

Os Primeiros Anos da Reforma Sanitária no Brasil e a Atuação da Fundação Rockefeller (1915-1920)*

LINA RODRIGUES DE FARIA**

Introdução

Este artigo analisa a atuação da Fundação Rockefeller no Brasil, os feitos que seus cientistas realizaram em parceria com médicos e sanitaristas brasileiros, no período que se estende de 1915 até o início dos anos 20, que marca, no Brasil, a consolidação de uma etapa importante da Reforma Sanitária.

A primeira Comissão da Fundação Rockefeller chegou ao Brasil em 1915, formada por William Henry Welch (bacteriologista) e Wickliffe Rose (Diretor da International Health Commission).¹ A Comissão viajou para São Paulo com o objetivo de identificar áreas de atuação e coletar informações sobre as condições de combate às doenças infecciosas, como a malária, a ancilostomíase e a febre amarela. Esses contatos abriram caminho para a entrada de médicos e sanitaristas norte-americanos da Rockefeller no País. A partir daí, as relações entre o Brasil e a Fundação se estreitaram.

* Este artigo é fruto de minha tese de mestrado, defendida em agosto de 1994 no Instituto de Medicina Social da UERJ. Agradeço as sugestões e conselhos de minha orientadora prof^a. Elisa Pereira Reis e dos membros da Banca, professores Margarida de Souza Neves, Sérgio Goes de Paula e Mário Monteiro. Procurei incorporar seus comentários quando da elaboração deste artigo, mas sou a única responsável pelas limitações ainda existentes no texto.

** Mestre em Saúde Coletiva, pesquisadora do Instituto de Medicina Social da UERJ.

1. Nelly Martins Ferreira Candeias, Memória Histórica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: 1918-1945, *Revista Saúde Pública*, São Paulo, 1984, p. 2 *apud* Maria Gabriela S. M. C. Marinho, O Papel da Fundação Rockefeller na Organização do Ensino e da Pesquisa na Faculdade de Medicina de São Paulo (1916-1931), Tese de Mestrado, Unicamp, 1993, p. 15.

No ano seguinte chegou ao país uma segunda Comissão, desta vez formada pelos médicos Richard M. Pearce (diretor da Divisão de Educação Médica), John A. Ferrell (assistente da Diretoria da Comissão Sanitária Internacional) e o major Bailey K. Ashford (Comissão de Saúde do Exército dos Estados Unidos).²

A Fundação Rockefeller procurou *adaptar* suas atividades às situações históricas, culturais e sanitárias do Brasil. Fundamentalmente, os modelos campanhistas e a formação de novos profissionais, duas das maiores realizações da Fundação, foram conduzidos *em parceria* com a elite médica e sanitarista atuante no Brasil na época da chegada da Missão, tendo sido implementados *em sintonia* com o governo federal e os governos estaduais.

Quando aqui chegaram, os sanitaristas e pesquisadores da Rockefeller defrontaram-se com um País dotado de expressiva tradição em pesquisa biomédica em centros de investigação do porte de Manguinhos e Butantan, e tiveram de fazer desses cientistas seus parceiros na definição de objetivos e planos de ação.

Tiveram, ainda, de se defrontar com uma grande efervescência política, fruto de ideologias nacionalistas. Os partidários destas desempenharam, na época, um papel importante junto ao governo federal, exigindo que o Estado exercesse maior controle sobre as políticas sanitaristas nas diversas regiões brasileiras, inclusive sobre as ações da própria Missão Rockefeller. Um terceiro elemento que contribuiu sensivelmente para o rumo que tomaram as atividades da Rockefeller no Brasil foi que o Estado possuía um projeto modernizador, que incluía atenção à área médica e ao combate às endemias.

Por outro lado, a Missão Médica chegou ao País em um momento de crescente centralização dos serviços de Saúde Pública nas mãos do governo federal — o aparelho de Estado, principalmente na esfera federal, já revelava um razoável estágio de intervenção na área da saúde. A Rockefeller teve, portanto, de adaptar suas atividades ao modelo de saúde centralizador que vinha se implantando no Brasil.

Foi com base nesse cenário que a Fundação Rockefeller estabeleceu os moldes de sua atuação, que não seguiu um caminho de mão única. Para os brasileiros, a Missão não significou uma mera importação de ciência e dos padrões profissionais da Fundação, pelo contrário, os interesses científicos e políticos da Rockefeller tiveram de estabelecer concessões claras aos interesses nacionais. O contexto político-cultural e as condições sanitárias do Brasil,

2. Rockefeller Archive Center, North Tarrytown, Estado de Nova Iorque, Série 305, Brasil, John A. Ferrell, documento de 7/1/1916.

naquele momento, contribuíram, significativamente, para a alteração dos planos originais da Rockefeller em relação ao País.

A literatura

Quais teriam sido os interesses e objetivos que incentivaram as atividades sanitárias e científicas da Fundação Rockefeller no Brasil a partir dos anos 10?

Em geral, a escassa literatura sociológica existente sobre o tema, no Brasil e no exterior, apresenta uma visão simplista do papel desempenhado pelas missões médico-sanitárias da Rockefeller. Estas missões são descritas como “representantes científicas de políticas imperialistas”, e sua atuação nos países da América Latina e em outras economias agroexportadoras estaria pautada, portanto, por uma relação de dominação de uma sociedade industrial sobre uma sociedade agrária. Tais correntes teóricas quase sempre desconhecem a realidade complexa desses padrões de dominação, que não impedem, necessariamente, que os povos e governos do Terceiro Mundo possam realizar conquistas importantes nos terrenos social, político e sanitário, tirando proveito dessa dominação, ou ampliando as margens de atuação independente. Entre os autores dessa corrente podemos citar E. Richard Brown, Juan C. Garcia e Eliana Labra.³

De acordo com esta corrente, a presença da Fundação Rockefeller no Brasil e na América Latina coincidiu com a expansão dos interesses norte-americanos na região. A preocupação das fundações americanas de erradicar as enfermidades infecciosas estava diretamente relacionada com o desejo de incrementar a produtividade. O combate às doenças infecciosas não era visto como um problema humanitário ou científico, mas sim econômico. Nesse sentido, a promoção de campanhas de controle das doenças como a malária, a ancilostomíase e a febre amarela estava associada à necessidade de a economia norte-americana criar condições para as inversões de capitais.

Nessa linha de raciocínio, Richard Brown⁴ atribui à Fundação americana o objetivo principal de desenvolver um sistema de assistência que desse sustentação à expansão capitalista. Para o autor, a assistência médica nos países

3. E. Richard Brown, *Rockefeller Medicine Men: Medicine and Capitalism in America*, Berkeley/Los Angeles/Londres, University of California Press, 1979; Juan C. Garcia, “Estado e Políticas de Saúde na América Latina”, *Textos de Apoio. Ciências Sociais* 2, Rio de Janeiro, PEC/ENSP/ABRASCO, 1984; e María Eliana Labra, *O Movimento Sanitarista nos Anos 20: Da Conexão Sanitária Internacional à Especialização em Saúde Pública no Brasil*, Tese de Mestrado, EBA/FGV, 1985.

4. E. Richard Brown, *Rockefeller Medicine Men...*, *op. cit.*

subdesenvolvidos ou em fase de desenvolvimento é praticada como uma “caricatura” daquela desenvolvida nos países industriais avançados.⁵

Uma outra corrente, distinta da anterior, destaca o papel genuinamente *filantrópico* da Fundação em suas atividades nesses países. Entre os seus trabalhos mais representativos destaca-se o de John Ettling.⁶ Para ele, a atividade filantrópica relacionava-se a necessidades tipicamente altruístas e religiosas, desvinculadas de interesses mais amplos do ponto de vista nacional, de estratégias de conquista de poder político ou de interesses imperialistas de tipo econômico.

Uma terceira perspectiva, representada por Luiz Antonio de Castro Santos e Marcos Cueto,⁷ não endossa nenhuma das hipóteses apresentadas acima. Para esses autores, tanto a primeira como a segunda apresentam versões simplistas a respeito da atuação da Fundação Rockefeller.

Segundo Marcos Cueto, as instituições científicas norte-americanas procuraram adaptar suas pesquisas e atividades às peculiaridades de cada país estrangeiro. Nos países da América Latina onde a Rockefeller esteve presente, “o pensamento nacionalista influenciou não só na seleção de temáticas, mas também fez com que os cientistas reclamassem para seus países suas próprias instituições, laboratórios e bibliotecas”.⁸ A corrente que Marcos Cueto integra considera legítima a tese do comportamento altruísta e filantrópico da Fundação, mas nem por isso deixa de considerar tal comportamento no plano mais amplo dos fatores de ordem política e econômica.

Para Luiz A. de Castro Santos, embora a atuação da Rockefeller no Brasil tenha contribuído para o desenvolvimento médico-sanitário e científico, seria pouco provável que seus serviços tivessem refletido, unicamente, interesses filantrópicos. Nas palavras do autor,

-
5. Uma versão semelhante dá mais ênfase aos aspectos estratégicos ou geopolíticos do que aos fatores econômicos. Veja-se a afirmação de dois biógrafos da família Rockefeller, Peter Collier e David Horowitz: “A ênfase na saúde pública não era mera beneficência; resultara das ocupações militares e coloniais nas Filipinas e no Caribe” (Peter Collier e David Horowitz, *The Rockefellers: An American Dynasty*, Nova Iorque, New American Library, 1976, p. 102). Isso explica a presença, na direção do International Health Board, de um oficial, o general Gorgas. O aspecto estratégico da campanha sanitária como operação militar tem sido bastante comentado na literatura.
 6. John Ettling, *The Germ of Laziness: Rockefeller Philanthropy and Public Health in the New South*, Cambridge, Harvard University Press, 1981.
 7. Luis Antonio de Castro Santos, “A Fundação Rockefeller e o Estado Nacional: História e Política de uma Missão Médica e Sanitária no Brasil”, *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo, vol. 6, n.º 1, janeiro/junho de 1989, pp. 105-10, esp. p. 108; e Marcos Cueto, *Ciência y Filantropia en las Américas*, Conferência proferida no III Congresso Latino-Americano de História da Ciência e da Tecnologia, Cidade do México, 1992.
 8. Marcos Cueto, *Ciencia y Filantropia...*, *op. cit.*, p. 11.

“[...] a missão Rockefeller encontra no Brasil condições diversas das que encontra na Tailândia ou nas Filipinas. À diferença do que ocorre nestes países, o aparelho de Estado no Brasil já se destacava por sua complexidade e capacidade de intervenção na sociedade, na economia e na política. [...]. Os serviços de saúde [...] já se encontram atuantes, já revelam um nível interno de organização mais alto do que nos países acima indicados. [...] A Fundação tinha uma missão humanitária a cumprir. Mas as atividades da missão Rockefeller tiveram, por certo, outras implicações além dos benefícios de ordem médico-assistencial.”⁹

A perspectiva de investigação que irei implementar se aproxima desta última corrente no que se refere à análise do papel desempenhado pela Fundação Rockefeller no Brasil. Entretanto, minha intenção não é enveredar pelo estudo da “filantropia” e “imperialismo” e, sim, desenvolver uma análise da atuação dessa instituição no País, descrevendo os feitos que seus cientistas realizaram em parceria com médicos e sanitaristas brasileiros, ou independentemente deles. Utilizarei, no entanto, a literatura existente sobre o tema com o objetivo de levantar dados e apontar pistas que revelem a natureza das ações desempenhadas pela Fundação Rockefeller no Brasil.

Antecedentes gerais

Um fenômeno importante da expansão do papel norte-americano na economia e política mundiais foi o surgimento de fundações de cunho científico, associadas a grupos industriais e comerciais de vulto, e que atuavam internacionalmente.

As principais fundações filantrópicas originaram-se no início do século XX como decorrência das condições sociais modernas. A expansão industrial no século XIX, motivada, entre outros fatores, pelo desenvolvimento científico e tecnológico, pelo uso crescente de maquinaria, pela realização de transações em larga escala e pela centralização de riquezas, contribuiu para o enriquecimento das famílias Carnegie, Rockefeller e outras. A partir do início deste século, estas famílias, por questões religiosas, pessoais, políticas ou econômicas, contribuíram sensivelmente para o progresso social, cultural e científico de vários países, mediante a implantação de uma extensa rede de serviços assistenciais, universidades, fundações, institutos e bibliotecas.¹⁰

Em 1909, John D. Rockefeller, Rockefeller Jr. e Frederick T. Gates (ministro da Igreja Batista, educador, administrador e, posteriormente, principal articulador dos objetivos e interesses da Fundação Rockefeller) decidiram criar uma

9. Luiz Antonio de Castro Santos, “A Fundação Rockefeller...”, *op. cit.*, p. 108.

10. Mauro Villar, “Fundações”, in *Enciclopédia Barsa*. Rio de Janeiro, Encyclopaedia Britannica Editores, 1964, pp. 372-4.

organização que incorporasse as instituições pertencentes à família Rockefeller — Institute for Medical Research (1901), General Education Board — GEB (1902) e Sanitary Commission for the Eradication of Hookworm (1909) —, dando origem à Fundação Rockefeller, em 14 de maio de 1913. Entre os objetivos da recém-criada Fundação alinhavam-se o estímulo à saúde pública, ao ensino, à pesquisa médica e às ciências naturais.¹¹

“A Fundação teve por objetivo centralizar as ações filantrópicas da família Rockefeller que vinham sendo praticadas de forma contínua e crescente desde o final do século XIX.”¹²

Frederick T. Gates tem sido apontado, por vários autores, como responsável pela criação, difusão e implementação do modelo de “filantropia em larga escala” da Fundação Rockefeller. “Foi Gates quem concebeu, difundiu e implementou o princípio da filantropia científica, na qual os Rockefeller tornaram-se famosos”.¹³ Em 1909, Gates solicitou ao Congresso norte-americano uma licença federal autorizando a atuação da Fundação Rockefeller não apenas nos Estados Unidos mas também em outros países. Apesar de seus esforços, essa licença só foi liberada em 1913 pela Assembléia Legislativa do Estado de Nova Iorque.

Em 27 de junho desse mesmo ano foi criada a International Health Commission — IHC, que a partir de 6 de junho de 1916 passou a se chamar International Health Board — IHB. Em um primeiro momento, esta instituição teve como objetivo dar continuidade à tarefa de erradicação da ancilostomíase, empreendida desde 1909 pela Rockefeller Sanitary Commission no sul dos Estados Unidos. Em um segundo momento, caracterizou-se pela ampliação do trabalho original em ancilostomíase, estendendo o combate a outras doenças infecciosas, não só nos Estados Unidos, mas também em países da Ásia, Europa e América Latina. De maneira geral, a Fundação Rockefeller era definida como uma organização beneficente, não-governamental, que utilizava seus próprios recursos para financiar atividades de bem-estar social em vários países do mundo.¹⁴

11. Peter Collier e David Horowitz, *The Rockefellers: An American...*, *op. cit.*, pp. 60-5.

12. Para um histórico das origens da Fundação Rockefeller, ver Maria Gabriela S. M. C. Marinho, O Papel da Fundação Rockefeller ..., *op. cit.*, p. 21.

13. Barbara Howe, “The Emergence of Scientific Philanthropy, 1900-1920: Origins, Issues and Outcomes”, in Robert F. Arnove, ed., *Philanthropy and Cultural Imperialism: The Foundations at Home and Abroad* (2ª ed.), Bloomington, Indiana University Press, 1982, pp. 25-54. Segundo Howe, filantropia científica significava, para a Rockefeller, “ciência a serviço da sociedade”.

14. F. Emerson Andrews, *Philanthropic Foundations*, Nova Iorque, Russel Sage Foundation, 1956 *apud* Robert F. Arnove, *Philanthropy and Cultural Imperialism* ..., *op. cit.*, p. 4.

Quando a International Health Commission foi fundada, sob a presidência de John D. Rockefeller Jr., faziam parte de seu quadro, além de figuras importantes do cenário financeiro e jurídico norte-americano, pesquisadores e dirigentes de instituições científicas, como Frederick T. Gates, principal estrategista e conselheiro; Wickliffe Rose, diretor da IHC, e seu assessor, John A. Ferrell; Ernest C. Meyer, diretor de pesquisas; H. H. Howard, diretor para a região das Índias Ocidentais; Victor G. Heiser, diretor para o Oriente; Charles W. Eliot, reitor da Universidade de Harvard; Simon Flexner,¹⁵ educador e presidente do Instituto Rockefeller de Pesquisas Médicas.¹⁶

Estes dirigentes da IHC permaneceram na Fundação Rockefeller quando a IHB foi criada, passando a abranger a entidade internacional e a Comissão Sanitária para a Erradicação da Ancilostomíase, que vinha atuando nos estados do *deep south*. Wickliffe Rose, que já dirigia a Comissão, passou a dirigir a nova Junta até 1928. Rose desempenhou papel de destaque na condução das atividades da Rockefeller não só nos Estados Unidos mas, também, no Brasil. Quase todo o trabalho da Rockefeller no País até 1930 esteve sob o comando de Rose. A experiência adquirida no sul dos Estados Unidos no trabalho de erradicação da ancilostomíase foi importante para organizar, posteriormente, as atividades que seriam implementadas pela missão médica da Rockefeller no Brasil a partir de 1916.

Mais ainda, a atuação da Comissão Sanitária de Erradicação da Ancilostomíase nos estados sulistas permitiu que seus membros entrassem em contato com outras doenças como a malária e a febre amarela, experiência também decisiva para os trabalhos que viria a realizar no Brasil e em outros países. Além do importante papel desempenhado em campanhas sanitárias nos Estados Unidos e no exterior, Rose incentivou a criação de Escolas de Saúde Pública e a concessão de bolsas de estudos para jovens pesquisadores que desejassem receber treinamento especial nessa área.¹⁷

Outra figura de destaque nos trabalhos da Rockefeller, principalmente no Brasil, foi o Dr. Lewis Wendell Hackett, que passou a fazer parte do *staff* da Comissão Sanitária em abril de 1914. No ano seguinte, organizou e dirigiu o Departamento de Ancilostomíase no Panamá, onde permaneceu até início de

15. Seu irmão Abraham Flexner, comissionado pela Fundação Carnegie, preparou o relatório que precipitou a reforma do ensino médico nos Estados Unidos. Ver Paul Starr, *The Social Transformation of American Medicine*, Nova Iorque, Basic Books, 1982, p. 118.

16. Rockefeller Archive Center, North Tarrytown, Estado de Nova Iorque, documento de 20/11/1916. Fazia parte ainda o general William C. Gorgas, que já desempenhara papel de liderança na organização dos trabalhos de combate aos mosquitos transmissores da febre amarela em Cuba, como enviado militar norte-americano. Em 1914, dirigiu a Yellow Fever Commission. Ver Peter Collier e David Horowitz, *The Rockefellers: An American...*, *op. cit.*, p. 102.

17. Maria Gabriela S. M. C. Marinho, O Papel da Fundação Rockefeller ..., *op. cit.*, p. 33.

1916. Em meados deste mesmo ano, organizou e dirigiu as ações da Fundação Rockefeller na Guatemala e Honduras, sendo transferido no mês de setembro para o Brasil. Sob sua direção, o trabalho de combate às endemias no País obteve progresso considerável. Sob sua coordenação, como diretor regional associado da IHB no Brasil, as pesquisas tiveram início no Estado do Rio de Janeiro, e nos anos seguintes as atividades se estenderam a vários outros estados.¹⁸

A filantropia em larga escala da Fundação Rockefeller direcionou-se, primeiramente, para o campo da educação, que desempenhou papel de destaque nos objetivos e interesses da família Rockefeller. Em 1902, antes mesmo da criação da Fundação, John D. Rockefeller fundou o General Education Board — GEB, com o objetivo de promover um amplo projeto educacional nas regiões mais pobres dos Estados Unidos, especialmente nos estados do sul.¹⁹ Estes estados apresentavam graves problemas sociais e deficiências nos campos da saúde pública e da educação em geral, que afetavam particularmente a população negra.

O General Education Board criou um ramo de atividades de saneamento, que passou a ter vida própria sob o nome de Sanitary Commission, que, como já adiantei, ficou conhecida pela luta contra o amarelo nos estados sulistas. O trabalho por ela desenvolvido foi realizado em convênio com os State Boards of Health (Comitês Estaduais de Saúde) da Georgia, Tennessee e outros estados.²⁰ Foi assim, com essa dupla experiência nas áreas de educação (GEB) e de combate a endemias (Comissão Sanitária), que a Rockefeller se preparou para atuar em países estrangeiros, seja na Ásia, África, América Latina e na Europa.

Entre os países que contaram com a cooperação médico-sanitária e educacional da International Health Commission e, a partir de 1916, da IHB, estavam, além do Brasil, os seguintes: na América do Sul — Colômbia, Chile, Paraguai, Peru, Uruguai, Venezuela; na América Central — Costa Rica, Cuba, Equador, Guatemala, Haiti, Nicarágua, Panamá, El Salvador, Jamaica, Trinidad e Tobago, Granada. Na Ásia, a Rockefeller atuou no Ceilão, Índia, Malásia,

18. Lewis Wendell Hackett entrou para a Faculdade de Medicina de Harvard em 1908, graduando-se *cum laude* em 1912. No segundo ano na Escola de Medicina começou a orientar seus cursos para a área de administração em Saúde Pública. Após formar-se, aceitou o cargo de assistente no Departamento de Medicina Preventiva de Harvard. Em junho de 1913 recebeu o grau de doutor em Saúde Pública e começou a ensinar Medicina Preventiva em Harvard. Três anos depois, foi convidado pela IHB para dirigir os trabalhos de profilaxia e tratamento da ancilostomíase no Brasil, onde permaneceu até 1923, como "associate regional director" (ver Rockefeller Archive Center, North Tarrytown, Estado de Nova Iorque, "Hackett", nº 49241, s.d.).

19. William A. Link, "Social Reform in the Progressive South — 1880-1930", Research Report, Newsletter, North Tarrytown, Estado de Nova Iorque, Rockefeller Archive Center, Summer, 1988, pp. 3-4.

20. *Ibidem*.

Coréia e Tailândia; na China e no Japão, a Fundação chegou a permanecer por quase 60 anos; no Oriente Médio, esteve no Iraque, na Turquia, em Israel e no Líbano. Alguns países do continente africano também receberam apoio da Rockefeller. Suas atividades estenderam-se até a Europa, no período entre as duas grandes guerras: na Inglaterra, logo após o fim da Primeira Guerra, e em seguida em outros países do continente europeu, como a Irlanda, Escócia, Espanha, Portugal e Albânia. O Canadá passou a receber auxílio a partir de 1920.²¹

No campo da educação, o ensino superior nas áreas de medicina, saúde pública e ciências biológicas recebeu grande estímulo. Segundo seus idealizadores, a Fundação tinha por objetivo contribuir para o progresso da humanidade por meio do incentivo às ciências biomédicas, principalmente mediante a promoção de programas de educação.²² Um dos principais mentores dessa linha de pensamento, o educador Wickliffe Rose, acreditava que a implementação e consolidação de serviços de saúde em vários países do mundo dependiam, fundamentalmente, de que se melhorasse a educação médica básica.²³

Foi com esse espírito que a Rockefeller incentivou a criação de Faculdades de Medicina e de novas disciplinas nas áreas de patologia, anatomia, histologia e microbiologia. Foi assim na Inglaterra, onde a London School of Hygiene obteve especial apoio. Na China, a presença da Fundação Rockefeller intensificou-se a partir de 1921, com a criação do Peking Union Medical College, porém, desde 1909, o GEB já vinha demonstrando interesse em criar escolas de medicina naquele país, mantendo um expressivo intercâmbio com suas elites governamentais. A Rockefeller permaneceu na China até 1960.²⁴ No Líbano, a Rockefeller permaneceu por quase 50 anos, de 1920 a 1967, concentrando os seus esforços na Universidade Americana de Beirute.

Em abril de 1927 a IHB foi dissolvida e rebatizada de acordo com as suas atividades em expansão e novas responsabilidades. No mesmo dia, criou-se a International Health Division — IHD, e vários diretores da IHB foram reconduzidos à direção da Divisão, entre eles Rose, Flexner e Russell, sendo este último designado seu novo diretor geral. Em 3 de janeiro de 1929, o primeiro grupo de diretores científicos é nomeado para a IHD, e entre estes se encontrava o Dr. Wilson Smillie, que havia sido professor do Instituto de Higiene da Faculdade de Medicina de São Paulo.²⁵

21. Rockefeller Archive Center, R.G. 11, General Register, s/d.

22. Robert F. Arnove, ed., *Philanthropy and Cultural Imperialism ...*, op. cit., pp. 3-5.

23. Rockefeller Archive Center, Annual Report, 1916.

24. E. Richard Brown, "Rockefeller Medicine in China: Professionalism and Imperialism", in Robert F. Arnove, ed., *Philanthropy and Cultural Imperialism ...*, op. cit., pp. 123-46.

25. Rockefeller Archive Center, RF Register R.G. 5, IHB/D, series 1.1, 1.2, 1915-1924.

A difusão do modelo da Rockefeller na América Latina

Em grande parte, o desempenho da Rockefeller na América Latina seguiu de perto, quanto aos princípios pedagógicos e às áreas de atuação, o exemplo de outros continentes. Talvez a experiência nos países asiáticos seja a que mais se aproxima do padrão de ajuda adotado na América Latina, cujo início se deu em 1913, com ênfase no ensino médico e na saúde pública.²⁶

No tocante à ação médico-sanitária, o controle de doenças endêmicas, notadamente a ancilostomíase, a febre amarela e a malária, foi uma preocupação dominante. Entre 1914 e 1949, a Rockefeller investiu cerca de US\$ 13 milhões em programas sanitários na América Latina. Cerca de 50% desse valor foi destinado às campanhas de profilaxia e tratamento da febre amarela. O Brasil foi o país da América Latina que recebeu a maior soma de recursos financeiros para programas de erradicação das endemias. Também receberam ajuda financeira substancial Colômbia, Venezuela e Paraguai.²⁷

Nos campos da educação médica e da pesquisa, a influência norte-americana foi substituindo a francesa e a alemã nas faculdades de medicina em vários países da América Latina, principalmente após a Primeira Guerra Mundial.²⁸ A Rockefeller incentivou a criação de um número reduzido de Faculdades de Medicina e laboratórios de ponta, fortaleceu a Escola de Medicina da Universidade de Havana, apoiou pesquisas no campo da fisiologia no Peru e na Argentina, resultando no desenvolvimento de um trabalho científico de alta qualidade nesses países.²⁹ Mas foi no Brasil que se obteve o resultado mais importante dessa política de incentivo ao ensino médico, como atesta o apoio à Faculdade de Medicina de São Paulo, e, em especial, à criação de cadeiras de higiene naquela Faculdade.

Ao destacar a difusão do modelo assistencial da Fundação Rockefeller nas primeiras décadas deste século, pude estabelecer as linhas gerais que nortearam esse modelo. Um passo adiante, é possível sugerir que, do ponto de vista das variações apresentadas pelo modelo de assistência, a Europa recebeu mais atenção ao ensino superior do que ao saneamento — à exceção de países mais pobres, como Portugal, Espanha e Albânia. A África recebeu maior apoio ao saneamento rural e menor no campo da educação médica. A Ásia e a América

26. Marcos Cueto, *Ciencia y Filantropía ...*, *op. cit.*, p. 3.

27. *Ibidem*.

28. *Idem*, pp. 2-3.

29. Marcos Cueto, "Philanthropy, American Perceptions and Latin America", Research Report, Newsletter, North Tarrytown, Estado de Nova Iorque, Rockefeller Archive Center, Summer, 1991, pp. 4-6.

Latina foram, talvez, os exemplos de apoio mais diversificado, nos diversos campos do ensino, da pesquisa, da criação de laboratórios e da realização de campanhas de combate às doenças infecciosas.

As atividades da Fundação Rockefeller no Brasil: primeiros tempos (1915-1920)

O primeiro Relatório Anual da Rockefeller, de 1915, já demonstrava o interesse em obter informações sobre as condições médicas e sanitárias do Brasil. Em outubro desse mesmo ano, Wickliffe Rose, diretor da International Health Commission (denominada mais tarde no Brasil, Comissão Sanitária Internacional da Rockefeller), comunicou aos *trustees* ou curadores da Fundação a escolha do Brasil para a realização de atividades científicas.

“A Comissão Sanitária Internacional da Fundação Rockefeller está interessada em enviar uma Comissão Especial para o Brasil, com o objetivo de estudar e relatar as condições médicas do País. Estes estudos poderão englobar os campos da educação médica, hospitais e dispensários, doenças endêmicas e progresso sanitário [...]; e darão a oportunidade de examinar a organização da saúde pública do País e as medidas que estão sendo adotadas para a proteção da vida e da saúde da população.”³⁰

Antes do início das atividades da Missão Médica no Brasil foram estabelecidos acordos de cooperação entre a Rockefeller e os governos dos estados brasileiros. Os estados interessados em desenvolver campanhas sanitárias e pesquisas científicas deveriam convidar oficialmente a Comissão Sanitária Internacional. Só assim a Rockefeller concordaria em cooperar com recursos financeiros e na organização dos serviços.

De maneira simplificada, o acordo de cooperação proposto pela Comissão para desenvolver pesquisas científicas e campanhas sanitárias no Brasil pode ser assim descrito: o governo do estado, onde seria implantado o serviço da Rockefeller, teria de arcar com pelo menos 25% das despesas e o restante seria de responsabilidade da Fundação; a Comissão Médica enviada aos estados seria responsável pelas informações sobre prevalência, distribuição, diagnóstico, tratamento e importância econômica das doenças, bem como pelo fornecimento de pessoal qualificado e equipamentos científicos, além da instalação de laboratórios e postos de combate às endemias; e, finalmente, os médicos chefes de cada serviço seriam responsáveis pelo treinamento de profissionais brasileiros

30. Rockefeller Archive Center, Série 305, Brasil, Wickliffe Rose, documento de 6/10/1915. Esta e as demais traduções dos documentos da Fundação Rockefeller, originalmente em inglês (cartas, relatórios etc.) são de minha autoria.

com métodos desenvolvidos pela Rockefeller, e pela elaboração de relatórios e boletins sobre os trabalhos.³¹

Início das atividades regulares

A convite de Nilo Peçanha, então governador do Estado do Rio de Janeiro e ex-presidente da República,³² a Missão Médica da Rockefeller chegou ao Rio de Janeiro em setembro de 1916, sob a chefia do Dr. Lewis Wendell Hackett. Em maio de 1917, Hackett abriu o primeiro posto de tratamento e profilaxia da ancilostomíase em Rio Bonito, pequena localidade no interior fluminense. O objetivo era diagnosticar, prevenir e combater as endemias. Segundo Hackett, a totalidade da população rural não possuía latrinas em suas casas, favorecendo a disseminação de doenças por toda a região.³³

No Decreto estadual nº. 1.548, de 28 de abril de 1917, assinado por Nilo Peçanha, foram definidas as atribuições que caberiam à Comissão Médica e ao governo nos trabalhos de erradicação da ancilostomíase. O Decreto trazia nove artigos e os primeiros definiam as obrigações da Comissão:

“O presidente do Estado do Rio de Janeiro, tendo em vista o Decreto nº. 1.548 desta data, resolve designar o município de Rio Bonito para nele ter início o serviço de profilaxia da uncinarirose, cometido à Comissão Sanitária Internacional do Instituto Rockefeller e que está instalado a 29 do corrente.

[...] Usando da atribuição que lhe confere o Art. 56, nº. 11 da Constituição, decreta: [...]

Art. 2. A direção técnica ficará a cargo do representante da Comissão Sanitária Internacional da Rockefeller, com as funções de chefe em comissão do mesmo serviço.

Art. 3. As despesas com os salários, manutenção do pessoal e utensílios do laboratório correrão por conta da mesma Comissão.”³⁴

No início dos trabalhos da Comissão Rockefeller no Brasil, a participação dos governos federal e estadual nas campanhas sanitárias limitou-se a gastos basicamente administrativos, incluindo uma parte das despesas com pessoal e

31. Rockefeller Archive Center. Série 305, Brasil, Lewis W. Hackett, documentos de 6/6/1917 e 11/7/1917.

32. Nilo Peçanha foi vice-presidente da República durante o governo de Afonso Pena e, com a morte deste, assumiu a Presidência, de 1909 a 1910.

33. Rockefeller Archive Center, Annual Report, 1916, p. 71; ver, também, Roy F. Nash, “Selling Public Health in Brazil: Five Years’s Work of the International Health Board”, *Brazilian-American*, vol. 5, nº. 123, 4/3/1922, pp. 5-45.

34. Ver Atos do Poder Executivo de 28/4/1917, Biblioteca Nacional.

transporte. A verba destinada às campanhas e pesquisas científicas era fornecida, na sua totalidade, pela Fundação Rockefeller.

A Comissão Médica pretendia estender suas atividades para o Distrito Federal e outros estados brasileiros, entre eles São Paulo, Minas Gerais, Maranhão, Santa Catarina, Amazonas, Bahia, Alagoas e Pernambuco. A partir de 1917, a Fundação Rockefeller consolidou sua atuação no Brasil. As atividades ganharam impulso no Distrito Federal e nos Estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo, onde a Fundação, em conjunto com os governos federal e estaduais, promoveu campanhas de combate à ancilostomíase. Nos anos seguintes, vastas áreas do País encontravam-se sob cuidados médicos. Foram implantados postos de profilaxia e tratamento das endemias, incluindo-se aí o combate à febre amarela e à malária, e instalaram-se dispensários em várias cidades brasileiras. Além disso, foram realizadas pesquisas com quinino e quenopódio no combate às doenças infecciosas.³⁵ Um significativo número de profissionais brasileiros recebeu treinamento com métodos adotados pela IHB e vários médicos e sanitaristas brasileiros obtiveram bolsas de estudos em universidades americanas.

O apoio às atividades da IHB

Não foram fáceis os caminhos percorridos pela Missão Rockefeller para conseguir a adesão dos profissionais brasileiros, das autoridades governamentais e da opinião pública.

De modo geral, os reformadores, sanitaristas, médicos, políticos e intelectuais acabaram por favorecer os trabalhos da Missão estrangeira, em nome da tradição médica brasileira, que julgavam valorizada e até mesmo passível de ser aprimorada e consolidada pelos profissionais da Rockefeller. Além disso, também pesou favoravelmente o interesse demonstrado pela Missão em desenvolver trabalhos de combate às doenças infecciosas nas áreas mais pobres e abandonadas do País. Essas preocupações iam ao encontro dos objetivos e interesses desses grupos, que viram na Missão um possível aliado em favor da Reforma Sanitária.³⁶

35. Rockefeller Archive Center, Série 305, Brasil, Lewis W. Hackett, documentos de 18/12/1916, 1/8/1919 e 18/8/1919. As pesquisas com quenopódio foram realizadas não só pelos pesquisadores da Comissão Médica, que consideravam sua utilização eficaz na redução do número de ancilóstomos, mas, também, por pesquisadores brasileiros do Instituto Butantã.

36. É certo que a Missão Rockefeller sofreu contestações por parte de sanitaristas e congressistas brasileiros à sua entrada no País, como sugere María Eliana Labra em *o Movimento Sanitarista ...*, *op. cit.*, p. 62. Entretanto, essa etapa inicial de acusações e desentendimentos foi rapidamente superada pela Missão, devido às primeiras conquistas da instituição nas campanhas de combate às

Duas cartas da comissão estrangeira enviada para os primeiros contatos no Brasil, endereçadas ao diretor geral, Wickliffe Rose, indicavam, desde cedo, sinais da adesão que a Fundação haveria de conquistar entre sanitaristas e médicos brasileiros. Em ambas, a Comissão Médica reconhecia o apoio recebido desses profissionais. Dentre eles destacavam a receptividade de Carlos Seidl, diretor geral de Saúde Pública, de Oswaldo Cruz, Carlos Chagas e Adolpho Lutz no Rio de Janeiro; em Minas Gerais, de Ezequiel Dias; e em São Paulo, Vital Brasil.³⁷

“A Missão foi cordialmente recebida pelo governo do Brasil e oferecidas todas as facilidades para a realização de seus planos. Dr. Seidl, diretor do Serviço de Saúde Pública, foi infatigável em sua atenção pessoal e colocou à disposição da Missão Médica os serviços de seus assistentes. Dr. Oswaldo Cruz, diretor do Instituto Oswaldo Cruz, liberou o acesso à Instituição. Foram de grande importância também, para os trabalhos da Missão Médica, os serviços dos Drs. Adolpho Lutz e Carlos Chagas.”³⁸

Belisário Pena e Arthur Neiva estavam entre os sanitaristas que vieram a se destacar no apoio às atividades da Missão Rockefeller.³⁹ Na direção do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, a partir de dezembro de 1916, Arthur Neiva incentivou, junto à Secretaria do Interior, a atuação da Rockefeller em campanhas sanitárias e investigações científicas. Como se depreende de seus relatórios e testemunhos pessoais, Neiva não via na atuação da Missão no Brasil uma ameaça ao desenvolvimento científico nacional. Ao contrário, considerava-a benéfica para os profissionais brasileiros, no tocante ao intercâmbio de novos conhecimentos científicos, experiências campanhistas e educação médica.

Nesse sentido, quando a Missão Rockefeller iniciou suas atividades no País, Neiva propôs ao governo de São Paulo um padrão de relacionamento com os norte-americanos que fortalecesse a qualidade técnica da ciência.⁴⁰ Além de

endêmias e à conduta politicamente cautelosa dos americanos no trato com as elites brasileiras.

37. Rockefeller Archive Center, Série 305, Brasil, documento de 12/5/1916; ver, também, o documento de 1/6/1916, intitulado: “Memorando para o Dr. Rose”, que fornece uma lista de profissionais brasileiros sugeridos pelo Dr. Pearce para receberem agradecimentos da IHB pela cooperação prestada à Comissão Médica.
38. Rockefeller Archive Center, Série 305, Brasil, documento de 13/5/1916. Contrariamente à literatura disponível, a Rockefeller entrou logo em contato com higienistas que eram especialistas em profilaxia rural. María Eliana Labra, *O Movimento Sanitarista...*, *op. cit.*, p. 111, *passim*, tirou, a meu ver, conclusões precipitadas dessa literatura, ao afirmar que não se tinha notícias de trabalhos da Comissão Médica empreendidos em conjunto com médicos e sanitaristas brasileiros. Ver, por exemplo, na página 20 deste artigo, citações das cartas de Arthur Neiva.
39. Rockefeller Archive Center, Série 305, Brasil, ver carta de Belisário Pena, de 28/6/1920.
40. Relatório da Diretoria do Serviço Sanitário ao Secretário do Interior, 13/2/1917 *apud* Jaime Larry Benchimol e Luiz Antonio Teixeira, *Cobras, Lagartos e Outros Bichos: Uma História Comparada dos Institutos Oswaldo Cruz e Butantan*, Rio de Janeiro, Editora da UFRJ/FIOCRUZ/COC, 1993, pp. 99-133.

considerar importante o auxílio da Comissão norte-americana aos serviços sanitários de São Paulo, Neiva pretendia, com o apoio da Rockefeller, fazer deste estado um centro de investigação e pesquisa “de onde a Fundação Rockefeller, com a criação de um grande laboratório, irradiaria a sua benéfica ação, elucidando vários problemas científicos, não só brasileiros como da América do Sul.”⁴¹

Depois de iniciados os trabalhos da Fundação em São Paulo e de sua saída da direção do Serviço Sanitário daquele estado, em 1920, Neiva continuou manifestando interesse pelo trabalho desenvolvido pela Rockefeller no Brasil:

“Desejaria dizer de viva voz ao Dr. Rose que o êxito obtido pela Fundação Rockefeller no Brasil cabe ao Sr. quase totalmente. [...] Hoje estou fora dos acontecimentos e, portanto, falo com o maior desinteresse. Penso ainda que, em nenhuma condição, a Fundação deve abandonar São Paulo. O Instituto de Higiene deve ser ampliado e elementos como Darling e sobretudo o Smillie devem ser trazidos em maior número.

Continuo cada vez mais acreditando que a Fundação Rockefeller deve erigir no Brasil um Instituto de Pesquisas Médicas e Científicas de grandes proporções. Não sei por que hesitam e por que não vêem claro, neste particular?”⁴²

O apoio de Neiva era muito importante. Quando se preparava para uma viagem como “observador científico” ao exterior,⁴³ deixou um testemunho que refletia a opinião geral. Foi nesse contexto, favorável à ação dos sanitaristas norte-americanos, que se fortaleceu a atividade conjunta entre brasileiros e a Rockefeller.

Mais tarde, já em pleno desempenho de suas campanhas no Brasil, a Fundação recebeu a adesão de conhecidos sanitaristas brasileiros. Em 1923, por ocasião do Primeiro Congresso da Sociedade Brasileira de Higiene, Geraldo H. de Paula Souza, diretor geral do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, enfatizava o importante papel da Missão estrangeira na organização e administração dos serviços sanitários de São Paulo. Como afirmava Paula Souza, “seria uma injustiça negar a nobre intenção e o desinteressado empenho com que [a Fundação Rockefeller] nos procura coadjuvar na realização integral desses serviços.”⁴⁴

Ainda por ocasião dos Congressos, tanto Carlos Chagas como Clementino

41. Rockefeller Archive Center, Série 305, Brasil, Arthur Neiva, documento de 24/4/1917.

42. Rockefeller Archive Center, Série 305, Brasil, Arthur Neiva, documento de 28/6/1920.

43. Jaime Larry Benchimol e Luiz Antonio Teixeira, *Cobras, Lagartos...*, op. cit., p. 176.

44. Geraldo H. de Paula Souza, “O Estado de São Paulo e Alguns de seus Serviços de Saúde Pública” apud Madel T. Luz, *Medicina e Ordem Política Brasileira: Políticas e Instituições de Saúde (1850-1930)*, Rio de Janeiro, Edições Graal, 1982, p. 178.

Fraga, dois cientistas que ocuparam, sucessivamente, a direção geral do Departamento Nacional de Saúde Pública, manifestaram-se contra o “nacionalismo extravagante” e “mfope” dos críticos que ignoravam “os extraordinários serviços da grande Instituição”.⁴⁵ Deve-se assinalar que essas manifestações ocorreram já no contexto da década de 20, quando a Rockefeller firmava sua atuação no Brasil. É importante citá-las, porque indicam que as críticas e apoios recebidos nos primeiros tempos da Missão foram os mesmos, no fundamental, explicitados durante todo o período de permanência da Fundação no País.

A IHB e a preocupação com as populações rurais

A população rural esteve entre as preocupações centrais da Rockefeller. Desde o início de suas atividades no Brasil, esta instituição vinha demonstrando interesse em realizar campanhas sanitárias de combate às doenças endêmicas nas áreas mais pobres e desassistidas do País. As primeiras pesquisas realizadas nessas áreas demonstraram uma incidência crescente de pessoas infectadas por ancilostomíase. Como afirmava Wickliffe Rose, “A ancilostomíase é uma doença essencialmente rural e tende a diminuir a eficiência da força de trabalho do homem que vive e trabalha dentro de condições rurais.”⁴⁶

Anos depois, um artigo de jornal descrevia as condições reinantes por ocasião dos primeiros levantamentos feitos pela Comissão:

“O Brasil rural nunca ouviu falar de latrinas. Da Bahia para o norte [Dr. Hackett] encontrou 100% da população rural infectada pelo amarelão; e esta zona de infestação total prolongava-se em direção ao sul através das zonas baixas do litoral do Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Santa Catarina, baixando para 85% de infestação da população rural na Região dos Lagos, no Rio Grande do Sul”.⁴⁷

Os índices de contaminação eram alarmantes no interior do País, não só por ancilostomíase, mas também por malária e febre amarela. Esses índices, sempre altos, variavam de estado para estado. De acordo com os relatórios da IHB, dois fatores principais contribuíam para essa estatística: em primeiro lugar, a falta de condições sanitárias das populações do interior; e em segundo, o alto grau de desinformação e analfabetismo. A Rockefeller pretendia desenvolver nessas áreas campanhas intensivas de saneamento (desinfecção de casas, isolamento

45. Os discursos foram realizados por Carlos Chagas em 1923, abrindo o Congresso da SBH, e por Clementino Fraga, na abertura do IV Congresso, em 1928. Ver Madel T. Luz, *Medicina e Ordem Política ...*, *op. cit.*, pp. 176 e 182.

46. Rockefeller Archive Center. Série 305, Brasil, Wickliffe Rose, documento de 4/10/1915.

47. Roy F. Nash, “Selling Public Health ...”, *op. cit.*

dos casos, instalação de latrinas) e de educação sanitária. Inicialmente, os postos de saúde criados para o combate à ancilostomíase envolveram-se, também, na luta contra a malária⁴⁸ e, só mais tarde, contra a febre amarela.

Apesar do apoio de nossos sanitaristas às atividades da Missão Médica e do interesse demonstrado pela Comissão em realizar pesquisas e campanhas sanitárias em todo o território nacional, a maioria dos estados pobres não conseguiu obter apoio científico e, principalmente, financeiro da Fundação Rockefeller nos primeiros anos de sua atuação. Vários estados, em especial os nordestinos, foram privados, até por volta de 1920, dos serviços da IHB, por não possuírem os recursos que a Rockefeller exigia a título de complementação.

Foram estes os casos da Bahia e de Pernambuco, que não puderam usufruir de imediato dos serviços médico-sanitários e científicos da Comissão. Em 1918, o governo baiano enviou uma carta ao Dr. Rose, convidando a IHB a instalar naquele estado o serviço de profilaxia das endemias e outras medidas de saneamento rural.

“Conhecendo os nobres e humanitários intuits da benemérita Fundação Rockefeller, sob a vossa sábia direção, de estender a outras localidades do Brasil o serviço de combate às verminoses e outras medidas de saneamento rural, o qual, sob a competente direção do ilustre Dr. L. W. Hackett, já foi estabelecido no Rio de Janeiro, onde tem funcionado com excelentes resultados, e desejando o governo do Estado da Bahia emprcender no respectivo território a mesma campanha, tenho a satisfação de convidar-vos a determinar a organização aqui do respectivo serviço, em condições análogas às dos que tendes instalado em outros lugares.”⁴⁹

Mas, apenas em 1920 abriu-se um primeiro posto de saúde na periferia de Salvador para o combate à malária e à febre amarela. Isto só foi possível porque a partir daquele ano o governo federal passou a se responsabilizar pela maior parte dos encargos financeiros que complementaríamos as despesas da Rockefeller no Nordeste.⁵⁰

Em Pernambuco, os serviços da Comissão Sanitária Internacional foram instalados somente em julho de 1920. Entre as várias preocupações da Comissão estavam: a profilaxia e tratamento da febre amarela; a criação de laboratórios para pesquisas sobre malária, sífilis, ancilostomíase e febre amarela; e a implantação de serviços de vigilância dos portos e o trabalho da chamada polícia de focos. O Estado de Pernambuco só possuía serviço de água em 10% de seus

48. Rockefeller Archive Center, Série 305, Brasil, Lewis W. Hackett, documentos de 7/1/1916, 4/12/1916, 16/12/1916, 18/12/1916, 10/2/1917 e 6/6/1917.

49. Rockefeller Archive Center, Série 305, Brasil, Lewis W. Hackett, documentos de 7/1/1916, 4/12/1916, 16/12/1916, 18/12/1916, 10/2/1917 e 6/6/1917.

50. Rockefeller Archive Center, Série 305, Brasil, Lewis W. Hackett; documento de 2/1/1919.

municípios e apenas a capital possuía rede de esgotos.⁵¹ Como relata um dos chefes da Comissão no Nordeste,

“As verminoses, em especial a ancilostomíase, o paludismo e a sífilis são moléstias que devastam e infeccionam a população do estado. E não apenas nas zonas afastadas, mas na própria cidade do Recife [...], sendo que, quanto à opilação, podemos afirmar que não há um só caso negativo [...]. A gripe e a disenteria reinam endemicamente em muitas regiões do estado. É grande a miséria em que vive a população, o que, junto com as doenças comuns, concorre para a alta cifra de tuberculose.”⁵²

É interessante notar que as medidas sanitárias implementadas em Pernambuco, a partir de 1920, estavam previstas desde 1913 no “Regulamento do Serviço Sanitário do Estado de Pernambuco”, estabelecido em virtude do disposto no Artigo 5, da Lei nº. 1.201, de 12 de junho, adaptado do Regulamento da Diretoria Geral de Saúde Pública. As novas condições de intervenção federal na economia e política dos estados, em conjunto com a propensão da Rockefeller a intervir na saúde, é que propiciaram o terreno favorável à aplicação do antigo regulamento de 1913, deixando de ser letra morta.

Em outros estados brasileiros procurou-se criar condições para que os serviços da IHB fossem implantados sem muita demora. Hoje se sabe que, entre tais condições, era fundamental que, além de certo porte econômico e do aceite formal dos governantes, houvesse nos estados um pacto político entre as oligarquias que possibilitasse a aprovação dos programas de governo pelos Congressos estaduais. Foi o caso do Estado do Rio de Janeiro, onde por mais de duas décadas a política esteve controlada por uma única facção.⁵³ Este ambiente possibilitou que as despesas com as campanhas sanitárias nesse estado, onde a malária constituía um problema grave,⁵⁴ fossem divididas entre o governo federal, o governo estadual, os usineiros e a IHB, cada parte ficando responsável por um quarto dos gastos.

Ao contrário de outros estados brasileiros como São Paulo, Minas Gerais e

51. Joseph L. Love, *A Locomotiva: São Paulo na Federação Brasileira, 1889-1937*, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1982, p. 40.

52. Relatório apresentado pelo chefe da Comissão, Dr. Sérvulo Lima, ao superintendente das Comissões Sanitárias Federais no Norte do Brasil, Dr. João Pedro de Albuquerque. Comissão Sanitária Federal no Estado de Pernambuco, Diretoria Geral de Saúde Pública, 1920, p. 14.

53. Sobre a importância do “nilismo” e as ligações do Partido Republicano do Rio de Janeiro (comandado por Nilo Peçanha) com o PRP de Campos Sales, ver Marieta de Moraes Ferreira, “Política e Poder no Estado do Rio de Janeiro na República Velha”, *Revista do Rio de Janeiro*, vol. 1, nº. 1, setembro/desembro de 1985, pp. 115-20.

54. Rockefeller Archive Center, Série 305, Brasil, Lewis W. Hackett, documento de 6/6/1917.

Rio Grande do Sul, que já haviam desenvolvido um serviço sanitário de certa complexidade, os estados mais pobres como os do Nordeste não contavam até 1920 com um sistema de saúde pública atuante e organizado. O caso da Bahia é ilustrativo: os serviços sanitários e os recursos financeiros da Rockefeller, ainda que solicitados pelas autoridades baianas em 1918, só foram obtidos a partir de 1920. É como se a Bahia não apresentasse os requisitos necessários para a pronta assistência da Missão. Paradoxalmente, o “atraso” baiano, bem como o dos demais estados nordestinos, em vez de atrair a atenção imediata da Rockefeller, acabava por colocá-los na lista de espera da ajuda norte-americana.⁵⁵ É que a Rockefeller trabalhava muito com a idéia do “efeito demonstração” que estados ricos teriam sobre estados mais pobres. Daí aqueles receberem ajuda antes destes.

Em resumo, nos primeiros anos da presença da Rockefeller no Brasil, apenas as áreas urbanas e rurais pertencentes aos estados mais ricos do País (como São Paulo e Rio Grande do Sul) puderam contar com o apoio dessa instituição na implementação de campanhas sanitárias. Nesses estados, a presença de oligarquias poderosas interessadas em desenvolver um sistema de saúde pública que desse conta dos interesses da produção agrícola, além da existência de um ambiente político-cultural favorável, foram fundamentais para a consolidação da assistência médico-sanitária. Nos estados mais pobres, só a partir da década de 20 efetivou-se, com a participação do governo federal, o apoio da Fundação Rockefeller.

55. Segundo Castro Santos, os fatores históricos que contribuíram, comparativamente, para o atraso dos serviços de saúde em estados mais pobres, como a Bahia, estão relacionados, em primeiro lugar, à questão econômica. Esses estados não possuíam os elementos econômicos necessários, como o café e a imigração, que impulsionaram o início da Reforma Sanitária em São Paulo. Um segundo fator seria a ausência de uma forte organização partidária. A natureza segmentada dos partidos políticos dos estados nordestinos não permitia ao aparelho de Estado a acumulação de forças necessárias para atuar como mediador entre as oligarquias, raramente receptivas às políticas de modernização propostas por segmentos renovadores, em geral pertencentes aos grupos urbanos. Tais resistências faziam-se sentir, especialmente, em relação a quaisquer tentativas das autoridades sanitárias de interferirem nas regiões rurais. Para uma análise da Bahia, como um caso *tardio* de progresso sanitário, ver Luiz Antonio de Castro Santos, *Power, Ideology and Public Health in Brazil, 1889-1930*, Tese de Doutorado em Sociologia, Harvard University, 1987, cap. 5.

RESUMO

Os Primeiros Anos da Reforma Sanitária no Brasil e a Atuação da Fundação Rockefeller (1915-1920)

O presente artigo é uma análise da atuação da Fundação Rockefeller no desenvolvimento dos serviços médico-sanitários e científicos no Brasil, no período que se estende de 1915, quando dos primeiros contatos com governantes brasileiros, até o início dos anos 20, que marcam, no Brasil, a consolidação de uma etapa importante da Reforma Sanitária. Ao discutir uma das fases mais relevantes da atuação dessa fundação norte-americana no País, este trabalho procura enfatizar a relevância do tema para o historiador.

Nesse sentido, não se pode entender a formação da profissão *médica* no Brasil sem se levar em conta a criação, pela Rockefeller, de carreiras científicas voltadas para o ensino e pesquisa na área biomédica. Não se pode entender as origens das profissões da *saúde* no País sem se atentar, também, para a contribuição da Rockefeller no desenvolvimento das campanhas sanitárias em escala nacional e na demanda por sanitaristas de sólida formação científica. As origens da profissionalização médica e sanitarista estão fortemente associadas ao trabalho da Rockefeller no Brasil.

ABSTRACT

The First Years of the Sanitary Reform in Brazil and the Performance of the Rockefeller Foundation (1915-1920)

This article is an analysis of the performance of the Rockefeller Foundation in the development of the scientific, sanitary, and medical services in Brazil, in the period that goes from 1915, with the first contact with Brazilian politicians, up to the beginning of the 1920's, that determined the consolidation of an important stage of Sanitary Reform in Brazil. By discussing one of the most relevant periods of this North American foundation performance in the country, this work tries to emphasize the importance of the subject to the historian.

In this sense, we cannot understand the formation of the *medical* career in Brazil without taking into account the creation of scientific careers directed to the teaching, and research in the biomedical area by the Rockefeller Foundation. We cannot understand the origins of *health* careers in the country without considering also to the contribution of the Rockefeller foundation to the

development of sanitary campaigns in national scale, and in the request for sanitarians of strong scientific formation. The origins of the medical and sanitarian professionalization are strongly linked to the work of the Rockefeller Foundation in Brazil.

RÉSUMÉ

Les Premières Années de la Réforme Sanitaire au Brésil et l'Action de la Fondation Rockefeller (1915 - 1920)

Ce article est une analyse de l'action de la Fondation Rockefeller dans le développement des services médico-sanitaires et scientifiques au Brésil, période qui s'étend de 1915, date des premiers contacts avec les gouverneurs brésiliens, au début des années 20, qui fixent, au Brésil, la consolidation d'une étape importante de la Réforme Sanitaire. En discutant une des phases les plus importantes de l'action de cette fondation nord-américaine au pays, ce travail cherche à relever l'importance du thème pour l'historien.

Dans ce sens, il n'est pas possible de comprendre la formation de la profession *médicale* au Brésil sans prendre en considération la création, par Rockefeller, de carrières scientifiques tournées vers l'enseignement et la recherche dans l'aire biomédicale. Il faut comprendre les origines des professions de la *santé* au Pays, prenant en considération, aussi, la contribution de Rockefeller dans le développement des campagnes sanitaires à échelle nationale et dans la demande d'hygiénistes, de solide formation scientifique. Les origines de la professionnalisation médicale et hygiéniste sont fortement associés au travail de la Fondation Rockefeller au Brésil.