à meninas órfãs desvalidas)	1857	Porto Alegre (RS)
Asilo Santa Leopoldina – administrado pelas Irmãs do Sagrado Coração de Maria (recolhimento de meninas de 5 a 12 anos com ensino elementar)	1857	Porto Alegre (RS)
Asilo Coração de Maria	1855	Rio Grande (RS)
Imperial Asilo Nossa Senhora da Conceição (para meninas)	1855	Pelotas (RS)
Colégio dos Órfãos e Colégio das Órfãs – administrado pela Santa Casa de Misericórdia	1855	Recife (PE)
Asilo de Santa Teresa (meninas até 17 anos oriundas da Roda dos Expostos da Santa Casa de Misericórdia)	1855	Maranhão
Colégio dos Educandos Menores (meninos)	1856	Ceará
Asilo de Órfãs e Desvalidas – administrado pelas Irmãs de Caridade de São Vicente de Paula	1856	Fortaleza (CE)
Casa dos Educandos Artífices – criado por lei provincial (para meninos com educação elementar e profissional)	1856	Manaus (AM)
Casa das Educandas ou Colégio Nossa Senhora dos Remédios (para meninas)	1859	Manaus (AM)

FONTE: MARCÍLIO, 2006.

Em 1861 foi criado o Instituto dos Menores Artesãos da Casa de Correção da Corte no Rio de Janeiro, mas foi nas duas últimas décadas que se acentuou a criação de asilos para a infância no país. Em 1882 foi criado o Asilo para a Infância Desvalida em Niterói, com recursos da província do Rio de Janeiro. Correspondiam a um movimento de cunho higienista, corretivo e profissionalizante em acordo com o pensamento filantrópico que ganhava mais força a partir da década de 1870.

Tabela 4. Instituições filantrópicas: higienistas.

Instituição	Ano	Local
Instituto dos Menores Artesãos da Casa de Correção da Corte – criado por decreto imperial (para meninos)	1861	Rio de Janeiro
Instituto de Educandos Artífices Lauro Sodré – criado por Lei imperial (para meninos)	1870	Pará
Casa dos Educandos Artífices (para meninos)	1874	Maranhão
Asilo de São Cornélio (para meninas maiores de 12 anos)	1895	Fortaleza (CE)
Asilo para a Infância Desvalida (subvencionado pela província)	1882	Niterói (RJ)
Instituto de Educandos Artífices - antigo Seminário dos Meninos (para meninos com educação profissional)	1874	São Paulo
Asilo dos Expostos	1896	São Paulo

FONTE: MARCÍLIO, 2006.

Encaradas como experiências sócio pedagógicas, os serviços de assistência preventiva, correccionais ou disciplinares também começaram a surgir. Em 1902 é criada no Rio de Janeiro a Colônia Correccional de Dois Rios.

Tabela 5. Instituições filantrópicas: colônias agrícolas e industriais.

Instituição	Ano	Local
Colônia Agrícola Orfanológica e Industrial Isabel – escola agrícola e industrial, depois chamada de Escola Industrial Frei Caneca (para meninos com instrução primária, agrícola e artística)	1873	Recife (PE)
Colônia Agrícola Orfanológica Cristina – propriedade privada cedida à província (para ambos os sexos)	1879/80	Fortaleza (CE)
Colônia Orfanológica Isabel (para meninos)	1886	Salvador (BA)
Colônia Orfanológica, Artística, Industrial e Agrícola Providência – antes Instituto Lauro Sodré	1899	Belém (PA)
Colônia Correccional de Dois Rios (para meninos)	1902	Rio de Janeiro (RJ)

FONTE: MARCÍLIO, 2006.

A partir da última década do século XIX, o modelo punitivo com base no internamento se desenvolve com a criação de grandes instituições.

Tabela 6. Instituições filantrópicas: grandes institutos e internamento.

Instituição	Ano	Local
Escola Propagadora da Instrução – passou a ser Liceu de Artes e Ofícios em 1889 (para meninos)	1873	São Paulo
Instituto G. Bittencourt (para meninas)	1890	Belém/PA
Casa de São José – subvencionada pelo governo federal (meninos entre 6 e 21 anos)	1890	Rio de Janeiro/RJ
Asilo de Meninos Desvalidos – subvencionado pelo governo (meninos entre 6 e 21 anos)	1890	Rio de Janeiro/RJ
Escola Premonitória 15 de Novembro - escola modelo do governo (recolhimento de menores de 9 a 14 anos)	1890	Rio de Janeiro/RJ
Colônia Penal Agrícola - administrada pela Sociedade Nacional de Agricultura do governo (para menores da Escola Premonitória 15 de Novembro)	1901	RJ
Instituto Modelo ou Instituto Disciplinar de São Paulo (para meninos)	1902	Tatuapé/SP

FONTE: MARCÍLIO, 2006.

Baseada no preceito sócio-pedagógico, a assistência à infância nas últimas décadas do século XIX teve o modelo caritativo dominante alterado para o filantrópico.

Segundo princípios higiênicos e disciplinares, médicos e juristas criaram um verdadeiro projeto de prisão-modelo para os menores carentes ou infratores, de acordo com os valores e as normas científicas propostos pelo filantropismo, segundo os quais os meios fundamentais de recuperação eram a educação, o trabalho e a disciplina (MARCÍLIO, 2006: 218).

Segundo estes preceitos, segundo Barbosa (1908) os serviços federais e municipais que prestavam assistência sócio pedagógica à infância abandonada na primeira década do século XX eram a Escola Correccional XV de Novembro, o Instituto Benjamin Constant, o Instituto de Surdos-Mudos, o Instituto Profissional Masculino e o Instituto Profissional Feminino.

A Escola XV de Novembro, criada por iniciativa do chefe de polícia do Distrito Federal, Brazil Silvado, foi instalada em São Cristóvão e contou, na data de sua inauguração, a 3 de dezembro de 1899, com a presença do arcebispo Arcoverde, o Presidente da República,

Campos Salles, e o Ministro da Justiça, Epiácio Pessoa (O PAIZ, 04/12/1899: 1). Em 1903 recebeu a regulamentação federal que definiu como finalidades: fornecer asilo e educação a meninos maiores de nove anos e adolescentes até 17, em situação de abandono ou de miséria dos pais (BRASIL, 02/03/1903). A instituição, a partir de então Escola Correccional XV de Novembro, estava subordinada ao chefe de Polícia do Distrito Federal.

De acordo com Barbosa (1908), a Escola Correccional, fundamentada no princípio da reabilitação das crianças e adolescentes abandonadas e pobres, trazia:

A impressão feliz de que já não olhamos "com a mais lamentavel indiferença, ao desfilar quotidiano d'uma verdadeira legião de esquifes mortuarios, encerrando os despojos de pequenos seres que, na curta duração de sua existencia, não experimentam senão os travos da amargura e da dôr"; e confortam as almas bondosas com a idéa de que, em prazo curto, outras modalidades de assistencia à infancia desvalida virão facilitar a solução administrativa de tão nobre empreendimento social (BARBOSA, 1908: 7-8).

O ensino consistia em educação primária e profissional. Tratava-se de uma educação que não ultrapassava o indispensável para reintegração à vida social: aulas de português, matemática, música, ginástica, esgrima, natação, remo e equitação e prática de horticultura. Além do ensino formal e da prática agrícola, realizavam serviços domésticos como forma de aprendizado do ofício e de dispensa de pessoal contratado. As crianças e adolescentes da escola teriam em seu favor um pecúlio composto da acumulação de parte da renda de seus trabalhos, sendo devida a eles a metade do pecúlio acumulado até que atingissem a maioridade.

O Instituto Benjamin Constant estava vinculado diretamente ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, sendo seu diretor, em 1908, o médico João Silvado. Fundado em 1834, como Instituto dos Cegos, fornecia asilo temporário a meninos cegos órfãos e em idades entre seis e 12 anos, de forma gratuita e a outros alunos de forma contributiva. Conforme regulamentação de 1867, os alunos asilados recebiam educação primária e secundária, ensino de música e de ofícios em oficinas de arte tipográfica no sistema Braille, de encadernação, de empalhação de móveis, de afinação e concerto de pianos, de fabricação de utensílios de limpeza, de bordado e artesanato e de fabricação de colchões (BRASIL, 19/12/1867).

O Instituto Nacional de Surdos Mudos foi fundado em 1856, como uma instituição privada, mas no mesmo ano passou a admitir alunos pobres, através de uma lei imperial que passou a subvencionar o instituto anualmente e pagar pensões aos alunos pobres. O regulamento de março de 1908 definia a assistência gratuita a meninos em idades entre nove a

14 anos, surdos, órfãos ou filhos de funcionários públicos federais, civis ou militares, sendo obrigatório aos pobres atestarem a pobreza de seus pais, através de documento assinado pela autoridade de seu local de moradia (BRASIL, 19/03/1908).

Nesse estabelecimento federal os alumnos pobres, collocados nas mesmas condições de protecção dos contribuintes, têm direito a uma porcentagem, nunca superior a 30%, sobre o producto da venda dos objectos por elles fabricados ou sobre o preço do trabalho por elles feito nas officinas, quando não destinados ao Instituto (BARBOSA, 1908: 6).

Aos alunos gratuitos, o instituto fornecia asilo temporário, assistência material (vestuário, calçado, livros e instrumentos de aprendizado) e assistência médica. O ensino, mesmo dos alunos contribuintes, consistia em educação formal e profissional, em oficinas de encadernador, dourador, sapateiro e ginástica.

Os Institutos Profissionais, masculino e feminino, eram serviços da DGIP da prefeitura do Distrito Federal, dirigida por Leôncio Corrêa.

O Instituto Profissional masculino foi fundado em 1875, denominado Asilo dos Meninos Desvalidos, e seguia, em 1908, um regulamento de 1905, segundo o qual fornecia asilo gratuito a crianças do sexo masculino, e admitia alunos em regime de semi-internato a partir de contribuição (BRASIL, 05/04/1905). Os asilados da Casa de São José, em idade de saírem da instituição, e os filhos órfãos de funcionários municipais tinham preferência de ingresso.

O ensino consistia em educação formal e profissional, nas áreas de eletricidade, tipografia, impressão e reprodução gráfica, encadernação, carpintaria, marcenaria, torneiro, entalhador, latoeiro e ferreiro, trabalhos de agricultura, ginástica, artes e música.

O Instituto Profissional feminino foi criado em 1898 e fornecia a crianças e adolescentes do sexo feminino educação formal e profissional de costureira, florista e de serviços domésticos (BRASIL, 27/10/1898).

Ambos os institutos ofereciam assistência médica e odontológica aos internados.

Os serviços de assistência à infância no formato de asilos e recolhimentos prestados por órgãos públicos eram a Casa de São José e os Depósitos de Menores. Os Depósitos de Menores, dois, sendo um do sexo masculino e outro do sexo feminino eram instituições de responsabilidade da Polícia e recolhiam crianças abandonadas em conflito com a lei, provisoriamente, aguardando julgamento pelos juízes. A Casa de São José, criada no período imperial, era municipal desde 1892 e acolhia meninos em idades entre 6 e 12 anos em situação de abandono, pobreza ou indigência.

A assistência aos mendigos era realizada pelo Asilo de São Francisco de Assis, criado em 1879, sob a denominação de Asilo da Mendicidade, vinculado ao chefe de Polícia subordinado ao governo federal, passando para a prefeitura do Distrito Federal em 1892 com o objetivo de recolher todos os mendigos da cidade.

E o serviço de assistência judiciária foi inaugurado em 1889 a partir de iniciativa do Instituto da Ordem dos Advogados Brasileiros (IOAB) e era fornecida gratuitamente a réus e autores de crimes e ações cíveis. A Assistência Judiciária tornou-se federal a partir de 1897, quando foi regulamentada.

A assistência pública na capital federal na primeira década do século XX consistia em ações de órgãos públicos, civis e militares, não necessariamente se referia a serviços gratuitos à população. Antes se tratava de assistência ofertada a alguns grupos sociais, no caso dos exemplos citados por Barbosa (1908), membros de corporações militares e de segurança oficial, (Marinha, Exército, Bombeiros e Polícia), alienados, mendigos, crianças abandonadas e infratoras e prisioneiros. Grupos sociais que se tornaram até aquele período de responsabilidade do Estado. Os tipos de assistência envolviam, de maneira geral, abrigo, cuidados médicos/tratamento e instrução. A exceção era a assistência judiciária, que, conforme Barbosa (1908) tratava-se de uma recente experiência que unia a filantropia ao Estado no acesso da população pobre à Justiça.

Dos serviços públicos federais, a assistência médica existente compreendia os serviços médicos de internação às vítimas de doenças infectocontagiosas, de assistência médica e/ou de internação para as corporações militares e de segurança, de assistência médica aos prisioneiros, de vacinação contra doenças infectocontagiosas e de isolamento hospitalar aos alienados; a assistência à infância consistia nos serviços punitivos e de reabilitação à crianças e adolescentes pobres e infratores e nos serviços de instrução básica e profissionalizante a crianças e adolescentes pobres do sexo masculino deficientes visuais e surdas.

O Distrito Federal oferecia assistência médica de urgência aos acidentados e adoecidos e vacinação aos indigentes, assistência à infância da capital federal sob a forma de abrigo e educação básica e profissionalizante a crianças e adolescentes pobres e assistência aos mendigos em abrigo.

A assistência pública se voltava aos enfrentamentos das epidemias, o saneamento e higiene das ruas e dos domicílios, que se tornavam locais propícios à disseminação de doenças. A constituição de um serviço de remoção e de socorro se constituía parte deste

programa, do mesmo modo as campanhas de vacinação na população, principalmente pobres e indigentes. A preocupação com a infância abandonada, os alienados, prisioneiros e mendigos estava associada a preceitos higiênicos, mas também ao perigo representado por estes segmentos nas ruas e a necessidade de proteção, antes caritativa, neste período, parte do modelo filantrópico das elites médicas e jurídicas. Este modelo se vinculava ainda, principalmente no tocante à infância, às novas exigências do mercado de trabalho, agrícola e industrial.

Aqui a distinção entre serviços públicos e privados se efetiva no tocante à administração direta dos serviços, como já mencionado, muitos dos serviços privados de assistência existentes na capital federal no mesmo período, eram subvencionados pelo Estado para fornecerem assistência gratuita aos pobres. Do mesmo modo, muitos serviços públicos acima ofereciam uma parte de seus serviços de maneira contributiva a quem pudesse pagar, e aos pobres a necessidade de atestado de pobreza era frequente.

Com relação a este ponto, da delimitação de fronteiras entre público e privado, nos apoiamos no entendimento de que, naquele período se estabelecia uma relação público-privada, que, à diferença da vigência do Estado mínimo em que o Estado atuava em situações de calamidade, o que se produzia era uma relação em que a iniciativa privada fosse complementar a ação do Estado na assistência. O Estado era chamado a atuar de maneira mais geral e a filantropia, de maneira pontual (SANGLARD; FERREIRA, 2014).

A assistência médica tornou-se uma prioridade do Estado já no final do século XIX, com base nos preceitos científicos, conforme salientamos, e, sob esta ótica, a ação pública majoritária se dava neste sentido.

Na análise, apontamos a existência de mais de um serviço de assistência à saúde com mesma função, o que, juntamente com a frequente regulamentação, assinalava a busca de definição de fronteiras nas ações dos entes públicos. Este movimento reforça o entendimento assinalado neste trabalho de que a Reforma da Assistência é parte das ações reformistas do período, cabendo considerar que as regulamentações da política de saúde, com sua centralização federal fomentou a organização da assistência pública na cidade do Rio de Janeiro.

1.2. A Assistência Privada em 1908

Os serviços de assistência privada na capital federal em 1908 foram classificados por Luiz Barbosa com os termos: religiosos e civis. A assistência religiosa era identificada como caridade exercida em função de uma crença doutrinária, a maior parte vinculada ao culto católico e uma pequena parcela, ao culto evangélico. Já a assistência civil era identificada como ações de indivíduos ou grupos de indivíduos sem vinculação religiosa. Recorrendo à historiografia optamos por utilizar as definições de instituições de caridade, para os serviços nomeados por Barbosa como religiosos e de associações de auxílios mútuos, beneficentes e filantrópicas, para as civis.

A assistência privada era formada por 222 estabelecimentos, entre instituições de caridade, associações de auxílios mútuos, beneficentes e filantrópicas.

As instituições de caridade que prestavam assistência totalizavam 35 estabelecimentos, sendo 15 deles prestados pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia. Assim, os serviços ofertados pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia serão apresentados de maneira distinta.

Os serviços de assistência privada ficaram organizados entre Instituições de Caridade (9%), Irmandade da Santa Casa de Misericórdia (7%), Associações de Auxílios Mútuos (44%), Associações Beneficentes (80%) e Instituições Filantrópicas (4%).

Tabela 7. Assistência Privada no Rio de Janeiro

Instituições de Assistência Privada	Quantidade	%
Instituições de Caridade	20	9%
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia	15	7%
Associações de Auxílios Mútuos	98	44%
Associações Beneficentes	80	36%
Instituições Filantrópicas	9	4%
Total	222	100%

FONTE: BARBOSA, 1908.

As instituições caritativas, conforme Conniff (1975: 64-81) eram as mais antigas instituições voluntárias no Rio de Janeiro, que englobavam além da Irmandade da Santa Casa

de Misericórdia, outras Irmandades e Ordens Terceiras, sendo que algumas das instituições estavam associadas a setores específicos da sociedade, como trabalhadores em ofícios distintos. A maioria admitia todos os devotos que pudessem contribuir, todas patrocinavam uma igreja (assistência espiritual) e muitas mantinham asilos. No geral, as instituições de caridade existentes forneciam assistência (médica, financeira e funeral) aos seus membros e aos não membros como forma de caridade religiosa.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia possuía papel de grande relevância na sociedade carioca, sendo a mais antiga e mais ativa na prestação de assistência à população em geral. De acordo com Franco (2014: 5-25), as Santas Casas de Misericórdia foram paradigmáticas no auxílio aos pobres. Surgida em Lisboa no século XV, teve seu modelo seguido por inúmeras outras em Portugal e nas possessões portuguesas em outros continentes, renovando a assistência ofertada.

A partir da virada do século XV para o XIV, o movimento europeu de renovação da assistência teve sua base no redimensionamento das formas de lidar com a pobreza diretamente associado ao crescimento dos níveis de pauperização das sociedades provocado por problemas de abastecimento, peste, desemprego, aumento das cidades, entre outros. As mudanças nos sistemas de auxílio fomentaram a criação de novos modos institucionais para lidar com os pobres. Tornou-se necessário realizar a identificação e a seleção dos merecedores de auxílio e reprimir os vagabundos e ociosos, caracterizando a assistência como ação local e predominantemente laica.

No Brasil, o surgimento das Santas Casas de Misericórdia coincidiu com a política de ocupação de terras da Coroa Portuguesa no século XVI¹⁴, integrando, assim, a estruturação do modelo colonial. Durante o período imperial brasileiro as Santas Casas em geral, e a do Rio de Janeiro, em particular, permaneceram como principais entidades de intervenção assistencial.

Entre fins do século XIX e as primeiras décadas do XX, a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro ampliou sua atuação em relação aos seus compromissos¹⁵ de fundação.

¹⁴Cf. FRANCO (2014: 10-11), as primeiras Irmandades da Santa Casa de Misericórdia foram fundadas nas capitanias de Pernambuco e de São Vicente, a primeira entre 1539 e 1545 e a segunda em 1543, sendo a primazia da fundação ainda ponto de disputa entre as cidades que as abrigaram (Olinda e Santos). Ainda no século XVI muitas outras Santas Casas foram fundadas em diversas capitanias do país, sendo a do Rio de Janeiro fundada em 1582.

¹⁵Cf. FRANCO (2014: 6), os compromissos da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia se constituíam nas sete obras espirituais - ensinar os simples, dar bom conselho a quem o pede, castigar com caridade os que erram, consolar os tristes e desconsolados, perdoar a quem

Criou entidades asilares de acolhimento para órfãos, viúvas e mendigos, diversificou sua intervenção médica através de hospitais especializados e participação em campanhas de vacinação que caracterizaram o período higienista. A Santa Casa atuava com exclusividade na viabilização do acesso aos pobres ao tratamento médico hospitalar.

Como vimos, no Rio de Janeiro, o Estado, através dos governos federal e municipal – atuava de forma indireta na prestação de assistência à população até a organização da DGHAP, com o serviço de socorro médico de urgência. Assim, destinava repasses de recursos para a Santa Casa, bem como a outras entidades privadas, através de subsídios, taxas alfandegárias, concessão de loterias, isenção de impostos dentre outras formas, explicitando-se as características do Estado liberal (COIMBRA, 1986: 41-51).

A Santa Casa de Misericórdia possuía outras fontes de recursos que consistiam de sua renda imobiliária, a renda patrimonial, a emissão de letras de câmbio, a venda de comendas e títulos honoríficos, os legados, donativos e contribuição particulares, a cobrança pela prestação de serviços médicos, a exploração em regime de monopólio dos serviços funerários e etc.

Com a República, parte dos privilégios que a Irmandade possuía junto ao governo imperial deixou de existir o que levou ao aumento de cobrança por serviços médicos e redução no atendimento aos pobres:

A tendência para ampliação das restrições ao atendimento gratuito faz com que, em 1917, o número de enfermos contribuintes internados nos hospitais da Santa Casa se equipare ao total de internos gratuitos (...). A partir de 1917, a Irmandade passou a exigir de forma vigorosa a apresentação de atestado de pobreza, a ser conseguido junto à polícia, para que o paciente pudesse se candidatar aos serviços gratuitos (COIMBRA, 1986: 48).

A contextualização do surgimento e expansão das Misericórdias no mundo luso nos permite compreender como se organizou a assistência no Brasil e perceber sua articulação ao poder político nos regimes colonial, imperial e até mesmo no republicano, que apesar de romper com alguns dos privilégios concedidos, era ainda bastante prevalente na assistência à população do Distrito Federal.

Os movimentos das Santas Casas em relação à seleção dos merecedores de auxílio e à ampliação de serviços pagos forneciam, no conjunto dos debates sobre os métodos de

errou, sofrer as injúrias com paciência e rogar a Deus pelos vivos e mortos – e as sete obras corporais – remir os cativos e presos, visitar e curar os enfermos, cobrir os nus, dar de comer aos famintos, dar de beber aos que tem sede, dar pousada aos peregrinos e pobres e enterrar os finados.

assistência à pobreza e sobre as competências e atribuições dos órgãos e instituições de assistência, o tom da Reforma da Assistência almejada por parte da elite nacional ao longo das primeiras décadas do século XX.

Com a instauração da República, os membros da elite nacional atentos aos movimentos internacionais com relação às mudanças nos modos de assistir à população e a pobreza, e, especificamente, os membros da elite médica, buscavam ampliar o feixe de atuação profissional e conduzir serviços e políticas objetivando imprimir ações racionais e mais eficazes, atestadas internacionalmente, como forma de modernização do país.

A cidade do Rio de Janeiro no início da Primeira República foi palco de experiências associativas bastante heterogêneas entre si, que guardavam em comum a reunião de indivíduos em grupos de interesses, entre estes, grupos que buscaram atender as necessidades coletivas de proteção e de amparo. Constituindo novas modalidades de estratégias de proteção, as experiências associativas de grupos de auxílio mútuo – que tinham por objetivo garantir socorro aos seus membros, ligados a uma empresa específica ou em torno de categorias profissionais e podendo ser referidas a uma dada nacionalidade ou naturalidade –, beneficentes – voltadas para a garantia de benefícios a outros que não os seus membros podendo também referir-se a uma nacionalidade ou naturalidade específica – e filantrópicas – entidades de caridade de caráter laico – assumiram a responsabilidade de fornecer garantias pecuniárias, assistência médica, abrigo, entre outros, e contribuíram na reorganização da assistência do país.

Fonseca (2008: 97-148) chama a atenção para a complexidade e heterogeneidade das associações existentes na Primeira República, que permitia enquadrá-las em mais de um tipo, de modo que, buscou uma classificação que definisse o objetivo mais evidente que cada associação apresentava em seus estatutos, entre auxílio mútuo, de beneficência, cultural, educativa, política, recreativa, religiosa e sindical.

Sem pretender discorrer sobre as características de cada associação privada especificamente, pois não é o objetivo deste trabalho, e, conforme a organização de Barbosa (1908) sobre os serviços de assistência na cidade nos apoiamos na historiografia para buscar uma distinção mais geral entre as associações existentes.

Um primeiro grupo corresponde ao das instituições caritativas leigas que prestavam assistência com base em preceitos religiosos, sendo encaradas como religiosas pela fonte (BARBOSA, 1908), como introduzido acima. Outros três grupos associativos mais distintos

entre si eram o das associações de auxílio mútuo, o das associações de beneficência e o das instituições filantrópicas, que se confundem nessa classificação mais geral.

Neste sentido, Fonseca (2006: 136-161) discorre sobre uma forte vida associativa no Rio de Janeiro da primeira década do século XX, marcadamente de associações portuguesas. As associações portuguesas tiveram um crescimento acentuado na cidade entre 1903 e 1909, mas, a maioria delas foi fundada a partir da segunda metade do século XIX, com a predominância das de auxílios mútuos, mesmo mesclando atividades filantrópicas ou caritativas, indicando a busca dos portugueses em receberem algum tipo de proteção.

Além das associações eminentemente portuguesas muitas poderiam ser entendidas como tal através das denominações que indicavam a vinculação a Portugal, através da cultura ou da política, por exemplo. A maioria destas associações teve sua fundação no período do império, especialmente entre 1883 e 1888 e era de auxílios mútuos.

Mac Cord e Batalha (2014) afirmam que o associativismo se assentou na representação dos interesses de grupos sociais desde o final do século XVIII na Europa, com a organização de associações de comércio, agricultura, indústria, entre outras. Durante o século XIX, os trabalhadores também passaram a formar associações com objetivos de atuar na esfera pública e de fortalecer suas estratégias de proteção.

A partir dos anos 1830, ao se organizarem (e/ou reorganizarem) em sociedades mutualistas, os trabalhadores reelaboraram suas “velhas” formas de autoproteção, como as práticas de socorros mútuos em caso de doença ou de morte (MAC CORD; BATALHA, 2014: 12).

Como representantes desse fenômeno no Brasil, destacaram-se já no início do século XIX as lojas maçônicas e a organização de grupos de elite e de proprietários em torno das ideias de civilização e de progresso nacional, como a Sociedade Defensora da Liberdade e da Independência Nacional criada em São Paulo (1831). A partir de 1830, o associativismo com fins de representação de interesses e de estratégias de proteção se organiza com a criação, por exemplo, da Sociedade de Agricultura, Comércio e Indústria da Bahia (1832), a Sociedade dos Artífices (1832) e a Sociedade Auxiliadora das Artes e Ofícios e Beneficente dos Sócios e suas Famílias (1835) (MAC CORD; BATALHA, 2014: 13).

Todavia, conforme Martins (2014), o auxílio mútuo como prática corporativa de proteção aos trabalhadores tem sua origem nas irmandades leigas. A disseminação destas irmandades leigas ligadas aos ofícios mecânicos no Rio de Janeiro ocorreu desde o período colonial permanecendo até o início do século XIX. As sociedades fundadas a partir de 1830

mantiveram o elo entre irmandades leigas e ofícios mecânicos, após o fim das corporações¹⁶ e se constituíram em amparo aos trabalhadores.

Batalha (1999: 43-66) infere que, entre 1835 e 1899 foram criadas 46 sociedades de trabalhadores, 64% delas mutualistas, com base nas preocupações que se acentuaram no final do século XIX relacionadas à valorização, representatividade e defesa dos interesses dos trabalhadores.

Após 1880, segundo Connif (1975), as associações trabalhistas mais influentes eram as do setor de transportes e a partir de então os empregadores passaram a se organizar em associações que defendessem seus interesses na sociedade. Muitas das associações trabalhistas eram de natureza comercial, isto é, relacionadas a empregados nesse setor da economia.

Muitas associações, de auxílio mútuo e beneficente, seguiam um estilo popular de identificação ao local de pertencimento de seus membros – países, estados ou regiões distintas das sedes - e apresentaram tendência de crescimento no início do século XX, promovida pelo aumento do contingente estrangeiro na cidade do Rio de Janeiro.

Outra característica era o recurso à utilização de um nome importante socialmente ou destacado no campo específico a que pertencia a associação. Este recurso era parte de um padrão geral e tinha o sentido de adoção de um patrono espiritual para a associação.

As instituições filantrópicas, segundo Sanglard e Ferreira (2014: 71-91), foram responsáveis por estabelecerem uma nova relação entre elite carioca e pobreza, articulando o projeto político de construção nacional ao discurso médico que tanto se preocupava com os processos de saúde e doença quanto com a defesa da profissionalização médica e da cultura da elite, sobretudo durante a *Belle Époque*, se afastando da dimensão caritativa que pautou suas ações durante o século XIX.

A filantropia estava, assim, sendo pensada como complementar à ação do Estado, principalmente no período de vigência do liberalismo, do Estado mínimo, que só atuava nos casos de grandes calamidades. É o que se denomina relação *público-privado* e que na virada do século XIX para o século XX estaria em reorganização. Não se tratava mais de uma instituição *privada* exercendo uma função *pública*, mas da delimitação da atuação de cada uma das esferas envolvidas, que foi discutida nos diversos congressos destinados ao tema, muitos deles vinculados às exposições universais (SANGLARD; FERREIRA, 2014: 75).

¹⁶ Cf. MARTINS (2014: 38), a Constituição de 1824 pôs fim às corporações de ofício.

Considerando estas reflexões e analisando os dados levantados por Barbosa (1908) percebemos a importância assumida pelas associações privadas na sociedade carioca, que aumentava à medida que as alterações sofridas impactavam diretamente a população pobre.

Para fins deste capítulo, a distinção entre mutualistas, beneficentes e filantrópicas deve considerar a relativização dos dados listados. Esta relativização é mais importante na distinção entre auxílio mútuo e beneficente. Associações que se identificavam como beneficentes muitas vezes restringiam sua proteção ao conjunto de membros, por outro lado, muitas associações mutualistas estendiam sua assistência a não membros.

O recurso ao uso do termo beneficente ou de beneficência estava muito associado ao conjunto dos nomes de associações existentes durante o século XIX e o início do XX, que, todavia, indicavam em seus estatutos os fins de auxílios mútuos (FONSECA, 2008; BATALHA, 1999; CONNIFF, 1975).

De fato, as inúmeras instituições de caridade conformavam uma gama de serviços assistenciais na primeira década do século XX.

Tabela 8. Instituições de caridade e serviços de assistência.

	Instituição	Serviços
1	Irmandade da Santa Cruz dos Militares	Assistência pecuniária
2	Dispensário São Vicente de Paula	Assistência material Assistência médica Assistência farmacêutica
3	Irmandade da Candelária	Assistência hospitalar Assistência à infância Asilo
4	Irmandade São Francisco de Paula	Assistência hospitalar Assistência médica Assistência à infância Cemitério
5	Ordem Terceira de São Francisco da Penitência	Assistência hospitalar Assistência médica Assistência à infância Cemitério
6	Ordem de Nossa Senhora do Monte do Carmo	Assistência hospitalar Assistência pecuniária
7	Irmandade de São Pedro	
8	Lapa dos Mercadores	Assistência material Assistência pecuniária
9	Lapa do Desterro	Assistência material Assistência pecuniária
10	Ordem do Bom Jesus do Calvário e Via Sacra	Assistência material Assistência pecuniária
11	Assistência Pia dos Pobres de Santo Antônio	Assistência material Assistência pecuniária
12	Devoção da Piedade	Assistência médica Assistência à mulher Assistência à infância
13	Venerável Ordem Terceira de Nossa Senhora da Conceição e Boa Morte	
14	Ordem da Imaculada Conceição	um Asilo
15	Associação das Senhoras de Caridade de São Vicente de Paula	Assistência material Assistência médica Assistência farmacêutica
16	Associação das Senhoras da Igreja Evangélica Brasileira	Assistência médica
17	Dispensário Central da Missão Protestante	Assistência médica Assistência farmacêutica
18	Asilo Bom Pastor	Assistência à mulher
19	Asilo de Santo Antônio	Assistência à infância

Fonte: BARBOSA, 1908.

Conforme apresentado por Barbosa (1908), eram em número de 20 as instituições de caridade. A principal delas, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia era responsável por uma ampla rede de serviços, por isso apresentaremos de forma destacada, posteriormente. Das outras 19 instituições caritativas, 17 mantinham, no seu conjunto, 37 serviços de assistência, entre assistência pecuniária (06 serviços), assistência material (06 serviços), assistência médica (07 serviços), assistência hospitalar (04 serviços), assistência à infância (05 serviços), assistência farmacêutica (03), cemitério (02), asilo (02) e assistência à mulher (02). De modo que, muitos destes serviços eram voltados ao atendimento dos irmãos das confrarias, apesar de que boa parte das instituições também oferecia assistência à população, em boa medida diferente das ofertadas aos irmãos.

A assistência material ofertada dizia respeito à doação de recursos materiais - roupas e vestuário. O Dispensário São Vicente de Paula, localizado no bairro das Laranjeiras realizava a doação de roupas, pão e gêneros de primeira necessidade. A Lapa dos Mercadores, a Lapa do Desterro, a Ordem do Bom Jesus do Calvário e Via Sacra e a Assistência Pia dos Pobres de Santo Antônio doavam vestuário e alimento aos devotos, bem como a Associação das Senhoras de Caridade de São Vicente de Paula que doava roupa e alimentação aos necessitados.

A assistência pecuniária consistia em dinheiro ofertado, em geral, aos próprios membros das instituições. A Irmandade da Santa Cruz dos Militares fornecia, através de montepio, aos seus irmãos. A Ordem de Nossa Senhora do Monte do Carmo fornecia dinheiro e pensões aos confrades. E a Lapa do Desterro, a Lapa dos Mercadores, a Ordem do Bom Jesus do Calvário e Via Sacra e a Assistência Pia dos Pobres de Santo Antônio forneciam dinheiro aos seus devotos.

A assistência médica era prestada em consultórios ou em domicílios, principalmente para os próprios membros. O Dispensário São Vicente de Paula fornecia socorro médico. A Irmandade São Francisco de Paula possuía salas de consultas médicas. A Ordem Terceira de São Francisco da Penitência prestava assistência médica em domicílio. A Devoção da Piedade oferecia tratamento aos doentes pobres. A Associação das Senhoras de Caridade de São Vicente de Paula possuía atendimento médico. A Associação das Senhoras da Igreja Evangélica Brasileira possuía posto médico para os membros de sua confraria. E o Dispensário Central da Missão Protestante oferecia serviços médicos e de odontologia, no local ou em domicílio, aos associados.

A assistência à infância era basicamente a oferta de asilo (3) como o da Irmandade da Candelária que oferecia asilo à crianças e adolescentes órfãs no Recolhimento de Nossa Senhora da Piedade, antigo Recolhimento Santa Rita de Cássia; o da Irmandade São Francisco de Paula, que fornecia asilo a crianças órfãs do sexo feminino e o Asilo de Santo Antônio que acolhia meninas órfãs no Rio Comprido e possuía 57 órfãs em 1908. Outros dois serviços de assistência à infância eram uma escola para crianças pobres, mantida pela Ordem Terceira de São Francisco da Penitência no bairro da Saúde, e um serviço de proteção de órfãos pobres, pela Devoção da Piedade.

A assistência hospitalar era ofertada a grupos distintos, entre membros e não membros, conforme a doença e faixa etária. A Irmandade da Candelária possuía um hospital para leprosos. A Irmandade de São Francisco de Paula possuía um hospital para adultos. A Ordem Terceira de São Francisco da Penitência e a Ordem de Nossa Senhora do Monte do Carmo possuíam, cada uma delas, um hospital para seus confrades.

A assistência farmacêutica era ofertada por três (3) instituições, o Dispensário São Vicente de Paula, a Associação das Senhoras de Caridade São Vicente de Paula e o Dispensário Central da Missão Protestante, que aliavam o serviço médico à distribuição de medicamentos no socorro médico-farmacêutico.

A assistência à mulher era prestada por duas (2) instituições caritativas, o Asilo Bom Pastor, que acolhia mulheres para “regeneração das mulheres transviadas”, conforme Barbosa (1908: 40), e a Devoção da Piedade, que fornecia proteção a mulheres viúvas.

Os asilos, além dos que ofereciam assistência aos grupos identificados acima eram oferecidos por duas (2) instituições, o Asilo de Gonçalves de Araújo, da Irmandade da Candelária e o asilo de caridade da Ordem da Imaculada Conceição.

E os cemitérios, também em número de dois (2) eram ofertados pela Irmandade São Francisco de Paula e pela Ordem Terceira de São Francisco da Penitência aos seus próprios membros.

A complexa rede de serviços de socorro aos enfermos e às crianças mantidos pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia se espalhava por diferentes bairros da cidade do Rio de Janeiro, conforme descrito por Barbosa (1908).

Tabela 9. Serviços de assistência privada da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia.

	Instituição subsidiária da SCM	Serviços
1	Hospital Geral	Assistência hospitalar Assistência médica
2	Asilo da Misericórdia	Asilo
3	Casa dos Expostos	Assistência à infância (asilo)
4	Recolhimentos das Órfãs	Assistência à infância (asilo e educação)
5	Asilo de Santa Maria	Assistência à infância (asilo)
6	Asilo das Velhas	Asilo Assistência médica
7	Asilo de São Cornélio	Asilo
8	Asilo Provisório do Hospital Geral	Assistência à infância (asilo)
9	Asilo do Hospital da Nossa Senhora da Saúde	Assistência à infância (asilo)
10	Asilo de Nossa Senhora das Dores	Asilo Assistência hospitalar
11	Hospital de São João Batista da Lagoa	Assistência hospitalar Assistência médica Assistência farmacêutica
12	Hospital de Nossa Senhora da Saúde	Assistência hospitalar Assistência médica Assistência farmacêutica
13	Hospital de Nossa Senhora do Socorro	Assistência hospitalar Assistência médica Assistência farmacêutica
14	Instituto Pasteur	Vacinação
15	Colégio dos Salesianos	Assistência à infância (educação)

FONTE: BARBOSA, 1908.

Os serviços ofertados pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia envolviam assistência à infância (07), assistência hospitalar (05), assistência médica (05), asilos (04), assistência farmacêutica (03) e vacinação (01).

O maior número de serviços da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia se concentrava na assistência à infância (07), que consistia majoritariamente em asilo (05). O principal serviço de assistência à infância era a Casa dos Expostos, fundada em 1738 sob a denominação de “Roda dos Enjeitados” e que, em 1907, abrigava 255 crianças de ambos os sexos, que eram entregues à “Roda”, órfãos ou rejeitados.

A assistência à infância pobre e órfã se dava em mais 04 asilos da irmandade: o Recolhimento das Órfãs, fundado em 1739 em Botafogo, somente para meninas órfãs, onde a

criança ficava até a puberdade; o Asilo de Santa Maria, somente para meninas, inaugurado em 1877 em Botafogo e, em 1907, abrigava 52 órfãs; O Asilo Provisório do Hospital Geral, criado para abrigar crianças órfãs de ambos os sexos, cujos pais haviam falecido nas dependências do Hospital Geral, atendia em 1907, 70 crianças; E o Asilo do Hospital da Nossa Senhora da Saúde, também criado para recolher crianças de ambos os sexos órfãs de doentes falecidos nas dependências do Hospital de Nossa Senhora da Saúde, abrigava 337 órfãos em 1907.

Os dois serviços de assistência à infância de educação eram o Recolhimento das Órfãs, somente para meninas do asilo, que, em 1907 correspondiam a 169, e o Colégio dos Salesianos, que, embora contributivo, admitia crianças pobres do sexo masculino oriundas da Casa dos Expostos e do Asilo Provisório do Hospital Geral de forma gratuita. Em 1907 eram 12 os alunos saídos da Casa dos Expostos e 22, do Asilo Provisório do Hospital Geral.

A assistência hospitalar era a principal atividade da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia e se espalhava pela cidade através de cinco (05) instituições hospitalares.

O Hospital de Nossa Senhora das Dores situava-se em Cascadura e contava com 20 leitos para internação. O Hospital de São João Batista da Lagoa ficava no bairro de Botafogo e possuía 100 leitos e cinco enfermarias para homens. O Hospital de Nossa Senhora da Saúde estava situado no bairro da Gamboa e possuía 340 leitos. O Hospital de Nossa Senhora do Socorro ficava no bairro de São Cristóvão e contava com 100 leitos. E o Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia ficava no Largo da Misericórdia e exercia papel central nas ações caritativas da irmandade.

O Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia possuía, segundo Barbosa (1908) 1015 leitos, e suas enfermarias eram divididas por sexo e especialidades. Das 27 enfermarias, nove eram de clínica cirúrgica, três de ginecologia, duas de pediatria, uma para idosas, uma de homeopatia, uma de oftalmologia e uma de dermatologia e tratamento da sífilis. Havia ainda no hospital 12 quartos destinados a contribuintes, um pavilhão de isolamento e a Sala do Banco, com policlínica e farmácia própria. A Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro utilizava seis das suas enfermarias para o ensino das clínicas.

A assistência médica consistia em consultórios abertos à população pobre. O Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia possuía a Sala do Banco, que, conforme Barbosa (1908) havia atendido, entre 1860 e 1900, mais de dois milhões de indivíduos. O Asilo das Velhas fornecia consultas para suas asiladas. O Hospital de São João Batista da Lagoa, o Hospital de

Nossa Senhora da Saúde e o Hospital de Nossa Senhora do Socorro forneciam atendimento médico em consultórios gratuitos para pobres.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia possuía outros asilos (04) espalhados pela cidade que ofereciam moradia e alimentação aos pobres. O Asilo da Misericórdia, inaugurado em 1890 em Botafogo possuía, em 1907, 162 asilados. O Asilo das Velhas, inaugurado em 1884 no bairro de Botafogo abrigava 43 idosas, sem moradia e sem possibilidades de trabalhar para seu próprio sustento, “inválidas”, que haviam sido tratadas nos hospitais da irmandade. O Asilo de São Cornélio, inaugurado em 1900 no bairro do Catete, abrigava 34 asilados. O Asilo de Nossa Senhora das Dores, no bairro de Cascadura, para mulheres tuberculosas ou muito débeis da Santa Casa, que totalizavam 12 asiladas em 1907.

A assistência farmacêutica consistia na distribuição de medicamentos e se realizava gratuitamente no Hospital de São João Batista da Lagoa, no Hospital de Nossa Senhora da Saúde e no Hospital de Nossa Senhora do Socorro.

E, por fim, o serviço de vacinação era ofertado pelo Instituto Pasteur, inaugurado em 1888 que produzia e aplicava a vacina antirrábica.

Outro universo de serviços de assistência privada era o das associações de auxílios mútuos que, conforme Barbosa (1908) constituía um total de 98 associações, 70 vinculadas ao universo trabalhista, 17 a elementos de cultura nacional e 11 mais heterogêneas.

As associações vinculadas ao universo trabalhista reuniam trabalhadores (67) e também empregadores (3). As associações de empregadores eram a Sociedade União Comercial dos Varejistas de Secos e Molhados, a Congregação Comercial dos Varejistas e a Sociedade União dos Estábulo.

As associações de trabalhadores reuniam membros que exerciam uma dada função trabalhista (Geral, 5%), empregados numa função trabalhista (Empregados, 49%), exerciam atividade manual (10%) e trabalhavam em ofícios distintos (36%), conforme a tabela 10.

Tabela 10. Associações de Auxílios Mútuos de trabalhadores.

Categorias de trabalhadores	Quantidade	%
Geral	3	5%
Empregados	33	49%
Artistas	7	10%
Ofício	24	36%
Total	67	100%

FONTE: BARBOSA, 1908.

As associações de trabalhadores com referência aos operários em geral eram no total de 3, como a Sociedade União Igualitária dos Operários.

As associações de trabalhadores com referência a situação de empregados totalizavam 33 e estavam referidas a algum setor da economia ou profissão, como a Associação Protetora dos Empregados no Comércio, referida aos comerciários. E as de trabalhadores artistas referiam-se aos trabalhadores em ofícios manuais, totalizando sete (7) associações como a Associação Nacional dos Artistas Brasileiros “Trabalho, União e Moralidade” e a Federação Operária Artística do Brasil.

As de trabalhadores por ofício (24) referiam-se ao ofício realizado, muitos de forma autônoma, como a Caixa Humanitária dos Pedreiros ou a Sociedade Protetora dos Cocheiros.

Poucas associações de trabalhadores se baseavam na nacionalidade de seus membros (2), a Associação Beneficente dos Artistas Portugueses e a Congregação dos Artistas Portugueses.

Muitas se baseavam em empresas ou órgãos em que trabalhavam os associados (26), como a Associação Beneficente dos Empregados do Jornal do Comércio ou a Associação de Auxílios Mútuos dos Guardas Municipais.

Deste grupo, destacamos a existência de mais de uma associação de trabalhadores de uma mesma empresa ou órgão, como, por exemplo, a empresa Estrada de Ferro Central do Brasil (EFCB) cuja representação de seus trabalhadores se estabelecia através de sete (7) associações, e o órgão da Alfândega do Rio de Janeiro, com a representação de trabalhadores através de três (3) associações, conforme a tabela 11.

Tabela 11. Associações de trabalhadores da EFCB e da Alfândega.

Empresa/Órgão	Associações
EFCB	Associação Beneficente dos Empregados Jornaleiros da Estação Marítima da EFCB
	Associação de Auxílios Mútuos da EFCB
	Caixa Auxiliar dos Bagageiros da EFCB
	Caixa Auxiliar da Classe Telegráfica da EFCB
	Caixa Geral do Pessoal Jornaleiro da EFCB
	Sociedade Beneficente dos Maquinistas da EFCB
	Caixa de Socorros Imediatos às Famílias dos Empregados da Contabilidade da EFCB
ALFÂNDEGA	Associação dos Despachantes da Alfândega do Rio de Janeiro
	Associação Beneficente dos Guardas da Alfândega do Rio de Janeiro
	Caixa Beneficente dos Empregados da Alfândega da Capital Federal

FONTE: BARBOSA, 1908.

As associações que representavam elementos de cultura nacional (17) se vinculavam a nomes de personalidades ou datas comemorativas. 12 delas se vinculavam a personalidades ou eventos do regime monárquico como a Associação de Socorros Mútuos Memória à Restauração de Portugal e duas, à cultura militar como a Associação Beneficente de Socorros Mútuos Homenagem ao Almirante Saldanha da Gama. Três se vinculavam ao universo artístico, sendo duas referindo escritores como a Sociedade de Socorros Mútuos Luís de Camões, e uma, personalidade do teatro, a Associação de Socorros Mútuos Memória a Esther de Carvalho.

Os personagens e datas comemorativas que nomeavam estas associações eram, em maioria, da cultura portuguesa (15).

Das associações sem uma vinculação específica ressaltamos a existência de um único hospital, mantido por associação de auxílio mútuo, o Hospital dos Estrangeiros, fundado em 1892 por comerciantes ingleses e norte americanos com o fim de prestar assistência médica e hospitalar à estrangeiros daquelas nacionalidades residentes na cidade.

Conforme Barbosa (1908), entre os serviços de assistência privada, as Associações Beneficentes perfaziam um conjunto de 80 estabelecimentos na cidade. Identificadas como "beneficentes" ou "de beneficência", elas se vinculavam, em maioria à cultura nacional (63). 31 delas estavam vinculadas à cultura portuguesa, uma à cultura espanhola, uma, à francesa,

uma, à italiana e uma, à alemã. Quatro estavam vinculadas a quatro estados da federação: Bahia, Santa Catarina, Ceará e Rio Grande do Sul.

Em linhas gerais, as associações beneficentes forneciam socorro aos não membros como forma de apoio aos compatriotas ou a indivíduos que compartilhavam das mesmas atividades na sociedade, dependendo para isso de recursos particulares ou doações.

Por fim, faziam parte da assistência privada as entidades filantrópicas (9), que se caracterizavam pela diversidade de nomes e amplitude de seus serviços, conforme Barbosa (1908).

Pela complexidade de serviços ofertados e importância de que se revestia a maioria das instituições no período, optamos por apresentar de forma breve as mais atuantes e de maior relevância ao presente estudo, por se tratarem de instituições presentes no CNAPP: a Policlínica de Botafogo, a Policlínica Geral do Rio de Janeiro, a Liga Brasileira contra a Tuberculose e o Instituto de Proteção e Assistência à Infância.

A Policlínica de Botafogo foi fundada em 1899 por Luiz Barbosa, o autor do inventário sobre o qual nos debruçamos. Foi patrocinada pela Sociedade Propagadora da Instrução aos Operários da Lagoa, de 1872, que fora erguida por iniciativa privada de moradores de Botafogo e oferecia aulas de instrução primária aos operários da Lagoa e mantinha uma oficina de encadernação.

A Policlínica voltava-se para a população do bairro onde se instalara, era um centro de profissionais médicos cuja caridade era uma das ações, a outra era o estudo das ciências médicas de especialidades. Além disso, Barbosa (1908) chamou a atenção para o uso de suas instalações e de profissionais pelos poderes públicos, de forma gratuita, para instalação da sede do posto de vacinação contra a peste em 1901 e primeira delegacia provisória de higiene federal de 1903 a 1904.

Assim, com uma atuação paroquial e sendo mantida por seus protetores, a Policlínica de Botafogo, conforme Ferreira (2013: 1-18), constituía-se em *locus* da centralização das ações de liderança do médico Luiz Barbosa. Os benfeitores da Policlínica e parte de sua clientela, acabaram por dar seus nomes aos serviços da Policlínica como no caso da criação do Instituto Guinle-Gafrée proposta em 1922, e a seção de puericultura denominada Berçário Maternal e Infantil Guilherme Guinle. Além desses serviços, em 1910 a Policlínica inaugurou o Serviço de Doenças de Crianças, que na década de 1930 passou a ser utilizado pela cátedra de pediatria da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

A assistência médica era gratuita e ofertada aos pobres residentes em Botafogo, internamente em consultórios divididos por especialidades e externamente no domicílio do enfermo, após sindicância das condições de pobreza do candidato. As especialidades médicas eram diversas, havendo ainda um gabinete de bacteriologia, um museu de anatomia e patologia e um arquivo médico brasileiro. Os serviços eram prestados por profissionais responsáveis pelas clínicas e cirurgias, acadêmicos de medicina e enfermeiros.

Interessante notar que a Policlínica de Botafogo contava com Casas de Saúde particulares cujos fundadores atendiam na Policlínica e com a Maternidade de Laranjeiras para continuidade de tratamento de seus enfermos, que recebiam o tratamento fora da Policlínica de forma gratuita¹⁷. Observamos que tal articulação mobilizava uma construção de redes de filantropia e a conceituação e reconhecimento dos profissionais, cujo status tendia a ser favorecido.

Barbosa destacava a ausência de subvenção pública para o funcionamento da Policlínica, o que, para ele, fora determinante para o sucesso da instituição:

Sem favores officiaes, encastelada somente no arrimo que lhe forneciam protectores dedicados soube a Policlínica de Botafogo, no seu primeiro septennio de vida, formar bem acentuada corrente de sympathias, crear afinidades fortes entre os principaes membros de sua congregação e alcançar o credito moral de que necessitava para não deixar diluir-se ingloriamente os projectos fundamentaes dos seus estatutos (BARBOSA, 1908: 92).

A lista de protetores da Policlínica apresentada por Barbosa era bastante extensa e envolvia médicos e outros membros da elite carioca, industriais, homens da imprensa, entre outros, cuja participação no conjunto das obras filantrópicas tendia a se associar a seus nomes. Ele considerava-a como estrutura modelar de assistência médica gratuita em Botafogo e exemplo a ser seguido na sociedade.

Além disso, Luiz Barbosa defendia de forma bastante convicta a iniciativa privada na solução dos problemas de saúde, sendo fundador e diretor da Policlínica de Botafogo, ele asseverava a importância desta instituição na assistência, ressaltando suas características relevantes na condução, juntamente com outras poucas associações existentes, dos serviços essenciais à população.

¹⁷Cf. BARBOSA (1908), a Casa de Saúde “Catta-Preta, Marinho e Werneck” realizava cirurgias, as Casas Fernandes Malmo, Silva Araujo, Granado e Fontes forneciam medicamentos e materiais de curativos; a Casa de Saúde Dr. Eiras realizava tratamento hidroterápico e elétrico; a Maternidade de Laranjeiras internava em complementação ao serviço da Policlínica em suas dependências, entre outros. Todos estes favores eram prestados pelos médicos da Policlínica que também eram sócios das instituições privadas.

A Policlínica Geral do Rio de Janeiro, fundada pelo médico Carlos Artur Moncorvo de Figueiredo junto a um vasto grupo de profissionais médicos apoiados por sociedades de especialidades médicas em 1882, tinha por objetivo tratar doentes evitando sua internação hospitalar, destacando-se o serviço de pediatria cujo atendimento se dava no ambulatório e nos domicílios.

Também era um centro destinado ao estudo de ciências médico-cirúrgicas, atuando nela clínicos de renome de diversas especialidades. Moncorvo de Figueiredo criou o primeiro curso regular de pediatria do país enfrentando resistências de parte da elite médica com relação às especializações, apesar do contexto histórico indicar a especialização na medicina.

A Liga Brasileira contra a Tuberculose, inaugurada em 1900, possuía um dispensário na Rua Gonçalves Dias desde 1902 e um na Avenida Central, onde eram socorridos indivíduos acometidos pela tuberculose. Era responsável pelo trabalho de divulgação da doença através de folhetos e cartazes e estudos técnicos e administrativos, concentrando três eixos de atuação o educativo, o profilático e o curativo. Algumas leis gerais e específicas no campo da tuberculose haviam sido criadas tendo a atuação da Liga como referência.

A Liga, conforme Rangel (2013) surgiu como proposta de instituição específica para tratamento de tuberculosos em 1899, por iniciativa dos médicos Cypriano de Freitas e Hilário de Gouveia, professores da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Fundada em 1900 com apoio financeiro da elite médica, manteve-se com subsídios públicos e possuía extensa lista de membros incluindo o jurista Ataúlfo de Paiva e médicos como Rocha Faria e Alfredo da Graça Couto.

Seguiu-se à instalação da primeira Liga a criação de instituições congêneres em outras regiões do país, como São Paulo, Minas Gerais, Pernambuco e Bahia. A Liga seguiu na primeira metade do século XX inaugurando diversos serviços para o combate à tuberculose como o Dispensário Azevedo Lima (1902), único em tratamento e profilaxia da tuberculose na cidade; o Dispensário Viscondessa de Moraes (1911) em São Cristóvão; o serviço de assistência em domicílio (1913) para tuberculosos que não se deslocavam; lançou o primeiro número de revista própria (1913) que foi substituída em 1921 pelo *Almanack*; o Proventório Dona Amélia (1924); e um laboratório próprio de preparo do *Bacillus Calmette-Guérin* - BCG (1930).

O Instituto de Proteção e Assistência à Infância (IPAI) do Rio de Janeiro foi fundado em 1901, pelo médico Carlos Artur Moncorvo Filho, filho de Carlos Artur Moncorvo de Figueiredo, fundador e diretor da Policlínica do Rio de Janeiro. As ações do IPAI eram

voltadas para higiene, inspeção médica, socorro terapêutico, desenvolvimento físico, moral e intelectual, a regulamentação do trabalho nas indústrias e nas fábricas, nas escolas e junto às famílias.

O instituto era subvencionado pelos poderes públicos (federal e municipal) e possuía um dispensário com serviços médicos de diversas especialidades para crianças desprotegidas, realizava propaganda e adotava princípios técnicos para profilaxia de doenças da infância. Fazia a distribuição gratuita de leite esterilizado, roupas, calçados e alimento e realizava ainda, dentre outros serviços, o de inspeção de amas de leite, de socorro de crianças acidentadas em vias públicas, de puericultura e de incubadoras para prematuros.

O IPAI congregava diversos membros da elite carioca em prol da assistência à infância, como o deputado Mello Matos e o militar e senador Lauro Muller, que atuavam numa comissão para obter favores oficiais (ARCHIVOS DE ASSISTÊNCIA À INFÂNCIA, 1903: 102-128).

Segundo Ferreira (2013: 8) o IPAI, a partir dos anos iniciais do século XX, tornou-se referência de ação filantrópica e higienista responsável pela introdução de inúmeras inovações no âmbito das práticas assistenciais às crianças.

O IPAI fornecia serviços diversos à população atendida. O Dispensário Moncorvo, inaugurado em 1908 oferecia assistência médica à infância com uma enfermaria e um gabinete de microscopia e anatomia patológica. Além disso, havia o serviço de puericultura, a realização de parto em domicílio, a distribuição de enxoval, a atestação das amas de leite, o Programa Gota de Leite Dr. Sá Fortes, com distribuição gratuita de leite esterilizado e de farinhas alimentícias, concursos de robustez para bebês com prêmios em dinheiro para as mães, a creche Senhora Alfredo Pinto para filhos de empregadas domésticas, a inspeção médica de crianças e adolescentes que trabalhavam em órgãos públicos e a revista *Arquivos de Proteção à Infância*. A manutenção do IPAI recebia ajuda da Associação das Damas de Assistência à Infância formada por senhoras da alta sociedade carioca (RANGEL, 2013).

Além do inventário realizado em 1908, Luiz Barbosa estava interessado em apresentar uma proposta de organização da assistência, inspirado pelo debate existente em torno de uma reforma de assistência, que ele assumia terem por liderança o desembargador Ataulfo de Paiva. Veremos no terceiro capítulo as concepções acerca da assistência pública e da assistência privada, defendidas por estes dois reformadores no contexto de reforma da assistência debatida no CNAPP.

Apresentamos neste capítulo o cenário assistencial, proposto por Luiz Barbosa em 1908 objetivando perceber a dinâmica da assistência pública e privada no Rio de Janeiro na primeira década do século XX que será debatida no CNAPP.

Destacamos então que a assistência pública e privada no Rio de Janeiro em 1908 apresentava distinções marcantes entre as esferas pública e privada, sendo assumido pelo poder público os serviços de atendimento excepcionais, como nas epidemias, relacionados aos alienados, deficientes, prisioneiros e a crianças abandonadas.

Os serviços de assistência privada combinavam estratégias de sobrevivência das classes trabalhadoras em autofinanciar sua proteção e de suas famílias, serviços de caridade mais antigos e de caráter mais regular como os ofertados pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, muitas instituições de caridade e de beneficência que mesclavam assistência a seus membros e à população pobre, em geral, em situação de abandono e sem recursos e a filantropia que atendia de formas inovadoras uma parcela da população sem recursos e trabalhadora.

A assistência privada no Rio de Janeiro reunia um conjunto de serviços heterogêneos movidos por interesses múltiplos que acabaram por constituir a relação público-privada predominante da Primeira República. Seria necessário um estudo mais aprofundado sobre esta relação estabelecida entre a esfera pública e as diversas iniciativas privadas apontadas pelo médico Luiz Barbosa, todavia, não sendo este o objetivo do presente trabalho, basta lembrar o mencionado no tópico sobre a assistência pública quanto ao destino de recursos e incentivos às instituições privadas pelo governo federal no país. A relação entre o governo republicano e as irmandades leigas, principalmente as Santas Casas de Misericórdia, permaneceu baseada em fornecimento de recursos e isenções a fim de manter a assistência aos pobres, ainda que muitos dos privilégios existentes no regime imperial tenham sido extinguidos.

Demais, é importante notar que, ao lado destas iniciativas privadas, as experiências associativas de trabalhadores e de cultura nacional estavam em profunda ebulição, demonstrando, por outro lado, a ausência sentida pelos trabalhadores de proteção e amparo, já que os serviços disponíveis e os salários recebidos os impediam de cuidar da saúde, de se licenciarem do trabalho em casos de acidente e doença, de prover sua família em casos de morte e invalidez, entre outras dificuldades.

Os serviços de assistência disponíveis pelas irmandades leigas se constituíam, muitas vezes, em doação de medicamentos, roupas, alimento, esmolas entre outros, em recolhimento nas instituições asilares e em internação e consultórios médicos. Os serviços estavam

disponíveis aos pobres, ou seja, aos que não possuíam moradia, mendigos, órfãos, idosos, inválidos e aos doentes.

Os trabalhadores, em geral, não eram objeto das ações destas instituições, portanto, a organização de associações de trabalhadores custeadas pelos seus próprios rendimentos procurou minimizar os efeitos da pobreza de maneira coletiva entre seus membros, e contribuiu para a exposição das necessidades deste grupo heterogêneo à sociedade, principalmente aos legisladores e governantes.

Trabalhadores e pobres doentes contavam ainda com serviços de entidades filantrópicas que se tornaram as experiências mais influentes de assistência privada na política nacional durante a Primeira República. Beneficiadas, em geral, pela relação público-privada, o número das filantrópicas crescia na cidade e os serviços ofertados tornavam-se cada vez mais diversificados, ampliando o grupo de merecedores.

À exceção da Policlínica de Botafogo que era paroquial, as instituições eram abertas a toda população, ainda que as localizações acabassem por inviabilizar o acesso. Todavia, eram características destas instituições a predominância dos interesses médicos sobre a pobreza da população, a instalação de grandes prédios, amplas equipes profissionais, e o recurso à divulgação de suas ações na imprensa. Muitas delas serviram de modelos ou foram replicadas em outras cidades do país.

Fomentadas, fundadas, instaladas e dirigidas por membros da elite nacional, maioria médicos, elas estabeleceram relações de complementariedade com as esferas públicas e representavam interesses privados, notadamente daqueles que financiavam as iniciativas. Reuniam em suas diretorias e nas diversas assistências ícones da Academia de Medicina e políticos influentes, bem como, serviam como laboratório de práticas inovadoras ou alternativas que foram sendo replicadas no país.

A medicina foi, sem dúvida, a profissão que mais idealizou e fomentou esta relação com as esferas públicas, e também a que mais se beneficiou na sua reorganização, na diversidade de especializações do conhecimento médico, na ampliação da assistência médica em diversas situações de adoecimento.

As ações tomadas como próprias da filantropia neste período, com o protagonismo de médicos influentes, em sua maioria médicos da DGSP, da DGHAP e da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, concentravam esforços em lutas que os representaram. A Liga Brasileira Contra a Tuberculose é um grande exemplo disso. Além de fornecer serviços para vítimas da doença havia uma preocupação com a regulamentação de serviços públicos para a

população pobre da cidade. Assim também a assistência à infância incentivou alterações legais e práticas inovadoras que estiveram coadunadas a uma preocupação crescente com a redução dos níveis de mortalidade e também com o abandono e ausência de assistência aos órfãos.

Atuando sobre necessidades muito concretas, inclusive com bastante repercussão nos jornais da época, os filantropos reconheciam os limites de suas ações isoladas e divulgavam constantemente a necessidade de proteção à infância pelas esferas públicas. A assistência prestada era motivo de reconhecimento entre pares e seus mantenedores e prestadores tornavam-se fontes visíveis de divulgação e de multiplicação no sentido de se tornarem precursores ou benfeitores da causa da infância.

Como centros formadores de novos profissionais médicos, apesar de os alunos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro frequentar as enfermarias da Santa Casa de Misericórdia, estas instituições fomentaram grandes mudanças no ensino e pesquisa médica, como a especialização de conhecimentos e até mesmo a separação da Santa Casa de Misericórdia da formação médica, conforme veremos adiante.

A assistência privada na capital federal no período analisado se insere no contexto de fortalecimento e consolidação de valores da elite carioca que aliou a atuação política à construção de instituições filantrópicas e de caridade em geral. Viscardi (2009) considera que tanto a filantropia quanto o mutualismo eram estratégias utilizadas pelos pobres para minimização de sua condição de pobreza, diante de inúmeras alternativas disponíveis na sociedade.

Enquanto a filantropia era uma alternativa ofertada por membros da elite para os pobres, o mutualismo se dava a partir do conjunto dos membros de uma associação para eles mesmos. Na Primeira República a ideologia higienista impulsionou o investimento nas Reformas Urbana, Sanitária e da Assistência e reforçou as ações filantrópicas higienistas na sociedade. No mesmo período, as associações de auxílios mútuos tiveram seu crescimento relacionado ao desenvolvimento industrial e urbano da cidade, assistindo trabalhadores do comércio, operários das fábricas e funcionários públicos que se organizavam em torno de objetivos comuns.

Capítulo 2. O Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada (1908): A assistência em debate



FONTE: ALMANAK LAEMMERT, 1908.

O presente capítulo apresenta o Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada (CNAPP), realizado em 1908 no Distrito Federal, durante a Exposição Nacional que comemorava o centenário da abertura dos portos do Brasil ao comércio exterior e pretende analisar suas motivações, organização e o programa debatido.

O prefeito do Distrito Federal, Francisco Marcelino de Souza Aguiar (1855-1935) convocou o CNAPP através do decreto nº 685, de 06 de fevereiro de 1908, no qual afirmava seu interesse em levar as reformas materiais, iniciadas na gestão do prefeito Pereira Passos (1902-1906), ao “aspecto moral da sociedade”, elegendo para organizá-lo membros da elite carioca de relevância social, oriundos das ciências médicas, jurídicas e educacionais, cujos interesses profissionais e políticos estavam relacionados à assistência pública e privada no início do século XX (PREFEITURA DO DISTRICTO FEDERAL, 1908).

O CNAPP foi inaugurado em 23 de setembro às 20h no Salão Nobre do Pavilhão do Distrito Federal durante a Exposição Nacional de 1908 e o prefeito Souza Aguiar reforçou em seu discurso que, dada a complexidade do problema da assistência na capital federal e no país,

que atestava a impossibilidade de uma solução pronta e definitiva no congresso, o objetivo era que dele resultasse um sistema de princípios e normas de conduta passíveis de implantação na assistência pública e privada brasileira (REVISTA BRASIL MÉDICO, 1908: 364-368).

O presidente do Congresso, o médico Benjamin Antônio da Rocha Faria, confirmava o entendimento de que, no Brasil, a assistência era um “grandioso problema que obstaculizava o progresso nacional”, implicando na necessidade de modernizá-la sob a noção de dever público, “como instituição indeclinável na solidariedade social e na reciprocidade de direitos e deveres que é a própria liberdade” (REVISTA BRASIL MÉDICO, 1908: 365).

A execução desse encargo social caberia ao poder público, ainda que a beneficência privada (caridade, generosidade e proteção individual) fosse equivalente e devesse receber apoio do Estado, embora os objetivos deste para com as duas vertentes da assistência, a pública e a privada, fossem diferentes. Neste sentido, Rocha Faria destacava para a assistência pública, a sua autonomia, sua liberdade executiva e sua independência em relação à assistência privada.

A assistência pública era o objeto da discussão do CNAPP, sua organização e a administração de seus serviços deveriam ser debatidas com base na concepção de dever do Estado. O congresso era o marco de uma regular organização da assistência pública.

Desenvolvamos essa assistência social, humana e cristã numa colaboração carinhosa e intensiva e teremos feito jus à satisfação íntima de quem se desobriga lealmente de um dever de consciência, de sentimento e de moral. (FARIA, 1908: 367).

Embora o ponto crucial da questão estivesse na elaboração de um plano seguro para regularizar e organizar a assistência pública, esta tarefa deveria visar à construção de uma aliança com os interesses da assistência privada, resguardando sua autonomia.

Conforme previu o prefeito na convocação do CNAPP, a municipalidade, que possuía instituições de assistência a seu cargo, estava mobilizada com a realização da reunião científica e procurava estabelecer uma diretriz segura na administração pública da assistência, cumprindo, portanto, a sua responsabilidade de execução administrativa de socorro à população.

A Reforma da Assistência necessitava do concurso de ideias de cunho científico capazes de estabelecerem a racionalização da assistência e de fornecerem métodos de execução uniformes e seguros. A prefeitura era a instância pública responsável pela execução do encargo social e a assistência à população era um problema absolutamente complexo que não se resolveria naquele momento. As ideias de Souza Aguiar coadunavam com as de Rocha

Faria e suas motivações se inscreviam na concepção da ciência como motor do “progresso social”.

A instituição da assistência pública permanente, afirmada no discurso do médico Rocha Faria era parte integrante do ideário de modernização da sociedade carioca, sem que isso significasse a extinção das formas privadas de prestação de assistência.

Sobre estas concepções preliminares, de responsabilidade pública na assistência e de manutenção da assistência privada, o envolvimento do prefeito na realização do congresso sobressaía da responsabilidade pela execução dos serviços de assistência pública na cidade, o que caracterizava um legítimo interesse de Souza Aguiar na conformação de um plano de assistência regular.

Os membros da comissão organizadora nomeada pelo prefeito Souza Aguiar eram Benjamin Antônio da Rocha Faria, presidente, José Joaquim dos Campos da Costa de Medeiros e Albuquerque, 1º vice-presidente, Ataulfo Nápoles de Paiva, 2º vice-presidente, Antônio Fernandes Figueira, 1º secretário, Alfredo da Graça Couto, 2º secretário, João Carneiro de Souza Bandeira, tesoureiro e Olavo Bilac, secretário geral (PREFEITURA DO DISTRITO FEDERAL, 1908).

Os médicos Benjamin Antônio da Rocha Faria, Alfredo da Graça Couto e Antônio Fernandes Figueira atuavam em instituições de assistência públicas e privadas e participavam ativamente dos congressos médicos nacionais e internacionais realizados no período.

Benjamin Antônio da Rocha Faria (1853-1936) foi diretor da Inspetoria Geral de Higiene Pública do Distrito Federal (desde 1890), responsável pela construção do Hospital São Sebastião e instalação dos desinfetórios municipais, uma importante obra de saneamento. Formou-se em 1888 pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, onde era professor de Clínica Médica e diretor do Laboratório de Higiene. Era médico e membro da Liga Brasileira Contra a Tuberculose desde 1902 e representou o Brasil como 1º vice-presidente da comissão médica no Congresso Internacional contra a Tuberculose, realizado em Paris, em 1905.

Alfredo da Graça Couto (1864-1917) era inspetor do Serviço de Isolamento e Desinfecção da Diretoria Geral de Saúde Pública do governo federal tendo sido, por breve período, Diretor Geral de Saúde Pública. Era clínico e oftalmologista formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Integrou a administração da instituição privada Cia. Luz Stearica, ocupando o cargo de secretário do conselho fiscal desde 1903. Era membro titular e redator (1901-1908) da Academia Nacional de Medicina. Integrou diversas comissões em congressos e exposições científicas representando o Brasil, com destaque para o Congresso

Internacional de Alimentação que ocorreu durante a Exposição Universal de 1904 nos Estados Unidos (EUA).

Antônio Fernandes Figueira (1863-1928) era chefe da enfermaria de crianças da Santa Casa de Misericórdia. Iniciou sua carreira como clínico em Lage de Muriaé, no interior do estado do Rio de Janeiro e foi diretor da enfermaria de doenças infecciosas de crianças no Hospital São Sebastião da Diretoria Geral de Saúde Pública. Formou-se em 1887 pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e em 1903 publicou a obra *Elementos de semiologia infantil*, que projetou seu nome mundialmente. Nesse mesmo ano foi admitido como titular da Academia Nacional de Medicina, da qual foi presidente na gestão de 1907-1908. Foi representante do Brasil em congressos médicos e científicos, como no 2º Congresso Médico Latino Americano realizado em Buenos Aires, em 1904 (SANGLARD, 2014; SANGLARD; FERREIRA, 2010).

José Joaquim de Campos da Costa de Medeiros e Albuquerque (1867-1934) era Deputado Federal pelo estado de Pernambuco, na terceira legislatura (1906-1909) e já havia ocupado cadeira na Câmara dos Deputados de 1894 a 1897, de 1901 a 1904, e de 1904 a 1906. Foi diretor geral de Instrução Pública do Distrito Federal de 1897 a 1906, professor das escolas de segundo grau de 1890 a 1897, vice-diretor do Ginásio Nacional em 1892, vogal e presidente do Conservatório Dramático de 1890 a 1892, secretário e diretor da Secretaria do Ministério de Justiça e Negócios Interiores em 1891, e professor da Escola de Belas Artes em 1890. Colaborava em diversos jornais, destacando-se *O Paiz* e *Gazeta de Notícias* de grande circulação na época. Foi um dos fundadores da Academia Brasileira de Letras em 1897 e seu secretário geral de 1899 a 1917. Foi representante brasileiro no Congresso Internacional contra a Tuberculose, em Paris (1905).

Ataulfo Nápoles de Paiva e João Carneiro de Souza Bandeira se formaram em direito e seguiam carreiras na área, estiveram associados a instituições científicas de representação da profissão como o Instituto da Ordem dos Advogados Brasileiros (IOAB) e participaram das discussões do campo jurídico que ocorreram em congressos e eventos nacionais e internacionais, como o Congresso Jurídico ocorrido em 1908 na cidade do Rio de Janeiro.

Ataulfo Nápoles de Paiva era desembargador e juiz de direito da Corte de Apelação do Distrito Federal desde 1905. Formou-se em 1887 pela Faculdade de Direito de São Paulo. Havia sido juiz do Tribunal Civil e Criminal (1897), pretor da 13ª e 12ª pretorias e juiz de Pindamonhangaba, quando ocorreu o primeiro alistamento eleitoral da República. Era membro da Liga Brasileira contra a Tuberculose desde 1900 e da Associação dos Empregados

do Comércio do Rio de Janeiro (AECRJ). Foi representante do Brasil nos Congressos Internacionais de Assistência Pública e Privada, o primeiro realizado em Paris (1900) e o outro em Milão (1906), e presidente da comissão social do Congresso Internacional contra a Tuberculose, em Paris (1905).

João Carneiro de Souza Bandeira (1865-1917) era diplomata e professor da Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais do Rio de Janeiro desde 1891, na cadeira de Direito Administrativo. Pernambucano, formou-se em 1884 pela Faculdade de Direito do Recife. Era membro do Instituto da Ordem dos Advogados Brasileiros (IOAB) e da Associação Brasileira de Letras (ABL) desde 1905. Colaborava em jornais e frequentava a redação da *Revista Brasileira*. Foi presidente do Congresso Jurídico realizado no Distrito Federal em 1908.

Olavo Braz Martins dos Guimarães Bilac (1865-1918) era inspetor escolar do Distrito Federal desde 1898, poeta, escritor e jornalista em periódicos como *Diário de Notícias*, *Gazeta de Notícias*, *Cidade do Rio*, entre outros. Estudou medicina no Rio de Janeiro e direito em São Paulo sem chegar a se formar em nenhuma delas. Fundou e foi secretário geral da Liga de Defesa Nacional e um dos fundadores da Academia Brasileira de Letras (ABL) em 1897.

As biografias resumidas acima apresentam um elenco de atores sociais que se vinculavam através de suas formações específicas, de suas funções públicas em órgãos de governo, funções privadas como membros ou fundadores de associações de interesses privados, membros ou fundadores de instituições filantrópicas, como profissionais em instituições de caridade, entre outros, representando oficialmente o país ou a profissão em congressos e exposições científicas, colaborando para a formação de opinião pública através de publicações em jornais e revistas científicas, mobilizando em prol de seus interesses diversos elementos de conformação social.

Os reformadores sociais se distinguiram na propagação de suas ideias e práticas nos veículos de imprensa diária e científica, na participação ativa em congressos nacionais e internacionais, compreendendo o campo da assistência, pública e privada, articulado à educação, à justiça e à saúde da população, que demandavam regulamentação e revisão jurídica.

A comissão organizadora do CNAPP estava encarregada, conforme o Regulamento Geral, de eleger a mesa diretora, nomear a comissão protetora, estabelecer as teses para discussão, preparar e aprovar o Regimento Interno para funcionamento do congresso, convidar os relatores gerais das teses, nomear a comissão organizadora da Exposição de

Higiene e Assistência Pública e Privada e presidir as sessões de preparação do congresso (PREFEITURA DO DISTRITO FEDERAL, 1908; JORNAL DA EXPOSIÇÃO, 17/09/1908, 2).

Os debates foram organizados a partir de cinco teses cujos relatores foram nomeados pela comissão organizadora, sendo a primeira Tese Oficial de relatoria do desembargador Ataulfo Nápoles de Paiva, a segunda, de relatorias dos médicos Benjamim Antônio da Rocha Faria, Juliano Moreira e Garfield de Almeida, a terceira, do médico Antônio Fernandes Figueira, a quarta, do magistrado João Carneiro de Souza Bandeira e do professor e legislador José de Medeiros e Albuquerque e a quinta, do magistrado Xavier de Almeida.

Tabela 12. Teses Oficiais e Relatores.

Teses Oficiais		Relatores
I	Assistência Metódica. Meios práticos para obter uma aliança permanente entre a Assistência pública e a privada. O problema no Brasil.	Ataulfo Nápoles de Paiva
II	Assistência gratuita ao doente.	Rocha Faria, Juliano Moreira e Garfield de Almeida
III	Assistência à infância, e particularmente o que se refere às medidas a adotar contra a mortalidade infantil. Educação das crianças deficientes.	Antônio Fernandes Figueira
IV	Assistência à infância moralmente abandonada. Modificações que se devem fazer na legislação atual.	João Carneiro de Souza Bandeira e José de Medeiros e Albuquerque
V	Assistência pelo trabalho.	Xavier da Silveira

FONTE: O PAIZ, 25/09/1908: 3.

As teses oficiais foram discutidas em quatro seções temáticas: assistência em geral, assistência médica, assistência à infância e assistência externa ou pelo trabalho.

A 20 de março de 1908 os organizadores já tinham elaborado o convite para ser enviado junto a cópias do “Boletim de Adesão”, do decreto de convocação e nomeação da comissão organizadora, do “Regulamento Geral” e da lista das “Teses do Congresso”. Conforme o enunciado no convite, as pessoas que aderissem ao congresso deveriam preencher e assinar o “Boletim de Adesão” e remetê-lo ao secretário geral do congresso até 01 de julho de 1908 mediante contribuição de adesão (PREFEITURA DO DISTRITO FEDERAL, 1908).

No período entre a convocação – 06 de fevereiro de 1908 – e a inauguração do CNAPP – 23 de setembro do mesmo ano – a comissão organizadora celebrou diversas reuniões preparatórias e plenárias na Academia Nacional de Medicina que era situada no Edifício do Silogeu Brasileiro (GAZETA DE NOTÍCIAS, 06/04/1908: 1).

Durante as reuniões preparatórias eram lidas as adesões já realizadas, as memórias e teses enviadas para discussão, as nomeações oficiais de delegados dos estados federados, entre outros, e também ocorreram a aprovação do Regimento Interno e as eleições da mesa do congresso e das mesas das seções temáticas.

O Regimento Interno definia a data, horário e local de início do CNAPP, entre outros elementos que constituíam o seu funcionamento. O CNAPP teria início em 23 de setembro às 20h no Pavilhão do Distrito Federal durante a Exposição Nacional de 1908 e a eleição da sua mesa seria realizada no dia 21 do mesmo mês. O encerramento estava previsto para ocorrer em 1º de outubro e a assembleia geral para votação das conclusões das teses, para 30 de setembro. Este cronograma foi alterado, contudo, a votação de todas as teses ocorreu em 05 de outubro e o encerramento, em 13 de outubro. A discussão das teses oficiais bem como a votação preliminar das conclusões propostas em cada uma delas deveriam se realizar diariamente de acordo com a divisão das seções preestabelecidas, para as quais a comissão organizadora ainda designaria as mesas.

Na última destas sessões preparatórias, em 21 de setembro, ocorreram as eleições da mesa do congresso e das mesas das seções, aprovando os presentes a mesma mesa da organização, composta por Rocha Faria, como presidente, Alfredo da Graça Couto, vice-presidente, e Olavo Bilac, secretário geral, conforme proposta de Leôncio Correia (O PAIZ, 22/09/1908:1).

Os presidentes, vice-presidentes e secretários eleitos para comporem as mesas das seções temáticas e organizarem os trabalhos, diferiam do registrado no documento da Prefeitura do Distrito Federal e do divulgado pelo *Jornal da Exposição* em 07 de setembro. Na tabela 13 apresentamos as Mesas das Seções temáticas formadas pelos congressistas eleitos na sessão do dia 21 de setembro de 1908, conforme noticiado pelo jornal *O Paiz* e que se repete nas notícias posteriores sobre as discussões realizadas nestas Seções e noticiadas pela imprensa (O PAIZ, 22/09/1908:1).

Tabela 13. Seções e Mesa, *presidentes, vice-presidentes e secretários.*

Seção	Mesa
1 ^a Assistência em geral	Presidente: Esmeraldino Bandeira
	Vice-Presidente: Xavier da Silveira Junior
	Secretário: Humberto Gotuzzo
2 ^a Assistência Médica	Presidente: Ernesto Nascimento Silva
	Vice-Presidente: Juliano Moreira
	Secretário: Garfield de Almeida
3 ^a Assistência à Infância	Presidente: Joaquim Pinto Portella
	Vice-Presidente: Moncorvo Filho
	Secretário: Mario Franco Vaz
4 ^a Assistência Externa/ pelo trabalho	Presidente: Conselheiro Manoel José Espínola
	Vice-Presidente: Julio Ottoni
	Secretário: Felix Pacheco

FONTE: O PAIZ, 22/09/1908.

De um total de, aproximadamente, 350 congressistas, cerca de 90 deles estavam envolvidos diretamente na organização e na programação do CNAPP, sendo sete membros da Comissão Protetora (presidentes e vice-presidentes honorários), sete membros da Comissão Organizadora, 15 delegados oficiais dos estados brasileiros, 22 representantes dos estados brasileiros, sete membros da Comissão Organizadora da Exposição de Higiene e Assistência Pública, oito relatores das teses oficiais, 19 relatores de memórias, 12 responsáveis pelas seções (presidentes, vice-presidentes e secretários) e dois membros honorários, sendo que alguns eram membros de dois ou mais grupos (ANEXO I).

Os congressistas participaram de diversas reuniões entre a inauguração, dia 23 de setembro, e o encerramento do CNAPP, 13 de outubro de 1908. Conforme noticiado nos jornais *O Paiz* e *Jornal do Brasil*, as quatro seções temáticas que dividiam o congresso, assistência em geral, assistência médica, assistência à infância e assistência pelo trabalho, reuniram os debatedores de teses e memórias e diversos congressistas nos dias 24, 25, 26, 28, 29 e 30 de setembro e 02 de outubro de 1908 nos edifícios do Silogeu Brasileiro e do Pedagogium, para apresentação e debate das teses. Também no salão do Pedagogium ocorreu em 05 de outubro a última sessão com a votação geral de todas as conclusões já aprovadas

pelas seções. A “Sessão de Encerramento” finalizou o CNAPP em 13 de outubro no Pavilhão do Distrito Federal.

Com relação aos espaços de reunião do CNAPP, além do Pavilhão do Distrito Federal criado para a Exposição Nacional de 1908, a utilização do Pedagogium e do Silogeu Brasileiro ressaltava aspectos da modernização da cidade após a reforma urbana dos primeiros anos do século XX. Pode-se dizer que o brilhantismo esperado para o debate se relacionava com o da reforma, de modo a associá-los.

EDIFÍCIO DO PEDAGOGIUM



FONTE: ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS

O Pedagogium foi criado em 1890 pelo Presidente da República, o marechal Deodoro da Fonseca e seu ministro de Instrução Pública, Correios e Telégrafos, o general de brigada Benjamin Constant, e seu objetivo era impulsionar as reformas da educação nacional reunindo os meios para a instrução profissional, os métodos e materiais práticos para serem utilizados no ensino (KUHLMANN JUNIOR, 2013). O Diretor era, desde sua inauguração, o médico Manoel Bomfim, também diretor da Instrução Pública do Distrito Federal a partir de 1906 e, como deputado federal e estadual, defendia projetos no âmbito da educação.

Conforme Mignot (2013), o Pedagogium foi municipalizado em 1896, apesar de protestos contrários, e sua função de centro impulsionador da educação nunca foi valorizada:

Ao longo dos anos, o Pedagogium deixou de ser um centro impulsionador de reformas, um espaço de formação das normalistas, uma biblioteca de educação de referência, para abrigar apenas o museu, dispondo, para tanto,

de poucos funcionários “encarregados de guardar e da conservação do material que é precioso”. Não havia mais professores (MIGNOT, 2013: 14).

EDIFÍCIO DO SILOGEU



FONTE: ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS

O Silogeu Brasileiro era um edifício recentemente construído em meio à reforma urbana de Pereira Passos e abrigava a sede da Academia Brasileira de Letras (ABL), da Academia Nacional de Medicina (ANM), do Instituto da Ordem dos Advogados Brasileiros (IOAB) e do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro (IHGB).

Em 1908, conferências e congressos científicos realizados nestes espaços convergiam para reforçar a ação modernizante das reformas realizadas no período pela elite nacional.

Os debates promovidos pelo CNAPP consideravam o papel da medicina na sociedade, a cientificidade fornecida à assistência pública e privada e o caráter elitista e científico que distinguia os reformadores sociais. Aliado a essas características vemos que as redes de sociabilidade a que se inseriam estes reformadores promoviam o conhecimento e a associação de ideias entre os congressistas. Assim, as redes se estabeleciam a partir das atuações profissionais, em instituições filantrópicas e órgãos públicos, que tinham alcance maior em termos de população atendida e de divulgação de trabalho, de formação, como a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, dos periódicos científicos, da imprensa diária, das associações e sociedades científicas, entre outras, que eram fundamentalmente organizadas, chefiadas e dirigidas por membros daqueles grupos.

A realização do CNAPP importou na conjugação de concepções existentes e fomentadas na sociedade carioca e nacional, que não apenas promoviam as ações de assistência existentes como rivalizavam no entendimento acerca da melhor organização a ser definida.

Conforme Almeida (2006: 733-757) os congressos e exposições científicos realizados entre fins do século XIX e início do XX representaram o avanço do domínio da medicina nas questões relacionadas à vida social, às ações da esfera pública e da esfera privada da população. A saúde pública tornava-se um campo da ciência médica aplicada e tecnológica em constituição nas nações latino-americanas, diante de problemas relacionados às reformas urbanas e o controle das epidemias, que passavam pelo crivo dos setores médico-científicos da época.

Os eventos relacionados aos setores médico-científicos simbolizavam progresso das disciplinas e das profissões na medida em que seus organizadores estavam sintonizados com o cenário internacional que acumulava experiência e expertise na realização de congressos e exposições médico-científicos.

Estes eventos pressupunham e estimulavam uma maior organização da categoria médica perante as demandas mais complexas que o cenário urbano e industrial expunha. Neste processo se formaram diversas sociedades médicas nacionais que tiveram como papel fundamental produzir e divulgar as ações médicas e científicas.

Diante de um contexto de mudanças sociais que se tornaram mais intensas em fins do século XIX e início do XX as preocupações médicas em lidar com problemas sociais passavam pela identificação destes problemas como campos da medicina, não mais de grupos religiosos e caritativos. Assim, tornava-se urgente a organização de um conhecimento global e quantificável e a associação entre medicina e filantropia na relação com o Estado acabou por promover o entendimento progressivo de que os problemas médico sanitários constituíam encargos coletivos e que, portanto, impunham a necessidade de intervenções.

Os problemas de ordem sanitária eram prioritários no período e os congressos médicos se tornavam canais de interlocução entre poderes públicos e expoentes médicos que procuravam extrair dos debates resultados práticos como, por exemplo, a formação de ligas internacionais, convenções, leis e regulamentos da política sanitária internacional, melhores condições de vida das sociedades, entre outros.

A preocupação da medicina consistia em ampliar suas fronteiras de conhecimento e atuação prática, cujo avanço da profissão se dava em todas as sociedades ocidentais no campo

da saúde pública, e o brilho dos congressos e exposições científicas dependeu das redes de sociabilidade capazes de fornecer a credibilidade das ideias e de seus líderes na vida social como um todo.

Assim, os personagens brasileiros envolvidos na assistência pública e na assistência privada, em maioria médicos, estiveram preocupados com a constituição de seu campo diante dos problemas epidêmicos e de reforma urbana e ampliavam seu escopo para o campo da assistência através da higiene e da profilaxia, do saneamento e da eleição de grupos prioritários para sua atuação.

O movimento desempenhado pela medicina de modo geral buscava organizá-la perante demandas mais complexas e outras formas de saberes e práticas, conforme o que já acontecia no cenário internacional, como a instauração de novas cadeiras científicas, novos métodos de controle de doenças e de educação higiênica.

Por outro lado, as preocupações do campo jurídico, também associadas a preceitos científicos de racionalidade e de método, passaram a identificar sua atuação na assistência pública e privada que impulsionavam mudanças no reordenamento jurídico legal da sociedade. Assim, as propostas de assistência associadas à justiça recaíam na obrigatoriedade do Estado em amparar aqueles que não possuíam trabalho ou condições de trabalhar ou ter seu sustento garantido, como mendigos, desempregados, prisioneiros, alienados, crianças e adolescentes abandonados.

Para alcançar os objetivos do presente capítulo, organizamos os debates de acordo com a divisão proposta pelo congresso nas seções que o dividiam e que concentraram as discussões em torno da assistência pública e privada que se buscava reformar.

2.1. Assistência em Geral

Compreendendo a assistência em geral como a organização e a administração dos serviços prestados, e deduzindo-se da eleição deste como o primeiro tema a ser tratado pelos congressistas, na primeira seção, podemos inferir que a primeira definição a ser dada à assistência pública e privada no CNAPP se constituía no estabelecimento de uniformidade dos serviços de assistência, de aliança entre assistência pública e privada e de instauração de parâmetros confiáveis e seguros para enfrentar o problema da assistência no Brasil.

Nesta seção a tese oficial em discussão foi a do desembargador Ataulfo Nápoles de Paiva, intitulada “Assistência metódica. Meios práticos para obter uma aliança entre a assistência pública e a assistência privada. O problema no Brasil” que reunia os elementos síntese que concorreram para a convocação do congresso, defendidos pelo prefeito Souza Aguiar e pelo presidente do Congresso, Rocha Faria na sessão inaugural. Ou seja, a organização da assistência a partir da definição de competências dos órgãos públicos e das instituições privadas, os limites e aproximação entre eles, o modo em que se deveria realizar esta complementariedade entre o público e o privado e estabelecer uma distinção clara entre as modalidades de assistência prestadas.

Paiva (1922: 48-64) considerava que a prevenção da miséria deveria prevalecer sobre o socorro imediato, ou seja, a prioridade era de assistir os indivíduos para que não se tornassem miseráveis. As condições de vida a que estavam submetidos os pobres deveriam ser foco das ações assistenciais, seguindo a lógica utilizada para tratamento do corpo físico. A assistência pública e privada deveria se pautar por uma organização metódica e racional.

A participação do jurista em congressos internacionais sobre a assistência pública e privada, realizados em Paris (1903) e em Milão (1906), conforme Viscardi (2011: 188), conferia ao desembargador um amplo conhecimento sobre assistência pública e privada em países europeus, o que lhe permitia enfrentar o problema no Brasil de modo a aproximar tais experiências internacionais ao que se desejava para o país.

Paiva (1922) se inspirava nos estadistas franceses para compor sua tese, de modo que chamava sua atenção o que afirmava o presidente da França Emile Lauret, na inauguração do Congresso de Paris em 1903 sobre a assistência representar a concepção de um novo direito. O enfrentamento do problema da assistência pública teria por objetivo atingir “a função harmônica das sociedades”. Aliado nesta campanha, Paiva ponderava:

a assistência não é um fim, mas um meio de socorrer a miséria, de preveni-la, de eliminá-la. Como meio poderoso, porém, como instrumento mais nítido e perfeito para resolver os grandes problemas que entenebrece a vida dos povos e das nações, tem ela necessidade de ser harmônica nos seus intuítos e perfeitamente normal nos seus métodos e nos seus processos. E é naturalmente por isso que não há, na hora presente, país civilizado algum – digno desse nome – que se conserve estacionário, paralisado na sua ação e nos seus movimentos (PAIVA, 1922: 48).

Para o desembargador aquele congresso deixou, de uma vez por todas, uma definição clara para a assistência, a de que, caberia à assistência pública a responsabilidade em socorrer o indigente, na falta de outra assistência, e quando ele não pudesse fisicamente prover sua existência.

Uma assistência moderna requeria regularidade e método. Para Ataulfo de Paiva, somente a assistência pública poderia ser regular e permanente, e, portanto, caberia a ela a função de administrar os serviços de assistência aos pobres. A assistência privada, pautada na caridade e na espontaneidade dos indivíduos, era dependente de recursos irregulares e da vontade de seus dirigentes, o que tornava suas ações infrutíferas no combate à miséria produzida ao longo dos séculos.

Por outro lado, a assistência privada ao seguir parâmetros regulares de administração de seus serviços tenderia a estender sua ação e a permanecer como aliado importante no combate à pobreza no Brasil. Portanto, não era necessário discutir a exclusividade de uma ou outra assistência, já que estariam bem definidos os papéis e poderes de cada uma, resguardada a autonomia dos interesses privados na assistência. A assistência privada era indispensável para os casos particulares, enquanto que ao Estado eram atribuídas as funções reguladoras, de vigilância e de fiscalização.

Concluía, assim, a necessidade de estabelecimento de um *Ofício de Assistência*, como o existente em Paris, como meio de congregar as obras de caridade aos interesses do Estado na distribuição dos socorros, centralizando a assistência pública e privada.

O “*Ofício Geral das Obras de Beneficência de Paris*” criado em 1899 por Leon Lefebure reunia informações sobre os serviços de assistência existentes na cidade de Paris que eram utilizados para direcionamento dos recursos disponíveis e para elencar os serviços necessários à assistência. Paiva afirmava sua capacidade em solucionar os problemas relativos à assistência à pobreza, pela regularidade de seu funcionamento e pela racionalidade imposta à assistência.

A instituição se relacionava ao crescimento da filantropia na França e representava a centralização dos interesses dos filantropos, enquanto organização de uma “grande obra livre de Assistência” (PAIVA, 1922: 48-64).

Destinava-se a preencher as lacunas da assistência oficial e foi motivada, de um lado, pela concepção de que, ao longo da história da França, os esforços da beneficência se consumiam pela dispersão das forças e pela usurpação dos falsos pobres, aumentando, em vez de reduzir, os índices da indigência, e, por outro lado, pelo entendimento de que a repressão à mendicidade, pura e simples, não oferecia nenhum resultado útil.

O Ofício de Assistência era para a Paiva a melhor forma de organizar a assistência, e deveria ser executado pelos poderes públicos no Brasil, pela especificidade do problema no país. Mais do que isso, o órgão deveria ser federal, pela necessidade de centralização da assistência em nível nacional.

Diante destas propostas podemos destacar que o argumento central de que a intervenção do Estado e a liberdade da caridade, dois princípios intangíveis para Paiva e que por isso exigiam a conciliação dos dois âmbitos, o público e o privado, não representavam um ponto indiscutível. Este debate será visto no capítulo 3, por ora cabe considerar que a tese de Paiva recebera críticas dentro e fora do CNAPP.

Paiva deixava claro em sua tese que o governo federal deveria assumir a direção e o fornecimento dos socorros regularizando a Assistência Pública, com a criação de uma Diretoria Geral de Assistência Pública responsável pelos socorros aos indigentes do país e por autorizar a fundação do "Ofício Central de Assistência" concentrando os serviços da assistência privada do país.

Todas as providências urgentes seriam tomadas pela Assistência Pública, prioritariamente as relacionadas à infância abandonada e infratora e aos indigentes em adoecimento, através da diretoria do governo federal. O Ofício Central de Assistência consistiria em órgão centralizador das instituições caritativas e filantrópicas com objetivos de organizar seus serviços prestados e os mercedores de auxílio, sob a fiscalização da Assistência Pública.

A Assistência Pública compreenderia a assistência à infância, a assistência judiciária, a assistência médica, gratuita, em domicílio e em postos médicos, a assistência à velhice desamparada, aos estrangeiros e a todas as pessoas sem amparo. O Ofício Central de Assistência assumiria a representação das instituições privadas que disponibilizariam seus serviços gratuitamente.

O projecto obedece á necessidade de aproveitar os grandiosos recursos já concedidos pelo Estado, junctando-os aos meios também já organizados pela caridade individual. Creando no Districto Federal a Directoria Geral de Assistencia Pública, a quem competirão os serviços de socorros aos indigentes de todo o genero, e auctorizando a fundação do "Officio Central de Assistencia", com o fim de aproveitar a acção da beneficência privada, o projecto, si, de um lado, faz convergir para um departamento do Estado as attribuições da Assistência, com o intuito de as uniformizar, por outro, confere a uma associação protegida oficialmente, que viverá com a representação das associações particulares, regalias e distincções que muito contribuirão para o seu necessário desenvolvimento" (PAIVA, 1922: 60).

Como dito anteriormente, a tese de Paiva reunia os elementos em discussão na sociedade sobre a forma de assegurar um método à assistência e de reunir a assistência pública e privada, através da centralização dos serviços pelo governo federal, enquanto responsável em fiscalizar os serviços existentes e fornecer assistência pública a todos que necessitassem e que não possuíssem outro meio de serem assistidos.

Conforme noticiado pela imprensa, a discussão da tese de Paiva pelos congressistas na seção de assistência em geral foi realizada em três reuniões. Em 26 de setembro após a apresentação da tese, o médico Ramiz Galvão foi contrário às conclusões e, embora não haja o registro do debate, o jornal *O Paiz* do dia seguinte à sessão, mencionava o “belo discurso” proferido pelo médico (O PAIZ, 27/09/1908: 4). Do mesmo modo, o *Jornal do Brasil* de 28 de setembro ressaltava sua capacidade de prender a atenção dos presentes à sessão (JORNAL DO BRASIL, 28/09/1908: 1).

Benjamin Franklin Ramiz Galvão foi professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro até 1908 quando aposentou. Foi professor no Colégio Pedro II e tutor do príncipe do Império até a Proclamação da República em 1899. Foi ainda Diretor da Biblioteca Nacional de 1870 a 1882 (ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS, 2018).

Em 28 de setembro, esta foi a mais concorrida e com maior presença de congressistas de todas as seções e foi a vez de Nuno de Andrade refutar a tese de Paiva, seguido do médico Fernando de Magalhães, apresentando, ambos, emendas ao projeto (O PAIZ, 29/09/1908: 3).

Nuno Ferreira de Andrade¹⁸ era médico, formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1875 onde lecionou e era lente da cadeira de clínica médica desde 1877. Ainda no final do Império foi conselheiro do Imperador (1886) e recebeu o título de Comendador da Ordem de Cristo (1886), ocupou diversos cargos públicos e foi o primeiro diretor da Diretoria

¹⁸NUNO FERREIRA DE ANDRADE. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Casa de Oswaldo Cruz/ FIOCRUZ. Capturado em 20 de outubro de 2017. Online. Disponível na internet <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>.

Geral de Saúde Pública de 1897 a 1903. Era membro da Academia Nacional de Medicina, tendo sido seu presidente de 1901 a 1903, participou do 2º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, ocorrido em 1889 no Rio de Janeiro - onde se pautava aspectos da reforma sanitária brasileira - e compôs a Comissão Médica da delegação brasileira no Congresso Internacional contra a Tuberculose que ocorreu em 1905 em Paris.

O discurso de Nuno de Andrade desta sessão foi publicado em 30 de setembro no jornal *O Paiz* (O PAIZ, 30/09/1909: 5). Importante ressaltar que Nuno de Andrade era redator do jornal e utilizou o veículo de imprensa em favor de suas inspirações teóricas acerca do tema, inclusive, redigindo uma matéria com o sugestivo título de “Ponto final” em 19 de outubro na qual retomou os fundamentos de sua contrariedade à tese e propôs uma análise detalhada das conclusões de Paiva com objetivo de argumentar sobre a acertada rejeição pelo congresso (O PAIZ, 19/10/1908: 1). Nuno de Andrade não poupou suas críticas e defendeu que o congresso

fez o que lhe cumpria. Reconheceu que a caridade privada, em nosso meio, é a honra e o orgulho da compassividade humana; respeitou-a em seus intuitos e venerou-a em sua independência; quis continuar a admirar-a, como até agora, silenciosa e modesta, a mitigar o sofrimento dos infelizes com o balsamo do socorro bom e recatado, aquele que se dá com a cabeça descoberta, a visão obscurecida pela lágrima, e os lábios mudos... Entendeu enfim, que não podia sufragar, com sua responsabilidade expressa numa votação, que significaria um argumento, a criação do Offício Central de Assistência, sentado triunfalmente, com bordados na gola e nos punhos sobre o impulso espontâneo do direito de dar esmolas... (O PAIZ, 19/10/1908: 1).

Demonstrando o papel fundamental da medicina no direcionamento da assistência da época, podemos considerar, conforme a historiografia, que a pauta de reivindicações em torno da organização da assistência, apesar de buscar a efetiva ampliação do Estado delimitava seu papel diante dos interesses privados, cujas instituições, se não eram fundadas por médicos, tinham no trabalho da medicina o *locus* central.

Em 29 de setembro, sob a presidência de Esmeraldino Bandeira, Paiva teve a oportunidade de defender suas conclusões e, na ocasião, Ramiz Galvão retirou as emendas que havia apresentado na sessão do dia 28, bem como o médico Oliveira Botelho¹⁹, ambos

¹⁹Cf. LOPES (2010), Francisco Chaves de Oliveira Botelho nasceu em Montevidéu, Uruguai, em 1869 e faleceu em Resende, município do estado do Rio de Janeiro, em 1943. Era médico formado em 1890 pela Faculdade de Medicina da Bahia. Foi vereador e Presidente da Câmara Municipal de Resende, deputado estadual em 1901 e em 1903, ano em que foi eleito também vice-presidente do estado do Rio de Janeiro. Eleito presidente da ALERJ em 1904, renunciou

motivados pelo discurso de defesa das ideias do desembargador (O PAIZ, 30/09/1908: 5). Seguindo-se à votação preliminar, nesta sessão, a tese de Paiva recebeu aprovação por maioria dos presentes.

Todavia, na votação geral das teses, em sessão presidida pelo presidente do congresso, realizada no Pedagogium a 05 de outubro de 1908, suas conclusões não chegaram a ser completamente votadas (O PAIZ, 06/10/1908: 3). A primeira delas, que estabelecia a aliança entre assistência pública e privada, foi rejeitada por 55 votos contrários e 53 a favor. Diante da rejeição da primeira conclusão, a segunda também foi levada à votação, mas o resultado foi o mesmo, sendo rejeitada por 56 votos contrários e 51 a favor. Após essa segunda rejeição a votação foi encerrada e a tese oficial não foi aprovada pelo congresso.

Ressaltamos com relação aos resultados das votações a polarização dos congressistas que levaram a um resultado negativo do tema central do congresso. A diferença de dois e de cinco votos apontam para a existência de duas concepções distintas que, na verdade, se entrelaçavam no período. A necessária ampliação do Estado na execução de serviços à população e o papel das instituições privadas na condução de serviços já existentes, que desafiavam o projeto centralizador de Paiva.

Esta dualidade pode ser vista, por exemplo, em matérias de jornais da época que, embora assumissem a defesa da reforma da assistência encaravam a centralização nas mãos do Estado como uma dificuldade, ou uma utopia. O redator do jornal *Gazeta de Notícias* mencionou a tese de Paiva como de maior valor científico do CNAPP (GAZETA DE NOTÍCIAS, 23/09/1908: 1). Embora a tese não fosse nova, já que Paiva publicava frequentemente sobre o assunto, principalmente no *Jornal do Comércio*, o redator avaliava que Paiva não estaria certo em afirmar a necessidade de centralização do Estado, ainda que fosse o ideal, pois a essa proposta a iniciativa privada com certeza se oporia.

Em reunião do Conselho Municipal a 08 de outubro de 1908, o intendente Bethencourt Filho comemorava a rejeição da tese do desembargador pelos congressistas, fato que representava então a manutenção da direção dos serviços de assistência pública pela municipalidade, da qual o conselho era responsável e assim, ao que se entende, deveria permanecer (O PAIZ, 09/10/1908:5).

no ano seguinte para ocupar cadeira vaga de deputado federal, sendo reeleito em 1906, mas renunciou em novembro a fim de assumir a presidência do Rio de Janeiro, após Nilo Peçanha se afastar para ocupar a vice-presidência da República. Ficou no cargo até 31 de dezembro de 1906 e em 1907 foi reeleito deputado federal.

Talvez por essa oposição à intervenção do Estado na assistência privada, para Viscardi (2011: 189), "as teses defendidas no congresso de 1908 muito se assemelhavam às propostas de Paiva em sua publicação de 1922. Portanto, é possível notar que entre 1908 e 1922 pouca coisa havia mudado". A questão permanecia sem solução. Por outro lado, é preciso notar que a escrita do livro de 1922 se constituiu de enxertos de textos de Paiva elaborados desde o início do século XX. Inclusive a mencionada tese apresentada no CNAPP.

Retomaremos essa discussão no próximo capítulo onde trataremos mais especificamente das concepções distintas existentes em 1908 sobre assistência pública e privada.

2.2. Assistência médica

A segunda seção do congresso reuniu os congressistas em torno dos debates acerca da assistência médica, sendo apresentadas e votadas três teses oficiais e uma memória. O médico Rocha Faria, presidente do CNAPP, foi relator da tese “Assistência de urgência ao doente na via pública e no domicílio”, o médico Garfield de Almeida, da tese “assistência hospitalar” e o médico Juliano Moreira, da tese "Quais os meios de assistência mais conveniente aos alienados?".

A memória “Assistência cirúrgica” foi apresentada pelo médico Adolfo Possolo, autor de outra memória apresentada no CNAPP, "Associação dos Empregados no Comércio do Rio de Janeiro, seu papel na Assistência Pública".

A tese de relatoria de Rocha Faria, “Assistência de urgência ao doente na via pública e no domicílio”, defendia que a assistência de urgência deveria ser prioritária dentre todas as modalidades de assistência médica, pela própria natureza do socorro. A urgência em atender feridos, acidentados ou doentes nas ruas e nos domicílios demandava um serviço regularmente organizado, com pessoal preparado, material disponível e equipamentos e carros ou ambulância próprias para o transporte das vítimas (FARIA, 1908).

De acordo com a concepção de que a "assistência regular e metódica" era uma prerrogativa do poder público, a assistência de urgência deveria ser um serviço prestado pelo município, devendo ser organizado de maneira regular e permanente, como serviço especial de assistência pública.

Para Faria, o socorro de urgência aos cidadãos não era tarefa para os serviços privados executarem:

Não é adaptável, praticamente à obra da assistência privada a execução regular do socorro de urgência aos acidentes de rua, e, sem de leve empanar o brilho àquela, compete à assistência pública a responsabilidade privativa no encargo de um serviço que deve ser sempre, em qualquer momento, acessível e proveitoso a todos que dele careçam (FARIA, 1908: 5).

Ao poder público competia, portanto, os serviços imediatos e permanentes conferindo mais uma vez a preponderância do poder público na condução da assistência no município.

Faria recorreu ao exemplo do serviço já instalado pela prefeitura do Distrito Federal, de socorro de urgência nas vias públicas e domicílios, corroborando com a legislação que o fundara. Neste sentido, sua apreciação se desenvolveu com base no que já era previsto

oficialmente àquele serviço municipal, tratava-se apenas de legitimar sua importância e ampliar suas ações.

A assistência pública de urgência havia sido criada em 1903, ainda na prefeitura de Pereira Passos, e começou a ser executada em 1904, quando os comissários de higiene e assistência pública foram distribuídos pelos distritos sanitários existentes, onde já funcionavam os serviços da saúde pública, executados pelos delegados de saúde pública como visto no capítulo anterior.

Desenvolve o autor uma retrospectiva da origem do serviço existente, destacando os problemas enfrentados para o alcance do que se configurou em 1908. O problema inicial para a efetiva instalação do serviço de urgência estava relacionado às dificuldades de limitação de competências e atribuições dos entes públicos, federal e municipal, que se revezavam na assistência à saúde da cidade. Esta dificuldade foi resolvida com a inauguração do Posto Central de Assistência em 1907, que promoveu a organização do serviço, muito embora sua oferta se restringisse às áreas centrais da cidade.

Rocha Faria apresentou a estatística municipal da assistência de urgência prestada pelo Posto Central de Assistência desde sua inauguração em novembro de 1907 até julho de 1908. Conforme a tabela 14, os socorros urgentes eram realizados na via pública (61%), no domicílio (17%), nas delegacias policiais (14%) e em locais diversos (8%).

Tabela 14. Socorros urgentes do Posto Central de Assistência.

Socorros urgentes	Novembro de 1907 a julho de 1908
Na via pública	2178
No domicílio	598
Nas delegacias policiais	517
Em locais diversos	285
Total	3578

FONTE: FARIA, 1908.

Além da assistência de urgência, o posto de assistência também realizava curativos no posto (31%) e no local de socorro (17%), consultas (9%), visitas domiciliares (1%), vacinações e revacinações (42%).

Tabela 15. Outros serviços do Posto Central de Assistência.

Outros serviços	Novembro de 1907 a julho de 1908
Curativos no Posto	2949
Curativos no local	1646
Consultas médicas no Posto	843
Visitas médicas no domicílio	86
Vacinação/ revacinação	3979
Total	9503

FONTE: FARIA, 1908.

De acordo com as tabelas, o serviço de urgência na via pública estava em menor número que o realizado no posto, que ainda realizava um número grande de vacinações (incluídas as revacinações). Visitas domiciliares eram em número bem pequeno e consultas médicas um pouco superior, porém ainda bem poucas se comparadas à realização de curativos, por exemplo. Neste sentido, cabe considerar a função ambulatorial do Posto de Assistência, ao lado da de socorros urgentes.

Os números apresentados por Faria (1908) permitem conhecer e considerar a importância que o serviço passava a ter para a população que, como vimos no primeiro capítulo apresentava crescimento considerável, junto a um quantitativo elevado de população flutuante, formada por pessoas não residentes, mas que viviam na cidade por força do seu trabalho (como representantes do legislativo, por exemplo) ou em busca de oportunidades.

O serviço de assistência de urgência implantado pelo prefeito Souza Aguiar, correspondia exatamente ao que era reclamado (FARIA, 1908: 12). O decreto instruía a criação de um posto de assistência pública em cada distrito sanitário urbano, dotado de ambulâncias para transporte de doentes e de material cirúrgico e medicamentos. Além destes postos distritais seriam criados os circunscricionais que funcionariam nas agências da prefeitura. Tanto os postos dos distritos como os das agências da prefeitura teriam seu funcionamento dia e noite e os serviços seriam desempenhados por comissários e subcomissários de higiene e assistência pública, escalados pelo chefe do distrito sanitário, incumbido também para a direção dos serviços de higiene.

O atendimento prestado nos domicílios deveria ser solicitado no posto de assistência, que também prestaria o serviço de remoção de doentes, quando solicitado e mediante pagamento, de um domicílio a outro ou para hospitais e casas de saúde. O material utilizado

era gratuito apenas a pessoas sem recursos, em outros casos deveria ser pago. Nos casos de acidentes o socorro só poderia acontecer mediante a presença da autoridade policial.

Rocha Faria justificou suas conclusões referenciadas nas experiências internacionais de que tinha conhecimento, citando a criação de caixas e postos de socorros em Paris, Berlim, Hamburgo, Frankfurt, Lubeck, Amsterdan, Londres, Bruxelas e em outras cidades da Europa e da América.

A apreciação de sua tese pelos congressistas se deu a 02 de outubro e a aprovação foi unânime, segundo relatado pela imprensa (O PAIZ, 03/10/1908:3). Na votação geral ocorrida em 05 de outubro houve apenas um voto contrário, do médico Adolfo Possolo, com relação à conclusão que defendia o Posto Central de Assistência municipal como modelo a ser replicado no país (O PAIZ, 06/10/1908: 3).

A segunda tese oficial debatida foi a do médico Garfield de Almeida, sobre a “assistência hospitalar”. Para Garfield de Almeida não existia, na cidade do Rio de Janeiro, uma assistência hospitalar (ALMEIDA, 1908). Os hospitais de responsabilidade do governo federal não constituíam este tipo de assistência, pois o tratamento prestado se limitava ao isolamento dos indivíduos vítimas de doenças infectocontagiosas. E os hospitais mantidos pela Santa Casa de Misericórdia, subvencionados pelo Estado, eram insuficientes para prestar assistência à população do Rio de Janeiro.

Com o objetivo de instaurar, portanto, uma assistência hospitalar na cidade fazia-se necessária a construção de um hospital público que garantiria, ainda, a continuidade do serviço de urgência proposto por Rocha Faria em sua tese.

Garfield de Almeida direcionava sua crítica da situação da assistência naquele momento aos poderes públicos.

Tão desconexa e falha tem sido a ação de nossos poderes públicos no que respeita à assistência, tão esdrúxula é a dependência e ao mesmo tempo o entrelaçamento que se verificam na organização das prerrogativas municipais e federais, tão dubitativa é até hoje a órbita de ação da prefeitura e chefatura da Polícia, que difícilima, se não impossível, é a feitura de um largo programa de serviços de assistência (ALMEIDA, 1908: 5).

A dualidade e a sobreposição de serviços pelos órgãos públicos, federais e municipais e pela polícia e o município existentes na capital federal constituíam entraves ao desenvolvimento da assistência pública.

Garfield de Almeida considerava que a assistência municipal se restringia aos serviços de educação e aos asilos e só recentemente havia inaugurado o serviço de urgência. Além de

oferecer estes serviços, o município subvencionava as instituições privadas, mas estas não eram regulares nem proporcionais às necessidades da população.

Diante destas questões, Garfield de Almeida considerava primordial definir as competências de cada ente federal e de cada órgão público. Neste sentido, o médico considerava mais prático e racional centralizar os serviços de assistência em uma repartição exclusiva de assistência pública, similar à de Saúde Pública, sob a jurisdição direta do Ministério de Justiça e Negócios Interiores, do governo federal.

Com a centralização dos serviços de assistência pelo governo federal, o hospital construído para fornecer a assistência hospitalar na cidade estaria sob o controle do governo federal. As clínicas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (FMRJ) poderiam ser acomodadas no hospital federal e não mais no Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia.

Com esta proposta, o médico acreditava responder a duas questões de grande importância no discurso médico da época. Uma era a instalação de hospital público. A outra se referia à relação entre a FMRJ, espaço de formação dos estudantes de medicina, comandado por médicos que experimentavam novas abordagens teóricas e práticas para o desenvolvimento da medicina carioca, e a Santa Casa de Misericórdia, instituição caritativa tradicional comandada por membros da irmandade.

Havia uma luta em torno da separação entre a academia e a instituição leiga com objetivo da ampliação do poderio médico. Assim, a construção de um hospital pelo governo federal serviria à expansão do papel da medicina sobre a formação dos médicos ao acomodar nele as clínicas da faculdade.

Sanglard e Ferreira (2010) mencionam, por exemplo, que, em 1882, Carlos Arthur Moncorvo Filho expôs a tensa relação existente entre a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, na qual a administração do hospital que abrigava as clínicas para o ensino médico era de controle dos membros da irmandade que inviabilizavam as inovações recentes da medicina.

Para tornar viáveis as inovações propiciadas pela intensa especialização da medicina do final do século XIX, como o caso da pediatria, era fundamental assegurar a laicização da assistência à saúde, atestando mais autonomia ou mesmo a supremacia aos médicos nesse campo da ação social (SANGLARD; FERREIRA, 2010: 442).

A construção do hospital, para Garfield de Almeida, era exigida também pela desproporção entre crescimento da população e estagnação do número de leitos nos hospitais. Assim, segundo a tabela 16, as dificuldades de assistir a população eram colocadas em termos

numéricos, sendo flagrante a constante redução de leitos para atender uma população crescente nos estabelecimentos de assistência hospitalar que atendiam a população sem associação prévia ou de contribuição monetária, segundo o médico.

Tabela 16. População do Rio de Janeiro por leitos hospitalares.

Ano	População	Leitos	Leito/ pessoas	Leitos/ mil pessoas
1890	536.000	1603	1/ 354	2,9
1900	686.000	1603	1/ 428	2,3
1906	810.000	1653	1/ 490	2

FONTE: ALMEIDA, 1908.

Influía neste cenário o superpovoamento das enfermarias da Santa Casa de Misericórdia, pela escassez de leitos, levando à improvisação de leitos no chão, e a quantidade de consultas efetuadas pelos médicos dos hospitais que sequer atingiam o tempo necessário a um diagnóstico clínico de cada paciente, pela grande demanda existente.

Suas conclusões foram pela construção urgente de um hospital pelos poderes públicos, a construção de um hospital asilo para as vítimas de doenças mentais, tuberculosos e incuráveis e a ampliação do Asilo São Francisco de Assis, de responsabilidade do município ou a fundação de um asilo hospital com 200 leitos divididos por sexo. Todas as conclusões de Garfield de Almeida foram aprovadas pela seção que, todavia, elaborou emendas que definiam a responsabilidade do município na construção do futuro hospital.

Como vimos no primeiro capítulo, o tema da assistência hospitalar bem como o da assistência médica era muito debatido por filantropos durante a primeira república e, neste sentido, correspondiam ao aspecto reformista do período articulado a um determinado projeto de nação. Assim, os filantropos, através do discurso médico e de sua ação efetiva, estabeleciam parâmetros para a construção de hospitais modernos.

Coincidia com o discurso modernizador propagado pelos médicos a transição entre a assistência hospitalar prestada de forma exclusiva pelos hospitais da Santa Casa de Misericórdia para um maior envolvimento do Estado. Esta coincidência consistia no estabelecimento da relação entre filantropia e poder público que atravessou o período e pautou mudanças no cenário assistencial.

A terceira tese do debate programado pela comissão organizadora foi a de Juliano Moreira, diretor do Hospício Nacional de Alienados intitulada “Quais os meios de assistência

mais conveniente aos alienados?" e suas conclusões foram divulgadas pela imprensa (O PAIZ, 06/10/1908: 3). A preocupação com a saúde mental perfazia uma das modalidades de assistência pública, como tal, sua execução em âmbito nacional e a vigilância regular dos serviços prestados constituíam desafios ao poder público.

O médico Juliano Moreira foi responsável pela reorganização do Hospício Nacional de Alienados, como vimos no capítulo anterior, e apresentou uma série de propostas práticas para a organização da assistência aos indivíduos tomados sob a definição de "alienados" no período.

Dentre elas destacamos a obrigatoriedade do ensino prático da clínica psiquiátrica na medicina, a organização da clínica psiquiátrica a partir de consultas médicas aos internos da instituição e a pacientes externos, a criação de um hospital urbano para os casos agudos, a criação de um hospital-colônia num subúrbio da capital, a construção anexa de casas higiênicas para serem alugadas aos empregados a fim de que recebessem pacientes aptos a serem tratados em domicílio – na chamada "assistência familiar" –, e a instituição de diversos estabelecimentos asilares para diversos tipos de doenças mentais, entre epiléticos e alcoólicos.

Para atuar nestas instituições era indispensável que médicos e enfermeiros fossem "idôneos" o suficiente para tratá-los, cuja média seria de um médico para 100 doentes e de um enfermeiro para sete ou oito doentes, sendo que os enfermeiros receberiam educação profissional pelos médicos dos manicômios. Juliano Moreira sugeria ainda a fundação de sociedades de proteção aos indivíduos que recebem alta dos manicômios e o estabelecimento de hospitais urbanos em cada cidade dos estados brasileiros. Todas as conclusões de sua tese foram aprovadas unanimemente na seção e durante a votação geral das conclusões.

Suas conclusões estavam em consonância com sua atuação na direção do Hospício Nacional de Alienados, na busca por transformá-lo em um centro de estudos psiquiátricos e de neurologia. Desde 1903 como diretor do Hospício, Juliano Moreira promoveu a instalação de laboratório de análises clínicas e implantou a técnica de punções lombares para elucidação diagnóstica, fundamental na identificação da doença no período.

Suas concepções eram partilhadas por outros médicos que atuavam na assistência aos alienados e muitos deles integravam o corpo clínico do Hospício, como Antônio Austregésilo Rodrigues Lima, Álvaro Ramos e Humberto Netto Gotuzzo. A ampliação nos quadros médicos da instituição serviu de apoio ao compartilhamento de ideias e práticas estimulando a especialidade psiquiátrica e o magistério médico. O Hospício era uma escola de psiquiatria e

formou médicos professores como Miguel da Silva Pereira, Júlio Afrânio Peixoto e Bruno Alvares da Silva Lobo.

Juliano Moreira (1873-1933) é reconhecido como o "fundador" da psiquiatria científica brasileira pela historiografia (VENÂNCIO, 2005: 59-73). Formou-se pela Faculdade de Medicina da Bahia em 1891 e teve sua tese de doutoramento elogiada no exterior. Em 1896 tornou-se professor substituto da Faculdade de Medicina da Bahia na seção de doenças nervosas, para a qual defendeu sua dissertação.

Na Bahia, dedicou-se à dermatologia e à neuropsiquiatria e foi colaborador de periódicos médicos como a *Gazeta Médica* da Bahia, a *Revista Médico Legal* e a *Revista dos Internos* da Faculdade de Medicina da Bahia. Foi um dos fundadores da Sociedade de Medicina e Cirurgia da Bahia e da Sociedade de Medicina Legal da Bahia.

Entre 1895 e 1902 empreendeu viagens à Europa para tratar de tuberculose e frequentou cursos de doenças mentais. No período, publicou trabalhos sobre estes cursos na *Gazeta Médica* da Bahia, realizou estágios de anatomia patológica e visitou as principais clínicas psiquiátricas e manicômios alemães, ingleses, escoceses, belgas, franceses, italianos, austríacos e suíços.

Na sua volta ao Brasil foi nomeado pelo presidente da República diretor do Hospício Nacional de Alienados, após uma série de escândalos na administração de Antônio Dias de Barros, cujo inquérito do Ministério da Justiça aludia às péssimas condições de tratamento dos doentes e a promiscuidade de crianças e adultos.

Conforme Venâncio (2005), o momento político propiciou a reforma do Hospício, uma vez que anteriormente já havia sido identificada a situação precária do hospício, sem que nada fosse feito. Naquele período, como já afirmado, vivia-se o processo de saneamento e urbanização do Rio de Janeiro, cenário que reforçava as iniciativas "modernizadoras" do Estado, ampliando-as para a esfera da assistência pública.

Juliano Moreira dirigiu o Hospício Nacional de Alienados de 1903 a 1930 e foi o principal divulgador de uma psiquiatria científica brasileira, fundando, em 1905, os *Arquivos Brasileiros de Medicina*, com Antônio Austregésilo e Ernani Lopes, e a Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Ciências afins, com Afrânio Peixoto. Além disso, participou de diversos congressos médicos, como o de Lisboa (1906), de Amsterdã, de Milão (1907), de Londres e de Bruxelas (1913) e era membro de diversas sociedades científicas europeias.

A organização do Hospício seguia a separação dos indivíduos "alienados" da sociedade, necessitando-se para isso uma organização interna que funcionasse como espaço

societário, portanto, as casas, a escola, os serviços de saúde por especialidades mórbidas, como o pavilhão de moléstias infectocontagiosas, o de ginecologia médica e cirúrgica, além da de médico alienista e de farmacêutico e de laboratório de anatomia e patologia.

O tema da psiquiatria, conforme Venâncio (2005) se transformara em um modo social erudito de representar as “perturbações mentais” através da conjugação da ciência com a assistência pública, inaugurada com a instituição asilar, fundamental na constituição da psiquiatria articulada à assistência em meio fechado à sociedade, propiciando a instalação de espaços de cuidados de saúde junto a outras necessidades sociais.

As três teses oficiais em debate discorreram sobre modalidades de assistência médica, a assistência de urgência, a assistência hospitalar e a assistência aos alienados, implicando o Estado na sua organização e execução. Mesmo divergindo sobre qual ente público deveria se responsabilizar pela assistência, o CNAPP concluiu pela necessidade de ampliação do Estado na assistência pública.

Outra modalidade de assistência médica discutida, embora não incluída no grupo das teses oficiais, foi a "Assistência Cirúrgica" de relatoria de Adolfo Possolo, médico e cirurgião da Associação dos Empregados no Comércio do Rio de Janeiro (AECRJ), associação de auxílios mútuos dos empregados no comércio que oferecia serviços de assistência a seus sócios, principalmente assistência médica e cirúrgica.

A Associação dos Empregados no Comércio, conforme Barguil (2011) tinha importante papel na divulgação dos estudos realizados por Possolo que também eram veiculados por periódicos da imprensa diária. Alguns destes estudos como “Estudo clínico das fraturas expostas”, sua tese de doutoramento pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, de 1892, “Cirurgia dos acidentes”, uma série de artigos publicados em *O Paiz*, em 1904, o relatório “Estudo sobre um automóvel ambulância” apresentado à associação em 1907, a comunicação “Transporte de doentes, principalmente feridos” enviada ao III Congresso Científico Latino-Americano, realizado no Rio de Janeiro em 1905 e o trabalho sobre “Cirurgia dos acidentes”, de 1908 giravam em torno da memória enviada ao CNAPP.

Adolfo Possolo afirmava que os dois únicos serviços de cirurgia existentes na capital federal, o Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia e o Posto Central de Assistência municipal, não eram suficientes para a assistência cirúrgica da população (O PAIZ, 25/09/1908). Dizia ele:

O Rio de Janeiro possui dois estabelecimentos destinados à assistência cirúrgica pública, o hospital da Misericórdia e o posto municipal da rua Camerino [...] o Hospital da Misericórdia em face de uma assistência pública

séria é uma ofensa à caridade, à ciência e à moral [...] o posto Municipal da rua Camerino não satisfaz por incompleto e deficiente, aos fins de uma assistência cirúrgica de urgência (O PAIZ, 25/09/1908: 3).

Diante da insuficiência dos serviços cirúrgicos da cidade, Adolfo Possolo propunha a criação de um hospital servido de ambulâncias para a urgência cirúrgica e de três serviços de cirurgia, um central, de grandes dimensões, e mais dois, menores, para cirurgias comuns, instalados no subúrbio e no Catete (O PAIZ, 25/09/1908: 3).

A apresentação da memória e a conseqüente discussão dos congressistas se prolongaram por, pelo menos, três reuniões seguidas, e gerou contrariedade da maioria dos presentes. Muitos deles tomaram a palavra durante as sessões, como os médicos Mario Salles, Francisco Campello, Paulino Werneck, Torres Cotrim, Carlos Costa, Guarany Goulart, Garfield de Almeida e Fernando de Magalhães.

Como resultado do debate todas as conclusões da memória foram rejeitadas na seção de 26 de setembro de 1908. Nela, o médico Fernando de Magalhães propôs uma moção de apoio e confiança à Santa Casa de Misericórdia, considerando que a instituição havia sido “fortemente atacada” pelo médico Adolfo Possolo. A proposta de moção à Santa Casa foi aprovada, com apenas um voto contrário, o do próprio Possolo.

É importante observar que os congressistas que se posicionaram contra a memória de Adolfo Possolo atuavam no serviço público municipal e/ou representavam a academia médica e/ou instituições de caridade.

Fernando Augusto Ribeiro de Magalhães²⁰ era médico e professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Formado pela mesma faculdade em 1899, lecionava ginecologia e obstetrícia e era membro titular da Academia Nacional de Medicina. Garfield de Almeida era professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e médico da Santa Casa, como vimos acima. Torres Cotrim era Diretor Geral de Higiene e Assistência Pública, conforme apresentado no primeiro capítulo, e Paulino Werneck era chefe de Distrito Sanitário desta Diretoria e médico da Venerável Ordem Terceira de São Francisco da Penitência.

Observamos que a vinculação em função pública nos serviços de assistência e no ensino da medicina possa ter influenciado na oposição unânime ao médico que atuava no setor privado. De fato, o CNAPP promoveu através do presidente do congresso e mesmo do prefeito do Rio de Janeiro e das teses oficiais apresentadas uma defesa do serviço de assistência municipal, o Posto Central de Assistência e, apesar de algumas críticas com

²⁰Alzira Alves de ABREU et al (coords.). Dicionário Histórico-Biográfico Brasileiro – Primeira República. Rio de Janeiro: CPDOC, 2010.

relação ao trabalho realizado pela Santa Casa, o mesmo serviu de referência nas apresentações.

Alguns meses antes de o CNAPP ser instalado, Possolo havia divulgado intensamente a conferência que realizou na sede da AECRJ sobre a memória que iria apresentar no evento. O jornal *O Paiz* fez um resumo de sua conferência, realizada em julho de 1908 na sede da associação, na qual o médico ressaltava a necessidade de fiscalização por parte do poder público e de maior interferência do Estado na assistência cirúrgica, ainda que de maneira complementar a iniciativa privada.

De modo que, apesar das críticas mais acentuadas relacionadas aos serviços cirúrgicos existentes, que motivaram a rejeição de sua Memória pelo CNAPP, o médico era também um adepto das concepções em voga que preconizavam o estabelecimento de relação mais próxima entre o Estado e a assistência privada, notadamente a filantropia, na qual o papel do Estado seria limitado pelos interesses da iniciativa privada na assistência. Apesar disso, suas críticas à insuficiência de serviços cirúrgicos na cidade apontando as falhas dos principais serviços de assistência apresentados no CNAPP não tiveram acolhida provavelmente pela vinculação estabelecida entre os membros do congresso a estes serviços.

2.3. Assistência à infância

Na terceira seção foram reunidas as duas teses oficiais do congresso relacionadas à assistência à infância. O médico pediatra Antônio Fernandes Figueira foi o autor de “Assistência à infância, e particularmente o que se refere às medidas a adotar contra a mortalidade infantil. Educação das crianças deficientes” e o magistrado Souza Bandeira, de “Assistência à infância moralmente abandonada. Modificações que se devem fazer na legislação atual”.

Conforme o programa, esta última tese tinha por relatores Souza Bandeira e Medeiros e Albuquerque, todavia, na imprensa diária que divulgou as discussões não houve menção de coautoria da tese, tendo sido relatada e defendida apenas por Souza Bandeira.

A tese de Fernandes Figueira (1908) concentrava as discussões e propostas para a assistência à infância tendo por base o problema da mortalidade infantil, que era objeto de preocupação e de ações de médicos e filantropos nos países ocidentais. Seguindo o movimento internacional de proteção da criança, Figueira afirmava que o Estado brasileiro deveria intervir na assistência à infância.

Figueira destacou que o debate sobre o problema da infância já existente se intensificou no país naquele início de século. As discussões recorrentes sobre assistência à infância na Academia Nacional de Medicina e o grande número de teses de doutoramento e monografias apresentadas à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro sobre o tema da infância exemplificam o contexto.

Era crescente a preocupação dos médicos brasileiros que atuavam na saúde das crianças com relação ao aumento da incidência de óbitos nas sociedades modernas durante a infância, bem como de adoecimento. Uma entre cinco crianças morria antes de completar um ano (FIGUEIRA, 1908).

Diante disso, tornava-se imperativo concentrar esforços nesta primeira etapa da infância, do nascimento aos doze ou dezoito primeiros meses de vida,

Pelo conhecimento exacto de semelhante phase é que se mede bem a extensão do erro, tão generalizado e tão inconsciente, de considerar a criança como um homem pequeno. Ella é, antes de tudo, como não ignoramos e a todo instante o esquecemos, um frágil ser em evolução, menos feliz talvez que o marsupial preso à bolsa materna enquanto a evolução se completa; menos vezes afortunada que o cachorrinho selvagem, que as mães, feras embora, lhes não negam a seiva da vida, o alimento insubstituível do leite que lhes pertence (FIGUEIRA, 1908: 401).

Para Figueira (1908), era no período dos doze ou dezoito meses de vida da criança, de acordo com estudos científicos do período, que a sociedade e o Estado deveriam voltar suas atenções, intervindo em defesa e promoção do aleitamento materno que era a forma apropriada ao enfrentamento do problema da mortalidade infantil.

A investigação esmerada, o estudo aprofundado, as conclusões aferidas pela clínica e pelo laboratório, levaram à unanimidade dos especialistas de doenças de crianças a uma conclusão: o melhor, o alimento insubstituível dos primeiros meses da vida é o leite materno. Secundariamente poderá ser aconselhada a amamentação mercenária, sempre inferior à maternal (FIGUEIRA, 1908: 414).

Com base nos dados fornecidos pelo médico demográfico da DGSP, Cássio Rezende, Figueira (1908) afirmava que 19,5 crianças em mil morriam no Brasil. A taxa de mortalidade geral em 1907, 13,2%, ficou pouco abaixo da de natalidade, 15,9%. Em geral, de mil crianças nascidas, 150,6 morriam, e em mil óbitos, 189,7 eram de crianças de 0 a 1 ano.

Até 1908, o problema da mortalidade infantil no Brasil era enfrentado apenas pela iniciativa privada, conforme Figueira (1908), com destaque da Santa Casa de Misericórdia, da Policlínica Geral do Rio de Janeiro e do Instituto de Proteção e Assistência à Infância (IPAI).

A Santa Casa de Misericórdia fornecia assistência à infância através de diversos serviços e de acordo com Figueira (1908), em 1907 1031 crianças foram atendidas nos estabelecimentos de assistência da Irmandade, conforme a tabela 17.

Tabela 17. Assistência à infância pela Santa Casa de Misericórdia.

Serviços	Crianças atendidas
Recolhimento de Órfãos	170
Recolhimento de Santa Tereza	20
Asilo da Misericórdia	162
Asilo de São Cornélio	34
Asilo de Santa Maria	56
Asilos Provisórios do Hospital Geral	80
Asilos Provisórios do Hospital da Saúde	40
Casa dos Expostos	431
Educandos no Colégio dos Salesianos	38
Total	1031

FONTE: FIGUEIRA, 1908.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, onde Fernandes Figueira comandava a enfermaria de crianças, fornecia consultas diárias nos hospitais mantidos em Botafogo, São Cristóvão, Gamboa e Cascadura, nas enfermarias pediátricas, na Sala do Banco do Hospital Geral e nos consultórios e enfermarias de especialidades.

As duas outras instituições de assistência infantil apontadas por Figueira eram a Policlínica Geral do Rio de Janeiro que, entre 1901 e 1905, havia atendido 1724 crianças e o IPAI, através dos consultórios de especialidades (oftalmologia, cirurgia, ortopedia, otolaringologia e dermatologia), da realização de exames das amas de leite e das gestantes e da distribuição de leite e de vestuário, entre outros socorros.

Como dito anteriormente, o enfrentamento da mortalidade infantil era parte de um movimento internacional e ele se dava pela importância do leite materno, conforme resoluções dos Congressos Internacionais das Gotas de Leite, realizados em 1905, em Paris, e em 1907, em Bruxelas e pela inclusão da mulher gestante ou mãe na assistência.

Era necessário formar corpos de inspetores médicos para fiscalizar a alimentação infantil e estabelecer regras uniformes de assistência e de vigilância das amas de leite. A fiscalização e a vigilância deveriam ser assumidas pelos poderes públicos, ressaltou o pediatra.

O Estado impõe regras para os estábulos e para as cocheiras, legisla quanto à carga do veículo no sentido da proteção dos animais, mas não se preocupa do modo pelo qual são alimentadas, mediante salário, as abandonadas criancinhas (FIGUEIRA, 1908: 27).

Figueira propôs a criação de creches nas fábricas e oficinas, para permitir a amamentação da criança pelas mães trabalhadoras e a criação de creches distritais para que as empregadas domésticas pudessem amamentar seus filhos nos distritos onde trabalhavam.

Fortalecer a amamentação materna significava dificultar o trabalho de amas de leite, encarado como uma “indústria imoral”. Assim ele afirmava:

Difícultemos a “profissão” de ama de leite, quase sempre causa de morte do próprio filho, e anexemos aos hospitais, aos consultórios, às maternidades, às creches, as verdadeiras “consultas para lactantes” já disseminadas por toda a Europa; lugares onde as criancinhas são examinadas semanalmente e às mães se ensinam os meios de conservá-las em saúde (FIGUEIRA, 1908: 29).

O consumo do leite de animais era desaconselhado, pois causava intoxicação e levava à constantes afecções agudas. A distribuição pura e simples de leite animal não era

considerada assistência, ao contrário, "a assistência à infância, que trate exclusivamente de distribuir garrafinhas de leite o mais puro, está desservindo à causa da tenra idade" (FIGUEIRA, 1908: 26).

Apenas diante da impossibilidade de amamentação materna, em primeira ordem, e de amamentação mercenária, em segunda, as instituições de assistência poderiam fornecer gratuitamente ou vender a baixo custo o leite de vaca, cabra ou jumenta. O poder público deveria assumir a atribuição de fiscalização e vigilância dos estábulos de maneira rigorosa.

Reforçando as ações de promoção e defesa do aleitamento materno, seguindo as experiências que estavam sendo desenvolvidas na Europa, Figueira apontou diversos serviços que poderiam ser replicados no país, como: corporações de proteção à gestante e à puérpera; sociedades maternas com serviços de parteiras e enfermeiras pelo período de 10 dias no nascimento da criança; sociedade mútua, contributiva, que fornecesse enxoval no momento do parto, salário para pagar uma enfermeira e até mesmo roupa lavada às mães; sanatórios da gestação; casas de descanso antes e depois do parto; consultas gratuitas às gestantes; conselhos nos domicílios, fábricas, oficinas, campos e cidades; multiplicação de exames gratuitos às mulheres grávidas nos locais de assistência à criança; fundação de associações de senhoras de pronto socorro à mulher grávida; cursos de enfermeiras de crianças, vulgarizando o ensino de higiene da infância nas escolas de Medicina.

Com relação às crianças abandonadas ou órfãs, Figueira considerava a "roda dos enjeitados" um sistema condenável, propondo em seu lugar os escritórios de "registros livres" onde as crianças poderiam ser entregues voluntariamente pelas mães. A organização destes escritórios deveria considerar a divisão pelos distritos da cidade, descentralizando as ações que eram prestadas apenas pela Santa Casa de Misericórdia através da Casa dos Expostos.

A apresentação da tese durante as reuniões do congresso motivou o debate sobre assistência infantil entre os congressistas. Na sessão de 24 de setembro de 1908, presidida pelo médico Joaquim Pinto Portella, contando com o vice-presidente, o médico pediatra Carlos Artur Moncorvo Filho e o secretário, Mario Franco Vaz, foram sugeridas diversas emendas, tanto do presidente e do vice-presidente da seção, quanto dos congressistas presentes como Carlos Alberto do Espírito Santo e os médicos Carlos Costa, Nascimento Guedes, Teófilo Torres, Julio Novaes, Palmeira Ripper e Motta e Nascimento Gurgel.

Pinto Portella incluiu a proposta de criação de hospitais exclusivos para crianças. Moncorvo Filho propôs a inclusão de duas leis, uma relacionada à proteção da infância e outra sobre a regulamentação das amas de leite, anteriormente apresentadas no 5º Congresso

de Medicina e Cirurgia no qual foi relator. Além destas leis sugeriu a retirada de uma emenda feita por Carlos Alberto Nascimento e sua substituição pelo urgente estabelecimento no município do serviço de inspeção médica das escolas públicas e particulares, recuando da proposta logo depois. O médico Julio de Novaes discursou contrário à instituição das creches, pois segundo ele, elas impossibilitariam à mulher proletária o exercício da maternidade.

As conclusões de Figueira foram aprovadas em 26 de setembro, a primeira delas unanimemente e as outras seis, com as emendas sugeridas, que, todavia, não modificaram o texto, apenas incorporaram outras propostas de proteção da infância. Os congressistas decidiram pela inclusão da necessidade de criação de maternidades e creches pelo município na cidade do Rio de Janeiro, da fundação de creches nas indústrias pelos seus proprietários, da criação de hospitais exclusivos para crianças e da criação da cadeira autônoma de clínica médica infantil nas faculdades de medicina do país pelo governo federal.

Abordando outra face do problema da infância no país, Souza Bandeira apresentou a tese “Assistência à infância moralmente abandonada. Modificações que se devem fazer na legislação atual”. O texto que foi divulgado na imprensa apresentava em tópicos as propostas de mudanças na assistência a crianças e adolescentes infratoras ou abandonadas (O PAIZ, 03/10/1908, 3).

Para Souza Bandeira (O PAIZ, 03/10/1908: 3) o Estado deveria assumir a centralidade da assistência à infância abandonada. Caberia ao poder público conhecer a situação destas crianças e reunir as informações, prestar assistência direta e fiscalizar a assistência privada.

A fiscalização exercida pelo Estado deveria se estender aos serviços de educação e às indústrias e comércios que empregavam crianças e adolescentes, bem como ao trabalho infantil que se realizava nas ruas.

Crianças abandonadas deveriam ser recolhidas e institucionalizadas. Primeiro em asilos temporários, com objetivo de identificar dados sobre suas famílias, e, para aquelas que não pudessem efetivamente retornar ao convívio familiar, em asilos permanentes. Era necessária uma "rigorosa sindicância" sobre as condições de cuidado a que as crianças estavam submetidas no seio familiar. Somente após esta sindicância as crianças poderiam retornar ao convívio familiar, havendo possibilidade de cuidado. Em caso de impossibilidade, as crianças seriam encaminhadas aos asilos permanentes e se efetivaria, através do Ministério Público, a suspensão ou privação do pátrio poder.

A proteção da infância também envolvia para Bandeira ações de prevenção. Reconhecia que muitos riscos à que se submetiam as crianças eram oriundos do modo de vida

operário, o que impunha a necessidade de o Estado intervir sobre ele. Ou seja, o ambiente em que vivia a classe trabalhadora e seus hábitos, considerados inadequados ao cuidado e educação que as crianças deveriam ter, deveria ser alterado e, para isso, os governantes deveriam estabelecer parâmetros para a educação "moral" das crianças, evitando sua corrupção. O alcoolismo era um dos hábitos mais criticados e deveria ser reprimido. Outra forma de prevenção era o estabelecimento de creches com os objetivos de educar, abrigar e alimentar as crianças enquanto os pais trabalhavam.

No caso das crianças já corrompidas, "delituosas" e "viciosas", caberia ao Estado sua institucionalização e o fornecimento de educação corretiva e profissionalizante. Bandeira afirmava a necessidade de instituir um sistema corretivo que considerasse a criança em sua individualidade, conforme suas idades, amadurecimento e hábitos.

Suas conclusões foram aprovadas em 26 de setembro (REVISTA BRASIL MÉDICO, 1908: 386-388) com a inclusão de emendas propostas por Franco Vaz que ampliavam o escopo de suas ideias como, a indicação de necessidade de regulamentação das idades das crianças e adolescentes e dos tipos e condições de trabalho que poderiam desempenhar e a abolição do recurso comumente utilizado de recolher crianças e adolescentes nas prisões junto aos demais presos adultos (O PAIZ, 27/09/1908: 4).

Como visto no primeiro capítulo, a assistência à infância no Brasil, no final do século XIX já possuía instituições cuja filosofia era a correção das crianças. A Casa de São José e o Asilo de Meninos Desvalidos, a cargo da prefeitura, e a Escola Correccional XV de Novembro constituíam locais para onde deveriam ser levadas crianças e adolescentes pobres abandonadas e infratoras, que por serem pobres requeriam a educação básica, aprender algum ofício e educação moral (MARCÍLIO, 2006: 216).

Sob a tutela de juízes, conforme Marcílio (2006), entre o fim do século XIX e a primeira década do XX, as crianças "perigosas" foram enquadradas em verdadeiras "prisões-modelo" cujas bases de funcionamento associavam educação moral e profissionalizante, objetivando regenerá-las e torna-las elementos úteis à sociedade capitalista.

Para a correção preventiva dos meninos viciosos pelo abandono ou pela má educação familiar – "que forma uma classe perigosa", voltada para o crime – seriam necessárias instituições especiais, "além das de pura caridade", como os "estabelecimentos criados com os nomes de escolas industriais, escolas de reforma, asilos agrícolas ou escolas rurais, na Inglaterra, em diversos Estados da América do Norte, na Bélgica, na Suíça e em outros países, para essa grande obra regeneradora". A base dessas instituições estava no princípio da educação moral e profissional. Esses estabelecimentos deveriam

regenerar os meninos viciosos "pelo gosto da instrução e do trabalho" (MARCÍLIO, 2006: 218).

A questão relacionada a crianças e adolescentes infratores definiu a entrada da justiça no campo da assistência à infância. Preocupados com a criminalidade, os reformistas delimitavam o papel do Estado neste campo ao incumbir os poderes públicos da retirada dos elementos perigosos da sociedade e de reprimir a classe trabalhadora responsabilizada pela falta de educação de seus filhos.

Portanto, a aprovação da tese de Souza Bandeira condizia com os interesses reformistas do período que ressaltavam a responsabilidade do Estado na condução da assistência à infância infratora.

A seção de assistência à infância teve, além das teses oficiais, a Memória relatada pelo vice-presidente da Mesa, o médico Moncorvo Filho, intitulada "O Instituto de Proteção e Assistência à Infância" sobre a instituição de sua propriedade que seria a responsável pelo início da proteção à infância doente, abandonada e pobre no Brasil em 1899 (REVISTA BRASIL MÉDICO, 1908: 354-357).

O IPAI iniciou suas ações em 1901 e diversos membros da sociedade carioca contribuíam para seu funcionamento tendo como base da ideia de salvação da criança a puericultura, ramo da filantropia. O instituto se constituía numa "cruzada político-social" em favor da infância, pelo espraiamento de suas ações de saúde física. Em seu Dispensário Central eram realizados tratamentos médico e cirúrgico de diversas especialidades (REVISTA BRASIL MÉDICO, 1908: 354-357).

Contava com um gabinete de microscopia clínica e de anatomia patológica e com serviços especiais, como ginecologia, acompanhamento da gravidez, do parto e do pós-parto e incubadora para prematuros. Realizava doação de enxoval para o bebê, exames e atestação de amas de leite, doação de roupas e alimentos. O consultório Gota de Leite Dr. Sá Fortes oferecia consultas para lactantes, distribuição de leite esterilizado e orientação de higiene infantil (REVISTA BRASIL MÉDICO, 1908: 354-357).

O IPAI realizava a inspeção de crianças empregadas na Imprensa Nacional e na Casa da Moeda, publicava trabalhos e notícias referentes à assistência à infância através do periódico *Arquivos de Assistência à Infância* e tornara-se centro de formação médica através dos estudos realizados em teses de doutoramento da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (FMRJ). Além disso, contava com o auxílio das Damas de Assistência à Infância e havia inaugurado em 1908 a creche Sr.^a Alfredo Pinto, conforme Moncorvo Filho (1908), "primeira

creche popular" que disponibilizava 10 leitos à infância pobre (REVISTA BRASIL MÉDICO, 1908: 354-357).

O IPAI possuía filiais na Bahia e em Pernambuco e projetava outras em diversos estados do país. Desde sua inauguração em 1901 até 1908 o IPAI havia socorrido 25.387 indivíduos, desses, 12.047 eram crianças. A taxa de mortalidade das crianças atendidas correspondia a 2%. Salientava o médico que "o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro [foi] a primeira obra no gênero [...] procurando, sobretudo, de um modo completo, amparar as crianças da primeira idade" (REVISTA BRASIL MÉDICO, 1908: 354-357).

Muitos congressistas apoiaram a iniciativa do médico na fundação do IPAI, todavia, Figueira reagiu a sua assertiva sobre o IPAI ter sido pioneiro na proteção da infância no país. Para Figueira "a assistência à infância existe desde que os jesuítas tomaram sob sua proteção os filhos dos tamoios, existe desde que socorreu a primeira criança" (JORNAL DO BRASIL: 26/09/1908: 5).

Moncorvo Filho era médico, formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1897, diretor e fundador do Instituto de Proteção e Assistência à Infância (IPAI) do Rio de Janeiro (1899), chefe da seção de pediatria e secretário da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, tendo sido seu diretor em 1901. Era membro titular da Academia Nacional de Medicina, da Sociedade de Medicina e Cirurgia e da Sociedade Brasileira de Pediatria. Participou de diversos congressos, inclusive do IV Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia realizado no Rio de Janeiro em 1900, do 2º Congresso Médico Latino Americano, realizado em Buenos Aires, em 1904, e do IV Congresso Internacional de Assistência Pública e Privada, realizada em Milão em 1906 onde apresentou a memória "Da assistência pública no Rio de Janeiro, particularmente da assistência à infância".

Ao longo de 1908, o IPAI noticiara frequentemente na imprensa diária sua representação no CNAPP e Moncorvo Filho teve, assim como Fernandes Figueira, seu texto publicado na *Revista Brasil Médico* em 1908. A representação do IPAI no CNAPP se constituía de uma numerosa comissão dentre eles o presidente, deputado Serzedelo Corrêa, Moncorvo Filho e Domeque de Barros, respectivamente diretor e subdiretor, médicos e outros profissionais que atuavam no instituto e as senhoras que compunham a Associação das Damas de Assistência à Infância, perfazendo um quantitativo de pelo menos 35 pessoas entre médicos e auxiliares do Dispensário Moncorvo (14), o corpo administrativo (9) e as senhoras de caridade (13).

A composição de membros do IPAI era não somente numerosa, mas influente politicamente, Serzedelo Corrêa foi prefeito do Distrito Federal em 1909, era general do Exército e deputado federal.

Segundo Camara (2013: 57-85), a fundação do Instituto de Proteção e Assistência à Infância no Rio de Janeiro ocorrida em 1899 tinha por objetivos intervir e amparar por meio de medidas eugênicas, preventivas, protetoras e educativas, as crianças pobres, doentes, “defeituosas”, maltratadas e moralmente abandonadas.

No IV Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia realizado no Rio de Janeiro em 1900, Moncorvo Filho ressaltou o dever patriótico e social no cuidado com a criança, com fins de diminuição das taxas de mortalidade infantil a partir da melhoria nas condições de vida, higiene e educação das classes trabalhadoras, e de incidir sobre os problemas de criminalidade, delinquência e vadiagem, sendo atribuída à ordem médica a prescrição de medidas para normalização da cidade e dos indivíduos.

A projeção conferida pelo médico pediatra ao IPAI ressaltava o caráter institucional da assistência à infância no país que funcionava a partir da iniciativa privada recebendo subvenções do poder público, afirmando a necessária relação público-privada promovida pela filantropia durante a Primeira República.

Em acordo com estes pressupostos, diversos congressistas apoiavam o médico na sua concepção de assistência à infância, inclusive aprovando em 02 de outubro de 1908 uma moção em favor do IPAI, apresentada por Nuno de Andrade (O PAIZ, 03/10/1908: 3).

Já vimos no primeiro capítulo que a assistência à infância tem sido tema preponderante na historiografia brasileira, e conforme Rizzini (2006: 1-12) a criança foi, de fato, um instrumento valioso na Primeira República e que deveria ser salva. Esta concepção aparecia nos discursos e práticas voltadas para a infância creditando a proteção das crianças ao futuro da nação.

Desde meados do século XIX a mortalidade infantil tornou-se uma preocupação na sociedade ocidental, mas a institucionalização da proteção à infância se tornou mais acentuada no início do século XX. Aspectos demográficos, sanitários e culturais são constituintes da construção de uma demanda da sociedade em torno da assistência à infância (FREIRE; LEONY, 2011: 199-225).

Se antes essa assistência era pautada pelas ações caritativas, principalmente tomadas pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, neste período esse modelo passa a ser

contestado. Neste sentido, a criança fora tomada como um problema social, cujo significado social se associava então ao projeto que conduziria o Brasil ao ideal de nação.

A articulação entre ciência e filantropia esteve no cerne das propostas de enfrentamento, sobressaindo as de Fernandes Figueira e de Moncorvo Filho, tidos como os maiores defensores da instituição de novas práticas com base em uma visão científica que se construía a partir do poder médico higienista na sociedade.

As preocupações que centravam estas propostas estiveram coadunadas com o movimento internacional em torno da salvação da criança. Neste sentido, a circulação das ideias e de conhecimentos científicos foi fundamental na concretização de uma cruzada pela infância nas primeiras décadas da Primeira República. Este papel é bem desenvolvido por Birn (2007: 677-708) que ressalta sua importância na construção da rede de assistência à saúde no Brasil, em articulação com as redes internacionais, através da troca de ideias e práticas.

Ao mesmo tempo em que as referências francesa e norte americana eram replicadas nos discursos médicos e nas práticas adotadas, as propostas de assistência à infância no Brasil e na América Latina não somente inovavam neste campo como influenciavam os debates e incorporavam novas ações.

Percebemos que a construção destas redes envolvia o intercâmbio e a cooperação de médicos, juízes e filantropos que agenciavam o campo científico, o político e o econômico a partir de instituições e práticas sociais, bem como da imprensa comum ou especializada para divulgação de suas ideias.

Para Marcílio (2006: 191-228) o movimento de institucionalização da assistência à infância pode ser compreendido a partir de sua divisão em três fases distintas que apontavam o recrudescimento das ações da Santa Casa de Misericórdia e a extensão das ações públicas. Passada a primeira fase, vivida até meados do século XIX, caracterizada pelo predomínio das ações de caridade movidas por virtudes religiosas, cujo símbolo era a Roda dos Expostos, vivia-se na Primeira República o domínio da filantropia, que associava saúde, assistência, higiene e poder público. Esta fase se estendeu até a década de 1960, quando o Estado passou a assumir as políticas públicas de assistência.

Como vimos no primeiro capítulo, ainda que a preocupação com a criança fosse o motor das ações modernizantes de médicos e higienistas, bem como de outros profissionais que estiveram envolvidos com a infância, como os advogados e juízes, o discurso sobre a criança era ambíguo, a criança era identificada como perigo e em perigo.

De um lado, o problema da infância era abordado com relação ao papel de destaque dos médicos higienistas que ao proporem inovações neste campo não deixavam de combater as tradicionais formas de assistência existentes. Todavia, apesar de coadunarem sobre a importância de sua intervenção no problema da infância, os médicos em debate indicavam caminhos distintos.

Conforme Sanglard e Gil (2014:63-90), Moncorvo Filho e Fernandes Figueira, por exemplo, apresentavam projetos de puericultura diferentes. Gestores de duas importantes referências da assistência médica à infância do período - Moncorvo Filho no IPAI e Figueira na enfermaria das crianças da Santa Casa de Misericórdia (a partir de 1909 atuou na Policlínica das Crianças) - durante as duas primeiras décadas do século XX, buscavam combater a mortalidade infantil com base na alimentação, mas divergiam em um aspecto central. Enquanto para Figueira o leite materno era primordial e insubstituível, Moncorvo Filho não somente apoiava o recurso ao aleitamento mercenário como realizava ações que o profissionalizavam.

Do outro lado, as propostas de proteção à infância abandonada defendiam, através da associação da justiça com a assistência, um sistema de proteção com legislação própria e ação tutelada pelo Estado, sendo complementada pela filantropia, de modo que, a inserção da Justiça no modelo filantrópico buscou sanear moralmente a sociedade através da assistência ao pobre.

Desse modo, a proteção à infância se dividia em duas direções, não necessariamente opostas, que refletiam duas concepções da infância. De um lado, a criança pobre deveria ser salva pelo perigo que representava, portanto as ações de combate deveriam incidir sobre o meio em que vivia e sobre a cultura dos pais e, de outro, a salvação da criança deveria se dar na primeira infância, quando era a criança quem corria perigo, todavia as ações de proteção também importariam em intervenção no meio, a partir da educação higiênica das mães, por exemplo.

2.4. Assistência externa ou Assistência pelo trabalho

A última seção temática, a de assistência externa, desenvolveu o debate em torno das propostas de assistir os mendigos, identificados como "indigentes validos".

A tese oficial apresentada e debatida foi a de Xavier da Silveira, "Assistência pelo trabalho", cujas conclusões afirmavam que a situação do proletariado deveria ser englobada como um dos problemas da assistência pública e privada por constituir uma consequência direta do desequilíbrio econômico das sociedades modernas (O PAIZ, 24/09/1908: 4).

Aos "indigentes validos", Xavier da Silveira propunha ações de assistência pública e privada em lugar da repressão à mendicância. Como medidas de prevenção, patrões e governantes (municipais e federais) deveriam adotar medidas de regularização de aprendizado profissional técnico com fins de oportunizar aos pobres com capacidade para o trabalho o preparo necessário para desempenharem atividades técnicas exigidas pelo mercado de trabalho, para as quais os pobres em geral não podiam concorrer. Desempregados, o caminho que encontravam para sobreviver era através da mendicância.

Os trabalhadores agrícolas brasileiros também deveriam ser alvo de ações do poder público, e as vantagens e benefícios concedidos aos colonos estrangeiros deveriam ser estendidos a eles. Para Xavier de Almeida as conclusões propostas na sua tese deveriam ser aplicadas aos trabalhadores nacionais e estrangeiros em igualdade de condições.

Outra medida a ser tomada era a facilitação do crédito agrícola, devendo o Estado prestar auxílio na criação de institutos de crédito, baseados no mutualismo. O auxílio seria concedido através do fornecimento de recursos das caixas econômicas entre outros, em forma de adiantamentos com prazos e juros moderados ou por subvenções temporárias.

Além de fomentar o "equilíbrio das forças econômicas" no país, este auxílio tenderia a incentivar o povoamento do solo brasileiro e contribuiria para a formação da individualidade nacional. A assistência pelo trabalho se estenderia também aos povos indígenas com o objetivo de incorporá-los à sociedade.

Mendigos deveriam ser acolhidos em asilo provisório, onde seriam colocados para trabalhar em oficinas da instituição recebendo uma renda eventual oriunda de seus próprios trabalhos. Parte desta renda poderia ser utilizada na manutenção da instituição completada por contribuições de associados e do auxílio dos governos federal, estadual e municipal.

Levantando o debate sobre a situação do proletariado existente no país, Xavier da Silveira reconheceu a vinculação deste cenário de pobreza e desassistência ao

desenvolvimento econômico engendrado no país. As propostas encaminhadas buscaram ampliar a concessão de subsídios estatais às ações privadas de assistência. Por outro lado, discursava em favor da conciliação de classes, a partir do diálogo entre patrões e empregados. E apontava a profissionalização como base das ações de assistência. Não somente indivíduos pobres e desempregados, mas também mendigos e até mesmo índios deveriam ser impulsionados à capacitação ao trabalho.

Conforme apresentado no capítulo 1, as associações mutualistas eram numerosas na cidade do Rio de Janeiro em 1908 e estiveram muito associadas ao crescimento econômico urbano. Conniff (1975) considera que um terço delas se formou no setor secundário e dois terços no terciário. A multiplicação das fábricas e indústrias bem como a intensificação do comércio, dos serviços bancários e do funcionalismo público acabaram por atrair mão de obra.

As greves de trabalhadores representados por associações de trabalhadores na primeira década do século XX gerou reação dos empregadores, que formaram associações para defender seus interesses, porém a reação mais fortemente utilizada era a repressão policial.

Com base em aportes teóricos positivistas e da teoria conservadora católica, a representação de classes ressoava nos discursos em favor da conciliação entre capital e trabalho.

Corporativismo e a legitimação das classes trabalhadoras formaram parte da doutrina positivista, que era moda no Rio durante os anos 1890 e foi mais tarde incorporada ao conservadorismo brasileiro por Alberto Torres. Em seu projeto de 1914 para a reforma constitucional, Torres rogou à representação de classe, o coração da teoria corporativa [...] (CONNIFF, 1975: 120).

Neste sentido, os trabalhadores, representados pelas associações de auxílios mútuos, emergiam na esfera pública e, ao mesmo tempo, a reação repressora ia sendo gradualmente contestada e a busca por soluções de conciliação acabaram por reforçar as representações associativas. As propostas de Xavier da Silveira caminharam neste sentido, ao implicar o Estado na prestação de auxílios a associações mutualistas de proteção do trabalhador, verticalizando a direção dos grupos de interesse, movimento que, foi despertado por Alberto Torres e conduziu as ações conservadoras que levaram Vargas ao poder (CONNIFF, 1975).

Todas as conclusões da tese apresentada por Xavier da Silveira foram aprovadas em 26 de setembro, quando participaram do debate os médicos Josino de Araujo e Esmeraldino Bandeira, o desembargador Ataulfo de Paiva e o conselheiro Nuno de Andrade, que apresentaram emendas, como a determinação da urgente organização, preferencialmente pela

iniciativa privada, da assistência aos ex-prisioneiros e aos indivíduos considerados alienados que estivessem de alta dos hospícios, a fim de propiciar seu retorno à vida social (JORNAL DO BRASIL, 28/09/1908:2).

O CNAPP reuniu propostas que fundamentavam a racionalização da assistência pública no Brasil. Esta racionalização envolvia, primordialmente, o concurso dos poderes públicos na organização e na prestação da assistência, direta e indiretamente.

Como parte do projeto modernizador nacional, a reforma da assistência era proposta pela elite nacional letrada e científica, cujos objetivos se assentavam na afirmação de seu papel na orientação republicana do país. Dirigentes de serviços públicos e privados e propagadores das teorias em voga nos países desenvolvidos da Europa e América do Norte tomaram a direção da reforma.

Ampliando o escopo das reformas urbana e sanitária, Souza Aguiar, prefeito do Distrito Federal, pretendia reformar hábitos e comportamentos "inadequados" através da racionalização de práticas de assistência na cidade que serviriam de modelo para o país como um todo.

O predomínio médico higienista na assistência pública representou reconhecê-la como espaço de ação legítimo da medicina, que procurou atuar sobre a pobreza favorecendo o reconhecimento profissional, fortalecendo a relação entre filantropia e poder público, avançando na especialização da medicina e na laicização das práticas assistenciais.

A justiça se reorganizou no período a partir de seu envolvimento na assistência pública, mais especificamente na assistência à infância. Voltando-se para a situação de abandono das crianças e de associação entre pobreza e criminalidade, juízes e magistrados buscaram atuar na defesa e proteção da infância acionando medidas de regeneração, correção e institucionalização de crianças e adolescentes. Por outro lado, este mesmo propósito levou à institucionalização da condenação dos pais, responsáveis pelo ambiente degradante em que viviam as crianças, à perda do direito de cuidar e educar seus filhos.

Para a organização da assistência, a conclusão a que chegou o congresso foi simplesmente não organizar, uma vez que a única tese nesse quesito – de Ataulfo de Paiva – foi rejeitada. Para além de significar uma limitação na interferência do Estado na ação das associações privadas, significou o esvaziamento do objetivo central do CNAPP, conforme discursara seu presidente durante a sessão de encerramento.

Desapontado, Rocha Faria apenas considerou úteis algumas das sugestões propostas a serem aplicadas pela prefeitura, e lamentou que o CNAPP não tivesse delimitado, de fato, os

limites entre assistência pública e privada. Para ele, era chegado o momento de ter-se afirmada a soberania da assistência pública.

a única, a meu vêr, que se ajusta à concepção de um dever social, e que o é de facto, tão somente exercitada no socorro obrigatório, official, imposto e demarcado pela lei ao Estado. Fóra della, não ha dever sinão benefício privado, caridade livre, espontânea, sob o dominio e direcção de associações e instituições de beneficência, ou sob a iniciativa e impulso de particulares (BRASIL MÉDICO, 1908: 397).

Este lamento não era solitário, ao contrário, era compartilhado por outros reformadores, especialmente por Ataulfo de Paiva, como veremos no capítulo 3 que aborda duas formas de enfrentar o problema da assistência no período em que se realizou o CNAPP.

Capítulo 3. A(s) Reforma(s) da Assistência em 1908

O presente capítulo realiza uma análise da Reforma da Assistência proposta em 1908 no CNAPP, no qual a assistência pública e privada tornou-se arena de disputas de dois projetos, um que norteou a organização do congresso e o outro que definiu as conclusões aprovadas em plenária.

O debate sobre assistência pública e privada contou com o protagonismo do saber médico na assistência médica, hospitalar e de urgência, e na assistência aos alienados e à infância, com enfoque na puericultura. O saber jurídico englobou a assistência à infância abandonada e delituosa e a assistência pelo trabalho.

O objetivo principal de convocação do CNAPP de organizar a assistência de modo a aproximar assistência pública e privada, revelou uma controvérsia.

Conforme o prefeito Souza Aguiar, a assistência pública e privada deveria ser alvo de modernização. Era preciso fornecer-lhe direcionamento com o propósito de reunir os recursos assistenciais existentes e evitar a dispersão dos serviços e benefícios. Os nomes indicados para organizar o CNAPP revelam que, para o prefeito, tratava-se de referências nacionais, plenamente competentes a promoverem o debate em torno da Reforma da Assistência. A proposta do debate é reafirmada uma vez mais no programa delineado e na escolha dos relatores e das teses oficiais. De modo que, a principal discussão era a que organizaria a assistência pública e estabeleceria a aproximação entre a assistência pública e privada.

A modernização da assistência deveria ser encaminhada por bases científicas, o que implicava recorrer a métodos racionais para sua organização e execução. Como forma de organizá-la racionalmente convinha a sistematização das informações sobre seus serviços, estabelecimentos, objetivos, associados e beneficiários. Conhecer e quantificar estes dados tinha o propósito de tornar mais eficaz a prestação da assistência e, ao mesmo tempo, indicar a melhor forma de aplicação de recursos.

Considerando como hipótese fundamental desta dissertação a necessidade de Reforma da Assistência como parte das reformas urbana e sanitária empreendidas na primeira década do século XX na cidade do Rio de Janeiro, ressaltamos que o caráter modernizante constituía anseio da elite nacional como forma de revelar o desenvolvimento do país com objetivos de competir em igualdade de condições no mercado internacional.

A medicina era uma profissão em intenso desenvolvimento no início do século XX, espraiando-se por diversos setores sociais. Médicos ocupavam cargos públicos importantes na

condução e execução dos serviços de assistência pública. Médicos eram pioneiros na fundação de instituições filantrópicas de assistência privada. Médicos eram os profissionais que prestavam a assistência médica e hospitalar na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, principal instituição de assistência da população carioca. O legislativo também era um espaço onde médicos reforçavam o domínio na política brasileira, levantando a bandeira da assistência de interesse da medicina e, portanto foco de reforma. Médicos debateram em amplos setores da sociedade e diversos congressos nacionais e estrangeiros a atribuição da higiene e da assistência, através da diretriz médica, no combate à pobreza.

No CNAPP, médicos como Garfield de Almeida, Rocha Faria, Moncorvo Filho, Fernandes Figueira e Juliano Moreira defenderam em suas teses a reforma da assistência com base na ampliação do Estado republicano, aprovando leis, executando serviços públicos, subsidiando serviços privados e, sobretudo, organizando a assistência pública.

Serviços como a Assistência Judiciária e o Patronato da Infância, criados ou apoiados por advogados e juízes, demonstravam a relação que se estabelecia no período entre justiça e assistência. Protagonistas também dos debates da assistência, advogados e juízes revelavam uma nova configuração do papel da justiça no combate à pobreza.

Ataulfo de Paiva, Xavier da Silveira e Souza Bandeira eram representantes desta configuração e assumiram a assistência à pobreza como ação de justiça. Assim percebida, a Reforma da Assistência tinha por objetivo a centralização da assistência como resposta do Estado. De modo que, o papel central na reforma da assistência deveria ser o do Estado, tanto na organização no âmbito nacional, na administração direta de serviços e na regulação da assistência privada.

Apesar de reconhecer que as teses que conformaram o debate da Reforma da Assistência mantinham aqueles traços em comum, o pleito, também formado por médicos em maioria, juristas e advogados, policiais e outros atores da assistência, apontou divergências importantes.

Não há razões para suspeitar que as divergências entre os projetos tivessem origem na simples distinção entre campos de saber, o jurídico *versus* o médico. Rocha Faria, médico, em seu discurso na sessão de encerramento do CNAPP não deixou dúvidas sobre sua vinculação e fomento ao projeto da assistência como um dever público, defendido pelo jurista Ataulfo de Paiva.

A questão referida aos limites de atribuições a ser pactuada entre sociedade civil e Estado demonstrou que muitos interesses concorriam para as práticas de assistência no país e que sua centralização pelo governo federal não era bem vinda naquele momento.

O CNAPP, especialmente destinado a propor a Reforma da Assistência, exigência do projeto modernizador da capital federal em consonância com as reformas urbana e sanitária levadas a cabo naqueles primeiros anos do século XX, resultou o contrário.

Cabe assinalar as sugestões propostas associadas ao que se tinha na cidade como serviços de assistência e seu funcionamento, conforme consta no primeiro capítulo.

A execução da assistência pública ao não ter sua organização centralizada pelo governo federal ficou a cargo de cada município que estaria responsável pela assistência aos pobres. A assistência privada constituía a outra parte da relação, cujos serviços permaneceriam autônomos em sua organização e funcionamento.

O poder público, municipal e federal, assumiria algumas medidas de assistência à infância (vigilância do leite de vaca e dos estábulos), e a execução de escritórios de registros livres.

O governo federal seria responsável pela assistência aos alienados (ampliação das ações do Hospício Nacional de Alienados, obrigatoriedade do ensino de psiquiatria, criação de hospital urbano para casos agudos, e hospital-colônia em subúrbio com casas higiênicas anexas), fiscalização de instituições de assistência à infância e criação de cadeira autônoma de pediatria, assistência à infância abandonada e/ou infratora (assistência educativa, profissionalizante e moral e asilo, sindicância, associação à Justiça e ao Ministério Público e regulamentação do trabalho infantil) e assistência pelo trabalho (subsídios a associações mutualistas de crédito e asilos temporários para desempregados).

O município seria responsável pela assistência médica de urgência (socorro urgente na via pública e no domicílio), pela assistência hospitalar (criação de um hospital público), assistência médica a doentes crônicos - "incuráveis" - (criação de hospital asilo para doentes mentais, tuberculosos e incuráveis), assistência aos mendigos (ampliação do Asilo São Francisco de Assis), e assistência à infância (criação de creches distritais e maternidades).

A iniciativa privada era estimulada a complementar a assistência aos alienados (instituições asilares para doentes mentais, sociedades de proteção aos de alta), a assistência à infância (creches nas fábricas e indústrias pelos proprietários, instituições de assistência que distribuíssem leite, corporações de proteção à gestante e à puérpera, sociedades maternais, sociedade mútua, construção de sanatórios da gestação, consultas, aconselhamento e exames

gratuitos às gestantes pelas instituições existentes de proteção a infância, associação de pronto socorro às gestantes) e a assistência pelo trabalho (instrução e capacitação profissional pelo patronato, instituições de crédito agrícola, asilos provisórios, instituições de assistência aos ex-prisioneiros e de alienados de alta).

Ressaltamos que, diante deste concerto, duas questões se colocam para a análise. As propostas encaminhadas promoveram a relação de complementariedade entre as esferas pública e privada nas ações de combate à pobreza na assistência. E as reivindicações próprias dos trabalhadores como auxílio em casos de acidentes e doenças, pensão por morte às famílias, sequer foram votadas.

Como apresentado no primeiro capítulo, o governo federal era o responsável pela assistência aos alienados, havia criado a Assistência Médico Legal aos Alienados e o Hospício Nacional de Alienados havia passado por reformas importantes. A ampliação destas reformas era pressuposta pelo diretor da assistência do Hospício Nacional de Alienados, que foi o próprio relator da tese oficial aprovada pelos congressistas, Juliano Moreira.

O governo federal fornecia assistência à infância através de serviços sociopedagógicos em asilos e institutos públicos, mesclando medidas de correção e de capacitação profissional. Ações de regulamentação, fiscalização e vigilância eram postas em prática no período e o fornecimento de subsídios a instituições de assistência era a base da política de assistência.

A proposta de aproximação dos órgãos da Justiça e do Ministério Público à assistência à infância abandonada coincidiu, não aleatoriamente, com a inauguração da aproximação entre justiça e assistência. Esta relação, no entanto, correspondia maior controle do Estado no mundo operário. As ações de sindicância de famílias pobres objetivavam, em última instância, a responsabilização dos pais, maus educadores, pelo abandono e criminalidade cometida pela criança e o adolescente. Esta família seria punida com a perda do direito de educar seu filho e a criança estaria sujeita a institucionalização para receber educação "moral", ou seja, corretiva.

O fomento ao governo federal em autorizar a criação de novas cadeiras médicas nas faculdades conformavam reivindicações da profissão médica para estimular sua especialização e consagrar o saber médico em outros campos da sociedade.

Quanto aos serviços municipais, registramos que a prefeitura do Rio de Janeiro era a executora do serviço de assistência médica de urgência da capital, aliás, este era o principal serviço sob a direção da DGHAP. A proposta de construção de um hospital público na cidade constava nos planos do prefeito Souza Aguiar. A assistência aos mendigos era realizada pelo

município no Asilo São Francisco de Assis. Entrava para a conta do município a assistência aos incuráveis e algumas medidas de assistência à infância através da criação de creches e maternidades.

A assistência caritativa aos pobres, fornecida por entidades leigas vinculadas a cultos religiosos não fez parte das discussões. Não houve menção a sua ampliação ou a um retrocesso. Muito embora, observamos, a cultura asilar fizesse parte das ações destas instituições. Depreendem-se da conclusão aprovada pelo CNAPP em favor da criação de instituições asilares que se estimulava a manutenção daquelas instituições, integrando a assistência aos alienados e a assistência aos desempregados. Assim entendido instituições asilares deveriam estender a cobertura para além das crianças abandonadas e da velhice desamparada.

Sociedades de proteção, instituições de assistência, corporações de proteção sociedades maternas, sociedades mútuas, sanatórios, outros serviços a serem fornecidos por instituições já existentes, associações de pronto socorro, instituições mutualistas de crédito, enfim, associações de auxílios mútuos, beneficentes e filantrópicas estavam sendo chamadas a diversificarem seus serviços com base em seus próprios princípios e diretrizes.

Além disso, o patronato deveria colaborar com a assistência aos seus empregados, através da criação e manutenção de creches e de capacitação e profissionalização de trabalhadores.

A assistência, da forma como ficou resumida pelo CNAPP, entendia como mercedor o pobre sem trabalho. Assim, a assistência médica a ser fornecida pelo poder público municipal e complementada pela caridade e pelas associações privadas englobadas nesta definição deveriam ser públicas no sentido de serem voltadas para os pobres sem qualquer tipo de amparo, inclusive o do trabalho. A assistência ao trabalhador empregado deveria ter sua participação ou ser promovida pelo patronato. A assistência médica a trabalhadores pobres e suas famílias permanecia sendo realizada pelos hospitais da Santa Casa de Misericórdia.

Não foram estabelecidas regras de prestação de assistência nem foram definidas formas de selecionar os beneficiários. As conclusões, ao contrário do que se colocava como cerne do problema, acabaram por fortalecer a relação público-privada já existente.

Era preciso capacitar o trabalhador, a criança e o adolescente pobre para o mercado de trabalho e garantir que as mulheres fizessem parte do mundo do trabalho, todavia, essa necessidade respondia à lógica do trabalho como "salvação" da pobreza e da criminalidade.

Era uma oportunidade fornecida pelo Estado, patronato e elite aos destituídos. A vasta gama de associações de trabalhadores na cidade em busca de proteção e previdência sequer foi debatida. Trabalhadores em emprego formal ou informal, que dependiam de seu trabalho para a sobrevivência sua e de sua família permaneceriam sem providência do Estado ou do patronato nas questões que os afligiam, a ausência de meios de sobrevivência em caso de doença, acidente, morte, invalidez, perda de emprego. Nestes casos, caberia à assistência fornecer hospitais, asilos temporários ou permanentes.

Rocha Faria no discurso de inauguração do CNAPP já havia afirmado que os acidentes de trabalho não faziam parte do rol de modalidades da assistência.

Como instituição permanente administrativa, deve ser amparada na lei que lhe traçará os limites, restringindo-os às justas proporções de seus desígnios utilitários, sem intuídos de "previdência" nem de cooparticipação nos "accidentes do trabalho", os quais se vinculam a clausulas contratuales prestabelecidas e de obrigatoriedade legal, adrede promulgada (O PAIZ, 24/09/1908: 4).

As questões trabalhistas cuja estratégia de superação utilizada pelos trabalhadores era a sua organização em associações de auxílios mútuos não estavam na pauta da reforma da assistência e as dificuldades de organização dos trabalhadores em torno de reivindicações e luta política comum ao mundo do trabalho eram enfrentadas no período por lideranças contrárias ao caráter cooperativo destas associações. Assim é que muitas associações mutualistas tornaram-se órgãos de luta e resistência, no entanto, muitas passaram a associar assistência e resistência (CONNIFF, 1975).

Em que pesem as constantes lutas de trabalhadores durante a primeira década do século XX, Carvalho (1987) afirma que as reivindicações naquele momento representavam mais uma questão de limitação de poder, ou seja, contra abusos de autoridades, ou de interesses corporativos, não sendo questionado, por exemplo, o papel do Estado ou a ilegitimidade da relação entre proprietários e trabalhadores.

3.1. O Projeto Público-Privado

Delineando brevemente como ficou configurada a assistência no CNAPP, passaremos a analisar, a partir de propostas dos dois reformadores sociais influentes no período, Luiz Barbosa e Ataulfo de Paiva, a presença de dois projetos para a assistência, cuja oposição se encontrava no papel do Estado nesse campo de saberes e práticas.

Ambos os reformadores participaram do CNAPP, o primeiro como congressista e o segundo como organizador e relator oficial e escreveram sobre a assistência naquele ano, apresentando o cenário dos serviços de assistência no Rio de Janeiro.

Nascido em Pernambuco em 1870, Luiz Barbosa formou-se na Faculdade Nacional de Medicina, em 1891. Segundo informações da Sociedade Brasileira de Pediatria, Luiz Barbosa atuou em órgãos públicos, assumindo, em 1892, a direção médica do Hospital Jesus e trabalhando com Oswaldo Cruz no combate à febre amarela em 1904. Foi professor de medicina e, em 1908, inaugurou seus primeiros cursos de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil.

Era parte do corpo de médicos do município do Rio de Janeiro, comissário de higiene da Diretoria Geral de Higiene e Assistência Pública (DGHAP) de 1892 a 1904, quando foi convidado pelo governo federal para exercer o cargo de delegado de saúde na 1ª Delegacia de Saúde da Diretoria Geral de Saúde Pública (REVISTA BRASIL MÉDICO, 22/03/1904: 132). O convite foi recebido com entusiasmo pelo médico

Nenhum espírito cheio de fé científica, nenhum coração extreme de sentimentalismos e de affectos, nenhuma consciência enrijada pelo culto do dever e do trabalho me negará a absolvição que me advogo, por haver trocado a tenda silenciosa de actividades retrahidas pelas emoções de uma peleja incandescente, as seducções das vossas homenagens collectivas de estima pessoal por uma missão de sacrificios e de luctas, para o qual sou suggestivamente impellido, não só pelo determinismo técnico que a nossa hygiene official adoptou, como também pela companhia honrosa de uma alma creadora e sólida a que me acorrentam remota amisade e admiração crescente (REVISTA BRASIL MÉDICO, 22/03/1904: 132).

Sendo uma transferência temporária, em 1906 retornou para a Prefeitura e foi nomeado chefe do Posto de Assistência do distrito sanitário da Glória (o primeiro distrito sanitário), da DGHAP.

Como delegado de saúde no período de reforma sanitária, Luiz Barbosa acompanhou de perto as constantes mudanças de direção nos serviços de higiene pública. De início executados pela Prefeitura, foram, durante a gestão de Pereira Passos e com a direção da

Saúde Pública nas mãos de Oswaldo Cruz, sendo transferidas pouco a pouco para a União, desde 1902. Este processo foi impulsionado pelo surgimento de novo critério científico que impunha ações integradas de controle e profilaxia de doenças infectocontagiosas.

Era mister evitar a divisão e multiplicação de responsabilidades técnicas, a predominância de convicções doutrinárias, aliás respeitáveis muitas dellas, que tolhessem ou retardassem os resultados uteis e seguros de um systema prophylactico, que, tornar-se-ia de efeitos muito aleatórios, se porventura tivesse de gyrar "n'um circulo de providências restritivas, com dous agentes de execução, um federal e outro municipal, com dualidade de competência e de orientação, com fraccionamento de attribuições e de intervenções". O rumo adoptado conduzia, pois, à necessidade valiosa de integrar os recursos de aggressão e de defesa num único organismo administrativo, crescesse este ao calor protector da Municipalidade, ou sob o domínio directo do Governo da União (BARBOSA, 1906: 5).

Em 1908, chefe do Posto de Assistência da Glória da DGHAP, Barbosa divulgara os relatórios sobre os serviços realizados pelos comissários de higiene e assistência pública de seu distrito, divididos entre serviços de assistência pública e serviços de higiene municipal.

Tabela 18. Assistência e higiene públicas no distrito da Glória no mês de março de 1908.

Serviços de Assistência Pública	Consultas no posto	49
	Visitas em domicilio	20
	Curativos no posto	7
	Guias para os hospitais	55
	Acidentes na via pública	1
	Acidentes em domicilio	2
	Aplicações de injeções hipodérmicas	11
	Vacinações e revacinações	612
	Atestados de vacina	491
	Requisições de ambulâncias	18
	Notificações de casos de varíola	4
	Serviços de Higiene Municipal	Visitas a estabelecimentos comerciais
Reclamações e denúncias		2
Petições informadas		24

FONTE: O PAIZ, 09/04/1908: 4.

O Posto de Assistência da Glória estava instalado na agência da prefeitura situada na Rua do Catete, n. 152, e funcionava conforme o regulamento de 1907 a partir do serviço de comissários e subcomissários de higiene e assistência pública e com fácil comunicação com o Posto Central de Assistência, situado na Rua Camerino (O PAIZ, 09/04/1908: 4).

Funcionava todos os dias, das 9h às 15h, sendo que nos outros horários o atendimento de socorro poderia ser feito na residência de um dos comissários que residia em frente a ele. As remoções eram feitas em automóveis ambulâncias em conjunto com a Assistência Policial. As visitas aos estabelecimentos comerciais eram para correção sanitária, a fim do cumprimento das posturas municipais em vigor relacionadas aos diversos tipos de estabelecimentos, como quitandas, açougues, estábulos, armazéns, confeitarias, etc., além dos trabalhos realizados nas ruas por vendedores ambulantes.

Ao lado da atuação médica em função pública na área que englobava seu bairro de residência, Botafogo, Luiz Barbosa formara aí também sua clientela particular e iniciou sua atividade filantrópica, através da Policlínica de Botafogo de iniciativa da Sociedade Propagadora de Instrução aos Operários da Lagoa (REVISTA BRASIL MÉDICO, 15/01/1900: 25-26).

Além dos membros da diretoria desta associação, como os médicos José de P. Magalhães Calvet, Alfredo Porto e Candido de Andrade, estavam incluídos na lista de instaladores da Policlínica de Botafogo outros médicos como Sá Ferreira, Guedes de Mello, Candido de Andrade, Oswaldo Cruz, Carlos Eiras, Furquim Werneck, Nerval de Gouveia, Ernani Pinto, Werneck Machado e Luiz Barbosa.

Na ocasião da reunião de instalação da instituição Luiz Barbosa foi nomeado diretor da Policlínica e os médicos que a instalaram fizeram parte do corpo administrativo, inclusive Oswaldo Cruz foi nomeado redator do anuário da instituição junto com o próprio Luiz Barbosa. A Policlínica foi organizada por clínicas especializadas (com dois consultórios cada: médica, pediátrica, obstétrica e ginecológica, dermatológica e sifilígrafa; e com um consultório apenas: cirúrgica, oftalmológica, de moléstias da garganta, nariz e ouvidos, homeopática e de moléstias nervosas), um museu anatomopatológico e um laboratório de bacteriologia, estes dois últimos a cargo do médico Oswaldo Cruz.

Em 1900, publicações na *Revista Brasil Médico* aplaudiam a iniciativa de Barbosa em criar a Policlínica de Botafogo. "Distinto clínico", Luiz Barbosa aliava a classe médica aos interesses da associação da Lagoa a fim de promover uma ação beneficente com instintos

humanitários "análogos aos da Policlínica Geral do Rio de Janeiro", ou mesmo de realizar os intuitos "philanthrópicos e científicos" para os quais os moradores da paróquia da Lagoa eram estimulados a contribuírem na sua ampliação (REVISTA BRASIL MÉDICO, 15/01/1900: 25-26).

A Policlínica de Botafogo foi instalada na Rua Bambina, nº 45 e estiveram presentes na inauguração o arcebispo, o vigário da Lagoa, o vigário geral e o diretor arquiépiscopal, que abençoaram o edifício. O evento articulou a iniciativa de Barbosa às finalidades da Sociedade Propagadora, havendo no mesmo evento a premiação dos alunos, operários daquele bairro, que se destacaram nos estudos oferecidos pela associação através da Escola Noturna. A presidência do evento foi passada para o médico Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo, "decano" da Policlínica Geral do Rio de Janeiro e paraninfo da Policlínica de Botafogo. Representantes da Academia Nacional de Medicina e da Sociedade de Medicina e Cirurgia estiveram presentes (REVISTA BRASIL MÉDICO, 08/08/1900: 265-269).

Luiz Barbosa em seu discurso lembrou bem a vinculação do bairro de Botafogo ao empreendimento:

Abençoada a hora em que o espírito dos médicos de Botafogo sentiu-se tocado por este raio luminoso que, como fita de fogo incandescente, aqueceu a idéa de uma policlínica parochial, fundada para ser o asylo da pobreza do bairro e também o symbolo da alliança imperecível de uma classe, cujas aspirações ainda não sumiram-se no occaso da impiedade e do scepticismo (REVISTA BRASIL MÉDICO, 08/08/1900: 265).

Invocando o espírito cristão aos presentes e enaltecendo o papel missionário do médico, Luiz Barbosa definiu a obra como ideal concebido no duplo interesse da ciência e da humanidade, tal qual a Policlínica Geral do Rio de Janeiro, "tesouro de caridade e ciência", que lhes inspirou. Todavia, a medicina revestia-se ela mesma de uma feição divina:

Singrando os mares das sciencias – a Medicina – sente bater, sobre o seu costado resistentes, ondas alterosas de dúvidas e vacillações. (...) Se SÓCRATES, no dizer de CÍCERO, fez descer a philosophia do Céu e a tornou popular – PASTEUR, na opinião universal, fez a Medicina subir até o empyreo para tornar-se divina (REVISTA BRASIL MÉDICO, 08/08/1900: 268).

Em 1903 Luiz Barbosa discursara na Policlínica de Botafogo em comemoração ao seu triênio em agradecimento à classe médica e à população do distrito da Lagoa a fundação da instituição (REVISTA BRASIL MÉDICO, 15/03/1904: 109-111):

A iniciativa popular, que tem sido até hoje a cristalina fonte do nosso empreendimento, conseguiu n'um concerto harmônico de esforços fazer do nosso ideal modesto o seu culto, a sua idolatria; teceu com fio forte e resistente as malhas em que se apoia a nossa esperança de ver completada a execução de um programma sincero, em cujo topo se distingue, qual foco luminoso, o amor pelo próximo (REVISTA BRASIL MÉDICO, 15/03/1904: 109).

Para Luiz Barbosa, a caridade privada espontânea vinha a ser complementada pela ação dos médicos com espírito filantrópico. Acreditava na missão social do médico e criticava de maneira veemente quem não se alinhava a este preceito, sendo "tão nocivos quanto estes filhos espúrios da classe médica [...] os representantes d'ella" (REVISTA BRASIL MÉDICO, 15/03/1904: 110). Porque além de ignorarem os encargos sociais da medicina aplicavam-na ao sabor de suas razões próprias e de suas autoridades em vez de se apoiarem nas razões científicas. Sem se preocuparem com o rigor e o método científico as fórmulas sincréticas desenvolvidas não compartilhavam nem influenciavam o progresso da Medicina.

Para esses myopes intellectuaes a arte de curar os enfermos é semelhante à manta de retalhos, de variados matizes e extravagantes contornos, de modo a servir o paladar pervertido da clientela e a voraz algibeira de quem a explora!... Sobre as consciencias d'esses réos de polygamia therapeutica, syncretistas de última hora, deve ser projectada a corrente gélida do despreço da classe, que, aliás, não condemna nem confunde com elles a minoria de médicos inteligentes, imbuídos de boa fé científica [...] Aos deste grupo numeroso falta a insignia científica que caracteriza uma geração. Passam pela carreira profissional e pelas posições administrativas sem marcar uma época prolífica, porque o estudo não constitue a obsessão sublime das suas mentalidades, completamente indifferentes aos estadios progressivos da Medicina (...) (REVISTA BRASIL MÉDICO, 15/03/1904: 110).

Ao contrário, Luiz Barbosa aclamava o espírito caridoso e científico das instituições filantrópicas que se formavam na capital federal que reuniam a solidariedade da classe médica em uma coletividade, criando a Policlínica Geral do Rio de Janeiro, a Policlínica de Botafogo, a Liga Brasileira contra a Tuberculose, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância e a Maternidade de Laranjeiras. Neste sentido, estas instituições eram obras coletivas, impessoais, comunicando a impessoalidade própria da ciência.

O programa ideal para Barbosa deveria se completar com a reunião destas instituições impessoais em uma única confederação criando-se um conselho diretor de médicos que as mantivessem autônomas, e que reunissem os favores públicos e a proteção oficial sob pena de não conseguirem, isoladas, realizarem seus programas de caridade e de ciência.

A filantropia médica deveria ser uniformizada em nome do "progresso civilizatório" do espírito humano.

[...] *Policlínica Geral do Rio de Janeiro, Instituto de Assistência e Protecção à Infância, Liga Brasileira contra a Tuberculose, Maternidade de Laranjeiras* e a modesta *Policlínica de Botafogo* têm a mesma envergadura moral, possuem ténues fronteiras, são cambiantes de uma luz únnica, afluentes de um mesmo rio, pétalas de uma mesma flor, aneis de uma mesma cadeia, vertentes de uma mesma montanha, vergontes de uma mesma árvore, cellulas de um único organismo.

Concretizam os princípios nobres do altruísmo de uma classe e precisam reflectir, uniformemente, nos horizontes do mundo médico e no seio da sociedade profana, este desinteresse sobrehumano de que nos deu exemplo sublime o padre ANTONIO VIEIRA (...) (REVISTA BRASIL MÉDICO, 15/03/1904: 111).

Em 1907 a Policlínica de Botafogo publicou, em comemoração ao seu aniversário de sete anos, uma estatística sobre seus serviços prestados.

Tabela 19. Estatística dos serviços realizados pela Policlínica de Botafogo em 1907.

Consultas e operações	Conselheiro Catta Preta e auxiliares Arnaldo Quintella e Julio Mirabeau	6071
Clínica de crianças	Luiz Barbosa e auxiliares Samuel Esnaty e Goyano	1696
Clínica médica de adultos	F. Silveira	1382
Clínica obstétrica e ginecológica	Candido de Andrade e auxiliar A. Pereira	1517
Clínica homeopática	Licínio Cardoso	1673
Clínica de olhos, garganta e nariz	Guedes de Mello	2383
Clínica dermatológica e sifilígrafa	Eduardo Rabello	27
Clínica dentária	F. Eyer, Eurico Costa e Heitor Galvão	603
Serviço de socorro urgente	Curativos	30
Serviço de visitas domiciliares	Othon Pimentel, Samuel Esnaty, Goyano, Arnaldo Quintella, Luiz Barbosa, Candido de Andrade e Penido Burnier	41

FONTE: O PAIZ, 10/06/1907: 2.

Simultaneamente médico a serviço do poder público e de instituição privada, Barbosa reproduzia um procedimento comum à elite nacional. A Policlínica de Botafogo mantinha

consultório do médico Alfredo Porto, que também era inspetor sanitário da 2ª delegacia de saúde da DGSP.

A rede de sociabilidade criada tinha papel importante na abertura de novas oportunidades. Oswaldo Cruz era membro da Policlínica de Botafogo nos primeiros anos de fundação e em 1903 na qualidade de diretor da DGSP fez o convite a Barbosa para integrar o órgão.

Os médicos da Policlínica compunham a elite médica da cidade, além dos exemplos citados, Guedes de Mello era professor substituto da cadeira de oftalmologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e Furquim Werneck havia sido prefeito do Distrito Federal em 1897.

Se, de um lado, a função pública o distinguia como homem público, cuja idoneidade era requerida e autoridade era conferida, a filantropia o definia um benemérito da sociedade, possuidor da virtude humanitária, também muito prestigiada na época. Barbosa atuava nas duas frentes da assistência no período e as encarava de maneira distinta.

Diante do cenário heterogêneo da assistência, Barbosa definiu três grupos de serviços privados: o "religioso", que tinha como instituição principal a Santa Casa de Misericórdia, e algumas outras instituições de caridade com assistência limitada; o das instituições laicas, "civis", que englobava associações que prestavam auxílios mediante contribuição dos associados e associações que proviam ações de previdência; e o das organizações de maior destaque na sociedade carioca, a Policlínica Geral do Rio de Janeiro, a Liga Brasileira contra a Tuberculose, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância, a Maternidade de Laranjeiras e a Policlínica de Botafogo.

Alegando o elevado quantitativo de associações "civis" e sua pequena representatividade individual, Barbosa propôs que esse grupo reunisse seus patrimônios em uma única e grande associação. Para ele as mais importantes associações de auxílios mútuos e de beneficência existentes eram a Associação dos Empregados no Comércio do Rio de Janeiro, a Real e Benemérita Sociedade Portuguesa de Beneficência, a Sociedade Amante da Instrução e o Stranger's Hospital.

Quanto ao grupo de instituições filantrópicas, destacadas na sociedade, Barbosa as definia como ramos especializados da assistência que se completavam reunindo organizações com lugar inequívoco na sociedade carioca, a Policlínica Geral do Rio de Janeiro, a Liga Brasileira contra a Tuberculose, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância, a Maternidade de Laranjeiras e a Policlínica de Botafogo, cada uma delas especializada em

ramos da assistência que atuavam de forma complementar na sociedade, sendo a mais importante a Policlínica de Botafogo (BARBOSA, 1908).

Conformando assim sua proposta de organização da assistência privada pode-se compreender a sua oposição à fiscalização da assistência privada pelo governo federal.

Por outro lado, sua função pública municipal que, como vimos, era baseada na localidade, bem como a da Policlínica, possivelmente influía na sua crítica a centralidade da assistência pública pelo governo federal. Concebia que a assistência pública de competência federal se constituía pelos serviços excepcionais e a assistência pública municipal deveria se voltar para o socorro urgente.

Sua preocupação naquele momento era a necessária delimitação dos órgãos públicos que prestavam serviços de assistência na cidade sobrepostos ou duplicados, gerando consequências negativas como o desperdício de recursos, a sobreposição de atividades e a dificuldade em se distinguir a responsabilidade dos entes governamentais.

Reconhecendo a liderança de Paiva no movimento de Reforma da Assistência e a existência de muitos projetos de mudança na assistência desenvolvidos ao longo daquela década, buscou demonstrar em seu livro a existência de uma assistência pública e uma assistência privada que atendiam as necessidades da população pobre do Rio de Janeiro, apesar de reconhecer limites e apontar alterações.

Na luta contra os sofrimentos phisicos e moraes da humanidade, no socorro aos famintos e aos necessitados, aos que sofrem e aos que precisam, a nação brasileira não teme, por consequência, acareação com outros povos mais cultos e melhor cotados; porque, si estes alardeam organizações mais sumptuosas, se ostentam maior numero de aparelhos de acção, não sabem cumprir melhor, nem com espontaneidade superior, o dever humanitário da proteção aos indigentes e aos enfermos, aos inválidos e aos desalentados (BARBOSA, 1908: 3).

Algumas propostas citadas por ele demonstram a vinculação que mantinham aos dois projetos existentes dos quais falamos e destacavam a preocupação da elite carioca em intervir na assistência.

Naquele ano, o Conselho Municipal teve a apresentação de um projeto do médico e legislador Mendes Tavares propondo a administração da assistência pelo município, regulando as receitas municipais, criando um Conselho Superior, disseminando diferentes serviços de socorro às mães proletárias, aos recém-nascidos, à infância moral e materialmente abandonada, aos velhos, aos indigentes, aos enfermos e aos atropelados. E o prefeito Souza Aguiar apresentara a convocação do Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada

(CNAPP) com objetivo de elaborar um plano completo de organização administrativa da assistência.

Em 1904, a *Revista Médica de São Paulo* publicou um projeto do médico Jaime Silvado, que propunha a execução de um serviço de socorro domiciliário e hospitalar pelo município, socorro esse que teria sua organização a partir de um dispensário central e outros periféricos, contando com hospitais para doenças comuns, hospitais para doenças infectocontagiosas, maternidade e hospícios (distinguindo-se os inválidos, convalescentes, crianças e incuráveis).

Em 1905, a Câmara dos Deputados através de uma Comissão Especial que teve por subsídio as propostas do médico Moncorvo Filho de criação de uma Repartição de Beneficência Pública no Distrito Federal que deveria atuar através de um Conselho Consultivo que estabeleceria acordo entre o Ministério da Justiça e Negócios Interiores e as associações particulares, fundar postos médico-cirúrgicos e organizar o socorro de extrema urgência.

Apenas resgatando estas quatro propostas mencionadas por Barbosa (1908), observamos que os reformadores estavam divididos entre os dois projetos. Assim também, a rejeição da tese de Paiva foi corolária desta oposição.

3.2. O Projeto da Assistência Pública

Ataulfo de Paiva era jurista e desembargador e propagador de uma concepção sobre assistência assentada na necessidade de reforma. Suas ideias, divulgadas na imprensa durante as primeiras décadas do século XX, foram publicadas em livros em 1916 (VISCARDI, 2011) e em 1922 (BRASIL, 1922), e em relatórios da Comissão Especial de História e Estatística da Assistência Pública e Privada (PREFEITURA DO DISTRITO FEDERAL, 1918).

Foi nomeado para organizar o CNAPP pelo prefeito Souza Aguiar e escolhido relator da tese sobre a organização da assistência pública e sua aliança com a assistência privada no Brasil.

Outros reformistas do período confirmavam sua ativa participação na defesa de mudanças na assistência pública e privada no início do século XX. Moncorvo Filho, por exemplo, em 1903 afirmava que Paiva era o precursor do movimento em torno da reforma da assistência no país (ARCHIVOS DE ASSISTÊNCIA A INFÂNCIA, 1903; 102-128). Condenando a situação da assistência no período, era adepto da ideia do juiz de fundar o Ofício Central de Beneficência, com objetivo de orientar e fiscalizar os serviços de assistência, de modo a atender as necessidades da ciência e da filantropia.

Assim como o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro se impunha, a do Offício Central de Beneficência também representa uma necessidade impreterível.

Todos os modernos cientistas e filantropos estão hoje accórdes em que a caridade só pode ser eficaz mediante preceitos e regras que não podem ser desprezados ou mal executados (ARCHIVOS DE ASSISTÊNCIA A INFÂNCIA, 1903: 109).

A poucos dias de inaugurar o CNAPP um colaborador do jornal *O Paiz*, reconhecendo o papel de destaque de Paiva na organização da assistência brasileira, opinava:

Reune-se por estes dias o congresso nacional de assistência pública e privada do Rio de Janeiro. O Dr. Ataulpho Napolés de Paiva deve estar jubiloso, pois que obteve o mais brilhante successo a generosa campanha que feriu sósinho, e pela qual se foram pouco a pouco interessando todos os homens que neste paiz pensam e sentem (O PAIZ, 20/09/1908: 2).

O deputado Paulino Junior, em 1908, apoiando as propostas defendidas por Paiva, apresentou um projeto de organização de assistência pública na Câmara dos Deputados que deveria ser instituído pelo governo federal. O jornal *O Paiz* ressaltou neste projeto a integralidade das ideias de Paiva.

sr. Ataulpho [que] bate-se, desde muito, pela necessidade impreterível de – canalizar - a beneficência, em ordem a captar todos os esforços perdidos da compassividade privada, colhendo-os num reservatório official, de onde sejam mandados, por conducias de distribuição conveniente, a mitigar os soffrimentos, supprir meios de vida aos indigentes, defender os pronunciados, amparar os menores, soccorrer as mulheres grávidas, nutrir os velhos e curar as vítimas dos accidentes de rua (O PAIZ, 30/07/1908: 1).

Segundo o mesmo jornal, as ideias de Paiva, defendidas por longos anos, foram adotadas pelo prefeito Souza Aguiar em sua gestão e originaram a convocação do CNAPP. Assim, sua tese era a que lançaria as bases da organização da assistência pública e privada (O PAIZ, 08/06/1908: 1).

Textos e artigos de Paiva, relacionados à assistência pública e privada, foram reunidos na publicação de 1922, de autoria do governo federal e que fez parte das comemorações do Centenário da Independência do Brasil. A obra se constituía de informações estatísticas levantadas por Paiva em 1912 - por encomenda da prefeitura de Bento Ribeiro e que foi entregue em 1914 – e de levantamentos permanentes realizados desde 1914, quando diretor da Comissão Especial de História e Estatística da Assistência Pública e Privada da Prefeitura do Distrito Federal (BRASIL, 1922).

Ataulfo de Paiva reconhecia a assistência pública e privada como um problema a ser enfrentado de maneira metódica e regular com base nas propostas recomendadas pelos primeiros congressos internacionais de assistência (1900, 1903 e 1906) dos quais participou e que o inspiraram em sua proposta de Reforma da Assistência no Brasil (BRASIL, 1922).

Afirmando a necessária sistematização de informações dos estabelecimentos de assistência como pedra fundamental para organizar a assistência no Distrito Federal reconhecia a predominância do método científico, tarefa que, todavia, deveria ser centralizada para ser uniforme. Uma instituição central e autônoma deveria ser erguida para estabelecer uma reforma da assistência pública e privada e possibilitar a prestação de serviços necessários de maneira regular e metódica.

Para ele a reforma da assistência era uma necessidade de toda a sociedade.

Accesa intensamente a campanha denunciadora da necessidade de se traduzir, entre nós, em normas hodiernas o exercício da assistência social, reclamava-se uma reforma ampla, radical e profunda nas nossas manifestações sentimentais, que não eram pequenas, mas viviam resumidas em configurações primitivas, sinceras nas suas espontâneas expansões, mas sem deducção systematica e sem inducção filosófica (BRASIL, 1922: IX).

Afirmando a existência de "confusão" e indistinção dos serviços assistenciais e o desinteresse público em buscar soluções de previdência e de prevenção para a população,

propunha a racionalização da assistência. Esta racionalização passava principalmente pela definição clara das atribuições devidas à assistência pública, visto que, ante a inexistência de leis racionais representativas, o enfrentamento dos problemas sociais se dava, em grande medida, pela repressão policial (BRASIL, 1922: X).

Neste sentido, com o decreto nº 441 de 26/06/1903, o então prefeito do Distrito Federal Pereira Passos não somente instruía sobre a reforma sanitária como ampliava esta reforma para o campo da assistência. O decreto determinava, em seu artigo 2º a organização da estatística geral de todos os estabelecimentos e instituições de caridade e de assistência, públicos e privados, e criava o Ofício Geral de Assistência para sistematização dos socorros públicos e privados no Rio de Janeiro.

Apesar da esterilidade destas medidas até 1908, para Paiva, elas demonstraram que a assistência deveria ser reorganizada ao passo em que se reformava a saúde pública na capital federal. No mesmo ano, Paiva apresentou o projeto de lei de sua autoria que propôs a Reforma da Assistência pelo governo federal, embora apreciado pelo presidente da República, foi rejeitado pelo congresso nacional (BRASIL, 1922).

A reforma sanitária arquitetada e executada em conjunto com a reforma urbana definiu a emergência de um órgão federal responsável pela Saúde Pública, a DGSP enquanto que a Assistência permaneceu vinculada ao governo municipal, englobada pela DGHAP.

O entendimento de Paiva era o de que, assim como a Saúde Pública, a Assistência Pública deveria, com a reforma, integrar o governo federal, uma vez que representava uma necessidade de todo o país da mesma forma que a Saúde Pública (BRASIL, 1922)

A Reforma da Assistência deveria unificar os serviços de assistência pública sob a responsabilidade do governo federal, criando-se uma Diretoria Geral de Assistência Pública que administraria e executaria a assistência pública a nível nacional e fiscalizaria a assistência privada através da criação do Ofício Geral de Assistência, reunindo todas as instituições privadas a fim de racionalizar suas ações na sociedade.

Luiz Barbosa e Ataulfo de Paiva se posicionavam de maneira oposta com relação à liderança da reorganização da assistência pública e privada no país. A intervenção federal na assistência do Distrito Federal, proposta por Paiva, foi duramente criticada por Barbosa que além de desnecessária, por existir uma organização da assistência na cidade, retirava do governo municipal uma atribuição que lhe era devida. Ao criticar a proposta de criação do Ofício Geral de Assistência apresentada por Paiva, Barbosa expôs seu alinhamento a uma visão do Estado liberal, intervindo na sociedade apenas nos casos de calamidade e de

urgência. Além disso, sua visão republicana também fazia referência ao pacto federativo, cabendo a execução de encargos da cidade ao seu gestor (BARBOSA, 1908).

Outro fator relevante na oposição de Barbosa ao projeto de Paiva consistia na existência de um órgão administrativo no Distrito Federal de responsabilidade do governo municipal na direção da assistência pública, a Diretoria Geral de Higiene e Assistência Pública (DGHAP). A criação de outro órgão com a mesma função na cidade do Rio de Janeiro, porém de responsabilidade do governo federal era despropositada e causaria mais dificuldades na prestação da assistência, pois levaria a maior duplicidade de ações, sobreposição de tarefas e, conseqüentemente, mais confusão na assistência (BARBOSA, 1908).

Barbosa (1908) defendia uma interferência estatal na assistência privada limitada, como simples sindicância do modo como a esmola devia ser aplicada, visando o recenseamento e a classificação dos indigentes autênticos, com a perseguição imediata dos falsos, que procurasse ainda acautelar o patrimônio de todas as associações.

A filantropia deveria se encarregar de habilitar o governo nas providências a serem tomadas no campo da assistência. O Ofício de Assistência deveria ser instalado pelo governo municipal, todavia, deveria ser gerido por uma composição mista em paridade de participação de membros do governo e da iniciativa privada. Deveriam dirigir o órgão, membros proeminentes do governo municipal e os membros das principais associações privadas, conforme identificado acima.

O Officio Central, estribado em bases tão desinteressadas, num paiz onde há tanta gente disposta a cuidar da pobreza, sem ambições de premio, acumularia em suas mãos, dentro de breve tempo, com exemplar desprendimento, a força indispensável ao seu papel de intangível fiscal e de diretor futuro, de órgão instructivo e de fator deliberativo, em synthese, de instrumento regulador de todas as dificuldades que, sobre o assumpto da sua privativa competência, surgissem, porventura, no progredir incessante das cogitações caridosas da nossa nacionalidade (BARBOSA, 1908: 108-109).

Paiva formulava sua tese seguindo outra direção (1922: 48-64). Influenciado pelas experiências francesas proclamara que o amparo aos grupos sociais mais fracos era dever da sociedade. Neste sentido, caberia aos cidadãos ativos a proteção aos isentos de proteção e de meios próprios de realizá-la. Por exemplo, a proteção à criança deveria evitar sua morte prematura, a enfermidade e a corrupção moral. A responsabilidade sobre a infância deveria ser assumida pelo Estado. O Estado era o representante máximo da solidariedade social e, por

isso, a extensão do direito da infância abandonada somente se realizaria sob a proteção do Estado.

A necessidade de reconfiguração da assistência à infância abandonada se fazia pelas novas estratégias de intervenção da assistência em desenvolvimento na Europa. As alterações se davam no campo da educação com a condenação do recurso à repressão pela sociedade, no campo da justiça, com a instituição do pátrio poder e nos estudos psico-sociológicos sobre criminalidade que passavam a associar a educação moral e social à criminalidade entre crianças e adolescentes.

Estava claro, para Ataulfo de Paiva, que a Reforma da Assistência proposta para o Brasil naquele período acompanhava o desenvolvimento em curso de reformas da assistência em diversos países europeus. E eram, sobretudo, as ideias francesas que predominavam na reconfiguração da assistência à infância. A situação da assistência à infância no país era lastimável:

Mais uma vez havemos de confessar, desolados, que, sem embargo da acção de profissionais ilustres, que pelo estudo e pelo esforço pessoal têm praticado e tornado conhecidos no paiz aquelles methodos scientificos, universalmente consagrados, não póde ser mais precária nem mais lamentável a nossa situação. O abandono da criança na sua primeira idade é cousa que, entre nós, causa lastima referir e comentar (BRASIL, 1922: 14).

A Reforma da Assistência não se restringia à assistência à infância, apesar de sua primazia no estabelecimento de novo método. Deveriam ser organizadas de forma racional as assistências à infância – sob o duplo aspecto da puericultura e do abandono -, à velhice, à mulher, aos desempregados e mendigos, à saúde - domiciliar e hospitalar -, aos alienados, aos tuberculosos, às vítimas de acidentes de trabalho, aos sífilíticos, ao alcoolismo e aos leprosos.

Enquanto faces da assistência, as modalidades destacadas por Paiva consubstanciavam uma única assistência, que para uma nova configuração exigiam mudanças na relação entre quem fornecia o serviço e quem era digno de recebê-lo. Mudanças que implicavam compreender a assistência um direito e não uma caridade.

O princípio, como referiu com muita felicidade o Senador Martin, repousa sobre a idéa fundamental de que a assistência aos velhos, aos enfermos e aos incuráveis constitue, não um simples beneficio da collectividade, mas o cumprimento de uma obrigação positiva. Aquelle que reclama essa assistência, justificando as condições legaes, está armado de um direito verdadeiro, cujo exercício deve ser garantido. Não é à caridade que se faz apelo. É à Justiça, que, na sua nova concepção, não se prende propriamente à antiga doutrina, que fazia da beneficência pública uma virtude voluntária,

espontânea nas suas manifestações, soberana nos seus actos, escolhendo livremente os seus pobres e os seus protegidos (BRASIL, 1922: 16).

Recorrendo à produção teórica em voga na Europa, Ataulfo de Paiva associava sua proposta aos pensamentos de Marion, Durkheim, Charles Secrétan, Gide e Jean Izoulet para quem a solidariedade enquanto fenômeno social promovia a afirmação dos preceitos de dignidade individual, autonomia e respeito da personalidade humana desde a antiguidade clássica.

Viscardi (2011) assinala a vinculação das ideias do jurista aos ideais republicanos divulgados na Europa, principalmente na França. Por ter participado de diversos congressos internacionais sobre a assistência pública e privada ele detinha um conhecimento vasto sobre o assunto e buscava reproduzir muitas das experiências internacionais no Brasil.

Ataulfo de Paiva entendia que o papel limitado do Estado ao combate das epidemias e à difusão de preceitos higiênicos fomentava o princípio da discriminação da caridade, retomando ideias do período medieval comuns em vários países da Europa que discerniam entre o bom e o mau pobre, através da realização de inquéritos sobre a situação material e moral dos mendigos e de visitas domiciliares.

A sua proposta publicada em livro de 1916, conforme Viscardi (2011) apresentava a filantropia jurídica aplicada à assistência metódica. A reforma da assistência estaria vinculada ao cientificismo, a laicização, às teorias raciais e ao saber jurídico. Inspirado em dois exemplos principais, o exemplo inglês da Charity Organization Society e o exemplo francês do Ofício Geral das Obras de Beneficência de Paris, o caminho percorrido por ele, apesar disso, o afastava da tendência do Estado mínimo, ao conceber a assistência direito do cidadão e dever do Estado.

Assim, Viscardi (2011) considera que nas duas primeiras décadas do século XX era consenso entre os reformadores que a assistência pública e a assistência privada deveriam coexistir e a ação do Estado deveria ser mais efetiva. Todos os reformadores se inspiravam em modelos europeus e estavam conectados às mudanças ocorridas no século XIX.

O diagnóstico apresentado por todos eles, sem exceção, é o de que a assistência aos pobres era desorganizada, insuficiente e distorcida. O remédio sugerido passava por sua organização metódica, ampliação do socorro às vítimas e pela discriminação dos pobres merecedores e não merecedores de amparo (VISCARDI, 2011: 195).

De fato, se observa que na disputa entre dois projetos distintos de assistência para o país na primeira década do século XX, o CNAPP, marco desta disputa, fez prevalecer a

relação entre assistência pública e privada com base na complementariedade das ações, na ampliação dos serviços de assistência e do papel do Estado na regulação, fiscalização e execução de algumas das modalidades da assistência. A forma pela qual a assistência pública e a assistência privada deveriam coexistir não revelava um consenso entre os reformadores.

O período analisado consistia em transição para a modernidade capitalista, na qual se revelava as ambiguidades apresentadas pelos reformadores, que tanto percebiam a pobreza como fenômeno social quanto natural ou moral. Apesar dos desejos de instauração de nova relação entre Estado e pobreza, os reformadores reconheciam que o tamanho e a escassez de recursos do país e a prevalência do ideário liberal impunham limites ao Estado.

Considerações Finais

A busca por organização e uniformização estava em pauta nas primeiras décadas da Primeira República em todos os âmbitos da sociedade. Como parte das reformas empreendidas no período, notadamente a Reforma Urbana e a Reforma Sanitária, a Reforma da Assistência teve seu marco na realização do Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada em 1908, primeiro congresso científico a discutir a assistência brasileira, convocado pela Prefeitura do Distrito Federal, embora congregando delegados e representantes dos estados da federação.

Em 1908 já existiam diversas propostas de organização da assistência em debate na sociedade brasileira concorrendo para a delimitação de responsabilidades na administração dos serviços e na uniformidade da oferta. A necessidade de sistematização de dados, por exemplo, já havia impulsionado a criação do 1º Ofício de Registros de Títulos e Documentos do Rio de Janeiro em 1903, com a conseqüente criação de um segundo em 1923, conforme Fonseca (2008). Buscando regular o registro de títulos e documentos, o ofício deveria servir como reconhecimento formal para sociedades civis, que antes, ou não possuíam personalidade jurídica ou a conseguiam de acordo com a Lei nº 173, de 10/09/1893, que determinava a efetivação do registro em livro especial a cargo do oficial do registro de hipotecas (FONSECA, 2008).

Por outro lado, a renovação urbana empreendida nos anos iniciais do século XX implicou mudanças no aparelho burocrático do Estado, ampliando suas ações no que tange o controle do espaço urbano, através da criação de instituições públicas, dispositivos legais e novas relações jurídicas. Para Hochman e Fonseca (1999) neste período viveu-se o primeiro período do movimento sanitarista, de 1903 a 1909, cuja necessidade de reforma consistia em solucionar problemas que afetavam o comércio internacional por conta das péssimas condições sanitárias da capital federal. Como consequência das alterações jurídicas, o período se caracterizou pelo aumento do poder das autoridades sanitárias em amplas esferas da sociedade.

Para a medicina isso é bem claro no sentido de se verificar nesse período a ampliação das cadeiras de ensino nas faculdades e a inclusão de práticas assistenciais diferenciadas. Com relação à justiça, desde a instauração da República, o reordenamento jurídico se impôs a fim de dar condições ao federalismo e na regulamentação das diversas ações e práticas sociais

republicanas. O novo ordenamento jurídico passou também pela expansão da justiça no atendimento de demandas sociais a partir da laicização da assistência.

A educação estava em plena reforma de seu campo teórico assumindo as concepções psicossociais que enalteciam a instrução na reforma social empreendida. As elites nacionais passaram a considerar aspectos sociais do cotidiano na organização social, política e econômica. As concepções de pobreza e de infância tornavam-se elementos pelos quais muitos reformadores sociais se debatiam. As práticas sociais sob tais concepções eram, assim, exemplos por si mesmas das intenções dos seus criadores.

O médico Luiz Barbosa publicou, em 1908, o resultado de uma pesquisa sobre os serviços de assistência existentes na capital federal, agregando o trabalho anterior realizado pelo jornalista Ferreira da Rosa. Enquanto a sistematização deste último foi fruto de encomenda da Prefeitura de Pereira Passos, a busca pelos dados se justificava, para Barbosa, na defesa que fazia da assistência privada, especificamente da filantropia, na condução autônoma de seus serviços prestados à população pobre.

Refutando a ideia de falta de organização e de ineficiência da assistência privada, Luiz Barbosa se posicionou contrário a um movimento existente de busca por reforma da assistência, e reconhecia neste a atuação proeminente do jurista Ataulfo de Paiva. Em trincheiras opostas, os reformistas assumiram concepções diferentes que basearam as propostas de reforma da assistência no período.

O CNAPP foi sem sombra de dúvida uma arena de disputas entre dois projetos distintos de sociedade, ainda que a temática discutida fosse à assistência. Sob os auspícios da ciência, da racionalidade e da modernização das instituições e práticas na assistência, bem como na saúde e na educação, campos interligados ainda, esteve no centro da disputa o projeto de República das elites.

O Rio de Janeiro como centro decisório e político estava clivado de interesses das diversas filiações políticas do país, muitas delas defensoras da iniciativa privada como executora da assistência aos pobres, baseada em princípios de virtude e dever cívico e/ou humanitário. Por outro lado, a mudança de regime político aliada às ações saneadoras e de embelezamento da cidade e emergência do conflito entre trabalhadores e patronato incluíam na agenda de governo uma revisão nas formas de assistir a pobreza. Muitos membros da elite apoiavam-se em experiências internacionais e em aportes científicos que preconizavam, ao contrário, uma maior ampliação do papel do Estado na esfera social.

Neste sentido, cabe considerar que o reformismo que caracterizou o período se estendeu ao longo da Primeira República e implicou na criação de redes de sociabilidade pelos reformistas sociais que, ao lado de sua atuação profissional em consultórios ou escritórios, exerciam funções públicas, muitos na gestão dos serviços ora desenvolvidos pelos órgãos recentemente criados, atuavam na esfera privada de assistência à pobreza, divulgavam estas ações, públicas e privadas em revistas e jornais com os quais colaboravam ou dos quais eram diretores, sócios ou redatores, e, por fim, ocupavam cadeiras na esfera legislativa estendendo a disputa das práticas sociais ao campo legal.

Como mencionado no segundo capítulo, membros da elite dos estados participaram da organização e da realização do CNAPP, nas funções de Delegados Oficiais e de Representantes de cada estado.

Considerando estes membros organizadores do CNAPP no âmbito nacional, ressaltamos brevemente algumas redes das quais participavam e que podem ter determinado a escolha de seus nomes para compor o congresso. No caso dos Delegados Oficiais, a escolha foi efetuada pelos governadores dos estados e os Representantes foram escolhidos pela Comissão Organizadora do CNAPP.

Ressaltamos que as informações sobre os nomes dos Delegados e Representantes foram coletadas em jornais de 1908, através de pesquisa realizada na Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional, conforme registrado no segundo capítulo, mas as informações concernentes às funções e profissões dos mesmos foram pesquisadas na Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional em fontes diversas, como Almanack Laemmert, por exemplo, e também em verbetes do CPDOC, da ANM, da ABL, entre outros. De modo que, alguns personagens podem ter desempenhado outras funções não verificadas neste trabalho. O intuito aqui é perceber brevemente a importância das redes estabelecidas pelos reformadores sociais que podem ter influenciado na conformação do resultado do CNAPP. Portanto, esta discussão é apenas uma tentativa de aproximação com o debate realizado, podendo ser aprofundado em pesquisas futuras.

Tabela 20. Delegados Oficiais do CNAPP

	Nome	Estado	Profissão
1	Alfredo Augusto da Mata	Amazonas	Médico
2	Álvaro da Silva Rego	Alagoas	Médico
3	Artur Palmeira Ripper	São Paulo	Médico
4	Diogo Fernandes Álvares Fortuna	Rio Grande do Sul	Médico
5	Gil Goulart Filho	Espírito Santo	Médico
6	João Paulo da Silva Britto	Piauí	Médico
7	Joviniano Joaquim de Carvalho	Sergipe	Médico
8	Pedro Augusto Borges	Ceará	Médico
9	Teófilo de Almeida Torres	Rio de Janeiro	Médico
10	Estácio de Albuquerque Coimbra	Pernambuco	Advogado
11	José Maria Metello	Mato Grosso	Advogado
12	José Xavier de Almeida	Goiás	Advogado
13	Josino Alcântara de Araújo	Minas Gerais	Advogado
14	Manuel de Alencar Guimarães	Paraná	Advogado
15	Lauro Severiano Muller	Santa Catarina	Engenheiro

FONTE: O PAIZ, 20/09/1908: 3; 22/09/1908: 3.

Foram eleitos 15 Delegados Oficiais pelos governadores, dentre eles nove (9) eram médicos, cinco (5), advogados e um engenheiro. Uma maioria ocupara cadeira no poder legislativo do país, seja como Deputados Federais (10) e Senadores (2), sendo que muitos foram ainda Deputados Estaduais ou Constituintes, e possuíram duas candidaturas em vigência num mesmo período. Deste quantitativo de políticos (12), seis (6) eram médicos, cinco (5) médicos e o único engenheiro.

Alguma função pública era exercida por dez (10) destes Delegados, algumas vezes mais de uma função na prestação ou na administração de serviços públicos. Cinco (5) médicos atuavam no serviço público, três (3) em serviços da Saúde e dois (2) no Exército, de quatro (4) advogados, três (3) eram juízes e um foi Secretário de governo e o engenheiro era do Exército.

Dos que exerciam atividade política, oito (8) também atuavam em serviços públicos, três (3) médicos, quatro (4) advogados e o único engenheiro.

Alguns Delegados tinham ainda atuação em instituições privadas ou eram membros de associações, cinco (5) no total.

Tabela 21. Representantes da Comissão Organizadora do CNAPP.

	Nome	Estado	Profissão
1	Affonso Moreira de Loyola Barata	Rio Grande do Norte	Médico
2	Alfredo Thomé de Britto	Bahia	Médico
3	Antônio Gomes Aguirre	Espírito Santo	Médico
4	Barão de Studart	Ceará	Historiador
5	Bonifácio Ferreira de Carvalho	Piauí	Médico
6	Cícero Ribeiro Ferreira Rodrigues	Minas Gerais	Médico
7	Eduardo Augusto de Menezes	Minas Gerais	Médico
8	Francisco Carneiro Nobre de Lacerda	Sergipe	Advogado
9	Francisco Joaquim Ferreira Nina	Maranhão	Médico
10	Geminiano de Lyra Castro	Pará	Médico
11	João de Morais Mattos	Mato Grosso	Advogado
12	João Batista de Sá Andrade	Paraíba	Médico
13	João Goulart de Andrade	Goiás	Advogado
14	José Antônio de Figueiredo Rodrigues	Amazonas	Médico
15	Luiz Antônio Ferreira Gualberto	Santa Catarina	Médico
16	Luiz Tavares de Macedo Junior	Rio de Janeiro	Médico
17	Manoel Ignácio Carvalho de Mendonça	Paraná	Advogado
18	Octávio de Freitas	Pernambuco	Médico
19	Olinto de Oliveira	Rio Grande do Sul	Médico
20	Oscar Freire de Carvalho	Bahia	Médico
21	Victor Godinho	São Paulo	Médico
22	Álvaro da Silva Rego	Alagoas	Médico

FONTE: O PAIZ, 07/06/1908: 3.

Quanto aos Representantes foram 22 no total, 17 médicos, quatro (4) advogados e um historiador. Nove (9) seguiam carreira política, entre Deputados, Senadores, Governadores e Vice-Governadores, alguns com mais de uma cadeira legislativa.

A maioria atuava na prestação ou administração de serviços públicos (19), sendo quatro (4) vinculados ao Exército, dois (2) da Higiene Pública, quatro (4) da Saúde Pública, cinco (5) professores em faculdades e quatro (4) eram juizes. Os quatro (4) membros do Exército também ocuparam cargos em outros serviços públicos (um deles na Higiene Pública e na Saúde; dois, na Saúde; e um na Saúde e também foi Ministro). Dos dois (2) da Higiene Pública, um também era da Saúde. E dos da Saúde, um teve pelo menos dois cargos e um era professor.

Atuavam na esfera privada doze (12) Representantes, sendo três (3) membros de Associação Educativa ou Cultural, três (3) como membros de Instituições de Caridade, cinco (5) como profissionais em Instituições de Caridade e dois (2) como membros de Revistas ou jornais. Um representante membro de Instituição de Caridade era membro também de Associação Educativa ou Cultural, outro era também membro de associação educativa ou cultural e de Revista e um era membro de duas instituições de caridade.

De modo que, os Delegados Oficiais eram compostos de 60% médicos, 33% advogados e 7% outra profissão (engenheiro). E os Representantes, 77% eram médicos, 18% advogados e 5% outra profissão (historiador). A maioria dos membros era de médicos, seguida de advogados, havendo apenas dois membros de outra profissão.

Em termos percentuais, dos eleitos pelo poder executivo de cada estado 80% possuíam carreira política, 67% exerciam alguma atividade pública e 33% atuavam na esfera privada. Dos membros nomeados pela Comissão Organizadora do CNAPP, 41% participaram do legislativo, 86% atuavam em órgãos públicos e 55% na iniciativa privada.

É interessante observar que os membros do legislativo, embora de outros estados brasileiros, compunham a elite residente no Rio de Janeiro, então Distrito Federal, sede do poder legislativo nacional.

Observamos que a maioria dos eleitos pelos estados esteve ocupando cargos políticos, cuja presença no CNAPP poderia permitir a consideração por este âmbito das propostas ali defendidas. Com relação aos representantes da Comissão Organizadora do CNAPP nos estados destaca-se uma maioria de membros de serviço público e um grande número de membros da esfera privada em face da atuação política, o que pode revelar o esforço dos

prestadores ou administradores dos serviços de assistência em congregar propostas e debatê-las.

Conforme o capítulo 3, uma das questões que mais influenciaram os debates estava relacionada à gestão do sistema de poder, o poder público compartilhado ou disputado entre os entes federais, mais precisamente entre município e União, notadamente, no Distrito Federal.

Muitas vezes referida pelos reformistas, a dualidade de poderes era uma característica que impunha a necessidade de reforma da assistência no período. E foi no esteio desta dupla função da capital federal que ocorreu o primeiro CNAPP. Atribuindo ao congresso o objetivo de reunir as propostas de Reforma da Assistência, a prefeitura do Distrito Federal definiu para a capital do país o papel de modelo e referência para a aplicação das medidas acordadas no evento.

Com o resultado de esvaziamento dos objetivos centrais do CNAPP vemos que a abrangência nacional serviu apenas para divulgar uma intenção, que não convergia de todo o país, nem mesmo da maioria dos reformadores imbuídos de realizarem a reforma.

Embora os estados tivessem enviado delegados oficiais, a organização e o programa do CNAPP não contemplavam elementos que permitissem a divulgação e discussão de particularidades locais. Os temas assumiram a capital federal como lócus da assistência pública e privada, ainda que uma ou outra Memória se fizesse presente. Os reformadores sociais se debruçaram sobre os discursos e práticas existentes no Rio de Janeiro, eles mesmos inseridos em serviços assistenciais da cidade ou no legislativo que tinha na cidade sua sede.

A proposta de discutir nacionalmente a assistência recaí, portanto na reforma liderada por Ataulfo de Paiva que buscava uma responsabilização pelo governo federal da assistência em todo o território nacional, a fim de uniformizar nos estados e cidades as ações assistenciais e de exercer maior controle sobre os serviços de assistência privada. Portanto, a prefeitura do Distrito Federal fez a convocação de um evento científico de cunho nacional com o propósito de apoiar o projeto modernizador da assistência com base na sua responsabilização pelo governo federal, um modelo que representava maior centralidade das ações com menos interferência dos poderes locais e maior subordinação administrativa da esfera privada pela esfera estatal.

Ao considerar a oposição entre dois projetos de assistência na primeira década do século XX na cidade do Rio de Janeiro, compreendemos que a Reforma da Assistência pretendida no marco de um evento científico, o Congresso Nacional de Assistência Pública e

Privada, primeiro de muitos, segundo Faria (1908), apesar de retirada de pauta por uma pequena diferença de votos, representava o projeto de modernização social republicano, reunindo a Reforma da Assistência às Reformas Urbana e Sanitária da capital federal.

A Reforma da Assistência significava, para seus defensores, a continuidade desse processo que a exigia para concretização do desenvolvimento do país naquele início de século.

REFERÊNCIAS

Fontes

Fontes impressas

ALMEIDA, Garfield Augusto Perry de. Assistência hospitalar. Memória apresentada no Congresso de Assistência Pública e Privada do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Typographia do “Jornal do Commercio” de Rodrigues & C., 1908. Acervo da Biblioteca Nacional.

BARBOSA, Luiz Pedro. O Primeiro Distrito Sanitário (Considerações Opórtunas), pelo Dr. Luiz Barbosa. Rio de Janeiro, 1906. Disponível na Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz, registro nº F2210/10. Acervo da Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz.

BARBOSA, Luiz Pedro. Serviços de Assistência no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Typ. Ao Luzeiro, 1908. Acervo da Biblioteca Nacional.

BRASIL. Assistência Pública e Privada no Rio de Janeiro (Brasil). História e Estatística. Comemoração do Centenário da Independência Nacional. Rio de Janeiro, Typographia do “Anuário do Brasil”, 1922. Acervo da Biblioteca Nacional.

DIRECTORIA GERAL DE ESTATÍSTICA. Boletim Commemorativo da Exposição Nacional de 1908. Rio de Janeiro: Typographia de Estatística, 1908. Acervo da Biblioteca Nacional.

FARIA, Benjamin Antônio da Rocha (relator). Assistência de urgência ao doente na via pública e no domicílio. (2ª tese). Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada. Rio de Janeiro: Typ. Do Jornal do Commercio, de Rodrigues & C., 1908. Acervo da Biblioteca Nacional.

FIGUEIRA, Antônio Fernandes. Assistência à Infância e particularmente o que se refere às medidas a adoptar contra a mortalidade infantil. Educação das crianças deficientes. Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Typographia do Jornal do Commércio, de Rodrigues & C., 1908. Acervo da Biblioteca Nacional.

FIGUEIRA, Antônio Fernandes. Assistência à infância, e particularmente o que se refere às medidas a adoptar contra a mortalidade infantil. Educação das crianças deficientes. In: REVISTA BRASIL MÉDICO. Assistência Pública. Anno XXII, n. 41, 1/11/1908: 401-405. Acervo da Biblioteca do ICICT FIOCRUZ.

FIGUEIRA, Antônio Fernandes. Assistência à infância, e particularmente o que se refere às medidas a adoptar contra a mortalidade infantil. Educação das crianças deficientes (Conclusão). In: REVISTA BRASIL MÉDICO. Assistência Pública. Anno XXII, n. 42, 8/11/1908: 411-415. Acervo Biblioteca do ICICT FIOCRUZ.

MONCORVO FILHO, Carlos Arthur. Da Assistência Pública no Rio de Janeiro e particularmente da assistência à infância. Comunicação enviada ao IV Congresso Internacional de Assistência Pública e Privada, realizado em Milão em 1906. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1907. Acervo da Biblioteca Nacional.

PAIVA, Ataulfo Nápoles de. Assistencia Methodica. Meios práticos para obter uma aliança entre a assistência pública e privada. O problema do Brasil. In: BRASIL. Assistência Pública e Privada no Rio de Janeiro (Brasil). História e Estatística. Commemoração do Centenário da Independência Nacional. Rio de Janeiro, Typographia do “Anuário do Brasil”, 1922: 48-64. Acervo da Biblioteca Nacional.

PREFEITURA DO DISTRICTO FEDERAL. Boletim. Comissão Especial de História e Estatística de Assistência Pública e Privada. Rio de Janeiro, 1º anno, n. 1, 3 de novembro de 1918. Acervo da Biblioteca Nacional.

PREFEITURA DO DISTRICTO FEDERAL. Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada. Capital Federal: Typ. Do Instituto profissional masculino, 1908.

REVISTA BRASIL MÉDICO. Bibliographia. Relatório apresentado ao Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada, pelo Dr. Antônio Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, Anno XXII, n. 42, 08/11/1908: 419-420. Acervo Biblioteca do ICICT FIOCRUZ.

REVISTA BRASIL MÉDICO. Congressos Médicos. Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada. Sessão de encerramento. Anno XXII, n. 40, 22/10/1908: 395-397. Acervo Biblioteca do ICICT FIOCRUZ.

REVISTA BRASIL MÉDICO. Congressos Médicos. Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada. Sessão Inaugural. Anno XXII, n. 37, 01/10/1908: 364-368. Acervo Biblioteca do ICICT FIOCRUZ.

REVISTA BRASIL MÉDICO. Congressos Médicos. Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada. Conclusões Aprovadas. Anno XXII, n. 39, 15/10/1908: 386-388. Acervo Biblioteca do ICICT FIOCRUZ.

Fontes digitais

ABREU, Alzira Alves de (coord.). Dicionário Histórico-Biográfico Brasileiro. Primeira República. Rio de Janeiro: CPDOC, 2010. Disponível em: <http://cpdoc.fgv.br>. Acessado em outubro de 2017.

ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS. Barão de Ramiz Galvão. Biografia. Disponível em <http://www.academia.org.br/academicos/ramiz-galvao-barao-de-ramiz-galvao/biografia>. Acessado em 2018.

ALMANAK LAEMMERT. Administrativo, Mercantil e Industrial (Rio de Janeiro). 1891-1940. Disponível em <http://memoria.bn.br>. Acessado em outubro de 2017.

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. ALERJ. Anais do Conselho Municipal do Distrito Federal, 1926: 20. Disponível em: http://www.alerj.rj.gov.br/center_arq_cons_munic_link3.htm

BRASIL. Decreto nº 1151, de 05 de janeiro de 1904. Disponível em <http://www2.camara.leg.br>. Acesso em 2017.

BRASIL. Decreto nº 206-A, de 15 de fevereiro de 1890. Disponível em <http://www2.camara.leg.br>. Acessado em outubro de 2017.

BRASIL. Decreto nº 277 de 22 de março de 1890. Disponível em <http://www2.camara.leg.br>. Acessado em outubro de 2017.

BRASIL. Decreto nº 4046, de 19 de dezembro de 1867. Aprova o regulamento provisório do Instituto dos Surdos-Mudos. Disponível em <http://www2.camara.leg.br>. Acessado em outubro de 2017.

BRASIL. Decreto nº 4780, de 2 de março de 1903. Aprova o Regulamento para a Escola Correccional “XV de novembro”. Disponível em <http://www2.camara.leg.br>.

BRASIL. Decreto nº 5568, de 26 de junho de 1905. Dá nova organização à Força Policial do Districto Federal. Disponível em <http://www2.camara.leg.br>. Acessado em outubro de 2017.

BRASIL. Decreto nº 6863, de 27 de fevereiro de 1908. Dá novo Regulamento à Casa de Detenção do Distrito Federal. Disponível em <http://www2.camara.leg.br>. Acessado em outubro de 2017.

BRASIL. Decreto nº 6892, de 19 de março de 1908. Aprova o regulamento para o Instituto Nacional de Surdos-Mudos. Disponível em <http://www2.camara.leg.br>. Acessado em outubro de 2017.

BRASIL. II Parte. Governo Federal da República. (1ª Secção). Ministérios (2ª Secção). 1908: 416-536. Acervo da hemeroteca digital. www.memoria.bn.br. Acessado em outubro de 2017.

BRASIL. III Parte. Districto Federal. (1ª, 2ª e 3ª Secções). 1908: 614-937. Acervo da hemeroteca digital. www.memoria.bn.br. Acessado em outubro de 2017.

BRASIL. Lei nº 1269, de 15 de novembro de 1904. Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1900-1909/lei-1269-15-novembro-1904-584304-publicacaooriginal-107057-pl.html>

BRASIL. Lei nº 1841, de 31 de dezembro de 1907. Coleção de Leis do Brasil, 1907, p. 180, vol. 12. Diário Oficial de 01/01/1908: 6. Disponível em www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao91.htm. Acesso em 2016.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil (de 24 de fevereiro de 1891). Disponível em www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao91.htm. Acesso em 2016.

BRASIL. Relatório dos Presidentes dos Estados Brasileiros (MA). 1890-1930. Disponível em <http://memoria.bn.br>. Acessado em outubro de 2017.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Annaes da Câmara dos Deputados. Rio de Janeiro, 1900 a 1910. 1908: 241. Biblioteca Nacional. Hemeroteca Digital. Disponível em www.memoria.bn.br. Acesso em outubro de 2017.

DICIONÁRIO HISTÓRICO-BIOGRÁFICO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE NO BRASIL. 1832-1930. Casa de Oswaldo Cruz/ FIOCRUZ. Disponível em <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>. Acessado em outubro de 2017.

HOSPÍCIO PEDRO II. *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>. Acesso em 2017.

INSTITUTO VACÍNICO MUNICIPAL. *Dicionário Histórico Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>. Acesso em 2017.

LOPES, Raimundo Helio. OLIVEIRA BOTELHO. In: ABREU, Alzira Alves de. *Dicionário Histórico-Biográfico Brasileiro. Primeira República*. Rio de Janeiro: CPDOC, 2010. Disponível em <http://cpdoc.fgv.br>. Acessado em outubro de 2017.

NUNO FERREIRA DE ANDRADE. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil. 1832-1930. Casa de Oswaldo Cruz/ FIOCRUZ. Disponível em <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>. Acessado em outubro de 2017.

Hemerografia

A IMPRENSA. Congresso de Assistência. 05/10/1908: 1.

A IMPRENSA. Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada. A Sessão solenne de Encerramento. 14/10/1908: 1.

A IMPRENSA. Congresso Nacional de Assistência. 21/09/1908: 3.

A IMPRENSA. Congresso nacional de Assistência. 24/09/1908: 4.

A IMPRENSA. Congresso Nacional de Assistência. 29/06/1908: 3.

ARCHIVOS DE ASSISTÊNCIA À INFÂNCIA. Órgão oficial do Instituto de Protecção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Besnard Frères, 1903, Tomo II, n. 3 e 4, março e abril de 1903, p. 102-128.

CORREIO DA MANHÃ. Congresso Nacional de Assistência. 07/02/1908: 3.

CORREIO DA MANHÃ. Congresso Nacional de Assistência. 16/07/1908: 5.

CORREIO DA MANHÃ. Congresso Nacional de Assistência. 20/07/1908: 3.

GAZETA DE NOTÍCIAS. Aqui... Ali. 23/09/1908: 1.

GAZETA DE NOTÍCIAS. Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada. 23/09/1908: 2.

GAZETA DE NOTÍCIAS. Congresso Nacional de Assistência. 29/06/1908: 4.

GAZETA DE NOTÍCIAS. Haverá hoje, às 8 horas... 06/04/1908: 1.

JORNAL DA EXPOSIÇÃO. Congresso de Assistência. 12/10/1908: 1.

JORNAL DA EXPOSIÇÃO. Congresso de Assistência. A inauguração. Os delegados dos estados. 24/09/1908: 1.

JORNAL DA EXPOSIÇÃO. Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada. Últimas notas sobre o Congresso. O Regimento Interno. 17/09/1908: 2.

JORNAL DA EXPOSIÇÃO. Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada. 07/09/1908: 2.

JORNAL DO BRASIL. Assistência Pública e Privada. 07/06/1908: 4.

JORNAL DO BRASIL. Congresso de Assistência Pública e Privada. 26/09/1908, 5.

JORNAL DO BRASIL. Congresso de Assistência Pública e Privada. 28/09/1908: 2.

JORNAL DO BRASIL. Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada. 03/10/1908: 5.

JORNAL DO BRASIL. O Sr. Presidente da República... 22/09/1908: 3.

JORNAL DO BRASIL. Protecção à Infância. 26/03/1899: 6.

O PAIZ. "Crèche" Sra. Alfredo Pinto. 21/06/1908: 5.

O PAIZ. 04/12/1899: 1.

O PAIZ. A Assistência Official. 30/07/1908: 1.

O PAIZ. A Exposição. O dia de hontem. Notas Diversas. 14/10/1908: 4.

O PAIZ. A Exposição. O dia de hontem. Notas Diversas. Congresso de Assistência. 24/09/1908: 4.

O PAIZ. Assistência e Higiene Municipal do Districto da Glória. 09/04/1908: 4.

O PAIZ. Assistencia Privada. 17/06/1908: 5.

O PAIZ. Assistência Pública. 08/06/1908: 1.

O PAIZ. Associação dos Empregados no Comercio do Rio de Janeiro. 15/06/1908: 5.

O PAIZ. Congresso de Assistência. 01/10/1908: 5.

O PAIZ. Congresso de Assistência. 03/10/1908: 3.

O PAIZ. Congresso de Assistência. 12/10/1908: 2.

O PAIZ. Congresso de Assistência. 13/08/1908: 3.

O PAIZ. Congresso de Assistência. 20/09/1908: 7.

O PAIZ. Congresso de Assistência. 21/06/1908: 4.

O PAIZ. Congresso de Assistência. 26/09/1908: 3.

O PAIZ. Congresso de Assistência. 27/09/1908: 4.

O PAIZ. Congresso de Assistência. 29/09/1908: 3.

O PAIZ. Congresso de Assistência. 30/09/1908: 5.

O PAIZ. Congresso de Assistência. A sessão de hontem. Reunião das quatro secções. 25/09/1908: 3.

O PAIZ. Congresso de Assistência. Anno XXIV, n. 8650, 09/06/1908: 4.

O PAIZ. Congresso de Assistência. Votação das Conclusões e Moção de Louvor à Mesa. A Sessão de Encerramento. 06/10/1908: 3.

O PAIZ. Congresso Nacional de Assistência. 21/09/1908:3.

O PAIZ. Congresso Nacional de Assistência. 29/06/1908: 4.

O PAIZ. Congresso Nacional de Assistência. Eleição da Mesa e comissões. 22/09/1908: 1.

O PAIZ. Conselho Municipal. 09/10/1908: 5.

O PAIZ. O Instituto de Protecção e Assistencia à Infância... 10/06/1908: 2.

O PAIZ. Palestra. 20/09/1908: 2.

O PAIZ. Para tomarem parte nos trabalhos do Congresso... 22/09/1908: 3.

O PAIZ. Phenix Beneficente. 07/06/1908: 3.

O PAIZ. Policlínica de Botafogo. 10/06/1907: 2.

O PAIZ. Policlínica de Botafogo. 10/06/1907: 3.

O PAIZ. Policlínica de Botafogo. 22/04/1908: 3.

O PAIZ. Ponto Final. 19/10/1908: 1.

O PAIZ. Posto de Assistência da Glória. 09/04/1908: 4.

O PAIZ. Prefeitura do Districto Federal. Publicação Diária dos Actos Officiaes. Actos do Poder Executivo. Decreto n. 685, de 6 de fevereiro de 1908. 07/02/1908: 4.

O PAIZ. Realizou-se hontem, no edificio da Liga... 10/04/1908: 2.

O PAIZ. Resumo do discurso... Rio de Janeiro, 30/09/1909: 5.

O PAIZ. Reunem-se hoje, na sede da Academia... Anno XXIV, n 8586, 06/04/1908: 3.

O SÉCULO. Congresso de Assistência. 24/09/1908: 2.

O SÉCULO. Realiza-se amanhã a sessão solemne de encerramento... 12/10/1908: 2.

REVISTA BRASIL MÉDICO. Assistência Particular. Discurso de inauguração da Policlínica de Botafogo. Pelo Dr. Luiz BARBOSA. Anno XIV, n. 30, 08/08/1900: 265-269.

REVISTA BRASIL MÉDICO. Assistência Particular. A Policlínica de Botafogo. Discurso pronunciado pelo Dr. Luiz Barbosa no dia de sua inauguração. Anno XIV, n. 30, 08/08/1900: 265-269.

REVISTA BRASIL MÉDICO. Assistência Pública. A Policlínica de Botafogo. Discurso proferido na sessão solemne de 13 de Dezembro de 1903. Pelo Dr. Luiz BARBOSA. Anno XVIII, n. 11, 15/03/1904: 109-111.

REVISTA BRASIL MÉDICO. Assistência Pública. O soccorro medico de urgência no Rio de Janeiro. (syntese de um trabalho inédito). Pelo Dr. Luiz BARBOSA. Anno XVIII, n. 25, 01/07/1904: 254-258.

REVISTA BRASIL MÉDICO. Bibliographia. Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada do Rio de Janeiro. 1908: 440.

REVISTA BRASIL MÉDICO. Bibliographia. Serviços de Assistência no Rio de Janeiro, pelo Dr. Luiz Barbosa, 1908. Anno XXII, n. 22, 08/06/1908: 216-218.

REVISTA BRASIL MÉDICO. Clínica Pediátrica. 1º de outubro de 1901, anno XV, n. 37.

REVISTA BRASIL MÉDICO. Chronica e Notícias. Academia Nacional de Medicina. 1908: 270.

REVISTA BRASIL MÉDICO. Chronica e Notícias. Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada. 1908: 350.

REVISTA BRASIL MÉDICO. Chronica e Notícias. Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada. 1908: 360.

REVISTA BRASIL MÉDICO. Chronica e Notícias. Policlínica de Botafogo. Anno XIV, n. 25, 11/07/1900: 225-226.

REVISTA BRASIL MÉDICO. Chronica e Notícias. Hygiene Pública. Anno XVIII, n. 12, 22/03/1904: 132.

REVISTA BRASIL MÉDICO. Chronica e Notícias. Policlínica de Botafogo. Anno XIV, n. 3, 15/01/1900: 25-26.

REVISTA BRASIL MÉDICO. Chronicas e Notícias. Congresso Nacional de Assistência Pública. 1908: 350.

REVISTA BRASIL MÉDICO. Congressos Médicos. Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada (23 de setembro a 1º de outubro). O Instituto de Protecção e Assistência à Infância. MONCORVO FILHO. 1908: 354-357.

REVISTA BRASIL MÉDICO. Viagem ao Prata. Carlos Pinto Seidl. 1901: 248.

Bibliografia

ABREU, Laurinda. Purgatório, Misericórdias e caridade: condições estruturantes da assistência em Portugal (séculos XV-XIX). *Dynamis. Acta Hisp. Med. Sci. Hist.*, 20, 2000: 395-415.

ALMEIDA, Marta de. Circuito aberto: ideias e intercâmbios médico-científicos na América Latina nos primórdios do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 13, n. 3, jul-set, 2006: 733-757.

ARAÚJO, Achilles Ribeiro de. A assistência médica hospitalar no Rio de Janeiro no século XIX. Ministério da Educação e Cultura/Conselho Federal de Cultura, Rio de Janeiro, 1982.

ARAÚJO, Maria Marta Lobo de. As Misericórdias portuguesas enquanto palcos de sociabilidades no século XVIII. *História: Questões e debates*, n. 45. Curitiba: Editora UFPR, 2006: 155-176.

BARGUIL, Carmen Maria Kligman. O lugar e o valor da Fisioterapia na terapêutica médica: a medicina prática nos primeiros trinta anos do século XX. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/17805>. Acesso em 2018.

BARRETO, Maria Renilda Nery. A Santa Casa da Misericórdia da Bahia e a assistência aos doentes no século XIX. In: BARRETO, Maria Renilda Nery, SOUZA, Christiane Maria Cruz (org.). *História da saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. São Paulo: Manole, v. 01, 2011: 2-26.

BARRETO, Maria Renilda Nery. Dar a luz no Rio de Janeiro oitocentista. XXVII Simpósio Nacional de História – ANPUH. *Conhecimento histórico e diálogo social*. Natal/ RN, 22 a 26 de julho de 2013.

BATALHA, Cláudio H. M. Sociedades de trabalhadores no Rio de Janeiro do século XIX: algumas reflexões em torno da formação da classe operária. In: Cadernos AEL, vol. 6, n. 10/11, 1999: 43-66.

BENCHIMOL, Jaime Larry (coord.). Manguinhos do sonho à vida. A ciência na *Belle Époque*. Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz, Rio de Janeiro, 1990.

BENCHIMOL, Jaime Larry. Pereira Passos: um Haussmann tropical. A renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro no início do século XX. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração, 1990: 277-319.

BENCHIMOL, Jaime Larry. Reforma urbana e Revolta da Vacina na cidade do Rio de Janeiro. In: FERREIRA, Jorge e DELGADO, Lucilia de Almeida Neves (orgs.). O Brasil republicano. O tempo do liberalismo excludente – da Proclamação da República à Revolução de 1930. Livro 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003: 231-286.

BIRN, Anne-Emanuelle. Saúde infantil na América Latina: Perspectiva historiográfica e desafios. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, julho-setembro 2007: 677-708.

CAMARA, Sônia. Inspeção sanitária escolar e educação da infância na obra do médico Arthur Moncorvo Filho. Rev. Bras. Hist. Educ., Campinas/ SP, v. 13, n. 3 (33), set-dez, 2013: 57-85.

CAMARA, Sônia. Sob a Guarda da República. A infância menorizada no Rio de Janeiro da década de 1920. Rio de Janeiro: Quartet, 2010.

CARVALHO, José Murilo de. Os bestializados. O Rio de Janeiro e a República que não foi. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

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, mai-ago, 1986: 41-51.

CONNIFF, Michael L. Voluntary Associations in Rio, 1870-1945. A new approach to urban social dynamics. *Journal of Interamerican Studies and World Affairs*, v. 17, n. 1, feb. 1975: 64-81.

ENDERS, Armelle. A fábrica de benfeitores: os positivistas e a história do Brasil. In: ENDERS, Armelle. *Os vultos da nação. Fábrica de heróis e formação dos brasileiros*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2014: 235-274.

ENDERS, Armelle. “Porque me ufano do meu país”: de Tiradentes aos bandeirantes. In: ENDERS, Armelle. *Os vultos da nação. Fábrica de heróis e formação dos brasileiros*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2014: 275-328.

FAURE, Olivier. Health care provision and poor relief in 19th provincial France. In: GRELL, Ole Peter, CUNNINGHAM, Andrew e JUTTE, Robert (ed.). *Health care and poor relief in 18th and 19th century Northern Europe. The History of Medicine in Context*. USA: Ashgate, 2002: 309-324.

FERREIRA, Luiz Otávio. Luiz Barbosa, a assistência à infância e a institucionalização da pediatria no Rio de Janeiro da Primeira República. XXVII Simpósio Nacional de História. Conhecimento histórico e dialógico social/ ANPUH. Natal/RN: 22 a 26 de julho de 2013.

FONSECA, Vitor Manoel Marques da. As associações com personalidade jurídica, o Estado e a sociedade (capítulo 4). In: FONSECA, Vitor Manoel Marques da. *No gozo dos direitos civis: associativismo no Rio de Janeiro, 1903-1916*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional; Niterói, RJ: Muiraquitã, 2008: 149-205.

FONSECA, Vitor Manoel Marques da. Associativismo português no Rio de Janeiro, 1903-1909. In: MARTINS, Ismênia de Lima e SOUSA, Fernando (orgs.). *Portugueses no Brasil: migrantes em dois atos*. Niterói, RJ: Muiraquitã, 2006: 136-161.

FONSECA, Vitor Manoel Marques da. O associativismo no Rio de Janeiro de 1903 a 1916 (capítulo 3). In: FONSECA, Vitor Manoel Marques da. No gozo dos direitos civis: associativismo no Rio de Janeiro, 1903-1916. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional; Niterói, RJ: Muiraquitã, 2008: 97-148.

FOUCAULT, Michel. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979: 99-111.

FRANCO, Renato Júnio. O modelo luso de assistência e a dinâmica das Santas Casas de Misericórdia na América portuguesa. In: Estudos Históricos. Rio de Janeiro, vol. 27, nº 53, janeiro-junho de 2014: 5-25.

FREIRE, Maria Martha de Luna e LEONY, Vinícius da Silva. A caridade científica: Moncorvo Filho e o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro (1899-1930). História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, dez. 2011: 199-225.

GEREMEK, Bronislaw. As Prisões para pobres. In: GEREMECK, Bronislaw. A Piedade e a Força. História da miséria e da caridade na Europa. Terramar, abril de 1995: 241-265.

HAHNER, June E. As dimensões da pobreza urbana: vida e trabalho da classe baixa no início do século XX. In: HAHNER, June E. Pobreza e política: os pobres urbanos no Brasil – 1870-1920 (trad. MADURO, Cecy Ramires). Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1993: 199-238.

HAHNER, June E. Sindicatos e desunião: a luta para criar formas efetivas de resistência dos trabalhadores. In: HAHNER, June E. Pobreza e política: os pobres urbanos no Brasil – 1870-1920. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1993: 283-323.

HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M. O. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, D (org.). Repensando o Estado Novo. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1995: 73-93.

KUHLMANN JR, Moysés. Instituições pré-escolares assistencialistas no Brasil (1899-1922). Cad. Pesq., São Paulo (78), agosto 1991: 17-26.

KUHLMANN JR, Moysés. O Pedagogium: sua criação e finalidades. In: MIGNOT, Ana Chrystina Venancio (org.). Pedagogium, símbolo da modernidade educacional republicana. Rio de Janeiro: Quartet: Faperj, 2013: 25-42.

LEVY, Ruth Nina Vieira Ferreira. A arquitetura de exposições como repertórios de formas e tipologias. 19&20, Rio de Janeiro, v. IV, n. 3, jul 2009. Disponível em: http://www.dezenovevinte.net/arte%20decorativa/ad_ruth2.htm.

MAC CORD, Marcelo; BATALHA, Claudio H M. Introdução: Experiências associativas e mutualistas no Brasil. In: MAC CORD, Marcelo; BATALHA, Cláudio H. M. Organizar e proteger. Trabalhadores, associações e mutualismo no brasil (século XII e XX). Campinas, SP: editora da Unicamp, 2014: 11-24.

MACIEL, Laura Antunes. “Imprensa de trabalhadores, feita por trabalhadores, para trabalhadores”? História & Perspectiva, Uberlândia (39), jun. dez. 2008: 89-135.

MARCÍLIO, Maria Luiza. História Social da Criança Abandonada. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

MARTINS. Mônica. A prática do auxílio mútuo nas Corporações de Ofícios no Rio de Janeiro na primeira metade do século XIX. In: MAC CORD, Marcelo; BATALHA, Cláudio H. M. Organizar e proteger. Trabalhadores, associações e mutualismo no brasil (século XII e XX). Campinas, SP: editora da Unicamp, 2014: 25-46.

MELO, Mariana Ferreira de. Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro: assistencialismo, sociabilidade e poder. In: ARAÚJO, Maria Marta Lobo de. As Misericórdias das duas margens do Atlântico: Portugal/ Brasil (séculos XV-XX). Cuiabá/ MT: Carlini Caniato, 2009: 93-121.

MIGNOT, Ana Chrystina Venancio. Vestígios do símbolo da educação republicana. In: MIGNOT, Ana Chrystina Venancio (org.). *Pedagogium, símbolo da modernidade educacional republicana*. Rio de Janeiro: Quartet: Faperj, 2013: 7-23.

OLIVEIRA, Benedito Tadeu de. Da antiga sede da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) ao atual Instituto Nacional do Câncer (INCA). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 14, n. 1, Rio de Janeiro, jan/ mar. 2007.

OLIVEIRA, Lucia Lippi. *A questão nacional na Primeira República*. São Paulo: Editora Brasiliense/ Programa Nacional do Centenário da República e Bicentenário da Inconfidência Mineira/ MCT/CNPq, 1990.

OLIVEIRA, Willian Vaz de. *A Assistência a Alienados na Cidade do Rio de Janeiro (1852-1930)*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017.

PEREIRA, Margareth da Silva. *A Exposição de 1908 ou o Brasil visto por dentro*. Rio Grande do Sul: ARQTEXTO 16, 2010. Disponível em: https://www.ufrgs.br/propar/publicacoes/ARQtextos/pdfs_revista_16/01_MSP.pdf. Acesso em 2016.

RANGEL, Rosangela Ferreira. *Assistência no Rio de Janeiro: elite, filantropia e poder na Primeira República*. Tese (Doutorado em Serviço Social). Departamento de Serviço Social, PUC-Rio, Rio de Janeiro, 2013.

RIBEIRO, Lourival. *Fundação Ataulpho de Paiva: Liga Brasileira Contra a Tuberculose: nota e documento para sua história*. Rio de Janeiro, 1985.

RIZZINI, Irene. Reflexões sobre pesquisa histórica com base em ideias e práticas sobre a assistência à infância no Brasil na passagem do século XIX para o XX. I Congresso Internacional de Pedagogia Social, março de 2006.

RIZZINI, Irma, MARQUES, Jucinato de Sequeira e MONÇÃO, Vinícius de Moraes. As tropelias e assuadas de escolares e garotos na cidade do Rio de Janeiro entre os séculos XIX e XX. *Revista Educação em Questão*, Natal, v. 53, n. 39, set-dez. 2015: 159-185.

SÁ, Isabel dos Guimarães. A reorganização da caridade em Portugal em contexto europeu (1490-1600). *Cadernos do Noroeste*, v. 11 (2), 1998: 31-63.

SANGLARD, Gisele e FERREIRA, Luiz Otávio. Médicos e filantropos a institucionalização do ensino à infância no Rio de Janeiro da Primeira República. *Varia História*, Belo Horizonte, vol. 26, nº 44, jul/dez 2010: 437-459.

SANGLARD, Gisele e FERREIRA, Luiz Otávio. Pobreza e filantropia: Fernandes Figueira e a assistência à infância no Rio de Janeiro (1900-1920). *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, vol. 27, nº 53, janeiro-junho de 2014: 71-91.

SANGLARD, Gisele e GIL, Caroline Amorim. Assistência à infância. Filantropia e combate à mortalidade infantil no Rio de Janeiro (1889-1929). In: *Revista da ABPN*, v. 6, n. 14, jul-out 2014: 63-90.

SANGLARD, Gisele. Ataulfo de Paiva na Academia Brasileira de Letras. *ABL, Revista Brasileira*, 63, segunda prova, 283-304. [s.d.].

SANGLARD, Gisele. Fernandes Figueira: ciência e infância – Rio de Janeiro, 1900-1928. *Intelléctus*, ano XIII, n. 2, 2014: 79-102.

SANTOS, Luciana da Silva. Terceiro Distrito, carne verde e matadouro: um Triângulo bem articulado na primeira capital republicana (Rio de Janeiro, final do século XIX). *Fronteiras: Revista Catarinense de História*. Florianópolis, n. 19, 2011: 73-94.

SILVA, Marcelo Barbosa da. A nação se concebe por ciência e arte. Três momentos do ensino de interpretação do Brasil no século XIX. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2013.

SILVA, Márcia Regina Barros da. Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Saúde e assistência se tornam públicas (1875-1910). *Varia História*, Belo Horizonte, v. 20, n. 44, jul-dez 2010: 395-420.

SOUZA, Maria Zélia Maia de. Assistência pública escolar para crianças e jovens desvalidos no Brasil da Primeira República. *Interfaces Científicas- Educação*, Aracaju, v. 2, n. 3, jun. 2014: 37-47.

VENÂNCIO, Ana Teresa A. As faces de Juliano Moreira: luzes e sombras sobre seu acervo pessoal e suas publicações. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, n. 36, jun-dez de 2005: 59-73.

VENÂNCIO, Renato Pinto. Uma história social do abandono de crianças. De Portugal ao Brasil: séculos XVIII-XX. São Paulo: Alameda/ Editora PUC Minas, 2010: 13-37.

VISCARDI, Cláudia Maria Ribeiro. Estratégias populares de sobrevivência: o mutualismo do Rio de Janeiro republicano. *Revista Brasileira de História*. São Paulo, v. 22, n. 58, 2009: 291-315.

VISCARDI, Cláudia Maria Ribeiro. Mutualismo e filantropia. In: *Locus Revista de História*. Juiz de Fora: EDUFJF, v. 18, [s.m.], 2004: 99-113.

VISCARDI, Cláudia Maria Ribeiro. Pobreza e assistência no Rio de Janeiro na Primeira República. In: *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, dezembro de 2011: 179-197.

VISCARDI, Cláudia Maria Ribeiro. O *ethos* mutualista: valores, costumes e festividades. In: MAC CORD, Marcelo; BATALHA, Cláudio H. M. Organizar e proteger. Trabalhadores, associações e mutualismo no Brasil (século XII e XX). Campinas, SP: editora da Unicamp, 2014: 193-218.

WADSWORTH, James E. Moncorvo Filho e o problema da infância: modelos institucionais e ideológicos da assistência à infância no Brasil. *Revista Brasileira de História*, v. 19, n. 37,

september, 1999. Associação Nacional de História, São Paulo, Brasil. Disponível em:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2630376>. Acessado em 2016.

ANEXO I – ASSOCIAÇÕES DE AUXÍLIOS MÚTUOS, BENEFICENTES E FILANTRÓPICAS (BARBOSA, 1908).

Associações de Auxílios Mútuos

1. Associação Beneficente Amparo Econômico dos Calafates
2. Associação Beneficente de Socorros Mútuos Homenagem ao Almirante Saldanha da Gama
3. Associação Beneficente dos Artistas Portugueses
4. Associação Beneficente Comercial e Artístico
5. Associação Beneficente dos Empregados da Companhia “Carris Urbanos”
6. Associação Beneficente dos Empregados do “Jornal do Comércio”
7. Associação Beneficente dos Empregados do “Lloyd Brasileiro”
8. Associação Beneficente dos Empregados Jornalheiros da Estação Marítima da “Estrada de Ferro Central do Brasil”
9. Associação Beneficente Postal
10. Associação da Imprensa
11. Associação de Auxílios Mútuos dos Guardas Municipais
12. Associação de Socorros Mútuos Açoriana Cosmopolita
13. Associação de Socorros Mútuos D. Maria Pia
14. Associação de Socorros Mútuos Homenagem ao Conde de Leopoldina
15. Associação de Socorros Mútuos Liga Operária
16. Associação de Socorros Mútuos Memória a El Rei D. Sebastião
17. Associação de Socorros Mútuos Memória a Esther de Carvalho
18. Associação de Socorros Mútuos Memória à Restauração de Portugal
19. Associação de Socorros Mútuos Memória ao Poeta Bocage
20. Associação de Socorros Mútuos Memória de D. Luiz I
21. Associação de Socorros Mútuos Memória de D. Pedro I
22. Associação de Socorros Mútuos Memória de Saldanha da Gama
23. Associação de Socorros Mútuos Memória do Duque de Terceira
24. Associação de Socorros Mútuos Vasco da Gama
25. Associação dos Despachantes da Alfândega do Rio de Janeiro
26. Associação dos Empregados Barbeiros e Cabeleireiros
27. Associação dos Empregados no Comércio do Rio de Janeiro

28. Associação Econômica do Pessoal do “Jornal do Brasil”
29. Associação Geral de Auxílios Mútuos da “Estrada de Ferro Central do Brasil”
30. Associação Nacional dos Artistas Brasileiros "Trabalho, União e Moralidade"
31. Associação Protetora dos Empregados Jornalheiros no Comércio
32. Associação Protetora dos Homens do Mar
33. Associação Tipográfica Fluminense
34. Caixa Auxiliar da Classe Telegráfica da “Estrada de Ferro Central do Brasil”
35. Caixa Auxiliar dos Bagageiros da “Estrada de Ferro Central do Brasil”
36. Caixa Beneficente Amparo às Famílias
37. Caixa Beneficente da Corporação Docente do Rio de Janeiro
38. Caixa Beneficente do “Club Naval”
39. Caixa Beneficente dos Empregados da “Alfândega da Capital Federal”
40. Caixa Beneficente dos Guardas da “Alfândega do Rio de Janeiro”
41. Caixa Beneficente Teatral
42. Caixa da Mestrança do “Arsenal da Guerra da Capital”
43. Caixa de Socorros Imediatos às Famílias dos Empregados da Contabilidade da “Estrada de Ferro Central do Brasil”
44. Caixa Geral do Pessoal Jornaleiro da “Estrada de Ferro Central do Brasil”
45. Caixa Humanitária dos Defensores da Lei
46. Caixa Humanitária dos Pedreiros
47. Centro Cosmopolita – Sociedade Humanitária e Beneficente e de colocação dos Empregados de hotéis, restaurantes, confeitarias, chopps e etc.
48. Club Protetor dos Chapeleiros
49. Confederação Brasileira dos Homens de Cor
50. Congregação Comercial dos Varejistas
51. Congregação dos Artistas Portugueses
52. Congregação dos Filhos do Trabalho D. Carlos I, Rei de Portugal
53. Congregação Familiar de Socorros Memória a Santa Izabel, Rainha de Portugal
54. Congresso União dos Operários de Pedreiras
55. Federação Operária Artística do Brasil
56. Grêmio Beneficente da Corporação da “Companhia Tipográfica”
57. Hospital dos Estrangeiros
58. Liga Marítima Brasileira
59. Montepio União Beneficente

60. Sociedade Animadora da Corporação dos Ourives
61. Sociedade Auxiliadora das Artes Mecânicas e Liberais
62. Sociedade Auxiliadora dos Artistas Alfaiates
63. Sociedade Beneficência Proteção Operária
64. Sociedade Beneficente Comercial, Artística e Industrial
65. Sociedade Beneficente dos Artistas do “Arsenal da Marinha da Capital”
66. Sociedade Beneficente dos Artistas em São Cristóvão
67. Sociedade Beneficente dos Cigarreiros
68. Sociedade Beneficente dos Empregados da "Gazeta de Notícias"
69. Sociedade Beneficente dos Empregados da “Casa Leuzinger”
70. Sociedade Beneficente dos Empregados Municipais
71. Sociedade Beneficente dos Empregados no Comércio
72. Sociedade Beneficente dos Maquinistas da “Estrada de Ferro Central do Brasil”
73. Sociedade Beneficente dos Marceneiros, Carpinteiros e Artes Correlativas
74. Sociedade Beneficente dos Operários das Obras Hidrográficas do “Arsenal da Marinha”
75. Sociedade Beneficente Litográfica
76. Sociedade Caixa Municipal de Beneficência
77. Sociedade Cosmopolita de Beneficência dos Guardadores
78. Sociedade de Beneficência dos Artistas da Construção Naval
79. Sociedade de Socorros Mútuos Marquês de Pombal
80. Sociedade de Socorros Mútuos Recreio de Botafogo
81. Sociedade de Socorros Mútuos União Família Perfeita Amizade
82. Sociedade dos Empregados na Fábrica do Gás
83. Sociedade Funerária de Socorros Mútuos
84. Sociedade Funerária Suburbana
85. Sociedade Funerária União Fluminense
86. Sociedade Marítima de Beneficência
87. Sociedade Portuguesa Caixa de Socorros D. Pedro V
88. Sociedade Protetora dos Barbeiros e Cabeleireiros
89. Sociedade Protetora dos Cocheiros
90. Sociedade Socorros Mútuos Luís de Camões
91. Sociedade Socorros Mútuos Protetora dos Sapateiros e Classes Correlatas
92. Sociedade União Beneficente Comércio e Artes
93. Sociedade União Comercial dos Varejistas de Secos e Molhados

94. Sociedade União dos Estábulos
95. Sociedade União Funerária 1º de Julho
96. Sociedade União Igualitária dos Operários
97. União Auxiliadora dos Artistas Sapateiros
98. União dos Operários de Padaria

Associações Benéficas

1. Associação Baiana de Beneficência
2. Associação Benéfica à Memória de D. Pedro de Alcântara
3. Associação Benéfica à Memória d'El Rei D. Luiz V
4. Associação Benéfica à Memória do Marechal Bittencourt
5. Associação Benéfica Almirante Bittencourt
6. Associação Benéfica Homenagem a Bittencourt da Silva
7. Associação Benéfica Homenagem ao ator Dias Braga
8. Associação Benéfica Homenagem ao Conde Leopoldina
9. Associação Benéfica Homenagem ao Conselheiro Augusto de Castilhos
10. Associação Benéfica Homenagem ao Escritor Português Ramalho & Ortigão
11. Associação Benéfica Homenagem aos Condes de São Salvador de Mattosinhos e São Cosme do Vale
12. Associação Benéfica Memória a Carlos Gomes
13. Associação Benéfica Memória a D. Affonso Henriques e a Serpa Pinto
14. Associação Benéfica Memória ao Conselheiro Antonio Ramos
15. Associação Benéfica Memória do Almirante Saldanha da Gama
16. Associação Benéfica Protetora da Colônia Portuguesa
17. Associação Benéfica Visconde do Rio Branco
18. Associação Centenário do Brasil em Honra a Pedro Álvares Cabral
19. Associação da Cruz Vermelha Humanitária
20. Associação Portuguesa de Beneficência Memória à Luís de Camões
21. Centro Benéfica 4º Centenário da Descoberta do Brasil
22. Centro Benéfica D. Amélia Rainha de Portugal
23. Centro Benéfica da Colônia Portuguesa
24. Centro Benéfica Homenagem a Santos Dumont
25. Centro Benéfica Homenagem ao Conselheiro Augusto de Castilho

26. Centro Beneficente Marquês de Pombal
27. Centro Catarinense da Cidade do Rio de Janeiro
28. Centro Cearense
29. Centro da Colônia Portuguesa
30. Centro Humanitário Mouzinho de Albuquerque
31. Congresso Beneficente Alto Mearim (Martins de Pinho)
32. Congresso Beneficente Campos Salles
33. Congresso Beneficente Dr. Chapot Prévost
34. Congresso Beneficente Eça de Queiroz
35. Congresso Beneficente General Cunha
36. Congresso Beneficente Homenagem a Capelo Ivens
37. Congresso Beneficente Homenagem ao Conselheiro Ferreira do Amaral
38. Congresso Beneficente Memória a Saldanha da Gama
39. Congresso Beneficente Saldanha Marinho
40. Congresso Beneficente Thomaz Ribeiro
41. Congresso de Beneficência Prudente de Moraes
42. Deutscher Hurfs Vereins
43. Federação Espírita Brasileira
44. Fraternidade Beneficente da Colônia Portuguesa
45. Fraternidade dos Filhos da Lusitânia
46. Grêmio Beneficente das Senhoras Memória a D. Clara Zamith
47. Grêmio Beneficente Homenagem a Santa Cecília
48. Grêmio Beneficente Memória de Camilo Castelo Branco
49. Maçonaria Brasileira
50. Sociedade Beneficência União e Fraternidade
51. Sociedade Beneficente Anjo da Caridade Maria Pia
52. Sociedade Beneficente Bethencourt da Silva
53. Sociedade Beneficente Dr. Felipe Cardoso
54. Sociedade Beneficente Homenagem a Eurídice Barbosa de Oliveira e Silva
55. Sociedade Beneficente Humanitária Azevedo Coutinho Her. do Zambeze
56. Sociedade Beneficente Internacional Homenagem a Humberto I
57. Sociedade Beneficente Memória a Carlovas del Castillo
58. Sociedade Beneficente Memória a D. Pedro de Alcântara
59. Sociedade Beneficente Memória ao Almirante Custódio José de Melo

60. Sociedade Beneficente Memória ao Marechal Duque de Saldanha
61. Sociedade Beneficente Memória dos Heróis Portugueses de 1º de Dezembro de 1640
62. Sociedade Beneficente Mendes de Almeida
63. Sociedade Beneficente Musical "Progresso do Engenho de Dentro"
64. Sociedade Beneficente Perfeita Amizade
65. Sociedade Beneficente Protetora das Colônias Memória ao Poeta Victor Hugo
66. Sociedade Brasileira de Beneficência
67. Sociedade Brasileira de Beneficência Homenagem ao Conselheiro Augusto de Castilhos
68. Sociedade de Beneficência Bons Amigos União do Bonfim
69. Sociedade de Beneficência Cristóvão Colombo
70. Sociedade de Beneficência Suburbana
71. Sociedade Fraternidade Açoriana
72. Sociedade Homenagem a José da Cruz
73. Sociedade Humanitária do Brasil
74. Sociedade Juvenil 17 de Março
75. Sociedade Liga Beneficente Virtude e Caridade
76. Sociedade Portuguesa de Beneficência "Real e Benemerita Sociedade Portuguesa de Beneficência"
77. Sociedade Rio Grandense Beneficente e Humanitária
78. Sociedade União Beneficente 29 de Julho
79. Sociedade União Beneficente das Famílias Honestas
80. Sociedade União e Beneficência

Instituições filantrópicas

1. Associação Mantenedora da Escola Barão do Rio Doce
2. Instituto de Proteção e Assistência à Infância
3. Liga Brasileira contra a Tuberculose
4. Maternidade das Laranjeiras
5. Policlínica de Botafogo
6. Policlínica Geral do Rio de Janeiro
7. Sociedade Amante da Instrução
8. Sociedade Filantrópica dos Artistas
9. Sociedade Filantrópica Suíça

ANEXO II – MEMBROS DA ORGANIZAÇÃO DO CNAPP (1908)

MEDICINA

1. Adolfo Possolo – RJ – Médico do Hospício Nacional de Alienados e Cirurgião da Associação dos Empregados no Comércio do RJ – Relator de duas Memórias no CNAPP;
2. Affonso Moreira de Loyola Barata – 1862-? – RN – Formado pela Faculdade de Medicina da Bahia – Médico do Exército, Médico regional da Diretoria de Higiene Pública PA (1895), Inspetor sanitário do Porto e Médico do Asilo de Alienados RN – Deputado Estadual RN (1891) e Deputado Federal RN (1915/1918-1920) – Representante da Comissão Organizadora do CNAPP no RN;
3. Alfredo Augusto da Mata – AM – Membro da Academia Nacional de Medicina, do Instituto Histórico e Geográfico do AM e colaborador da Revista Brasil Médico – Deputado e Senador pelo AM – Delegado Oficial do AM no CNAPP;
4. Alfredo da Graça Couto – 1864-1917 – MA – Médico Oftalmologista – formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro – Inspetor de Saúde Pública (Diretor Geral de Saúde Pública) do DF – Membro da ANM, 1º Secretário do Conselho Fiscal da Companhia Luz Stearica (1901) – Secretário da Comissão Organizadora do CNAPP;
5. Alfredo do Nascimento Silva - 1866-1951 – RJ – Formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro – Professor de Química, Física e Ciências Naturais da Escola Superior de Guerra - Presidente da ANM 1908-1909, membro da Liga Brasileira contra a Tuberculose, do Instituto dos Docentes Militares, do IHGB – Presidente da 2ª Seção do CNAPP;
6. Alfredo Rodrigues Barcellos – Diretor da Casa São José – Relator de Memória no CNAPP;
7. Alfredo Thomé de Britto – 1863-1909 – Salvador/BA – Formado pela Faculdade de Medicina da Bahia – Professor adjunto e Diretor (1901-1908) da Faculdade de

- Medicina da Bahia, médico no Hospital Santa Izabel - Representante da Comissão Organizadora do CNAPP na BA;
8. Álvaro da Silva Rego – AL – Membro da comissão inspetora de estabelecimentos públicos e particulares de alienados – Representante da Comissão Organizadora e Delegado Oficial por AL no CNAPP;
 9. Amarílio Hermes de Vasconcellos – Inspetor Sanitário (1904), Cirurgião de 5ª classe da Armada, 2º tenente e representante do Ministro da Guerra em 1909 – Relator de Memória no CNAPP;
 10. Antônio Fernandes Figueira – 1863-1928 – Rio de Janeiro/RJ – Médico Pediatra – Formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro – Diretor da Pediatria do Hospital São Sebastião, Chefe da Pediatria da Santa Casa de Misericórdia, Diretor da Policlínica de Crianças (1909), Chefe da Inspeção de Higiene Infantil (Dep. Nacional de Saúde, 1921) – Presidente da ANM (1907-1908) – Secretário da Comissão Organizadora e Relator da 3ª Tese Oficial do CNAPP;
 11. Antônio Gomes Aguirre – 1859-1928 – ES – Formado pela FMRJ – Inspetor Sanitário do Porto de Vitória ES – Fundador e Presidente do IHG do ES e Patrono da Academia de Letras do ES – Vice Governador ES (1899), Governador ES (1891) e Deputado Estadual (1918) – Representante da Comissão Organizadora do CNAPP no ES;
 12. Artur Palmeira Ripper – 1871-1939 – RJ/SP – Formado pela FMRJ - Médico do Instituto Bacteriológico de São Paulo e Inspetor Sanitário SP - Deputado Federal por São Paulo (1906-1908/1912-1921/1923) - Delegado Oficial por SP no CNAPP;
 13. Benjamin Antônio da Rocha Faria – 1853-1936 – RS – Formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro – Professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1885-1916), Inspetor Geral de Higiene Pública (1888), Chefe de Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia (até 1932) – Presidente do CNAPP e Relator da 2ª Tese Oficial;

14. Bonifácio Ferreira de Carvalho – PI – Diretor de Saúde Pública do PI, Médico da Santa Casa de Misericórdia do PI e Médico adjunto do Exército – Representante da Comissão Organizadora do CNAPP no PI;
15. Carlos Artur Moncorvo Filho – RJ – Diretor do IPAI do RJ – Vice- presidente da 3ª Seção e Relator de Memória no CNAPP;
16. Carlos de Oliveira Costa – Médico de 4ª classe da Diretoria Geral de Saúde do Exército – Relator de Memória no CNAPP;
17. Cicero Ribeiro Ferreira Rodrigues – MG – Professor da Faculdade de Direito de BH/MG e Fiscal Geral das Cooperativas de Café MG – Representante da Comissão Organizadora do CNAPP em MG;
18. Clemente Miguel da Silva Ferreira – SP – Relator de Memória no CNAPP;
19. Diogo Fernandes Álvares Fortuna – 1849-1913 – RJ/RS – Formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro – Médico do Corpo de Saúde do Exército no RS (1877-1893) e Professor de Clínica Cirúrgica na Faculdade de Medicina de Porto Alegre/RS – Deputado Federal RS (1899-1913) e Senador (1913) – Delegado Oficial pelo RS no CNAPP;
20. Dionísio de Cerqueira Filho – Médico – Membro da Comissão Organizadora da Exposição de Higiene e Assistência Pública do CNAPP;
21. Eduardo Augusto de Menezes – MG – Membro correspondente da Academia Nacional de Medicina e Secretário da Mesa Diretora da Santa Casa de Misericórdia de JF/MG – Representante da Comissão Organizadora do CNAPP em MG;
22. Emilio Pinheiro Portella – Médico – Membro da Comissão Organizadora da Exposição de Higiene e Assistência Pública do CNAPP;
23. Ernesto Crissiúma Filho – Médico – Relator de Memória no CNAPP;

24. Ernesto Nascimento Silva – Médico – Professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro – Presidente da 2ª Seção do CNAPP;
25. Francisco Joaquim Ferreira Nina – MA – Major Médico de 3ª classe do Ministério da Guerra e Chefe de Saúde do Porto MA – Representante da Comissão Organizadora do CNAPP no MA;
26. Garfield Augusto Perry de Almeida – Professor (preparador) da FMRJ – Secretário da 2ª seção e Relator da 2ª Tese Oficial do CNAPP;
27. Geminiano de Lyra Castro – PA – 1863-1936 – Médico – Diretor do serviço sanitário do PA, cirurgião mór, tenente coronel do Comando Superior da Guarda Nacional – Médico efetivo da Venerável ordem Terceira de São Francisco da Penitência do PA e Vice Provedor da Santa Casa de Misericórdia do PA – Vice Governador do PA em 1901, Deputado federal 1909-1911 e 1921-1926, Senador, Presidente do Senado e Ministro de Agricultura 1926-1930 – Representante da Comissão Organizadora do CNAPP no PA;
28. Gil Goulart Filho – ES – Médico – Senador ES – Delegado Oficial pelo ES no CNAPP;
29. Humberto Gotuzzo – Médico – Secretário da 1ª Seção do CNAPP;
30. Ismael da Rocha – Médico de 2ª classe da Diretoria Geral de Saúde do Exército e Diretor do Hospital Central do Exército – membro da Comissão Organizadora da Exposição de Higiene e Assistência Pública do CNAPP;
31. João Batista de Sá Andrade – 1865-1912 – PB – Médico – Formado pela FMRJ – Inspetor de Higiene na Paraíba – Sócio Fundador do IHGPB – Deputado Constituinte – Representante da Comissão Organizadora do CNAPP na PB;
32. João Paulo da Silva Brito – MA/PE/PI – Médico da Empresa Estrada de Ferro do Maranhão - Delegado Oficial pelo PI no CNAPP;
33. Joaquim Pinto Portella – Médico – Presidente da 3ª Seção do CNAPP;

34. José Antônio de Figueiredo Rodrigues – 1873-1949 – AM – Médico – Formado pela FMRJ – Preparador de Histologia (1907) FMRJ, Inspetor Geral do Porto do RJ, Chefe do Serviço de Saneamento do AM – Chefe de Serviços Médicos do Lóide Brasileiro – Deputado Federal 1921 (AM), Deputado Constituinte 1933 (CE) e Deputado Federal 1934 (CE) – Representante da Comissão Organizadora do CNAPP no AM;
35. José Jerônimo de Azevedo Lima – Médico – Presidente da Comissão Organizadora da Exposição de Higiene e Assistência Pública;
36. José Plácido Barbosa – Delegado Sanitário na 8ª Delegacia de Saúde (1904) – membro da Comissão Organizadora da Exposição de Higiene e Assistência Pública do CNAPP;
37. Joviniano Joaquim de Carvalho – BA/SE – Formado pela Faculdade de Medicina da Bahia – Deputado Estadual BA e SE e Deputado Federal SE (1900-1914) – Delegado Oficial por SE no CNAPP;
38. Juliano Moreira – 1873-1933 – Médico – Formado pela FMBA 1891 – Professor substituto na FMBA (1896) e Diretor do Hospício Nacional de Alienados e da Assistência Médico Legal (1903-1930) – Membro fundador da Sociedade de Medicina e Cirurgia da BA, da Sociedade de Medicina Legal da BA e da Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins - Vice-presidente da 2ª Seção e Relator da 2ª Tese Oficial do CNAPP;
39. Luiz Antônio Ferreira Gualberto – 1857-1931 – SC – Formado pela FMBA – Delegado Sanitário do Porto e de Higiene –SC- (1889-1895) – Membro da Academia Catarinense de Letras do IHGSC e do IHGB - Deputado Constituinte (1896) e Deputado Federal SC (em três legislaturas) – Representante da Comissão Organizadora do CNAPP em SC;
40. Luiz Nogueira Flores – Médico – Relator de Memória no CNAPP;
41. Luiz Tavares de Macedo Junior – RJ – Diretor do Hospital Paula Cândido – Representante da Comissão Organizadora do CNAPP no RJ;

42. Octavio de Freitas – PE – Médico no Instituto Pasteur PE – Representante da Comissão Organizadora do CNAPP em PE;
43. Olímpio Olinto de Oliveira – Professor de clínica pediátrica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre RS e Médico do Dispensário das Crianças da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre RS – Representante da Comissão Organizadora do CNAPP no RS;
44. Oscar Freire de Carvalho – BA – Formado pela FMBA – Professor substituto da Faculdade de Medicina da Bahia – Representante da Comissão Organizadora do CNAPP na BA;
45. Oscar Rodrigues Alves – Comissário de Higiene e Assistência Pública do Distrito da Glória (1908) – membro da Comissão Organizadora da Exposição de Higiene e Assistência Pública do CNAPP;
46. Paulino Werneck – Chefe do Posto Central de Assistência (1907-1910) e Diretor Geral de Higiene e Assistência Pública – membro da Comissão Organizadora da Exposição de Higiene e Assistência Pública do CNAPP;
47. Pedro Augusto Borges – 1851-1922 – Fortaleza/CE – Formado pela Faculdade de Medicina da Bahia – Médico-cirurgião do Corpo de Saúde do Exército, Chefe do Hospital de Jacarepaguá CE (1877-1879) – Senador CE (1904-1917), Deputado Federal (1894-1900) e Presidente do Estado do CE (1900) – Delegado Oficial pelo CE no CNAPP;
48. Ruiz Freitas Lima – Médico – Membro da Comissão Organizadora da Exposição de Higiene e Assistência Pública do CNAPP;
49. Teófilo de Almeida Torres – RJ – Delegado Sanitário da 8ª Delegacia de Saúde do DF – Delegado Oficial pelo RJ no CNAPP;
50. Thomaz S. Newlandia Jr. – PR – Médico – Relator de Memória no CNAPP;

51. Victor Godinho – SP – Professor da Escola de Farmácia e Diretor da Revista Médica de São Paulo – Representante da Comissão Organizadora do CNAPP em SP;

DIREITO

52. Alfredo Pinto – Advogado - Chefe de Polícia do DF – Membro da Comissão Protetora do CNAPP;

53. Ataulfo Nápoles de Paiva – 1865-1955 – RJ – Advogado, Jurista, Jornalista – Formado pela Faculdade de Direito de São Paulo – Juiz SP, Juiz do Tribunal Civil e Criminal, Desembargador (1905), Presidente da Corte de Apelação do DF (1912), Presidente do TJ do DF (1925-1926), Presidente do TRE do DF (1932) e Ministro do STF (1934-1937) – Vice-presidente e Relator da 1ª Tese Oficial do CNAPP;

54. Augusto Tavares de Lira – Advogado – Ministro de Negócios Interiores e da Justiça (1906-1909) – Membro da Comissão protetora do CNAPP;

55. Esmeraldino Olímpio de Torres Bandeira – 1865-1828 – Recife/PE – Advogado e Professor – Formado pela Faculdade de Direito do Recife – Secretário do Governo do Estado de PE, Procurador Geral, Prefeito de Recife, Ministro da Justiça, Deputado Estadual e Deputado Federal (PE) – Vice-presidente da 1ª Seção do CNAPP;

56. Estácio de Albuquerque Coimbra – 1872-1937 – PE – Advogado – Formado pela Faculdade de Direito de Recife – Prefeito de Barreiros PE 1894, Deputado Estadual 1895-1899/1907-1913; Deputado Federal 1900-1911/1915-1923 e Vice Presidente da República 1922 – Delegado Oficial por PE no CNAPP;

57. Francisco Carneiro Nobre de Lacerda – SE – Advogado – Juiz Seccional SE – Representante da Comissão Organizadora do CNAPP no SE;

58. João Carneiro de Souza Bandeira – 1865-1917 – Recife/PE – Advogado, Diplomata, Professor, Ensaísta, Jurista – Professor da Faculdade Livre de Ciências Jurídicas e

Sociais – Tesoureiro da Comissão Organizadora e Relator da 4ª Tese Oficial do CNAPP;

59. João de Moraes Mattos – MT – Advogado - Juiz Seccional no MT – Representante da Comissão Organizadora do CNAPP no MT;
60. João Goulart de Andrade – GO – Advogado – Juiz Municipal e Juiz de Paz em GO – Representante da Comissão Organizadora do CNAPP em GO;
61. Joaquim Xavier da Silveira Junior – RN – Advogado – Formado pela Faculdade de Direito de São Paulo – Prefeito do RJ (1901-1902), Deputado, Senador e Presidente do Estado do RN - 4ª seção do CNAPP;
62. José Felix Alves Pacheco – 1879-1935 – Teresina/PI – Advogado, Jornalista, Empresário e Poeta – Formado pela Faculdade Nacional de Direito do RJ – Fundador e Diretor do Gabinete de Identificação e Estatística do DF, Membro da ABL – Deputado Federal (1909-1921), Senador (1921-1927) e Ministro das Relações Exteriores (1922-1926) – Secretário da 3ª Seção do CNAPP;
63. José Maria Metello – 1853-1920 – MT – Advogado – formado pela Faculdade de Direito de Recife – Juiz Municipal de Corumbá (MT), juiz substituto (RJ), desembargador e Presidente do Tribunal da Relação (MT) – Deputado Geral 1885, Intendente em Cuiabá, Deputado Estadual Constituinte 1891-1893 e Senador MT 1900-1917 – Delegado Oficial por MT no CNAPP;
64. José Xavier de Almeida – 1871-1956 – Goiás/GO – Advogado – formado pela Faculdade de Direito de São Paulo – Secretário de Interior e Justiça (1895-1901) - Deputado Federal (1906-1908), Deputado Estadual (1900) e Presidente do Estado de GO 1901 – Delegado Oficial por GO no CNAPP;
65. Josino Alcântara de Araújo – 1866-1925 – MG – Advogado – formado pela Faculdade de Direito de SP – Juiz Municipal de Baependi MG (1892-1899), Comandante Geral da Brigada Policial MG (1906) – Deputado Federal MG (1907) – Delegado Oficial por MG no CNAPP;

66. Manoel Ignácio Carvalho de Mendonça – PR – Advogado – Juiz Seccional PR – Representante da Comissão Organizadora do CNAPP no PR;
67. Manoel José Espínola – BA – Advogado – Conselheiro e Ministro do STF (1906-1912) – Presidente da 4ª seção do CNAPP;
68. Manuel de Alencar Guimarães – 1865-1940 – PR – Advogado – Formado pela Faculdade de Direito de Recife – Promotor Público PE, Juiz Municipal PR, Chefe de Polícia, Secretário Estadual de Estatística, Inspetor Consular para a América do Sul e África do Sul – Deputado Constituinte e Estadual (1892-1911), Deputado federal (1895-1908), Presidente PR (1908) e Senador (1908-1920) – Delegado Oficial pelo PR no CNAPP;
69. Nerval de Gouvêa – Professor da Faculdade Livre de Ciências Jurídicas e Sociais – Relator de Memória no CNAPP;

OUTRO

70. Antônio Affonso Monteiro Chaves – Major da Marinha – Membro do Club Militar – Membro da Comissão Protetora do CNAPP (Representante do Presidente da República);
71. Barão de Studart (Guilherme Studart) – CE – Historiador – Diretor da Revista Academia Cearense, Membro da Academia Cearense de Letras e da Irmandade de São Vicente de Paulo CE – Representante da Comissão Organizadora do CNAPP no CE;
72. Francisco Marcelino de Souza Aguiar – Engenheiro – Prefeito do Distrito Federal – Membro da Comissão Protetora e Responsável pelo CNAPP;
73. José Joaquim de Campos da Costa de Medeiros e Albuquerque – 1867-1934 – Recife/PE – Jornalista, Escritor, Professor – Diretor da Secretaria do Ministério do Interior (1889), Professor da Escola de Belas Artes (1890) e das Escolas de Segundo Grau (1890-1897), Vice-Diretor do Ginásio Nacional (1892), Diretor Geral da

Instrução Pública (1897-1906), Tenente-Coronel da Guarda Nacional – Deputado Federal PE (1894-1897/1901-1902/1904-1911) - 2º Vice-presidente da Comissão Organizadora e Relator da 4ª Tese Oficial do CNAPP;

74. Julio Benedicto Ottoni – RJ – Industrialista e Empresário – Presidente da Associação Comercial do Rio de Janeiro e Presidente da Companhia Luz Stearica – Vice Presidente da 4ª Seção do CNAPP;

75. Lauro Severiano Muller – 1863-1926 – SC – Engenheiro – Formado na Escola Militar da Praia Vermelha - Tenente-Coronel da Escola Superior de Guerra (1906) – membro do IPAI do RJ e da Academia Brasileira de Letras – Governador SC (1889 e 1902), Deputado Federal, Senador SC (1907), Ministro da Indústria, Viação e Obras Públicas 1902, Ministro de Relações Exteriores (1912-1918) – Delegado Oficial por SC no CNAPP;

76. Olavo Braz Martins dos Guimarães Bilac – 1865-1918 – Rio de Janeiro/RJ – Jornalista, Poeta, Escritor – Inspetor de Instrução Pública (1898-1918) – Membro da ABL – Secretário Geral da Comissão Organizadora do CNAPP;

77. Paulo Barreto (João do Rio) – 1881-1921 – RJ – Jornalista – Membro da ABL – Membro da Comissão Organizadora da Exposição de Higiene e Assistência Pública do CNAPP;

NÃO IDENTIFICADO

78. Estevam Lobo - Relator de Memória no CNAPP;

79. Mario Franco Vaz – Secretário da 3ª Seção do CNAPP;

80. Mello Moraes Filho – Relator de Memória no CNAPP;

81. Moreira Guimarães - Membro da Comissão Protetora (Representante do Ministro do Interior).