

**Assistência Médica no Brasil: especificidade e experiências.**

Gisele Sanglard  
Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz  
sanglard@coc.fiocruz.br

O início dos anos 1920 é marcado, em termos de História da Medicina, por mudanças nas diretrizes da Saúde Pública com a Reforma da Saúde Pública (1919) levada a cabo por Carlos Chagas (1919-1926); pela criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP, 1919) e das dez Inspetorias sanitárias. É nesse período que o Estado passou a assumir a direção da questão da Assistência hospitalar, até então centralizada pelas ações da Irmandade da Misericórdia.

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

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

Ao pensar sobre assistência médica no Brasil, a imagem que sobrevém quase que instantaneamente é a do Hospital da Santa Casa da Misericórdia. Tal associação explica-se

porque as ações pias de irmandades e ordens terceiras são inerentes à tradição portuguesa de assistência, desde o período medieval, e o império português reproduziu, em suas colônias, a assistência tanto médica quanto social (a órfãos, prisioneiros, doentes, loucos etc.), as quais se baseavam, sobretudo, nos trabalhos da Santa Casa da Misericórdia. Apesar de sua importância e hegemonia nas questões relativas à assistência em Portugal e no ultramar, não se pode esquecer que outras irmandades e também ordens terceiras mantinham, tanto na metrópole quanto na colônia, hospitais para a realização de suas obras de caridade, porém com acesso restrito aos irmãos e seus dependentes. Por seu duplo papel de hospital público e privado, no Brasil as Misericórdias se transformaram, ao longo da história, em sinônimo de socorro médico.

O século XIX traz modificações substanciais ao cotidiano e ao funcionamento do Hospital da Misericórdia. Até então o hospital mantinha um corpo restrito de funcionários e seu atendimento pouco o diferenciava dos hospitais tradicionais, depositários das misérias humanas: em suas enfermarias conviviam loucos, incuráveis, portadores de doenças contagiosas e expostos. A pouca distância ficava o Recolhimento das Órfãs, que ganhou espaço próprio ainda em 1743. Dentre as alterações percebidas há o questionamento do espaço do hospital, que passa a ser considerado insalubre; os melhoramentos empreendidos no hospital; e a criação da Faculdade de Medicina (1808), que se instalou em suas dependências.

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

A convivência entre a Faculdade de Medicina e as sucessivas Mesas Diretoras da Irmandade da Misericórdia acaba por evidenciar um conflito maior entre duas práticas distintas: de um lado a caridade e de outro o ensino médico — este último representando a tentativa de medicalização do hospital. Tais práticas foram obrigadas a conviver no mesmo

espaço em face da ausência de outro hospital na capital do Império que pudesse abrigar as aulas práticas da Faculdade de Medicina.

A chegada das irmãs da Sociedade de São Vicente de Paulo, dedicada ao trabalho com os pobres, em 1852 reforçou, mesmo que simbolicamente, o papel do hospital como lugar de caridade, ao mesmo tempo que acirrou os conflitos com os médicos. Às freiras cabiam funções administrativas (supervisão de compras e co-administração) e de enfermagem (alimentação e cuidado com os doentes), e a elas era permitido o livre trânsito pelas enfermarias feminina e masculina. Também eram encarregadas da supervisão dos enfermeiros laicos e da animação da vida religiosa propriamente dita, tais como de missas, orações etc..

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

Esse quadro pode ser estendido a outros países onde a administração dos hospitais não estava a cargo do corpo médico, o conflito entre este e os gestores leigos ou religiosos, a controlar e impor regras de funcionamento, se mostrava inevitável. Os confrontos podiam se dar entre médicos e freiras, no que se referia aos cuidados aos enfermos, ou mesmo entre médicos e administradores a respeito da função e do papel do hospital. O mesmo pode ser dito acerca da infra-estrutura do hospital, pautada no serviço das religiosas e de enfermeiros desqualificados. Contudo, essas dificuldades de relacionamento não impediam que a ordem médica – necessidades terapêuticas, função sanitária e médico-científica – se instalasse progressivamente no hospital. A disputa que contrapõe, de um lado, o hospital como lócus da ação da caridade e, de outro, o hospital como espaço da prática médica não foi característica apenas da Misericórdia do Rio de Janeiro. O Hôtel-Dieu de Paris, palco de

diversas transformações da medicina, só conseguiu afastar a presença da Igreja do seu cotidiano em 1908, quando as freiras agostinianas foram afastadas do hospital e do cuidado aos doentes. E em outras Misericórdias brasileiras, como as de Salvador, Porto Alegre e São Paulo, também houve tensão e atritos entre os médicos e a Igreja, esta representada tanto pela presença das freiras quanto pelas normas da irmandade.

A partir de 1870 as mudanças por que passavam a medicina e seu ensino no Velho Mundo repercutiram na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro transformando-a, assim como a relação dos médicos com o hospital. Também surgiram outros espaços de cura como as casas de saúde e a Policlínica Geral, esta última criada em 1881, que recebiam parte da população não atendida pelos hospitais existentes e médicos formados pela Faculdade. Foi o período em que se consolidaram questões da prevenção e da cura, o tempo do higienismo, e as novas idéias trariam conseqüências também para o Brasil.

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

As últimas décadas do século XIX foram decisivas para que o hospital se tornasse o lugar da terapêutica, ou seja, para que ele fosse efetivamente medicalizado, e as descobertas de Pasteur tiveram um papel importante nesse processo. A criação do Instituto Pasteur em 1888 mudou a relação da caridade com a medicina e também serviu de parâmetro para o surgimento de diversas instituições por todo o mundo ocidental. O Brasil e o Rio de Janeiro, em particular, não passaram alheios a tal movimento.

No caso específico do Rio de Janeiro, o processo de ruptura com o padrão da assistência médica herdado da colonização portuguesa começa a ser delineado com a Reforma da Saúde Pública de 1920, conduzida por Carlos Chagas, mas pode-se afirmar, no

entanto, que até o início do século XX, a assistência médica no Rio de Janeiro estava ainda muito dependente das ações da Santa Casa da Misericórdia e é somente a partir dos anos de 1920 que o Estado, através da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), começou a organizar a questão dos hospitais e dos socorros médicos aos pobres. Os primeiros sinais dessa dissensão entre a prática da assistência médica pautada nas ações caritativas e uma política de saúde pública, se dá, contudo, a partir do final do século XIX com a criação, em 1881, da Policlínica Geral do Rio de Janeiro; e, em 1899, com a criação da Policlínica de Botafogo; para se corporificar na criação do Hospital São Francisco de Assis, em 1922, no âmbito da Reforma de Saúde Pública e se tornando o primeiro hospital geral mantido pelo governo no Distrito Federal.

Com forte influência da experiência austríaca, a Policlínica do Rio de Janeiro foi criada em dezembro de 1881 por iniciativa dos médicos João Pizarro Gabizzo, Antônio Loureiro de Sampaio e Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo, tendo como beneméritos o imperador Pedro II e a imperatriz Tereza Cristina; além de um grande número de doadores, responsáveis por sua fundação e manutenção. Essa instituição garantia o atendimento gratuito à população carente, mas tal qual a Sta. Casa da Misericórdia cobrava daqueles que podiam pagar. Entre seus objetivos sobressaía a preocupação com o ensino médico.

Ainda no final do século XIX, em 1899, é criada a Policlínica de Botafogo, pelo médico Luiz Barbosa, tendo iniciado seus atendimentos em junho de 1900. Sua marca mais forte era a atuação paroquial, restrita aos moradores de Botafogo e adjacências. Instituição privada, ela era mantida por seus protetores, todos domiciliados em Botafogo. Seus principais benfeitores eram o conselheiro Catta-Preta; Eugenio Jose de Almeida; Eduardo P. Guinle; Candido Gaffrée; senador Antonio Azeredo e John Gregory.

Assim, na organização político-religiosa do Brasil colonial e imperial, a caridade e a assistência estiveram baseadas nas ações de instituições leigas de devoção — afinal, uma das características das irmandades e ordens terceiras era a sua reunião em torno da devoção a um determinado santo —, não existindo muito espaço para as ações individuais, tal como ocorreu no mundo anglo-saxão. Chama-se a atenção para a mística que cercava

os donativos e legados feitos às irmandades, notadamente à Misericórdia, a ponto de essas práticas se tornarem uma das marcas da vida religiosa do Brasil na virada do século XIX para o século XX.

Quanto à prática médica, o século XIX distinguiu-se pelo processo de medicalização do hospital, que aos poucos foi se transformando em espaço de terapêutica em detrimento da caridade. No Brasil tal processo esteve intimamente ligado à criação das Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, a todas as transformações do ensino médico e ao seu impacto no cotidiano hospitalar das Misericórdias dessas duas cidades. Na França, como foi salientado, a questão da assistência modificou-se gradualmente após a segunda metade do século XIX, por um lado com o surgimento do mutualismo e, por outro, devido a inovações técnicas da medicina, encontrando seu ápice nas descobertas de Pasteur e na criação do instituto que leva seu nome.

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

Quando, na década de 1920, o industrial carioca Guilherme Guinle surge como filantropo da saúde pública no Brasil, o discurso médico que interpreta a medicina como um dos instrumentos de regeneração do pobre encontrava-se no auge. Esse discurso pode ser

percebido na construção do Hospital Gaffrée e Guinle (1924-1927) e do Hospital do Câncer (1927-1934) por Guilherme Guinle, onde a política de combate à sífilis e ao câncer, implementadas a partir da Reforma da Saúde Pública de 1920 e das diretrizes da Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas criada nessa época, eram parte integrante desses hospitais. Eles são, antes de tudo, o investimento do industrial em um determinado projeto de Saúde Pública e de valorização do homem brasileiro – a garantia do futuro da nação.

As mensagens presidenciais vêm chamando atenção para a precária situação hospitalar da capital republicana, sobretudo para a insuficiência de hospitais gerais e no relatório de 1922 do DNSP, Carlos Chagas fala na criação de hospitais regionais. No âmbito das discussões na Câmara dos Deputados acerca da Reforma da Saúde Pública, Carlos Chagas ressalta a deficiência da rede de assistência médico-hospitalar no país tanto no que tange às exigências modernas da higiene para os hospitais de isolamento; como para o atendimento das *nosologias habituais*, onde a falta de leitos é crítica recorrente.

Como foi salientado anteriormente, a criação do Hospital São Francisco de Assis, em 1922, sob alçada do DNSP marca o início da presença do governo federal na gestão da Assistência Médica. A construção dos dois hospitais por Guilherme Guinle poucos anos depois, cuja gestão estaria a cargo do governo federal e seus projetos têm vinculação direta com as diretrizes da Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas – sem contar que o inspetor-chefe, Eduardo Rabello e seus discípulos estavam presentes tanto na Inspeção quanto no Hospital Gaffrée e Guinle, reforçando os laços entre a política de Saúde Pública e sua construção. Esses dois empreendimentos sinalizam também uma ruptura com a tradição luso-brasileira de assistência hospitalar, conforme descrito ao longo do trabalho, na medida em que abrem novos espaços de cura desvinculados da alçada religiosa e diretamente vinculados às políticas públicas que estavam sendo implementadas.

O Hospital Gaffrée e Guinle permite-nos perceber bem esta transição: sua construção começa em 1924, ano em que é indicado seu primeiro diretor a quem caberia também dirigir os trabalhos dos 12 ambulatórios anti-venéreos que estavam sendo também

erguidos em diversos pontos da cidade e cujo funcionamento foi bem anterior à inauguração do hospital, em novembro de 1927. Para Eduardo Rabello, o Hospital Gaffrée e Guinle e seus ambulatórios anti-venéreos, deixará o Distrito Federal em uma posição ímpar no combate à sífilis e às doenças venéreas de um modo geral. O hospital previa um atendimento especial às itas 'contagiantes' que tinham atendimento especial e separado do restante do hospital, marcando a política posta em prática de atendimento e não de controle das prostitutas. Assim, a construção desse complexo de assistência médica foi muito mais do que uma ação filantrópica, mas um apoio irrestrito à uma determinada política de saúde pública que estava sendo posta em prática naquele momento por Carlos Chagas, diretor do DNSP e do Instituto de Manguinhos.

O maior indicativo de mudança na política pública voltada à assistência hospitalar será dado com a criação, em 1926, da Assistência Hospitalar, órgão autônomo ao DNSP e que tinha por incumbência a gestão dos hospitais S. Francisco de Assis e Pedro II, bem como a fiscalização dos demais estabelecimentos hospitalares da capital. Sua direção foi entregue a João Marinho, professor da Faculdade de Medicina. O órgão contava com um Conselho Hospitalar, formado por Ataulfo de Paiva, Carlos Chagas, Guilherme Guinle, Clementino Fraga, Abreu Fialho e Miguel de Carvalho. Cabia-lhes o assessoramento ao diretor da Assistência no que tangia ao projeto mais ambicioso do órgão: a construção de um hospital para a Faculdade de Medicina, com capacidade para atender 1200 pessoas e que certamente minoraria a carência de leitos no Distrito Federal.

Contudo, foi somente na gestão de Pedro Ernesto na prefeitura do Distrito Federal (1931-1936) que se percebe com mais força a presença do governo na direção das questões relativas à Assistência hospitalar, cujos primeiros investimentos remontam a década de 1920. Enfim, os anos 20 marcam a passagem da Assistência Hospitalar no Brasil da alçada da Igreja Católica para a do Estado, tal como ocorreu nos países de tradição Católica.