

Fundação Oswaldo Cruz

Casa de Oswaldo Cruz

Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde

Claudia Regina Rodrigues Ribeiro Teixeira

**A Reforma Pedro Ernesto (1933): Perdas e Ganhos para
os Médicos do Distrito Federal**

Rio de Janeiro

2004

CLAUDIA REGINA RODRIGUES RIBEIRO TEIXEIRA

A REFORMA PEDRO ERNESTO (1933): perdas e ganhos para os médicos do Distrito Federal.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz como requisito para a obtenção do Grau de Mestre em História das Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. ANDRÉ DE FARIA PEREIRA NETO

Rio de Janeiro
2004

CLAUDIA REGINA RODRIGUES RIBEIRO TEIXEIRA

A REFORMA PEDRO ERNESTO (1933): perdas e ganhos para os médicos do Distrito Federal.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz como requisito para a obtenção do Grau de Mestre em História das Ciências da Saúde.

Aprovada em dezembro de 2004

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. André de Faria Pereira Neto – Orientador
Casa de Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Prof. Dr. Carlos Eduardo Barbosa Sarmiento
Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil – FGV

Prof. Dr. Gilberto Hochman
Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

Rio de Janeiro
2004

Aos meus pais, João e Eunice, com saudade.

Aos meus filhos, Elisa e Flávio, com amor.

Ao Oscar.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Arlindo Fábio Gomes de Souza, Chefe de Gabinete da Presidência da Fundação Oswaldo Cruz, por ter sempre me incentivado a enfrentar e superar os desafios que surgiram ao longo de minha carreira profissional;

Ao Prof. Dr. André Luis Gemal, diretor do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz, pela generosidade com que me recebeu depois do longo período em que dali estive afastada, por estar cedida à Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro;

Ao Prof. Dr. André de Faria Pereira Neto, orientador desta dissertação, pela confiança no meu trabalho, pela competência, pelas sugestões e pela amizade;

Às Drs. Regina Célia de Oliveira Prado e Etelvira da Cunha Oliveira, pelo muito que me ajudaram a manter o meu equilíbrio emocional e físico;

Aos meus irmãos e queridos sobrinhos, pelo afeto e interesse em acompanhar todos os passos da elaboração desta dissertação;

A todos os meus amigos, pela paciência e pelo carinho, muitas vezes traduzidos em “comes e bebes”, fundamentais para a manutenção do meu bom humor;

Aos professores, funcionários e colegas do Programa de Pós- Graduação da Casa de Oswaldo Cruz, pelo aprendizado, colaboração e companheirismo, nesses dois anos de convivência;

Às bibliotecárias Regina Lucia Antunes e Ana Cristina Mesquita, da Biblioteca Nacional e do Sindicato dos Médicos, pela presteza e solicitude com que me atenderam em minhas pesquisas;

E a Beethoven, Phillip Glass e Paulinho da Viola, que tornaram este trabalho ainda mais prazeroso.

“Desde o principio da sua vida que o Sr. José sabe que só precisa de tempo para usar a paciência, desde o princípio que espera que à paciência não venha a faltar-lhe o tempo. Levantou-se, e, fiel à regra de que em todas as operações de busca o melhor é começar sempre por uma ponta e avançar sempre com método e disciplina, atacou o trabalho pelo extremo de uma das fileiras de estantes, resolvido a não deixar papel sobre papel sem verificar se entre o de baixo e o de cima, outro papel não estaria escondido. Abrir uma caixa, desatar um maço, cada movimento que fazia levantava uma nuvem de pó, a tal ponto que, para não acabar asfixiado, teve de atar o lenço sobre o nariz e a boca, um processo preventivo que os auxiliares de escrita eram aconselhados a seguir de cada vez que tinham de ir ao arquivo dos mortos da Conservatória Geral. Em poucos minutos as mãos ficaram-lhe negras, o lenço perdeu o pouco que ainda lhe tinha de brancura, o Sr. José tornara-se num mineiro de carvão à espera de encontrar no fundo da mina o carbono puro de um diamante.”

José Saramago, *Todos Os Nomes*.

SUMÁRIO

Introdução	10
Capítulo 1	10
O Cenário	12
O Homem	13
O Diretor do Departamento Nacional de Assistência Pública	17
O Interventor do Distrito Federal	22
O Prefeito do Distrito Federal	35
Capítulo 2	40
O Decreto, o Plano Agache e o acesso dos <i>necessitados</i>	41
O controle do acesso e o atendimento nas unidades	49
As reações da sociedade	54
As reações da categoria médica	60
Capítulo 3	69
A categoria médica e a Reforma Pedro Ernesto	69
O Decreto e o acesso dos médicos. Manifestações na imprensa médica.	70
O Decreto e os vencimentos médicos.	84
As manifestações na imprensa médica.	88
Conclusão	103
Referências bibliográficas	105

RESUMO

Neste trabalho pretendemos analisar as conseqüências que a Reforma implantada por Pedro Ernesto Baptista na Assistência Municipal, em 1933, trouxe para o mercado de trabalho médico. Os acontecimentos políticos no país, ao final de 1930, contribuíram para que a cidade do Rio de Janeiro, então capital da República, se tornasse um importante ponto de sustentação para o Governo Provisório, que se instalara sob a chefia de Getulio Vargas. A participação política de Pedro Ernesto nestes eventos, aliada à sua formação médica e gerencial na clínica particular, proporcionou a sua inserção no ambiente governamental. Inicialmente indicado para resolver os problemas inerentes à Assistência Hospitalar do Brasil, onde apresentou bons resultados administrativos, Pedro Ernesto não tardou a ser nomeado para assumir a Interventoria do Distrito Federal. Neste cargo pode estabelecer medidas de cunho social, sobretudo nas áreas da educação e da saúde. Uma delas determinava a reorganização dos serviços médicos e hospitalares para a população do Rio de Janeiro, visando a assistência aos indivíduos *necessitados*. Os instrumentos legais promulgados por Pedro Ernesto provocaram um desequilíbrio na relação entre o Estado, os indivíduos e a profissão médica. Observaremos as manifestações da sociedade à estas medidas, mas sobretudo as reações provocadas no meio médico, buscando avaliar com isto, as alterações no âmbito do mercado de trabalho daquela categoria profissional.

ABSTRACT

This present dissertation intends to analyze what consequences were brought to the medical professional market by the introduction of Pedro Ernesto Baptista's Reformation in the town hall Assistance, in 1933. At the end of the year of 1933, the political movement that took place in Brazil contributed to put Rio de Janeiro into an important point of maintenance to Getulio Vargas' Provisional Government. Pedro Ernesto played a particular role in those events and due to his medical practice and manager experience he was invited to incorporate the government staff. At first, as he achieved good results at "Assistência Hospitalar do Brasil" Pedro Ernesto was soon indicated to assume as the intervener of Distrito Federal. In this responsible position he was able to establish political social measures, especially in the areas of education and health. Pedro Ernesto ordered the reorganization of medical and hospital services, aiming the assistance of poorer customers. The law signed by Pedro Ernesto led to an unbalance in the relationship between the State, the customers and the physicians. We'll look towards the way society reacted to this new order and particularly the reactions of the medical organization. This will enable us to evaluate the changes in the professional medical market.

INTRODUÇÃO

A idéia inicial para a elaboração do presente trabalho se deve, em boa parte, ao período de onze anos em que, na condição de funcionária federal cedida, desempenhei minhas atividades profissionais na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Isto porque, muitos dos hospitais estaduais e municipais, postos de saúde e maternidades que hoje integram a rede de assistência médico-hospitalar na cidade do Rio de Janeiro foram idealizados e concebidos durante a administração de Pedro Ernesto Baptista, durante o período de 1930 a 1936. Este foi o primeiro sinal do reconhecimento de que eu estaria diante de um personagem relevante no campo da saúde. Surgiu então a questão a respeito da concepção do sistema que fora implantado naquela ocasião para atender à população carioca e como teriam respondido aqueles que possivelmente teriam tido um papel importante na sua execução, isto é, os médicos. Começavam a ganhar contornos as primeiras peças do quebra-cabeça e começaram as primeiras buscas bibliográficas.

Daí surgiram as outras tantas realizações que Pedro Ernesto desempenhara como médico, político e administrador. Algumas outras revelavam a sua porção musical e carnavalesca. Portanto, era preciso definir metas e objetivos a serem alcançados.

Assim, optamos por deixar de lado sua contribuição para o sistema educacional da cidade do Rio de Janeiro, para as mudanças nos serviços municipais e para o mundo do samba.

Não pudemos deixar de tratar de sua participação nos acontecimentos políticos do país, sobretudo porque o período em que se desenrolaram as ações envolvendo Pedro Ernesto, compreendia uma época de intensa turbulência no cenário nacional, desde as rebeliões de 1922 até o movimento armado de 1935, passando pela instauração do Governo Provisório de Getúlio Vargas, em 1930.

Assim, nosso primeiro capítulo apresenta um panorama deste período, a partir da própria cidade do Rio de Janeiro, seguindo-se a apresentação de Pedro Ernesto, e sua atuação à frente dos cargos que ocupou. Deste capítulo, extraímos que o marco fundamental da administração Pedro Ernesto, na área da saúde, está na promulgação do Decreto nº.4.252, em 08 de junho de 1933. A peça-chave do jogo estava definida.

Então, o segundo capítulo foi dedicado a avaliar o decreto original e seus sucedâneos, já buscando ali as conexões com a categoria médica, a partir da análise do acesso dos *necessitados* à assistência municipal.

Para a confecção deste dois capítulos, buscamos acompanhar nos jornais cariocas de circulação diária, a administração de Pedro Ernesto, a partir de seu primeiro cargo público; e em trabalhos elaborados anteriormente, os aspectos relativos à sua participação política e sua atuação como médico e administrador, vistos por outros ângulos.

Por fim, chegamos à peça-encaixe no terceiro capítulo. A categoria médica diante da Reforma Pedro Ernesto. Apresentamos o decreto e o acesso dos médicos à Assistência Municipal, os vencimentos pagos e as manifestações da categoria, apoiados nas publicações médicas, em especial o Boletim do Sindicato Médico Brasileiro. Em alguns momentos, recorremos a Eliot Freidson para os fundamentos teóricos a cerca da autonomia profissional, e com isto pudemos elaborar a conclusão final.

Ao final, esperamos que este trabalho possa contribuir como sendo mais um elemento de composição da história da cidade do Rio de Janeiro, de Pedro Ernesto, dos médicos e da Saúde neste País.

XXXXXXX

1. A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DE PEDRO ERNESTO (1930-1936):

A administração de Pedro Ernesto do Rego Baptista entre 1930 a 1936 se destacou no cenário político da cidade do Rio de Janeiro, então capital da República, pela singularidade das suas ações concretas, no que diz respeito aos benefícios da educação fundamental pública, leiga, gratuita e universal, e da organização de um complexo sistema da assistência médica à população.

Neste capítulo, abordaremos inicialmente, o local onde ocorreram as ações, isto é, a cidade do Rio de Janeiro, à época, Distrito Federal. Em seguida, consideraremos a trajetória profissional e política de Pedro Ernesto, buscando compreender as razões que levaram o Chefe do Governo Provisório, Getúlio Vargas, a nomeá-lo nos cargos de Diretor do “Departamento Nacional de Assistência Pública” em 1930 e de Interventor do Distrito Federal, no ano seguinte, 1931. Com isto, poderemos compreender como a sua participação política e a sua atuação nestes dois cargos contribuíram para que Pedro Ernesto fosse eleito indiretamente prefeito da cidade, em 1935. Por fim, observaremos, como se deu seu afastamento do poder.

O objetivo principal deste capítulo é, portanto, analisar a política de assistência médica implementada por Pedro Ernesto enquanto esteve à frente destes três cargos que ocupou.

O CENÁRIO

Desde o início do século XIX, o Rio de Janeiro configurou-se como o centro político, urbano, econômico e social do país. A chegada da Coroa portuguesa em 1808 no Brasil representou um marco neste sentido, pois dotou a cidade de *status* inédito nas Américas. A abertura dos portos e as modificações decorrentes fizeram com que a cidade se afirmasse não só como o núcleo econômico mais importante do país, mas, também como capital do Império ultramarino lusitano. O Rio de Janeiro, no início do século XIX, era, portanto, um centro de poder de alcance internacional. Com a criação de instituições culturais, científicas e acadêmicas, a coroa lusitana deu um tom cosmopolita para a cidade.

Com a Independência em 1822, o Brasil passou à condição de Império, e a cidade do Rio de Janeiro foi mantida como sede política e administrativa do país. A cidade, além da

dimensão econômica e cultural passou a ser também um centro representativo de poder e de decisão.

Com a Proclamação da República em 1889, a cidade manteve a mesma projeção política, tornando-se a capital do país (1,2).

Durante a primeira metade do século XX, a cidade passou por profundas transformações decorrentes do processo de industrialização e urbanização. Em linhas gerais a reestruturação urbana promoveu a segregação e a exclusão sociais (3). Os administradores da cidade que antecederam Pedro Ernesto concentraram suas realizações urbanas e sanitárias na área central da cidade. Aos poucos, a população pobre, até então instalada nesta região, teve que se deslocar em direção às áreas mais afastadas, acompanhando a linha férrea. Mesmo sendo precário, este era o meio de transporte utilizado para o deslocamento até aquelas localidades do subúrbio carioca. As condições de infra-estrutura habitacional nestes locais também eram deficientes, sobretudo nos aspectos de educação e atendimento médico-hospitalar (4).

Este era, portanto, o cenário da cidade do Rio de Janeiro no início dos anos 1930, legado de mais um século de projeção nacional.

O HOMEM, O MÉDICO, O POLÍTICO

Antes de analisarmos sua administração(5), faremos um breve resgate biográfico de Pedro Ernesto do Rego Baptista¹.

Pedro Ernesto nasceu em Recife, no dia 25 de setembro de 1884. Iniciou seus estudos acadêmicos na Faculdade de Medicina da Bahia. A participação de seu pai, Modesto do Rego Baptista, em atividades maçônicas no Recife podem ter influenciado sua educação e motivado a sua escolha pela carreira médica. Isto porque, no final do século XIX a medicina era vista como uma prática profissional muito próxima aos ideais de solidariedade e assistência propagados por aquela Ordem.

¹ Boa parte das informações que se seguem foram extraídas do verbete PEDRO ERNESTO, escrito por Paulo Brandt e Dora Flaskman, no Dicionário Histórico Biográfico Brasileiro 1930-1983. CPDOC/Fundação Getúlio Vargas, 1ª Ed. 1984, pp.1176-1180; das dissertações de mestrado de Sarmento (1;2), Gadelha (3) e Gawryszeswki (5) e dos “Fragmentos de autobiografia de Pedro Ernesto” – Arquivo CPDOC/FGV.

As dificuldades financeiras impostas a sua família levaram-no a se transferir para o Rio de Janeiro, em busca de melhores oportunidades acadêmicas e econômicas. Em 1908, Pedro Ernesto concluiu sua formação na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

Nos últimos anos de sua graduação, Pedro Ernesto já exercia atividades profissionais como médico em uma “farmácia-prática”² no centro do Rio de Janeiro, próximo à Rua do Riachuelo. Este trabalho lhe possibilitou o convívio com o médico Augusto do Amaral Peixoto. No centro da cidade estavam localizados muitos serviços de saúde da capital da República, como o Hospital da Ordem Terceira do Carmo, o Hospital São Francisco de Assis, a Santa Casa da Misericórdia, o Hospital de Pronto Socorro e ainda algumas associações mutualistas e beneficentes que prestavam serviços de assistência médica.

Daquela aproximação resultou uma amizade que lhe permitiu a inserção no ambiente profissional³, e também os primeiros contatos com o meio político, por intermédio de Ernani e Augusto Júnior⁴, filhos de Augusto Amaral Peixoto (6;7).

Durante os dez anos que se seguiram à sua formatura Pedro Ernesto, atuou naquela “farmácia-prática” e na Policlínica de Botafogo, onde chegou a ser diretor de clínica cirúrgica. Nos dois locais atendeu indistintas classes sociais e aumentou seu círculo de relações na sociedade e no meio profissional da saúde. Estes relacionamentos talvez expliquem o fato de ter conseguido obter não só empréstimos bancários, como auxílios de comerciantes portugueses para a construção em 1918 e sua posterior ampliação, em 1923, de sua Casa de Saúde, à rua Henrique Valadares, na Lapa – região próxima ao centro da cidade⁵.

Com quarenta anos de vida e dezesseis anos de formado, o médico pernambucano Pedro Ernesto Baptista estava instalado no centro da principal cidade do país, capital da República, dirigindo sua própria clínica, após ter sido diretor da Policlínica de Botafogo. Tais circunstâncias revelam sua aptidão para estabelecer relacionamentos, sua competência profissional e sua capacidade administrativa.

² Designação dada aos locais em que havia consultas médicas e onde eram preparados e vendidos medicamentos.

³ Posteriormente, Augusto do Amaral Peixoto se tornou assistente e sócio de Pedro Ernesto em sua Casa de Saúde.

⁴ Augusto do Amaral Peixoto Jr. participou como membro do gabinete de Pedro Ernesto durante o período da interventoria do Distrito Federal e nas eleições de 1934 para a Câmara de Vereadores e para o Senado. Substituiu Pedro Ernesto durante o seu afastamento do cargo naquelas eleições.

⁵ Atualmente, no local está instalado o Hospital do Instituto de Aposentadoria dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (IASERJ).

Em 1924, Alfredo do Nascimento Silva, médico membro da Academia Nacional de Medicina, teceu elogios às instalações físicas da Casa de Saúde Pedro Ernesto, ressaltando a modernidade técnica e a qualidade do atendimento prestado pelo estabelecimento. Ao descrever as instalações da clínica, Nascimento Silva reconhecia que os serviços ali prestados estavam voltados, sobretudo, para uma clientela economicamente seleta. O autor, no entanto, não deixava de fazer referências às dependências destinadas ao atendimento de pacientes com “menores recursos”.(8)

Nos anos 1920, enquanto Pedro Ernesto criava e ampliava sua clínica particular, a situação política do país conhecia momentos de turbulência⁶.

A disputa sucessória ao governo de Epitácio Pessoa em 1921 revelou o desagrado da sociedade e de diversos outros Estados com as oligarquias que até então eram garantidas e representadas na alternância do poder governamental entre as elites de São Paulo e Minas Gerais. A vitória de Arthur Bernardes, representante do bloco hegemônico no poder, gerou um descontentamento entre os militares, uma vez que ele era visto como antimilitarista. Esta insatisfação se traduziu, na eclosão de uma manifestação conduzida por tenentes na Capital Federal, em julho de 1922, que se tornou conhecida como os “Dezoito do Forte”. O movimento foi reprimido. Dois anos depois, o mesmo descontentamento se manifestou em São Paulo, com o objetivo da derrubada do governo de Artur Bernardes. Assim, no decorrer dos primeiros anos da década de 1920, foi crescendo junto à classe média urbana em formação nas principais cidades do país um anseio democrático que convivia com o radicalismo armado do movimento tenentista.

Pedro Ernesto não assistiu passivamente a tais acontecimentos. Seus amigos Ernani e Augusto Amaral Peixoto Jr., filhos de seu sócio na Casa de Saúde, eram oficiais da armada e se opuseram à Artur Bernardes. Além disso, a prisão e morte do primo de sua mulher, José Aníbal Duarte no movimento de 1922, motivou-o a acompanhar mais de perto a situação política do país. Aos poucos, sua Casa de Saúde abrigava e tratava fugitivos e vítimas de combate. Suas ambulâncias chegaram a transportar armas dos revoltosos (9;10). Com o crescimento de sua atuação política, Pedro Ernesto se transformou em um elemento de ligação entre civis e militares.

⁶ Neste trecho nos apoiamos livremente nas informações e na visão histórica apresentada por Boris Fausto em FAUSTO, Boris; *História Concisa do Brasil*. 1ªed., 1ªreimpressão. São Paulo:EDUSP, 2002

No final da década de 1920, Pedro Ernesto desempenhou importante papel no apoio a candidatura oposicionista de Getúlio Vargas à presidência da República pela Aliança Liberal⁷. Suas ambulâncias serviram, mais uma vez, para o transporte de armamentos durante a luta militar que se desencadeou para impedir a posse de Julio Prestes, vencedor das eleições para a sucessão de Washington Luís. Na frente de batalha em Minas Gerais, Pedro Ernesto desempenhou um importante papel como chefe do corpo médico que assistia às tropas que lutavam no local⁸.

Ao longo das duas décadas que se seguiram à sua formatura, Pedro Ernesto conseguiu consolidar sua carreira profissional, destacou-se como dirigente pelo trabalho em sua clínica particular e foi reconhecido como militante nos acontecimentos políticos de 1930. A visibilidade pública na direção de sua Casa de Saúde e o envolvimento direto na defesa militar da Aliança Liberal foram elementos que deram a Pedro Ernesto a confiança e a legitimidade política e social para que fosse nomeado por Getúlio Vargas, então Chefe do Governo Provisório instalado em outubro daquele ano, para exercer o cargo de diretor do “Departamento Nacional de Assistência Pública”, no dia 14 de novembro de 1930.

Ao assumir este cargo, Pedro Ernesto formalizou o vínculo entre sua carreira profissional e sua participação na política do Distrito Federal. A partir deste momento, Pedro Ernesto deixou de ser apenas o médico que administrava o atendimento médico de uma parcela da população da capital da República. Ele passava a ser o médico que administraria o atendimento de toda a população do Distrito Federal.

Dividiremos a trajetória política de Pedro Ernesto nos três momentos em que ele ocupou diferentes cargos na administração pública. O primeiro compreende o período em que esteve à frente do “Departamento Nacional de Assistência Pública” de novembro de 1930 a setembro de 1931. O segundo momento abrange o período em que atuou como Interventor do Distrito Federal, entre outubro de 1931 a abril de 1935. O terceiro momento inclui os meses em que exerceu o poder, depois de ter sido eleito indiretamente e assumido a prefeitura do Distrito Federal (de abril de 1935 a abril de 1936).

⁷ Aliança Liberal foi a coligação oposicionista de âmbito nacional, formada em 1929. Reunia líderes políticos de Minas Gerais e Rio Grande do Sul para apoiar a candidatura de Getúlio Vargas e João Pessoa à presidência e vice-presidência da República, nas eleições de 1930. (FAUSTO, Boris; op. citada)

⁸ “Correio da Manhã”, 10/11/1930.

Abordaremos a seguir alguns aspectos que caracterizam sua gestão nestes três momentos em que esteve no poder, nos diferentes cargos que ocupou, enfatizando sua atuação na área da assistência médica.

O DIRETOR DO DEPARTAMENTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA PÚBLICA

NOVEMBRO 1930 A SETEMBRO 1931

Como observamos anteriormente Pedro Ernesto foi nomeado para este cargo por razões profissionais e políticas.

Primeiramente, percebemos que a experiência clínica e administrativa de Pedro Ernesto, adquirida como Diretor e médico de sua Casa de Saúde, fizeram com que ele tivesse se transformado em um dos mais respeitados e conhecidos profissionais da cidade. Além disto, sua participação efetiva no movimento revolucionário, chefiando o serviço médico das tropas militares em Minas Gerais, fez com que conseguisse conquistar a confiança pessoal e política de Getúlio Vargas. Ao mesmo tempo, o Chefe do Governo Provisório não tinha sólidas bases políticas no Distrito Federal. Nas eleições presidenciais a Aliança Liberal não tinha obtido um número expressivo de votos na cidade. Ao nomear Pedro Ernesto para a direção do Departamento Nacional de Assistência, Vargas buscava ampliar suas bases de sustentação política neste importante colégio eleitoral. (11)

A imprensa carioca fez ampla divulgação do fato, com reportagens favoráveis àquela nomeação, tanto pela competência profissional do nomeado quanto pela sua participação no movimento revolucionário de outubro daquele ano⁹.

O “Jornal do Brasil”, por exemplo, noticiou o fato da seguinte forma:

“Não podia ter sido mais feliz a escolha do novo diretor da Assistência Hospitalar do Brasil. Cientista e patriota, o novo diretor da Assistência Hospitalar do Brasil sempre se distinguiu pela sua actuação desassombrada e efficiente em prol da realização dos ideaes revolucionários, sob cujo lâbaro se alistou na jornada memorável de 1922, prestando de então para cá, os mais assinalados serviços ao advento do Brasil novo”¹⁰.

⁹ “A Noite”, 14/11/1930, pp.principal; “Diário de Notícias”, 15/11/1930, pp.principal, com foto; “O Globo”, 14/11/1930, pp. principal; “Correio da Manhã”, 15/11/1930, pp.3; 19/11/1930, pp.3

¹⁰ “Jornal do Brasil”, 16/11/1930, pp.9. Nota de esclarecimento: nesta época, as primeiras páginas deste periódico eram destinadas a classificados diversos. As noticias internacionais, nacionais e locais eram apresentadas nas páginas seguintes.

Cabe-nos aqui apresentar a estrutura do órgão para o qual Pedro Ernesto acabara de ser nomeado.

Inicialmente o Departamento Nacional de Assistência Pública estava subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Por esta razão Pedro Ernesto foi empossado por Oswaldo Aranha, titular daquela pasta¹¹. Em dezembro de 1930, o recém-criado Ministério dos Negócios da Educação e da Saúde Pública¹² era composto pelo Gabinete do Ministro, pela Diretoria de Contabilidade e por quatro Departamentos, a saber: o Nacional de Ensino, o Nacional de Saúde Pública, o Nacional de Medicina Experimental e o Nacional de Assistência Pública¹³. Com sua nomeação, Pedro Ernesto passou a dirigir este último Departamento, ficando submetido à autoridade de Francisco Campos¹⁴.

Cabe ressaltar que embora a palavra *nacional* possa sugerir um sentido de abrangência de ação a todo o território brasileiro, as atividades e responsabilidades deste Departamento não ultrapassavam os limites do Distrito Federal. Embora a Constituição de 1891¹⁵ não fosse específica com relação às questões de saúde, nela estava estabelecido que ao governo central cabia a responsabilidade dos serviços existentes no próprio Distrito Federal. (12)

A passagem de Pedro Ernesto à frente do “Departamento Nacional de Assistência Pública” foi curta: durou apenas 11 meses. Em linhas gerais sua atuação teve um caráter fortemente administrativo e financeiro.

Com o intuito de conhecer e avaliar as condições financeiras, técnicas e a distribuição de leitos em unidades de assistência no Distrito federal, Pedro Ernesto visitou vários hospitais, creches e asilos durante os meses em que esteve à frente do “Departamento Nacional de Assistência Pública”¹⁶.

¹¹ A nomeação de Pedro Ernesto para o cargo de diretor foi publicada no Diário Oficial de 14 de novembro de 1930. Ele tomou posse no dia 18 de novembro de 1930.

¹² BRASIL. Decreto nº.19.402, de 14/11/1930.

¹³ BRASIL. Decreto nº.19.444 de 14/11/1930. Dispõe sobre os serviços que ficam a cargo do Ministério da Educação e Saúde Pública e dá outras providências.

¹⁴ Francisco Campos foi um dos mais importantes personagens políticos da década de 1930. Participou das articulações que levaram ao movimento armado de outubro de 1930. Assumiu a direção do recém-criado Ministério da Educação e Saúde, devido à sua atuação à frente dos assuntos educacionais em Minas Gerais. No cargo de ministro, promoveu a reforma do ensino secundário e universitário no país.

¹⁵ Artigos nº5 e nº34.

¹⁶ “Correio da Manhã”, 07/03/1931, pp.3, com foto; ; “A Noite”, 07/03/31, pp.3; “A Noite”, 11/03/1931, pp.principal; “Correio da Manhã, 12/03/1931, pp.2; “Jornal do Brasil”, 16/01/1931, pp 11, com foto; “A Noite”, 16/03/1931, 2ª edição, pp.4, com foto.

Entre as várias unidades hospitalares que estavam subordinadas àquele Departamento duas¹⁷ apresentavam problemas financeiros relacionados com dívidas com fornecedores de material de consumo¹⁸.

Depois destas visitas e diante das dificuldades financeiras encontradas e da situação econômica que o país atravessava, Pedro Ernesto decidiu suspender as obras de construção do Hospital das Clínicas, na Mangueira¹⁹. Outro fator que influenciou esta sua decisão foi o fato de recaírem sobre aquela obra suspeitas quanto aos altos gastos não comprovados. Ademais, a elite médica questionava os gastos despendidos em sua construção, sua localização geográfica e a população que seria atendida ali (13).

Neste caso, o gestor público tomou sua decisão procurando atender também a uma reivindicação da categoria profissional médica a qual pertencia.

Aos poucos Pedro Ernesto foi constatando três problemas que afetavam o bom funcionamento do Departamento: a má administração, a falta de recursos financeiros e a insuficiência de leitos. Para estes problemas encontrou soluções possíveis e compatíveis com o orçamento que dispunha.

Dirigindo o “Departamento Nacional de Assistência Pública”, Pedro Ernesto procurou, sobretudo, sanar as contas públicas e encontrar formas de aumentar a arrecadação.

No primeiro caso, determinou a revisão da relação de leitos com subvenção governamental presentes na “Caixa de Subvenções”²⁰. Além disso, dotou a Inspeção Técnica da “Assistência Hospitalar” de poder para controlar gastos, elaborar e executar projetos para ampliação de enfermarias e maternidades. Para aumentar a base de arrecadação, Pedro Ernesto propôs ao Governo Federal a arrecadação de impostos sobre bebidas para a formação de um fundo de custeio²¹.

Em geral, durante as visitas a hospitais, creches e asilos, Pedro Ernesto constatava que o número de leitos estava aquém do necessário para o atendimento à população. Além disso,

¹⁷ As unidades eram o Hospital São Francisco de Assis e o Hospital D. Pedro II, ainda hoje, em funcionamento.

¹⁸ “A Noite”, 16/12/30, pp. principal, com foto.

¹⁹ “Correio da Manhã”, 06/01/1931, pp.2; “A Noite”, 07/01/1931, pp. 4, com foto da maquete.

²⁰ As “Caixas de Subvenção” eram auxílios prestados pelo Estado a instituições de ensino e de caridade como hospitais, creches, maternidades e de proteção à infância, ligadas à Igreja Católica.(SERBING, Kenneth P.; “Igreja, Estado e ajuda financeira pública no Brasil:1930-1964: estudo de três casos chaves”, Textos CPDOC, RJ/FGV, 1991)

²¹ “A Noite”, 19/05/1931, pp.principal, com foto.

imprensa diária publicava denúncias freqüentes em que revelava a falta de leitos para os pacientes²². Sob o título “para solucionar o problema”, o jornal “A Noite” informava:

“Uma excursão do Dr. Pedro Ernesto e Belisário Penna hontem, à Ilha Grande, quando foi entregue o Lazareto ao Departamento de Assistência. Na visita, as autoridades demonstraram a preocupação do Ministério da Educação e Saúde Pública como o problema hospitalar da capital, onde há poucos leitos e muitos doentes”²³.

Para aumentar o número de leitos na cidade, Pedro Ernesto transformou a construção já em andamento de um prédio no bairro do Estácio, em Hospital de Triagem, Centro de Assistência Pública e sede do Departamento Nacional de Assistência Pública²⁴. Além disso, três meses após a sua posse, inaugurou a maternidade, a enfermaria e o ambulatório de ginecologia do Hospital São Francisco de Assis. No Hospital D. Pedro II, determinou que o número de pacientes atendidos não fosse limitado pelo horário de abertura daquele serviço nem controlado pela ordem de chegada dos pacientes²⁵.

Preocupado com a preservação da qualidade no atendimento, Pedro Ernesto determinou o fechamento do Hospital de Alienados da Praia Vermelha²⁶ e do Hospital dos Marítimos pelas péssimas condições oferecidas aos pacientes. Para não prejudicar o atendimento a esta clientela, determinou a imediata ampliação dos leitos do Hospital de Psicopatas e do Hospital D. Pedro II. Os pacientes tuberculosos que estavam naqueles hospitais foram transferidos para o Hospital São Sebastião - unidade dedicada ao atendimento de doenças infeto-contagiosas. Com esta medida, foram abertos novos leitos no Hospital de Psicopatas e do Hospital D. Pedro II²⁷.

Nestas unidades, Pedro Ernesto determinou o aumento do número de refeições servidas aos pacientes e a capacidade do abastecimento de água. Na Colônia de Psicopatas de Jacarepaguá e no Hospital São Francisco de Assis aumentou o número de leitos femininos²⁸.

²² “A Noite”, 29/12/30, pp.2, com foto; “Diário de Notícias”, 30/12/1930, pp.3.

²³ “A Noite”, 29/12/30, ed. matutina, pp.principal, com fotos.

²⁴ “A Noite”, 24/03/1931, pp.principal, com foto; 08/05/1931, pp.2, com foto; 09/05/1931, pp.2, com foto; “Correio da Manhã”, 09/05/1931, pp.3; 10/05/1931, pp.principal, com foto.

²⁵ “A Noite”, 26/01/1931, pp.2; 09/03/1931, pp.2, com foto.

²⁶ O Hospital estava situado no prédio em que, até o final da década de 1960, funcionavam as instalações da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

²⁷ “Correio da Manhã”, 11/12/1930, pp.principal; “A Noite”, 13/12/1930, pp.principal; 22/12/1930, pp.2; 29/12/1930, ed. extraordinária, pp.principal, com foto; 29/12/1930, pp.2, com foto.

²⁸ “A Noite”, 02/10/1931, 2ª ed., pp.principal, com foto.

Pedro Ernesto conseguiu, portanto, resolver, ainda que parcialmente, os problemas da escassez de leitos nas unidades sob responsabilidade do poder central. As melhorias nas instalações físicas revelam que o diretor conseguiu distribuir de forma satisfatória os recursos financeiros destinados àquele órgão²⁹.

Ao ser indicado ao cargo, Pedro Ernesto teve reconhecida sua competência profissional. Ao aceitar a função, reafirmou sua lealdade aos ideais revolucionários e tornou a ressaltar os princípios que ele havia adotado em sua administração, a saber: Trabalho – Honestidade – Justiça³⁰.

Podemos constatar que a passagem de Pedro Ernesto pelo “Departamento Nacional de Assistência Pública” caracterizou-se, sobretudo, por sua habilidade e competência em gerenciar os recursos financeiros que dispunha. Com esta capacidade, Pedro Ernesto teve a possibilidade de ampliar o número de leitos nas unidades de assistência do Distrito Federal. É possível que sua atuação bem sucedida na iniciativa privada tenha lhe fornecido os elementos imprescindíveis para que pudesse ter desempenhado, com êxito, a função que lhe fora delegada.

Sua atuação criou um hiato. Enquanto os serviços de assistência ligados ao poder central iam se reestruturando, sob a coordenação de Pedro Ernesto, a Assistência Municipal, subordinada à Prefeitura do Distrito Federal, recebia críticas veementes na imprensa pelo péssimo atendimento médico oferecido à população³¹. Em uma de suas páginas, o jornal carioca “A Noite” anunciava:

“Morre-se no Rio, por falta de assistência hospitalar(..) os populares atenderam uma senhora que caiu à Rua de Santana(..) nos hospitais não há vagas!”³²

Além disso, Adolpho Bergamini – à época interventor do Distrito Federal – tomara medidas que desgastaram sua imagem pública e abriram caminho para a indicação de Pedro Ernesto sucedê-lo neste cargo. Uma das iniciativas que desgastaram a imagem de Bergamini foi sua determinação de limitar o acesso dos repórteres no Hospital de Pronto Socorro³³. Pedro Ernesto foi indicado, mas declinou do convite, para compor uma comissão composta por

²⁹ “A Noite”, 16/12/1930, pp.principal, com foto.

³⁰ “A Noite”, 02/10/1931, pp.principal, com foto.

³¹ “Jornal do Brasil”, 24/03/1931, pp. 4.

³² “A Noite”, 04/05/1931, pp.principal, com foto

personalidades do meio médico, jornalístico e político, com o objetivo de avaliar o incidente³⁴. Aliado a isto, Bergamini parece não ter sido muito hábil politicamente. Dois exemplos justificam esta idéia. Por um lado, estabelecia uma interlocução direta com Lindolpho Collor, Ministro do Trabalho, não respeitando a posição de Vargas como Chefe de Governo. Por outro, dava pouca relevância às lideranças políticas tenentistas locais. Este conjunto de iniciativas mal sucedidas tornou insustentável sua preservação no cargo. (14)

É possível que, diante deste quadro e com os bons resultados que o diretor do “Departamento Nacional de Assistência Pública” apresentara nos últimos meses, o Chefe do Governo Provisório tenha tido sólidas razões e inteira confiança para convidar Pedro Ernesto para assumir o cargo de interventor do Distrito Federal.

Assim, pouco depois da cerimônia de colocação da cumeeira no Hospital de Triagem e de apresentar as inovações do projeto para aquela unidade, Pedro Ernesto recebeu e aceitou o convite para ser o interventor do Distrito Federal³⁵.

No dia primeiro de outubro de 1931, Pedro Ernesto foi nomeado por Getúlio Vargas interventor do Distrito Federal³⁶.

No próximo item, observaremos como se caracterizou sua atuação como Interventor do Distrito Federal, enfatizando as ações relacionadas com a assistência médica.

O INTERVENTOR DO DISTRITO FEDERAL

OUTUBRO 1931 A ABRIL 1935

Os quatro anos em que esteve à frente da prefeitura do Distrito Federal, como interventor, marcaram de maneira indelével a passagem de Pedro Ernesto no poder. As marcas de sua gestão podem ser percebidas nas diversas escolas e hospitais que ajudou a construir. A cidade do Rio de Janeiro é, ainda hoje, aquela que detém a maior rede pública de saúde e educação do Brasil, graças à sua intervenção e visão política.(15)

Na educação, Pedro Ernesto nomeou Anísio Teixeira para ocupar a “Diretoria de Instrução”. A reforma que o educador implementou e os princípios que a ordenaram ainda hoje influenciam e formam pedagogos e escolas.

³³ “Correio da Manhã”, 22/08/1931; “A Noite”, 28/08/1931.

³⁴ “A Noite”, 02/09/1931, pp. principal, com foto; “Correio da Manhã”, 03/09/1931, pp.3; 05/09/1931, pp.3.

³⁵ “A Noite”, 26/09/1931, pp.principal; 01/10/1931, pp.principal, com foto.

³⁶ “A Noite”, 01/10/1931, pp.principal; “Correio da Manhã”, 02/10/1931, pp.principal, com foto.

Em termos políticos, neste mesmo período, Pedro Ernesto revelou ter enorme capacidade política partidária. Esta competência pode ser verificada tanto em sua atuação na criação do “Clube 3 de outubro”³⁷ quanto na formulação do programa e estruturação do Partido Autonomista do Distrito Federal (16).

Optamos por apenas fazer menção a estes temas, que consideramos relevantes, para concentrar nossos esforços no escopo deste trabalho: a análise política de assistência médica de Pedro Ernesto. Enquanto exerceu o cargo de interventor, entre outubro de 1931 e abril de 1935, Pedro Ernesto implantou uma reforma na “Assistência Municipal” em que construiu, reformou e inaugurou hospitais e dispensários públicos municipais, em várias regiões da cidade.

Todas estas obras no âmbito da saúde ocorreram ao mesmo tempo em que se desenvolviam atividades e reformas na educação e em outras áreas.

A administração de Pedro Ernesto na área da assistência médica tem um marco: a promulgação do Decreto nº. 4.252 em 8 de junho de 1933³⁸.

Em nosso entender, esta promulgação evidencia uma intenção, que foi materializada nos anos seguintes. Sua vontade era criar e reformar a rede pública de hospitais e dispensários em diferentes bairros da cidade, sobretudo naqueles onde residiam a classe popular e operária. A partir de junho de 1933 as obras foram iniciadas e muitas foram inauguradas durante sua gestão. Seus desejos foram, então, realizados.

A nomeação de Pedro Ernesto para o cargo de interventor provocou um grande impacto na sociedade carioca desde o momento de sua posse.

Assim, os jornais cariocas que circularam nos dias que se seguiram à sua posse enfatizaram a presença de autoridades políticas àquele ato. A primeira página de “A Noite”, ilustrada com foto da solenidade, afirmava: “A posse do Dr. Pedro Ernesto revestiu-se de grande brilhantismo”³⁹.

Segundo o mesmo periódico, estiveram presentes os ministros Oswaldo Aranha (Justiça), Lindolpho Collor (Trabalho), General Leite de Castro (Guerra), Almirante Protógenes

³⁷ O “Clube 3 de Outubro” era uma organização que congregava vários participantes do movimento tenentista, de muita influência nas decisões políticas de Getúlio Vargas, sobretudo nos dois anos que se seguiram ao movimento de 1930.

³⁸ PREFEITURA DO DISTRITO FEDERAL. Decreto nº.4.252 de 08 de junho de 1933.Reorganiza os Serviços da Diretoria Geral de Assistência e aprova o Regulamento da Nova Organização; ; Decreto nº.4.397 de 18 de setembro de 1933. Modifica em parte o Decreto nº4.252, de 8 de junho de 1933; Decreto nº.5.046, de 14 de julho de 1934. Modifica em parte os Decretos nº.4.252, de 08 de junho de 1933 e 18 de setembro de 1933.

Guimarães (Marinha), José Américo de Almeida(Viação). Os funcionários municipais se fizeram representar. Amigos e futuros integrantes da equipe do interventor também estavam presentes. Entre os membros da categoria médica destacou-se Dr. Manoel de Abreu⁴⁰, que ao discursar revelou a importância que a categoria dava ao fato de ter um médico no cargo máximo da cidade.

A presença de tantas autoridades denota que Pedro Ernesto chegou àquele cargo com prestígio político, confiança pública e expectativa de que sua competência como dirigente se confirmasse novamente, agora à frente da prefeitura da capital do país.

A frase do jornal que dá início a reportagem pode dar bem a medida do acontecimento:

“Teve o caracter de apotheose a posse do Dr. Pedro Ernesto no cargo de governador desta cidade”⁴¹.

Ao assumir a interventoria, Pedro Ernesto nomeou como “Diretor de Instrução”, o educador Anísio Teixeira e para “Diretor da Assistência Municipal” nomeou o Dr. Gastão Guimarães.

Ao ser nomeado, o médico Gastão de Oliveira Guimarães já havia passado por diversos cargos públicos. Havia desempenhado também atividades acadêmicas, ao participar de bancas examinadoras para provas de auxiliares-academicos. No momento de sua nomeação exercia o cargo de chefe do Serviço de Otorrinolaringologia da Inspetoria Técnica dos Postos de Pronto Socorro⁴².

Se a posse de Pedro Ernesto foi coroada de expectativa e representatividade, suas primeiras ações foram revestidas de avaliação e planejamento. Entre outubro de 1931 e junho de 1933 – quando a reforma que havia idealizado se tornou instrumento legal, o interventor desenvolveu três iniciativas que, juntas, contribuíram para a elaboração da reforma na assistência médica, materializada então pelo Decreto nº. 4.252.

A primeira baseou-se na leitura e análise do relatório elaborado pelo Dr. Annibal de Moraes Mello. A segunda, na realização de visitas a instituições de assistência médica

³⁹ “A Noite”, 03/10/1931, pp.principal, com foto.

⁴⁰ O Dr. Manoel de Abreu era membro da Academia Nacional de Medicina e autor de trabalhos científicos e inovações tecnológicas para o diagnóstico e para o tratamento da tuberculose. Além disso, exercia as atividades profissionais na Casa de Saúde Pedro Ernesto.

⁴¹ “A Noite”, 03/10/1931, pp.principal, com foto.

⁴² “A Noite”, 03/10/1931, pp.2.

pertencentes à esfera municipal. Em muitos bairros visitados, Pedro Ernesto constatou a necessidade de construir unidades hospitalares. Finalmente, reuniu sua equipe para elaborar o projeto que se transformou em instrumento legal e desenvolver estudos que garantissem a viabilidade orçamentária da reforma.

A respeito deste relatório, cabe-nos esclarecer que ele foi elaborado pelo autor citado, a pedido do Dr. Raul de Almeida Magalhães - Diretor do “Departamento Nacional de Saúde Pública” - com quem o autor havia trabalhado anteriormente no Instituto Oswaldo Cruz. Este estudo teve início em agosto de 1932 e tinha por objetivo a avaliação da situação médico-assistencial do Distrito Federal⁴³.

Pedro Ernesto aproveitou-se deste trabalho para conhecer, ainda mais, a situação da assistência médica na capital da República.

Identificamos neste relatório três conclusões principais.

A primeira se referia à escassez de leitos na cidade. De acordo com os dados apresentados, o número total de leitos era de 11.405. Destes, 2.952 estavam distribuídos em Casas de Saúde e Maternidades particulares, corporações militares e penitenciárias. Isto indicava que eram apenas 8.453 os leitos que estavam destinados ao atendimento geral, às doenças mentais e às de notificação compulsória. Segundo o mesmo relatório, o índice satisfatório de atendimento estipulado para grandes metrópoles daquele período, era de 8,7 leitos para 1.000 habitantes. Para atender esta determinação, a cidade do Rio de Janeiro, com seus quase dois milhões de habitantes, deveria dispor de 17.400 leitos. O déficit no Distrito Federal atingia, portanto, o número de 5.995 leitos. (17)

A segunda conclusão dizia respeito aos leitos na assistência materno e infantil. A relação considerada satisfatória na época era de 0,5 leitos para 1.000 habitantes em cada um dos dois casos. Os dados oficiais indicavam a existência de 240 leitos maternos e 367 leitos infantis no Distrito Federal. O déficit atingia, portanto, 760 e 633 leitos respectivamente.

Por fim, a terceira conclusão referia-se a distribuição dos leitos existentes nas unidades ambulatoriais. Annibal de Moraes Mello afirmava que estes eram em número expressivo – 616 - porém careciam de organização para que pudessem executar suas atividades, inclusive a de realizar triagem e distribuição para os hospitais, privados ou públicos.

⁴³ “Vida Médica”, ano II, fevereiro/março, 1934, nº. 10 e 11, pp.291.

Esta era a situação de disposição de leitos à população da cidade do Rio de Janeiro, portanto, um sério problema no âmbito da saúde que a administração de Pedro Ernesto teria que enfrentar e resolver.

A segunda iniciativa implementada por Pedro Ernesto, antes da promulgação do Decreto que instituiu sua reforma na assistência médica, materializou-se através das vistas as instituições de assistência médica e bairros da cidade.

Durante sua gestão, Pedro Ernesto percorreu vários bairros do subúrbio carioca.

Nos primeiros dias de janeiro de 1933 esteve na Ilha do Governador. Na oportunidade recebeu a doação de um terreno para que fosse instalado, pela prefeitura, um posto de assistência médica⁴⁴. Dias depois, o interventor dirigiu-se a Santa Cruz para examinar no local o projeto das obras de instalação de unidade de assistência médica⁴⁵. No mesmo mês visitou os subúrbios da Leopoldina⁴⁶. Nestas visitas, estavam sempre presentes vários membros do gabinete de Pedro Ernesto. Em Olaria, esta comitiva foi recebida por representantes da comunidade local que lembraram ao interventor que os moradores daquela região não contavam com um posto de assistência. Na Praia de Maria Angu, os pescadores receberam os visitantes com um almoço, mas reclamaram também da inexistência da assistência naquele local⁴⁷.

Em fevereiro de 1933, Pedro Ernesto esteve em Irajá, Vaz Lobo, Vicente de Carvalho, Madureira e São Cristóvão. As comunidades de moradores locais receberam o interventor e sua comitiva com discursos, nos quais a solicitação da instalação de postos de assistência era assunto recorrente⁴⁸.

Com estas visitas, Pedro Ernesto conheceu mais de perto as necessidades dos moradores e buscou soluções para os problemas apresentados, junto com os integrantes da sua equipe. A conotação política destas visitas não pode ser negligenciada. O relacionamento que começou a estabelecer com as lideranças locais durante estas visitas formou junto às do Partido Autonomista do Distrito Federal, que fora criado no início de março de 1933. Muitas

⁴⁴ “A Noite”, 02/01/1933, pp.principal.

⁴⁵ “A Noite”, 13/01/1933, pp.2

⁴⁶ Denominação dos bairros que eram servidos pelos trens que partiam da Estação de Ferro Dona Leopoldina. São Cristóvão, Olaria, Ramos (á época, Praia de Maria Angu) e Penha são alguns destes bairros.

⁴⁷ “A Noite”, 23/01/1933, pp.3, com foto.

⁴⁸ “A Noite”, 06/02/1933, ed.extraordinária, pp.principal, com foto e pp.5; 2ª. ed. pp.principal, com foto, pp.2; 22/02/1933; pp.3, com foto.

lideranças locais, como Cesário de Mello⁴⁹, de Santa Cruz, acompanharam o interventor nesta iniciativa partidária⁵⁰.

A terceira iniciativa implementada pelo Interventor, anterior à promulgação do Decreto que materializou a Reforma foi a montagem e organização de sua equipe e para dar solução aos problemas que teve que discutir e enfrentar. Para compor sua equipe Pedro Ernesto convidou Rodolfo de Abreu, Alcides Pinheiro Marques Canário e Alberto Borgeth⁵¹. Todos liderados por Gastão Guimarães - Diretor de Assistência. (18)

Durante a elaboração da reforma, o problema orçamentário voltou a afligir Pedro Ernesto, posto que haveria uma dificuldade a transpor, qual seria a de organizar uma ampla rede de assistência médica com os poucos recursos de que a Prefeitura dispunha. Para ele, o aumento de taxas e a cobrança de mais impostos da população não seria uma saída para este entrave⁵².

No seu entender, a recente regulamentação do jogo em cassinos poderia servir para suprir as crescentes despesas da Prefeitura com a reforma idealizada. A legislação dispunha que 25% do total arrecadado seria destinado a um fundo especial criado pelo serviço de assistência municipal⁵³.

A polêmica em relação à regulamentação do cassino gerou posições fortemente contrárias à sua aprovação⁵⁴. A determinação dos 25% arrecadado para um fundo destinado à saúde atenuou a pressão dos grupos opositores à sua regulamentação. Ao mesmo tempo esta disposição legal não trazia descontentamento às classes menos favorecidas, uma vez que evitava o aumento de taxas e tributos.

⁴⁹ Cesário de Mello era um político de grande influência na Zona Oeste da cidade. “Seu poder político estava diretamente relacionado à sua capacidade de interferir no sistema de abastecimento de carnes verdes, como também na ampla oferta de cargos e empregos que ele tinha à sua disposição e controlava”. (SARMENTO, op.citada, 1996, p.272)

⁵⁰ “A Noite” 24/04/1933, pp.2.

⁵¹ Estes médicos foram nomeados, posteriormente, pelo próprio decreto nº.4.252 como sub-diretor dos Serviços Sociais, membro do Conselho Técnico e diretor do Hospital de Pronto Socorro, respectivamente.

⁵² “A Noite”, 21/06/1933, pp.principal, com foto; “Jornal do Brasil”, 21/06/1933, pp.6, com foto. “Correio da Manhã”, 22/06/1933, pp. 3; “Diário de Notícias, 22/06/1933, pp.4.

⁵³ PREFEITURA DO DISTRITO FEDERAL, Boletim. 1933. Esta determinação consta das “Disposições Gerais do Diretor da Fazenda”, nos dias 12 de março e 8 de julho de 1933. Posteriormente estas mesmas disposições foram revogadas, passando a vigorar as outras, de mesmo caráter, publicadas de 31 de agosto de 1933.

⁵⁴ “A Noite”, 30/11/1932; 04/02/1933; 10 e 11/03/1933.

Como dissemos anteriormente, o Decreto que instituiu a Reforma da Assistência Municipal foi promulgado no dia 8 de junho de 1933.

Dois dias depois da assinatura do decreto, os jornais cariocas noticiaram a reforma da Assistência Municipal, assinalando que sua principal novidade pela instalação de novos postos e ambulatórios distribuídos pelo Distrito Federal ⁵⁵. O “Correio da Manhã” anunciava a Reforma da seguinte forma:

“Pelo Decreto 4252, de 8/6/33, acaba de ser reformada a Assistência Municipal. A chefia do Departamento, chefiada pelo Dr. Gastão Guimarães elaborou o projeto e enviou ao Conselho Consultivo, que após várias reuniões, aprovou-o unanimemente, de acordo com o parecer do Dr. Leitão da Cunha”⁵⁶.

Porém, nos resta saber a que se propunha a reforma que então estava sendo implementada. Para Rodolpho de Abreu, um dos integrantes da equipe de Pedro Ernesto e um de seus idealizadores, a reforma tinha como objetivo o estabelecimento de um programa que pudesse abranger todas as modalidades de assistência social.(19)

Portanto, para a administração de Pedro Ernesto, esta Reforma tinha o significado da realização de sua política social no Distrito Federal. Desta forma, imbuído do poder que lhe fora conferido, deliberou e implantou o decreto que passamos a abordar.

Em linhas gerais o interventor reorganizou a “Diretoria Geral de Assistência Municipal”⁵⁷ que seria responsável pela prestação da assistência médica, hospitalar e social à população do Distrito Federal. Para atender a estes objetivos, Pedro Ernesto determinou que fossem criadas duas sub-diretorias: a de “serviços médicos e hospitalares” e a de “serviços sociais”. À primeira estavam vinculados os Hospitais Regionais, Dispensários, Hospitais para Incuráveis e o Serviço de Salvamento para Acidentes no Mar. À segunda estavam vinculados a Assistência Maternal, a Assistência aos Sem Trabalho, a Assistência aos Velhos e Inválidos e a Assistência aos Mortos⁵⁸.

⁵⁵ “A Noite”, 09/06/1933, pp.2; “Jornal do Brasil”, 11/06/1933, pp.6; “Diário de Notícias”, 11/06/1933, pp. 4.

⁵⁶ “Correio da Manhã”, 10/06/1933, pp.5.

⁵⁷ Comumente mencionada como Assistência Municipal.

⁵⁸ PREFEITURA DO DISTRITO FEDERAL. Decreto nº.4.252 de 08 de junho de 1933.Reorganiza os Serviços da Diretoria Geral de Assistência e aprova o Regulamento da Nova Organização .Título III, capítulos IV,VI,VII,VIII,XI, XII,XIII,XIV, XVI, XVII, XVIII, XIX; Título IV, capítulo I.

Com esta estrutura administrativa, era possível determinar que tipo de atendimento seria prestado em cada unidade, que profissional seria necessário e que pacientes seriam atendidos⁵⁹.

Esta legislação determinava que estes serviços se organizariam de forma independente, obedecendo ao critério do tipo de atendimento prestado. Eles formariam uma rede hierarquizada e autônoma de assistência.

Para Gadelha, estes pontos correspondem ao princípio que norteou o sistema formulado pelo decreto promulgado por Pedro Ernesto.(20) A estrutura prevista era, portanto, hierarquizada e descentralizada, definindo competências especiais para o exercício de diversas atividades.

Um dos objetivos desta reforma era aumentar o número de leitos. A experiência de Pedro Ernesto na direção do “Departamento Nacional de Assistência Pública” tinha sido suficiente para que soubesse que, pelo menos, 700 (setecentos) enfermos, por dia, deixavam de ser atendidos no Distrito Federal⁶⁰.

Pedro Ernesto, contudo, não negligenciava os leitos já existentes apesar de saber que os *serviços já existentes* não eram suficientes.

“(…) grande parte do trabalho consistirá apenas, em desenvolver os serviços já existentes. Já demos os passos necessários para a construção dos hospitais e de outros edifícios indispensáveis à completa execução”⁶¹.

Para ampliar o número de leitos hospitalares Pedro Ernesto defrontou-se com dois problemas. Um deles estava relacionado com a localização das instituições onde estes leitos seriam oferecidos e o perfil epidemiológico e sócio-econômico da clientela que atenderiam. O outro, com os custos da internação e a condição de acesso aos leitos.

Embora a determinação para a instalação de cinco unidades só aparecesse no decreto posterior, Pedro Ernesto anunciou nos jornais a construção de novas unidades hospitalares na cidade, situadas em Campo Grande, Penha, Cascadura, Gávea, Vila Isabel, Ilha do Governador e Ilha de Paquetá. Sua intenção se transformou em paredes de concreto. Em serviços de assistência.

⁵⁹ O Hospital Infantil foi incluído no Decreto nº 4.397, de 18 de setembro de 1933.

⁶⁰ “A Noite”, 21/06/1933, pp.principal, com foto; “Correio da Manhã”, 22/06/1933, pp.3

⁶¹ “A Noite”, 21/06/1933, pp.principal, com foto; “Correio da Manhã”, 22/06/1933, pp.3.

Assim, ainda naquele ano o interventor pode inaugurar o Posto de Assistência de Campo Grande⁶², o Posto de Pronto Socorro da Penha⁶³, os Postos da Ilha do Governador e de Paqueta⁶⁴. A Maternidade Suburbana, unidade de caráter filantrópico instalada em Cascadura,⁶⁵ foi incorporada à Prefeitura um mês depois do anúncio da reforma. Todos estes eventos foram fartamente noticiados pela imprensa carioca⁶⁶.

Provavelmente motivado pela preocupação com que a reforma não fosse implantada logo em seguida à sua publicação, Pedro Ernesto deliberou algumas medidas para que evitar que isto acontecesse.

Assim, determinou em um dos artigos do decreto que, enquanto o Departamento Geral de Assistência Municipal não contasse com as instalações hospitalares requeridas por aquele instrumento legal, os serviços estariam limitados aos socorros urgentes e de dispensários clínicos⁶⁷.

O decreto estabelecia condições para a participação das instituições privadas junto à Prefeitura, provavelmente pelo fato de que o setor privado contribuía com 42,8% dos leitos-doença. Este dado fora apresentado no relatório de Dr. Annibal Moraes de Mello, mencionado anteriormente. Esta participação se daria sob a forma de contrato, respeitadas as condições de instalação material e organização técnica dos proponentes⁶⁸.

Em janeiro de 1934 as obras dos Hospitais da Gávea e Vila Isabel⁶⁹ foram iniciadas, mas estes não chegaram a ser concluídos ainda na gestão de Pedro Ernesto. A execução destas também foi acompanhada pela imprensa que, ao mesmo tempo em que elogiava a concepção

⁶² Em 12 de agosto de 1933, atual Hospital Estadual Rocha Faria;

⁶³ Em 31 de outubro de 1933, atual Hospital Municipal Getulio Vargas;

⁶⁴ Em 10 de novembro de 1933, atuais Hospitais Municipais Paulino Werneck e Manoel Arthur Villaboim;

⁶⁵ Em 21 de julho de 1933, atual Maternidade Herculano Pinheiro

⁶⁶ “Jornal do Brasil”, 20/07/1933, pp.11; “Jornal do Brasil”, 21/07/1933, pp.11, com foto; “Diário de Notícias”, 21/07/1933, pp.3, com foto; “A Noite”, 20/07/1933, pp.2, com foto; “Correio da Manhã”, 21/07/1933, pp.3; “A Noite”, 12/08/1933, pp.2, com foto; “Jornal do Brasil”, 12/08/1933, pp.6; “Diário de Notícias”, 14/08/1933, pp. principal; “A Noite”, 14/08/1933, pp. principal, com foto; “Jornal do Brasil”, 15/08/1933, pp.13, com foto; “A Noite”, 30/10/1933, pp.principal; “A Noite”, 30/10/1933, pp.2; “Jornal do Brasil”, 31/10/1933, pp.13, com foto; “Correio da Manhã”, 31/10/1933, pp.5, com foto; “A Noite”, 04/11/1933, pp.2; “A Noite”, 08/11/1933, pp.2; “A Noite”, 09/11/1933, pp.2, com foto; “Jornal do Brasil”, 09/11/1933, pp.10; “Jornal do Brasil”, 10/11/1933, pp.11, com foto; “A Noite”, 10/11/1933, pp.2, com foto; “Correio da Manhã”, 10/11/1933, pp.3, com foto; “A Noite”, 22/11/1933, pp. principal; “A Noite”, 18/12/1933, pp.principal.

⁶⁷ Art.nº.28 do Decreto nº.4252.

⁶⁸ Art. nº. 202,203,204 do regulamento do Decreto nº4252.

⁶⁹ Em 04 de janeiro de 1934, atuais Hospital Miguel Couto e Hospital Universitário Pedro Ernesto. Em “A Noite”, 04/01/1934, pp.principal; “A Noite”, 06/01/1934, pp.3; “Jornal do Brasil”, 06/01/1934, pp.6; “Diário de Notícias”, 07/01/1934, pp.3; “Correio da Manhã”, 07/01/1934, pp.5, com foto.

da idéia e a sua execução, também pressionava a administração para que fossem inauguradas de imediato, devido a superlotação de pacientes nos hospitais⁷⁰.

Por este motivo, antes do final daquele ano, o Ambulatório de Assistência do Méier foi inaugurado⁷¹.

Pelo exposto, percebemos que as unidades instaladas por Pedro Ernesto estavam distribuídas em diferentes bairros da cidade.

Quanto a este aspecto de dispersão na instalação de unidades de assistência exatamente nestes bairros, Lemme, Sarmiento e Gadelha, em seus trabalhos apresentaram diferentes justificativas para o fato.

Para Gadelha, o critério de localização das unidades estava relacionado com a densidade populacional de cada área geográfica (21). Esta idéia deve ser questionada uma vez que Campo Grande era, naquela época, um dos bairros de menor densidade demográfica da cidade, tendo aproximadamente 157 habitantes por km². No caso do Méier esta justificativa se aplica, na medida em que neste bairro, a densidade demográfica chegava a 5 mil habitantes por km² (22).

Sarmiento apresentou uma outra explicação para o mesmo fato. Para ele, a localização destas unidades também pode ser vista como uma estratégia de ampliação da abrangência política do Partido Autonomista do Distrito Federal. Segundo Sarmiento, Pedro Ernesto adotava uma “política de favorecimento”, procurando atender às demandas das elites políticas locais e assim aumentar a representatividade do partido dirigido por ele. As visitas que fez durante sua gestão à frente do Departamento Nacional de Assistência Pública e nos primeiros meses como Interventor teriam sido decisivas em sua intenção de organizar um partido e instalar unidades de assistência hospitalar. Os dois processos parecem complementares (23).

Para Lemme, a distribuição dos dispensários e postos em diferentes bairros da cidade, implementada por Pedro Ernesto, seguiu as diretrizes dadas pelo “Plano Agache”. Este Plano urbanístico foi elaborado pelo arquiteto francês Alfred Agache para a Prefeitura do Distrito Federal, durante a administração de Antônio Prado Júnior (1926/1930). Seu objetivo era a extensão, remodelação e o embelezamento da cidade do Rio de Janeiro. Assim, Pedro Ernesto

⁷⁰ “A Noite”, 12/01/1934, pp.2, com foto; “A Noite”, 23/04/1934, 3ª ed., pp.principal, com foto; “A Noite”, 06/08/1934, 4ª ed., pp.principal, com foto.

teria seguido a avaliação do deslocamento populacional e o traçado do sistema viário, propostos por Agache (24).

O relatório de Annibal de Moraes Mello utilizado por Pedro Ernesto e sua equipe durante a elaboração da Reforma fazia previsões de crescimento demográfico da cidade para as regiões onde foram instalados os novos estabelecimentos e ampliados os já existentes.

Uma outra explicação que não deve ser negligenciada relaciona-se com o projeto descentralizador que a reforma comportava. As dificuldades de transporte e o tempo exigido para o deslocamento entre estes bairros e a área central da cidade, onde se concentravam as tradicionais unidades de atendimento, contribuíram para que Pedro Ernesto estabelecesse esta estratégia.

Em nosso entendimento, estas explicações não são concorrentes, porém, complementares. É possível que as unidades da Penha e Campo Grande tenham atendido uma reivindicação da elite política local e fortalecido diretamente o Partido Autonomista, enquanto que as da Ilha do Governador e de Paquetá tenham sido consequência de estudos e análises prospectivas. Uma análise mais detida desta lógica seria útil para ajudar a equacionar este dilema.

Quanto a questão dos custos da ampliação destes serviços, além da determinação a que nos referimos anteriormente a respeito da arrecadação originária dos cassinos, Pedro Ernesto pretendia resolver este problema relacionando estes custos à questão do acesso de pacientes aos leitos aos leitos existentes e aos novos que foram sendo criados.

Pedro Ernesto preocupava-se com o atendimento a população *necessitada*. Em uma entrevista, realizada dias depois da promulgação da Reforma, o interventor fez questão de acentuar que a gratuidade estaria restrita aos pacientes que teriam comprovado devidamente *necessidade absoluta*.

“Esquecia-me de falar-lhes também num ponto que julgo interessante. Os hospitaes regionaes recolherão, gratuitamente, os enfermos em estado de necessidade absoluta; mediante taxa mínima, os que tiverem em estado de relativa necessidade; e também, de accordo com as tabellas prefixadas, os contribuintes, sendo que estes só serão internados nos caso de soccorros de extrema urgência”⁷².

⁷¹ Em 22 de setembro de 1934, atual Hospital Municipal Salgado Filho. Em “Jornal do Brasil”, 22/09/1934; pp.11; “Correio da Manhã”, 23/09/1934, pp.8, com foto; “A Noite”, 24/09/1934, pp.principal, com foto. Neste último, os atuais Hospitais Getulio Vargas e Pedro Ernesto foram assim mencionados pela primeira vez.

⁷² “A Noite”, 21/06/1933; pp.principal, com foto; “Correio da Manhã”, 22/06/1933, pp.3; “Jornal do Brasil” 21/06/1933, pp.6, com foto; “Diário de Notícias”, 21/06/1933, pp.principal, com foto.

Este *ponto interessante* implicava naquilo que hoje se costuma denominar como segregação da clientela. Pedro Ernesto não defendia, portanto, a universalização do atendimento como se postula atualmente.

A denominação de *necessitados*⁷³ ou em *estado de necessidade absoluta*⁷⁴ voltou a aparecer nas determinações legais que se seguiram. Aos *necessitados* o serviço seria integralmente gratuito. Aos demais não. Nos socorros urgentes, por força de sua própria natureza, o atendimento não poderia deixar de ser prestado indiscriminadamente. Porém, sua gratuidade estaria restrita aos *necessitados*. Os demais deveriam custear este serviço. As tais *tabelas*, mencionadas na entrevista e previstas na lei, não foram publicadas nos documentos oficiais nem foram encontradas em nosso levantamento. Durante a pesquisa que realizamos no Arquivo da Cidade do Rio de Janeiro, nos periódicos médicos, naqueles dirigidos ao público leigo e no acervo no Centro de Pesquisa e Documentação Histórica da Fundação Getúlio Vargas (CPDOC-FGV) não encontramos nem a dita *tabela*, nem uma descrição dos procedimentos formais de verificação da condição de *necessitado*.

Apesar destas dúvidas, o sucesso de sua política parece evidente, assim como o reconhecimento e a expectativa do público.

Gadelha assinalou em seu trabalho que o número de atendimentos nos postos de socorro foi aumentando progressivamente na medida em que as unidades hospitalares começavam a funcionar. Dos cerca de 64.000 verificados em 1932 passou-se para 70.000 no ano seguinte e a 100.000 em 1935 (24). A imprensa noticiava a expectativa que cobria a realização das obras e reformas de hospitais⁷⁵, como foi o caso do Hospital Jesus, dedicado exclusivamente ao atendimento infantil⁷⁶. Em 1934, Pedro Ernesto recebeu muitas homenagens e títulos beneméritos de associações sociais, de classe, e religiosas do Distrito Federal⁷⁷.

Pedro Ernesto parece ter conseguido êxito em sua política de assistência médica municipal. O equilíbrio entre a demanda e a oferta de serviços médico-hospitalares à população

⁷³ PREFEITURA DO DISTRITO FEDERAL. Decreto nº.4.252 de 08 de junho de 1933.Reorganiza os Serviços da Diretoria Geral de Assistência e aprova o Regulamento da Nova Organização. Artigo nº.2, item I.

⁷⁴ Art. 72 do Regulamento da Diretoria Geral de Assistência aprovado pelo Decreto nº. 4252, de 08/06/1933.

⁷⁵ “A Noite”, 19/04/1934, 3ª ed., pp.principal, com foto; “A Noite”, 23/04/1934, 3ª ed., pp. principal, com foto.

⁷⁶ “A Noite”, 23/04/1934, 3ªed., pp.principal, com foto; “A Noite”, 27/08/1934, pp.principal.

⁷⁷ “A Noite”: 18/01/1933; 28/01/1933; 02/05/1933; 18/05/1933; 25/07/1933; 31/07/1933; 02/09/1933; 11/09/1933; 25/09/1933; 26/09/1933; 23/10/1933; 20/11/1933; 16/12/1933.

foi alcançado. As dificuldades enfrentadas inicialmente com relação aos recursos financeiros foram aparentemente resolvidas.

Em meados de 1934 Pedro Ernesto era um homem público com um trabalho reconhecido nacionalmente. Em julho daquele ano foi finalmente promulgada uma nova Constituição. Em outubro foram realizadas as eleições para a composição dos representantes da Câmara Federal e para a Câmara dos Vereadores do Distrito Federal.

Pedro Ernesto se afastou do cargo de interventor para que pudesse concorrer ao posto de vereador. Embora o interventor continuasse a receber manifestações favoráveis à sua administração com homenagens e títulos⁷⁸, sua candidatura recebeu severas críticas de seus opositores⁷⁹. O resultado final do pleito foi anunciado em abril de 1935. Pedro Ernesto foi eleito e seu partido fez a maioria na câmara dos vereadores do Distrito Federal.

A primeira tarefa da recém-empossada Câmara seria promover a eleição indireta do prefeito do Rio de Janeiro e dos representantes cariocas no Senado. Esta era a determinação prevista na nova carta constitucional. Com a maioria obtida nas eleições, coube ao Partido Autonomista do Distrito Federal indicar Pedro Ernesto, por unanimidade, ao cargo de primeiro prefeito constitucionalmente eleito da cidade do Rio de Janeiro(25).

Ao final deste período em que Pedro Ernesto atuou como interventor do Distrito Federal, podemos concluir que nestes três anos a assistência médica e social aos munícipes se diferenciou de modo positivo de todas as outras medidas e reformas adotadas pelos administradores anteriores. As expectativas estavam sendo respondidas satisfatoriamente e sua política social sendo definitivamente implantada.

Tendo chegado a este ponto da trajetória de Pedro Ernesto, trataremos a seguir, do período em que ele esteve à frente da Prefeitura do Distrito Federal.

Começava um terceiro momento na vida pública de Pedro Ernesto.

⁷⁸ “A Noite”: 20/01/1934; 26/01/1934; 29/01/34; 01/02/1934; 17/02/1934; 19/02/1934; 20/02/1934; 01/03/1934; 03/03/1934; 05/03/1934; 07/03/1934; 02/04/1934; 30/05/1934; 13/07/1934; 28/07/1934; 14/09/1934; 18/09/1934; 25/09/1934; 26/09/1934; 08/10/1934; 11/10/1934; 12/10/1934; 13/10/1934; 04/12/1934; “Jornal do Brasil”, 13/10/1934.

⁷⁹ “Diário de Notícias”, 20/09/1934; 21/09/1934; 22/09/1934.

O PREFEITO DO DISTRITO FEDERAL

ABRIL 1935 A ABRIL 1936

Nesta última deste capítulo, trataremos do último ano em que Pedro Ernesto exerceu seu também último cargo público.

Este breve período tem por características a sua participação na política nacional, como membro do Partido Autonomista do Distrito Federal, seu rompimento com o projeto político do governo federal e por fim, o seu afastamento da Prefeitura do Distrito Federal.

No âmbito da saúde, os últimos 360 dias em que Pedro Ernesto esteve no poder foram caracterizados pela consolidação de seu projeto para a assistência médica, com a inauguração de duas unidades hospitalares, e por seu progressivo afastamento do projeto políticos do governo federal. Todos estes processos foram simultâneos e complementares.

Como afirmamos anteriormente, o aspecto político não se configura como nosso interesse principal. Mesmo assim, abordaremos sucintamente este afastamento de Pedro Ernesto da política em curso, adotada por Getulio Vargas, para então analisarmos as condições de sua saída do poder.

Pedro Ernesto tomou posse como prefeito da cidade do Rio de Janeiro em 08 de abril de 1935 e este fato foi amplamente noticiado pelos jornais cariocas⁸⁰.

Em seu discurso de posse, proferido à sacada da Câmara Municipal, Pedro Ernesto declarava:

“Grande já vai se tornando o nosso poder de construir a sociedade pela ciência e pela técnica, por conseguinte de eliminar do seu seio a miséria, a pobreza, os aspectos degradantes da inferioridade social. Nada disso pode ser mais recebido e aceito como imposição do destino. (...) promoverei, por todos os meios possíveis, a implantação dos seguintes princípios diretores de política e de governo. (...) a socialização progressiva dos serviços que interessem ao bem coletivo do povo, de acordo com as conclusões a que forem chegando os órgãos técnicos competentes; o melhoramento das condições para assegurar a todos uma organização sadia da família(...) E garantirei no meu governo, (...) a defesa e o melhoramento da saúde”.(26)

Com este discurso, podemos perceber a intenção de Pedro Ernesto em reafirmar a política social adotada em sua administração anterior. No entanto, com esta mensagem o prefeito não deixava transparecer os problemas de ordem política que enfrentava no interior do

partido político que fundara e que lhe dava sustentação. Alguns analistas ressaltam que este foi um problema político que o prefeito eleito teve que enfrentar.

Para Gawryszewski, o caráter socialista ou humanista que o prefeito vinha imprimindo à sua administração teria sido a origem de tais divergências. (27)

Sarmento expressa esta mesma opinião e além disto imputa às críticas e denúncias à cerca dos recursos oriundos da legalização do jogo, o agravamento do ambiente de tensão e instabilidade dentro do governo municipal. (28)

Se havia uma crise interna entre o prefeito e o Partido Autonomista do Distrito Federal, também durante o ano de 1935, a situação política do país atravessou vários momentos de inquietação. Em novembro daquele ano, o movimento político, conhecido como Intentona Comunista, planejara uma ação armada de derrubada do governo Vargas, interferindo de forma acentuada na política nacional. Após ter sido reprimido, o chefe do executivo federal decretou o *Estado de Guerra* e impôs a aplicação da Lei de Segurança Nacional⁸¹.

De acordo com Sarmento, o projeto político do governo federal se opunha à linha liberal-democrática que pautava as diretrizes políticas de Pedro Ernesto, que estava voltada para a valorização do indivíduo, principalmente das camadas menos favorecidas da sociedade.(29)

A par destas crises, Pedro Ernesto continuava financiando e acompanhando as obras iniciadas nos anos anteriores. Em julho de 1935, Pedro Ernesto inaugurou o Hospital Jesus⁸², dedicado ao atendimento infantil. No discurso proferido na inauguração daquela unidade, é possível constatar que Pedro Ernesto reafirmava as diretrizes políticas que norteavam seu governo.

“Ao se inaugurar um hospital, em qualquer outro período da vida republicana brasileira, só caberia uma palavra de lirismo filantrópico. Hoje eu trago para o limiar de um hospital, uma palavra política. E essa é a mudança dos tempos que, queiram ou não queiram se fez nesses anos tumultuosos que viveu o Brasil desde 1930. Este hospital não é uma dádiva de caridade do governo para com os enfermos do Distrito Federal, este hospital é uma dívida que se reconhece, que se paga. Esse hospital é uma afirmação de direito do povo carioca de ter mais alguma coisa do que uma mistificadora igualdade perante a lei.É o começo do cumprimento do dever do Estado

⁸⁰ “Correio da Manhã”, 07/04/1935; “Diário de Notícias”, 07/04/1935; “Jornal do Brasil”, 07/04/1935; “A Noite”, 08/04/1935.

⁸¹ FAUSTO, B.; op.citada

⁸² “A Noite”, 30/07/1935, pp.principal, com foto; “Jornal do Brasil”, 30/07/1935, pp.6; 31/07/1935, pp.6 e 10, com foto.

de lhe dar condições de saúde, condições de existência, condições de educação, para que todos tenham realmente condições idênticas de luta pela vida. Por isso, afirmei que a inauguração deste hospital não era a inauguração de um melhoramento esporádico e benevolente com a cidade, mas a primeira concretização de um longo e extenso programa de reparação e de justiça para com o homem carioca...”⁸³

A inauguração e o funcionamento desta unidade representariam a concretização da reforma, já que o hospital havia sido construído e inaugurado na administração de Pedro Ernesto.

Para reforçar esta afirmativa, ainda em agosto de 1935, o prefeito inaugurou o dispensário da Ilha do Governador. A inauguração recebeu elogios de toda a imprensa carioca que informava que naquela unidade estavam alocados 40 leitos e várias salas de cirurgia, com capacidade de atendimento de um bom número de pacientes⁸⁴.

A dimensão do reconhecimento da competência profissional de Pedro Ernesto pode ser percebida pela sua recepção como membro honorário da Academia Nacional de Medicina⁸⁵, instância máxima de representação dos interesses da elite médica brasileira.

Para Pedro Ernesto, uma inauguração era como um ato político, era uma dívida que se reconhecia e que se pagava. Longe do *lirismo filantrópico*, Pedro Ernesto queria fazer justiça para com o homem carioca, de tal modo que a igualdade não se restringisse aos termos da Lei.

Um homem construído para atender ao projeto dominante da Aliança Liberal e de Vargas fugia a seu controle.

Assim, toda esta competência e o reconhecimento profissional parecem não ter sido suficientes para que Pedro Ernesto pudesse enfrentar e superar os movimentos que agitaram o cenário nacional.

No dia 04 de abril de 1936, os jornais noticiavam a prisão do prefeito Pedro Ernesto, sob a suspeita de envolvimento com o movimento armado de novembro de 1935⁸⁶. Pedro Ernesto ficou nesta condição durante dezoito meses, aguardando pelo seu julgamento.(30)

Para Sarmiento, a saída de Pedro Ernesto do cenário político nacional correspondia à eliminação de um possível foco de resistência à implantação do estado autoritário no Brasil.

⁸³ “Correio da Manhã”, 31/07/1935, pp.3, com foto.

⁸⁴ “Correio da Manhã”, 07/08/1935, pp.3; “Diário de Notícias”, 07/08/1935, pp.3; “Jornal do Brasil”, 07/08/1935, pp.6; “A Noite”, 06/08/1935, pp.principal, com foto.

⁸⁵ “A Noite”, 09/08/1935.

⁸⁶ “Correio da Manhã”, “A Noite”, “Diário de Notícias”, “Jornal do Brasil”, 04/04/1936.

Além disso, seu afastamento também representava a eliminação de potencial concorrente à liderança nacional de Vargas (31).

Conforme mencionado anteriormente, Pedro Ernesto permaneceu na prisão durante dezoito meses. Ao ser libertado em setembro de 1937, absolvido por unanimidade pelo Superior Tribunal Militar das acusações que lhe eram feitas, o ex-prefeito foi saudado entusiasticamente pela população carioca, que acompanhou sua saída do Hospital da Penitencia até a Esplanada do Castelo, em cortejo pelas ruas da cidade⁸⁷.

Dois meses depois, Pedro Ernesto foi preso novamente, e liberado apenas em janeiro de 1938.

A partir de então, Pedro Ernesto se retirou definitivamente da vida pública, dedicando-se apenas às suas atividades médicas. Seu silêncio só foi quebrado, em 1942, quando se pronunciou favoravelmente à participação do Brasil na II Guerra Mundial, com tropas contra o eixo-nazi-fascista.(32)

Pedro Ernesto morreu no Rio de Janeiro em 10 de agosto de 1942, pouco antes de completar 58 anos de idade. Havia quase cinco anos que estava doente e foi submetido a uma intervenção cirúrgica nos Estados Unidos, no ano anterior. Ainda estava se recuperando na Casa de Saúde Dr. Eiras, em Botafogo, quando foi vitimado por um ataque cardíaco.

As notícias sobre a sua morte divulgadas nos jornais cariocas⁸⁸ traduziam a admiração do povo da cidade do Rio de Janeiro pelo seu ex-prefeito, que se manifestou em seu enterro, ao qual compareceu uma multidão. O texto abaixo foi extraído de um desses periódicos:

“Raramente a nossa capital terá assistido mais expressiva e comovente demonstração de estima e sentimento pela morte de um do seus servidores. (...) Em toda a extensão do percurso, feito a pé, até o cemitério de São João Baptista, o povo carregou o esquife do eminente cirurgião, numa inequívoca demonstração de quanto o queriam as classes populares”⁸⁹.

⁸⁷ “A Noite”, 13/09/1937; “Correio da Manhã”, 14/09/1937; “A Noite”, 14/09/1937; “Jornal do Brasil”, 14/09/1937; “Correio da Manhã”, 15/09/1937; “Diário de Notícias”, 15/09/1937; “Jornal do Brasil”, 15/09/1937.

⁸⁸ “O Jornal”, 12/08/1942; “Correio da Manhã”, 11e 12/08/1942; “A Noticia”, 11/08/1942; “O Globo”, 12/08/1942; “Diário de Notícias”, 12/08/1942; “Diário Carioca”, 12/08/1942.

⁸⁹ “A Noite”, 12/08/1942.

Assim, chegamos ao final deste capítulo, no qual procuramos acompanhar a trajetória de Pedro Ernesto ao longo dos anos da década de 1930. Percebemos as transformações políticas ocorridas no cenário nacional e suas implicações na vida cotidiana da população da cidade do Rio de Janeiro, que naquela época era a capital da República, sede do Governo Federal.

Constatamos as implicações decorrentes da participação de Pedro Ernesto nos movimentos tenentistas durante os anos de 1920 e as conseqüências da relação de confiança estabelecida entre ele e Getúlio Vargas, chefe do governo Provisório.

Percebemos o distanciamento das diretrizes políticas entre eles e verificamos como as conseqüências deste afastamento afetaram a administração do Distrito Federal.

Nos quase sete anos em que Pedro Ernesto atuou como gestor público, ficou consolidada uma rede de atendimento médico-hospitalar na cidade do Rio de Janeiro, sem comparação em nosso país.

A administração de Pedro Ernesto pode realizar a assistência médica na qual ficou estabelecido o caráter de hierarquização de serviços, através da criação de hospitais regionais e dispensários clínicos. Deste modo, a questão da relação entre oferta e demanda de serviços médicos parecia estar solucionada.

É possível perceber também que a Reforma Pedro Ernesto teria dado resposta à questão do atendimento médico e hospitalar aos pacientes menos favorecidos. Pelo que consta, a legislação promulgada assegurou o acesso aos serviços e o atendimento destes indivíduos.

Estes parâmetros, inéditos para a época em que foram estabelecidos são os responsáveis por conferir à administração de Pedro Ernesto o caráter inovador e conseqüente dos padrões para a assistência médico-hospitalar na cidade do Rio de Janeiro.

E muito embora algumas modificações tenham sido feitas para adaptar o sistema às mudanças naturais decorrentes do tempo, a estrutura básica do atual atendimento municipal se apóia consideravelmente nos fundamentos construídos pela reforma de Pedro Ernesto.

No próximo capítulo, abordaremos as implicações que a Reforma Pedro Ernesto trouxe para o mercado de trabalho médico, no Distrito Federal, tomando-se como parâmetro o acesso dos pacientes ao atendimento médico e hospitalar estabelecido pelo Decreto nº.4.252.

XXXXXXX

2. A REFORMA PEDRO ERNESTO

Conforme apresentamos no capítulo anterior, no âmbito da saúde a administração Pedro Ernesto teve seu destaque pela reforma implementada na Assistência Municipal.

Neste segundo capítulo, pretendemos abordar como o Decreto previa o acesso dos pacientes aos serviços do “Departamento Geral de Assistência Municipal”. A questão do acesso guarda estreitas relações com o mercado de trabalho médico, pois sendo o acesso indiscriminado, a clientela tradicionalmente atendida em clínicas particulares seria atraída para os serviços da Assistência Municipal. Ao contrário, se o acesso fosse restrito aos pacientes de baixa renda, o tradicional mercado liberal seria ampliado.

Para tanto, inicialmente verificaremos como a legislação promulgada para reorganizar os serviços da Diretoria Geral de Assistência Municipal determinou o acesso dos pacientes a esta assistência e as alterações que se seguiram ao decreto original. Isto porque, ao ser anunciada a Reforma, Pedro Ernesto afirmava que a reorganização dos serviços da Assistência Municipal visava prioritariamente o atendimento da população *necessitada* do Distrito Federal. O Decreto nº.4.252 configuraria a intenção forma de segregação da clientela, determinando em seus artigos, os instrumentos necessários para exercê-la.

Abordaremos a seguir alguns aspectos a respeito da localização das unidades a que os pacientes tinham acesso, relacionando sua distribuição pelos bairros da cidade com as condições sociais e econômicas de seus moradores.

Além disso, analisaremos os dados referentes ao registro dos necessitados e à assistência aos pacientes nas unidades de atendimento prevista pela legislação.

Por fim, acompanharemos as manifestações da sociedade expressas por meio das publicações na imprensa diária e as manifestações da classe médica a propósito da questão de acesso de pacientes à Assistência Municipal.

Ao analisarmos estes parâmetros, nos parece razoável supor que teremos alguns elementos para avaliarmos se com a promulgação do Decreto, o mercado de trabalho médico foi ampliado ou se restringiu.

O DECRETO, O PLANO AGACHE E O ACESSO DOS “NECESSITADOS”

Tal como apresentado anteriormente, a reforma que Pedro Ernesto instituiu na Assistência Municipal foi estabelecida pela promulgação do Decreto nº. 4252⁹⁰ de 08 de junho de 1933 e seu regulamento⁹¹. Ainda nesse ano, em 18 de setembro, o Decreto nº. 4397 e sua regulamentação apresentaram algumas mudanças na medida regulamentar precedente. E em 14 de julho de 1934, o Decreto nº. 5046 e seu regulamento reformularam alguns pontos daqueles dois últimos instrumentos legais.

Até junho de 1933, momento em que o primeiro decreto foi promulgado, a Assistência Municipal era regulada por um outro instrumento legal⁹², que criou o “Departamento Geral de Higiene e Assistência Pública”. Este órgão foi considerado por Gadelha parte de uma política pronto-socorrista implementada por Luis Barbosa⁹³.

“O próprio organograma do “Departamento Geral de Assistência Pública” reflete a predominância do Pronto Socorro sobre as outras modalidades de serviços médicos e públicos. Sua organização comportava três inspetorias: Pronto-Socorro, Instituto de Assistência e Instituto de Proteção à Infância”. (1)

Decorridos, portanto, doze anos da promulgação do Decreto de Luis Barbosa, o decreto de Pedro Ernesto estabelecia em seu primeiro artigo que o objetivo da então denominada “Diretoria Geral de Assistência Municipal” era o de “prestar assistência médica, hospitalar e social aos munícipes do Distrito Federal”⁹⁴. É possível perceber de imediato a mudança no caráter da assistência, que deixava de ter a feição de atendimento de urgência, e passava a oferecer à população serviços médicos e hospitalares.

⁹⁰ O decreto nº. 4252 é composto por 32 artigos, sendo o penúltimo aprova e adota o Regulamento para a execução dos serviços a cargo daquela Diretoria, composto de 281 artigos.

⁹¹ “Os Decretos são atos que provêm da manifestação da vontade dos Chefes do Executivo, o que os torna resultantes da competência administrativa específica. Os regulamentos mostram-se sempre como apêndices de outros atos, mais comumente os próprios decretos”. (CARVALHO Fº, José dos Santos; *Manual de Direito Administrativo*; 10ª Ed. revista e ampliada; RJ; Ed. Lúmen Júris; 2003; pp.112)

⁹² BRASIL. Decreto nº. 1543 de 22 de abril de 1921.

⁹³ Luiz Barbosa, médico, catedrático da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, membro honorário da Academia Nacional de Medicina, fundador e diretor da Policlínica de Botafogo, RJ, e diretor do “Departamento Geral de Assistência Pública” (1920).

⁹⁴ PREFEITURA DO DISTRITO FEDERAL. Decreto nº. 4.252 de 08 de junho de 1933. Artigo 1.

Alguns artigos⁹⁵ do Decreto apresentam a clientela para a qual estes serviços estariam disponíveis. O artigo 17 determina que o tratamento médico e hospitalar seria gratuito aos “enfermos necessitados” residentes na capital da República⁹⁶. Com esta determinação, a condição socioeconômica dos pacientes tornou-se o critério diferencial para o atendimento nos serviços prestados pela “Diretoria Geral de Assistência Municipal”.

Ainda que, desde os seus primeiros artigos os três decretos mencionassem que o tratamento médico e hospitalar seria gratuito aos “enfermos necessitados” residentes no Distrito Federal, as condições para que os indivíduos assim fossem qualificados só se explicitavam em seus artigos finais.

No três Decretos, o *necessitado* era definido da seguinte forma:

“A qualidade de necessitado será condicionada pelo vencimento, salário ou renda, encargos pessoais ou de família e recursos decorrentes da legislação social vigente”⁹⁷.

Assim, o atendimento médico e hospitalar era gratuito ao “paciente necessitado”, sendo este entendido como um indivíduo que percebia algum tipo de remuneração, mas que esta seria insuficiente para a sua própria subsistência e de sua família. Com esta situação, o indivíduo estaria também impedido de arcar com possíveis despesas médicas e hospitalares.

No segundo Decreto, promulgado em setembro de 1933, a condição de *necessitado* foi diferenciada, já que foram criadas as condições de “necessidade absoluta” e “necessidade relativa”⁹⁸. Desta forma, o atendimento gratuito passaria a ser restrito aos de “necessidade absoluta”. Os demais seriam “recolhidos nos hospitais mediante taxa estabelecida em lei orçamentária”.

No atendimento de urgência a gratuidade também estava restrita aos *necessitados*, embora os pacientes fossem atendidos sem que fossem verificadas previamente suas condições

⁹⁵ Artigo 2 do Decreto nº.4252 e artigo 2 do respectivo regulamento. As mesmas disposições constam nos decretos e regulamentos sucedâneos, também em seus artigos 2 utilizando a mesma expressão “enfermos necessitados”.

⁹⁶ “Os serviços da Diretoria Geral de Assistência só serão gratuitos para aqueles que, dentro das disposições regulamentares, sejam considerados necessitados”.(Artigo 17 dos decretos nºs. 4252, 4397 e 5046).

⁹⁷ Artigos 154 dos regulamentos dos decretos nºs. 4252 e 4397 e Artigo 268 do regulamento do decreto nº.5046

⁹⁸ Artigo 72 ítem 1. O mesmo conteúdo é apresentado no Artigo 134 do decreto nº. 5046.

pecuniárias⁹⁹. Se o paciente não fosse incluído na condição de *necessitado*, deveria custear os serviços de urgência, conforme tabela de serviços¹⁰⁰.

Nos dois primeiros Decretos havia, ainda, a menção ao atendimento ao “enfermo pobre”¹⁰¹. Esta expressão não consta no último Decreto. É provável que sua exclusão se deva a possíveis dificuldades que tenham surgido para a verificação das condições econômicas dos pacientes e, portanto, das condições para a gratuidade do atendimento.

Cabe salientar que, independentemente do tipo de necessidade – absoluta ou relativa – os pacientes assim qualificados deveriam ser recolhidos em enfermarias gerais, enquanto que os contribuintes deveriam ser recolhidos em quartos particulares e enfermarias¹⁰². A lei previa, portanto, uma segregação do atendimento conforme origem socioeconômica do paciente.

Se a definição das condições de inclusão em uma ou outra categoria não foi estabelecida em nenhum destes Decretos, o mecanismo burocrático para a inclusão de um cidadão em condição de gratuidade foi determinado desde o primeiro Decreto. Ali consta que os necessitados seriam registrados em uma “seção instalada em cada serviço”. O candidato deveria preencher uma ficha com as informações pessoais e os documentos que comprovassem sua condição. A avaliação do estado de necessidade deveria ser feita por enfermeiros e “agentes de sindicância”. Se fosse comprovada sua situação de necessidade, o paciente seria registrado e receberia uma caderneta¹⁰³. No terceiro Decreto foi instituída a “Delegacia Social” cuja competência era averiguar as causas do estado de pobreza e organizar o registro dos necessitados¹⁰⁴. Os demais aspectos contidos nos Decretos anteriores foram mantidos¹⁰⁵.

Existiam, portanto, instrumentos formais de inscrição dos candidatos à condição de *necessitado* e competências definidas para exercer esta avaliação.

Cabe esclarecer que na administração anterior, os serviços do “Departamento Geral de Higiene e Assistência Pública” adotaram o *registro de pobreza* e a caderneta de assistência como forma de cadastramento de *necessitados*. Em seu trabalho, Gadelha afirma que, apesar

⁹⁹ Artigos 18, 45, e 47 dos regulamentos dos decretos n^{os}. 4252 e 4397; e 43 e 45 do decreto n^o.5046.

¹⁰⁰ Artigo 65 em todos os regulamentos dos decretos.

¹⁰¹ Artigos 138 dos regulamentos dos decretos n^{os}. 4252 e 4397.

¹⁰² Artigo 75 e § único dos regulamentos dos decretos n^{os}. 4252 e 4397 e 73 e 74 do regulamento do decreto n^o. 5046.

¹⁰³ Os artigos 155, 156, 157, 158, 160, 161 e 162 dos regulamentos dos decretos n^{os}. 4252 e 4397 legislam sobre o tema.

¹⁰⁴ Artigo 266 do regulamento do decreto n^o. 5046.

¹⁰⁵ Os artigos 157 dos regulamentos dos decretos n^{os}. 4252 e 4397 previam que o candidato à condição de necessitado poderia pedir recurso ao veredicto determinado, dirigido ao Diretor Geral.

deste registro ser efetivado após uma minuciosa investigação junto ao paciente, esta forma de cadastramento admitia uma flexibilidade nos critérios para a definição de pobreza. (34)

Com efeito, a legislação criada por Pedro Ernesto reedita, em linhas gerais, a cultura política predominante na área da assistência que previa a segregação da clientela a partir de sua renda. Os mecanismos formais e burocráticos previstos visavam garantir o melhor funcionamento desta visão de assistência. Contudo, com a exposição destes artigos que compõem os decretos promulgados, é possível reconhecer a intenção de Pedro Ernesto em preservar o acesso ao tratamento médico e hospitalar dos munícipes do Distrito Federal, cujas condições socioeconômicas não permitissem o atendimento nas instituições particulares e afins.

Os mesmos Decretos estabeleciam a possibilidade de penalidades para os indivíduos que fizessem falsas declarações quanto às suas condições de necessidade, visando com isto, obter isenção do pagamento de serviços remuneráveis¹⁰⁶.

Embora a legislação fosse dúbia quanto às condições de “necessidade” os dados que obtivemos nos Boletins da Prefeitura do Distrito Federal¹⁰⁷ indicam que o serviço de verificação da condição de necessitado exercia as funções que lhe estavam destinadas.

Apresentaremos, a seguir, os dados relativos ao trabalho desenvolvido por enfermeiros e “agentes de sindicância” nas seções instaladas em cada serviço, isto é o registro dos pacientes na condição de necessitados. Para tanto, elaboramos duas tabelas.

Na primeira consta o número de pessoas incluídas no registro de *necessitados* durante o período de maio de 1933 até março de 1934. A segunda mostra o número de não-incluídos no mesmo período¹⁰⁸.

¹⁰⁶ Artigo 29 dos decretos nºs. 4252 e 4397; e artigo 27 do decreto nº.5046.

¹⁰⁷ PREFEITURA DO DISTRITO FEDERAL, Boletim. 1933. 1934. 1935. Construimos as tabelas a partir dos dados estatísticos apresentados nestes Boletins.

¹⁰⁸ Optamos por agrupar bimestralmente os dados de 1933 por entendermos que o primeiro bimestre abrange o mês antecedente da reforma e o mês em que ela foi promulgada. O bimestre julho-agosto compreende o mês seguinte à reforma e o mês em que houve a primeira alteração do decreto. O agrupamento trimestral de 1934 acompanha a forma de apresentação do Boletim de onde extraímos os dados.

Tabela 1: pessoas incluídas no registro dos necessitados
maio a dezembro de 1933 e janeiro a março de 1934.

UNIDADE	MESES				
	Mai/Jun	Jul/Ago	Set/Out	Nov/Dez	Jan/Mar
D.Meier	1.398	4.050	2.755	5.171	1.787
D. Copacabana	1.772	2.208	409	574	340
D. Campo Grande	-	2.403	-	-	-
D. Cascadura	-	-	2.950	-	-
D.I.Governador	-	-	-	2.267	-
D.I.Paquetá	-	-	-	129	-
D. Penha	-	-	-	-	1.879

Tabela 2: pessoas não-incluídas no registro
maio a dezembro de 1933 e janeiro a março de 1934.

UNIDADE	MESES				
	Mai/Jun	Jul/Ago	Set/Out	Nov/Dez	Jan/Mar (1934)
D.Meier	93	279	130	194	33
D. Copacabana	192	94	6	6	3
D. Campo Grande	-	229	-	-	-
D. Cascadura	-	-	133	-	-
D.I.Governador	-	-	-	79	-
D.I.Paquetá	-	-	-	4	-
D. Penha	-	-	-	-	4

Os dados presentes nestas tabelas sugerem algumas hipóteses e considerações.

A tabela 1 mostra que o número de registros de necessitados é bastante elevado, enquanto que a tabela 2 aponta que os não-incluídos são poucos. A variação percentual é de 0,2 a 10% de não-incluídos nas unidades. Podemos perceber também que as unidades do Méier e Copacabana que funcionavam anteriormente, não interromperam o registro, o que não aconteceu com as unidades de Cascadura, Ilha do Governador e de Paquetá, cujos postos não apresentaram ou não registraram os dados. É possível que, a falta de familiaridade das novas

unidades com o sistema disposto pela legislação tenha contribuído para que o Decreto nº. 5046 de 14 de julho de 1934 criasse a “Delegacia Social”. Esta estrutura burocrática seria responsável pelos assuntos relativos aos necessitados.

Além disso, esta estrutura tinha como competência a promoção e a averiguação das causas do estado de pobreza¹⁰⁹ que deveriam ser apresentadas ao Diretor Geral, com sugestões para a mudança das condições que proporcionavam aquele estado. Ao que parece, com a criação da “Delegacia Social”, o *necessitado* não só teria garantida a sua assistência médica e hospitalar, como também teria ali, a possibilidade de auxílio para ser recolocado no mercado produtivo.

Assim pelos dados apresentados e com as disposições regulamentares estabelecidas, é possível reconhecer que a reforma estava garantindo o acesso dos *necessitados* aos serviços da Assistência Municipal do Distrito Federal e inibindo a gratuidade aos que tivessem algum recurso.

Estes dados parecem confirmar a expectativa da população das localidades onde as unidades estavam instaladas. Tomamos como exemplo, a publicação do “A Noite”, pouco antes da inauguração do Posto de Campo Grande. Sob o título “Ampliando os serviços da Assistência nos Subúrbios”, o jornal se pronunciava:

“Com a reforma recentemente decretada, (...) ampliando consideravelmente nos subúrbios, os socorros às populações dessa parte da cidade até então sem o menor cuidado”¹¹⁰

E a respeito do acesso destes indivíduos aos serviços, com relação à localização o Diretor da Assistência Municipal se manifestava, ainda na mesma notícia, afirmando que:

“O programa que temos em vista executar, de reformas de serviços de socorros à população carioca, até agora votada ao mais completo abandono, principalmente na parte onde habita gente que não tem o bafejo da fortuna, é para se aceitar com todas as sympathias”¹¹¹

¹⁰⁹ Artigo nº.266 do decreto nº. 5046.

¹¹⁰ “A Noite”, 12/08/1933, p.2, com foto.

¹¹¹ Ibid.

Por estas afirmativas, podemos constatar que a população que estava prevista a ser atendida era realmente a de necessitados e que estes, em sua maioria, moravam nos locais escolhidos para a instalação das unidades.

Porém, conforme vimos no capítulo anterior, a localização das unidades é uma questão que abriga várias interpretações por parte dos autores ali citados. Uma delas recai sobre a probabilidade de que a escolha destes locais esteja relacionada ao perfil socioeconômico dos habitantes dos bairros escolhidos para sua instalação.

Tal como mencionamos, o Decreto nº. 4397 de 1933 determinou a instalação dos dispensários e serviços de socorros urgentes em Cascadura, Campo Grande, Penha e Ilhas do Governador e Paquetá.

À época da promulgação do Decreto, os serviços de atendimento médicos e hospitalares, a cargo da municipalidade, que dispunha também dos postos de assistência de Copacabana e do Méier, estavam concentrados no Posto de Assistência Central¹¹².

O crescimento industrial da cidade teria propiciado uma mobilização populacional de operários em direção aos subúrbios, já que ali os terrenos e moradias poderiam ser adquiridos a baixos preços. Além disso, a instalação das unidades militares em Deodoro e Marechal Hermes teria contribuído para o crescimento das áreas próximas a Campo Grande, Irajá e Inhaúma. (35).

Para compreendermos a distribuição populacional em função de seu perfil sócio econômico, buscaremos os estudos realizados para a execução de um plano diretor para o Distrito Federal, que se tornou conhecido Plano Agache. Este plano foi elaborado pelo arquiteto Alfred Agache no final da década de 1920, à convite do prefeito da capital da República, Antonio Prado Junior.

Em sua análise sobre a distribuição dos bairros no Distrito Federal, o arquiteto concluiu que:

“Os bairros de residência estabelecidos primeiramente ao redor do parque Imperial de São Christovão (Quinta da Boa Vista), depois no valle das Laranjeiras, ao longo da estrada da Tijuca e nas alturas de Santa Thereza, extendem-se, actualmente, ao longo das praias que costeam o Oceano: Copacabana, Ipanema e as imediações da Lagoa Rodrigo de Freitas. (...) os bairros de residência popular se intensificaram rapidamente nas imediações das estações da estrada de ferro Central do Brasil, ao longo da estrada

¹¹² O Posto de Assistência Central ficava situado na Praça da República, centro do Rio de Janeiro, onde hoje estão as instalações do Hospital Municipal Souza Aguiar.

de São Paulo, num subúrbio ininterrupto e num segundo grupo de subúrbios, além dos charcos de Manguinhos, desenhados pela Leopoldina Railway e na nova estrada de Petrópolis. Esses bairros populares acham-se actualmente em comunicação rápida, mas insufficiente, pelas vias férreas, com as officinas do porto e das industrias que delle dependem.

Enfim, formam-se bairros de residência rural, do outro lado do massiço da Tijuca, entre as lagunas e as praias de Jacarepaguá e as estações de Cascadura e Madureira, fechando, assim, o circulo urbano em volta de um massiço montanhoso coberto de matas vigorosas e densas, de onde surgem, como 'belvederes', os cumes da Gavea, do Corcovado e da Tijuca, maravilhosas reservas de espaços livres e verdadeiro parque natural, que se unem às extensões d'agua da bahia e do Oceano para levar até o centro da cidade o ar puro e vivificador".(36)

Além disso, continuando sua análise geral da situação urbana da capital federal, Agache considerava que:

“A população operária occupa ainda uma parte dos districtos centraes, Gambôa e Santa Rita, nas imediações do porto, favellas dos morros da Conceição e da Providencia e as partes antigas de Sacramento, Santo Antonio, São José, Sant'Anna, Espírito Santo, com tendência a extender-se para os subúrbios de São Christovão, Engenho Velho e Engenho-Novo, Andarahy e Inhaúma”.

As fábricas de tecelagem que subsistem nas Laranjeiras e nas imediações do Jardim Botânico explicam a presença de grupos operários nos distritos da Lagoa, Glória e Gávea, que são, no entanto, districtos accentuadamente residenciais e aristocráticos(...).

As pessoas que vivem da exploração natural do solo, agricultura e pesca, predominam, naturalmente, nos districtos distantes de Guaratiba, Jacarepaguá, Campo Grande e nas ilhas semi-ruraes, muito particularmente a Ilha do Governador.(37)

Nestes termos gerais, podemos constatar que a população do Distrito Federal se distribuía desta forma e nos parece razoável considerar que Pedro Ernesto tenha levado em consideração estas observações feitas pelo arquiteto em seu plano diretor, ainda que afirmasse que “nem em cinquenta anos tal projeto seria exequível”. (38)

Com isto, é possível considerar que os idealizadores da Reforma da Assistência Municipal, ao optarem por instalar as unidades assistenciais nos bairros cuja população era predominantemente operária ou de baixa renda, tinham como idéia principal, atender a população em que fosse significativo o número de “pacientes necessitados”.

Assim podemos explicar a distribuição das unidades nos bairros da Penha, Campo Grande, Cascadura, Méier, Vila Isabel e Ilhas do Governador e de Paquetá.

Com este panorama, e de acordo com o que anunciamos anteriormente, passamos a outros itens deste capítulo, a começar pelos dados relativos ao atendimento nas unidades da Assistência Municipal.

O CONTROLE DO ACESSO E O ATENDIMENTO NAS UNIDADES

De imediato, reconhecemos que embora os decretos passassem a vigorar a partir da sua publicação, a aplicação das medidas exigia uma reestruturação dos órgãos que seriam responsáveis pela execução dos serviços. Em outras palavras, até que as determinações se transformassem em ações, o concreto era apenas abstrato.

Conforme apresentado anteriormente, a Assistência Municipal até então era regida por um modelo que priorizava o atendimento de urgência, o “pronto-socorrismo”. De sua estrutura organizacional faziam parte o Hospital de Pronto Socorro, o Posto Central de Assistência, o Posto de Assistência do Méier e os dispensários do Méier e de Copacabana.

O decreto nº. 4252 previa que o atendimento médico e hospitalar à população não deixaria de ser prestado por força daquela Diretoria não dispor ainda das instalações necessárias para atender às disposições da lei¹¹³. Assim, até que outras fossem criadas, as unidades acima citadas responderiam pelas determinações regulamentares, isto é, a execução dos serviços médicos e hospitalares.

Mas logo em setembro de 1933 foi promulgado o decreto nº.4397 que, visando atender a demanda de serviços de assistência médica e hospitalar em outras localidades da capital federal, determinou a instalação dos dispensários e serviços de socorros urgentes em Cascadura, Campo Grande (este funcionando desde o mês de agosto), Penha e Ilhas do Governador e Paquetá.

Desta forma, ao examinarmos os dados apresentados pelos boletins da Prefeitura do Distrito Federal¹¹⁴ entre os meses de maio a setembro de 1933, elaboramos as tabelas seguintes onde é possível perceber as mudanças ocorridas no atendimento entre os meses que precederam a promulgação do decreto e o momento imediatamente seguinte.

¹¹³ Artigo nº. 28 do decreto 4252.

¹¹⁴ PREFEITURA DO DISTRITO FEDERAL, Boletim. 1933. 1934. 1935. Construímos as tabelas a partir dos dados estatísticos apresentados nestes Boletins.

Tabela 3: atendimentos de urgência e consultas¹¹⁵
 meses de 1933

UNIDADE	MESES				
	MAI	JUN	JUL	AGO	SET
P. A. Central	-	1.853	3.519	4.044	-
P.A. Méier	1.832	1.666	2.034	2.066	1.651
D. Méier	2.430	-	3.184	3.814	2.974
D. Copacabana	891	983	661	1.096	978
D. Campo Grande	-	-	-	597	-
D. Cascadura	-	-	-	-	762

A partir destes dados, é possível constatar que em relação ao Posto de Assistência Central, os dois meses que se seguiram à implantação da reforma ocorrida em junho de 1933, o número de atendimentos teve um acréscimo considerável.

Este mesmo fato ocorreu tanto no Posto de Assistência do Méier quanto no dispensário daquele bairro, entre os meses de junho e julho. Quanto ao pequeno decréscimo observado no mês de setembro, é possível que o motivo seja o funcionamento do dispensário de Campo Grande a partir de agosto e, no mês seguinte o de Cascadura.

Apesar disto, o mês de agosto mostrou um acréscimo considerável do atendimento do Posto de Assistência Central.

Nos meses seguintes – outubro, novembro e dezembro – mais três unidades de atendimento foram criadas no Distrito Federal, que eram os postos de assistência da Penha e das Ilhas do Governador e de Paquetá, que exigiram a abertura de um crédito especial pelo interventor, no valor de 750:000\$000 (setecentos e cinquenta contos de réis)¹¹⁶.

A Tabela 4, que apresentamos a seguir mostra os atendimentos entre outubro de 1933 e março de 1934, quatro meses antes de ser promulgado o Decreto nº. 5046. (14/07/1933)

¹¹⁵ Os dados apresentado nesta tabela reúnem os atendimentos nos dispensários nos serviços prestados aos adultos em clínica médica, cirúrgica e ginecológica e no atendimentos de urgência.

¹¹⁶ Pela cotação cambial, em 1933, um dólar americano correspondia a 12\$500 réis (doze mil e quinhentos réis). Um conto de réis correspondia a um milhão de réis. (fonte: www.ocaixa.com.br)

Tabela 4: atendimentos de urgência e consultas
outubro de 1933 a março 1934.

UNIDADE	MESES			
	Out	Nov	Dez	Jan/Mar 1934
P. A. Central	-	3.971	-	4.162
P.A. Méier	2.095	1.902	1.952	2.248
D.Méier	3.212	2.976	3.077	3.083
D. Copacabana	1.003	1.176	989	1.069
D. Campo Grande	-	976	1.210	1.032
D. Cascadura	2.487	968	1.169	1.630
D.I. Governador ¹¹⁷	-	-	-	-
D.I. Paquetá		106	282	268
D. Penha	-	-	-	2.969

Com esta tabela, é possível reconhecer que o atendimento de um modo geral era crescente, em sete meses de implantação do decreto. Não encontramos nenhuma justificativa para que os dados relativos aos atendimentos no Posto da Ilha do Governador não fossem apresentados.

Cabe-nos ressaltar que durante estes meses não houve inaugurações de unidades, apenas melhorias em alguns serviços, como o de Cascadura e que as obras dos hospitais da Gávea e de Vila Isabel tiveram início em janeiro de 1934.

Com os dados apresentados, construímos a tabela abaixo, em que apresentamos a porcentagem de necessitados atendidos nas unidades da Assistência Municipal.

¹¹⁷ Embora os boletins mencionem dispensários para as unidades da Penha, Ilha do Governador e Paquetá, o atendimento era feito em postos de assistência. Os Dispensários das duas últimas localidades só foram inaugurados em agosto de 1935.

Tabela 5: % de atendimentos aos necessitados
maio a dezembro de 1933 e janeiro a março de 1934

UNIDADE	MESES				
	Mai/Jun	Jul/Ago	Set/Out	Nov/Dez	Jan/Mar
D.Meier	57,5	57,8	44,5	85,4	57,9
D. Copacabana	94,5	125,6	21,1	27,8	31,8
D. Campo Grande	-	402,5	-	-	-
D. Cascadura	-	-	90,8	-	-
D.I.Governador	-	-	-	-	-
D.I.Paquetá	-	-	-	35,0	-
D. Penha	-	-	-	-	63,3

Com os dados apresentados nas tabelas nos é possível ter um indicativo de que após sete meses, a intenção de Pedro Ernesto em proporcionar o atendimento médico e hospitalar para os munícipes do Distrito Federal começava a se consolidar, a partir do instrumento legal que ele promulgara. No entanto, estes mesmos dados nos mostram que embora a procura pelo atendimento fosse crescente, o registro de necessitados e de atendimentos mostrava-se descontínuo e falho.

Infelizmente, não há registro dos atendimentos prestados ao longo do ano de 1934.

No que se refere ao ano seguinte, os dados são apresentados nos boletins, em avaliações trimestrais, conforme apresentamos a seguir, na tabela 6:

Tabela 6: atendimentos de urgência e consultas
janeiro a setembro de 1935.

UNIDADE	MESES		
	Jan/Fev/Mar	Abr/Mai/Jun	Jul/Ago/Set
P. A. Central	11586	8038	4513
P.A. Méier	5181	3940	3865*
D.Méier*	5185	3764	
D. Copacabana	2216	1977	1132
D. Campo Grande	2753	1989	1141
D. Cascadura	3921	1955**	2097***
D.I.Governador	1698	1333	692
D.I.Paquetá	707	439	183
D. Penha	4704	3356	2050

*os números se referem aos atendimentos prestados no Posto de Assistência e no Dispensário

** sem os dados para o mês de junho

*** sem os dados para o mês de agosto

Os números da tabela indicam que os atendimentos cresceram e foram expressivos até janeiro de 1935, dezoito meses decorridos da implantação da reforma. Estes dados parecem confirmar que a população estava sendo atendida e portanto, um dos pilares da política social da administração Pedro Ernesto – a assistência médica e hospitalar – estava sendo alcançado.

Não conseguimos estabelecer um eixo para compreender os motivos porque o atendimento decresceu em praticamente todas as unidades, á exceção de Cascadura, a partir de abril de 1935.

A partir de setembro de 1935, os boletins estatísticos passaram a incluir os atendimentos por tipo de clínica, isto é, clínica otorrinolaringológica, clinica obstétrica, clinica ginecológica e as demais instaladas nos dispensários e postos de assistência. Esta forma de apresentação de dados dificultou a averiguação do total de atendimentos, razão pela qual deixamos de concluir a tabela com o trimestre correspondente aos meses de outubro, novembro e dezembro de 1935.

Porém, frente a estes dados expostos, podemos considerar que os Decretos promulgados por Pedro Ernesto deixaram de ser apenas um instrumento legal para se transformarem em ações concretas de assistência médica no Distrito Federal.

Cabe-nos agora, acompanhar as manifestações da sociedade diante das alterações provocadas pela Reforma. Buscaremos nos jornais cariocas de circulação diária a expressão da população da cidade do Rio de Janeiro e nos boletins especializados da imprensa médica, a manifestação da categoria.

Com isto, poderemos agregar elementos norteadores que, aliados aos ora vistos, possibilitem avaliar se a determinação legal dos decretos e regulamentos realmente se configurou em ação efetiva de assistência médica e hospitalar para os necessitados. Desta forma avaliaremos se houve ampliação ou restrição do mercado de trabalho médico.

AS REAÇÕES DA SOCIEDADE

Quando acompanhamos o noticiário dos periódicos cariocas durante o ano da reforma da Assistência Municipal e nos que a ela se seguiram, temos a possibilidade de observar como a população reagiu diante das mudanças que estavam acontecendo ali. Por certo, estas alterações lhe afetavam de maneira mais direta e imediata, sobretudo no aspecto do acesso de pacientes ao atendimento que o decreto se propunha a realizar.

Nos meses que antecederam a promulgação da Reforma, enquanto Pedro Ernesto visitava vários bairros da cidade, os moradores das localidades mais afastadas manifestavam-se quanto à necessidade de instalação de postos de assistência para a população local. Assim, consta que preocupada com esta falta, a população da Ilha do Governador recebeu Pedro Ernesto para uma visita à localidade, nos primeiros dias de janeiro de 1933 e lhe entregou um terreno na forma de doação, para que ali fosse construído um posto de assistência para os moradores daquela região¹¹⁸. O mesmo interesse foi demonstrado pelos moradores dos subúrbios próximos a Santa Cruz, quando ainda no mesmo mês, o interventor esteve naquela região para examinar no local o projeto das obras que ali seriam executadas¹¹⁹. O fato se repetiu na visita feita aos subúrbios próximos à Penha, quando Pedro Ernesto, então, se dispôs

¹¹⁸ “A Noite”, 02/01/1933, 2ª ed.; p.principal;

¹¹⁹ “A Noite”, 13/01/1933, 3ª ed., p.2

a atender às reivindicações de instalar um posto de Assistência para aquela região¹²⁰. Estas situações se repetiram em diversos locais que o interventor visitou antes da promulgação do decreto, em junho de 1933, indicando que a população formada por indivíduos de poucos recursos financeiros demandava atendimento médico e hospitalar¹²¹.

“Pedro Ernesto, hontem, visitou os subúrbios da Leopoldina. Foi recebido em Olaria pelo Sr. Eduardo de Magalhães, diretor do ‘Suburbano’ que disse estar ali para lembrar ao prefeito interventor que aquelles subúrbios ainda não tinham um posto de Assistência. O interventor prometeu atender”¹²².

Então, em junho quando a reforma foi promulgada, também a imprensa acompanhou as mudanças ocorridas e demonstrou que a sociedade apoiava as mudanças introduzidas com o decreto, já que as reportagens ressaltavam sempre os aspectos positivos das inovações.

Assim, ao incorporar a Maternidade Suburbana de Cascadura ao patrimônio da Assistência Municipal, os periódicos afirmavam que tal ato fora recebido com muito apreço pela população local¹²³.

“Os comerciantes e proprietários promoveram manifestações de apreço durante a visita de Pedro Ernesto à Maternidade Suburbana. A instituição que já tem cinco annos de funcionamento desempenha com efficiencia o atendimento à população do local”¹²⁴.

As manifestações favoráveis foram demonstradas também quando foi inaugurado o posto de assistência de Campo Grande, divulgado pelos principais jornais, de onde extraímos o trecho abaixo:¹²⁵

“Folgamos muito em registrar o auspicioso acontecimento porque ele representa o feliz inicio das grandes realizações práticas decorrentes de recente reforma da Assistência Municipal, a qual teve entre os seus vários e elevados objetivos, a

¹²⁰ “A Noite”, 23/01/1933, ult.ed., p.3, com foto.

¹²¹ “A Noite”, 06/02/1933, ed.extraordinária, p.principal, com foto; 22/02/1933, p.3, com foto; 24/4/1933, p.2; 18/05/1933, p.2

¹²² “A Noite”, 23/01/1933, ed.extraordinária, p.3, com foto.

¹²³ “Jornal do Brasil”, 20/07/1933, p.11; 21/07/1933, p.11, com foto; “Correio da Manhã”, 21/07/1933, p.3; “Diário de Notícias”, 21/07/1933, p.3, com foto.

¹²⁴ “A Noite”, 20/07/1933, 2ª ed., p.2, com foto.

¹²⁵ “Jornal do Brasil”, 15/08/1933, p.13, com foto; “Diário de Notícias”, 14/08/1933, ed.extraordinária,p.principal; “A Noite”, 14/08/1933, p.principal, com foto.

missão humanitária de levar o lenitivo e o milagre da ciência aos munícipes até hoje esquecidos dos desvelos do poder público”¹²⁶.

Pelo que podemos perceber, pela forma eloqüente com que o acontecimento é tratado pelo jornal, que a resposta da demanda ao atendimento médico e hospitalar para a população do local era motivo de agradecimentos e também do reconhecimento que a reforma atingia os seus objetivos.

Com o mesmo caráter elogioso, os jornais noticiaram as inaugurações do posto de Pronto Socorro da Penha, em outubro de 1933, mostrando sempre que a população local estava sendo atendida em suas reivindicações¹²⁷.

Antes do final daquele ano, Pedro Ernesto inaugurou quase que simultaneamente os postos de Assistência das Ilhas do Governador e de Paquetá, recebendo demonstrações de apoio e agradecimentos por parte da população local¹²⁸. Reproduzimos abaixo um trecho de “A Noite” que revela este apoio da população a reforma de Pedro Ernesto.

“Inaugura-se, amanhã, o Posto de Assistência e Prompto-Socorro de Paquetá. O interventor vai inaugurar, com festa preparada pelo povo, autoridades locais e comissões especiais, o Posto de Assistência de Paquetá”¹²⁹

Todas estas notícias indicam que as inaugurações das unidades de atendimento eram atos públicos, nos quais a política de Pedro Ernesto implantada no Distrito Federal ganhava visibilidade na sociedade carioca.

É possível perceber ainda por estas reportagens que a expectativa do atendimento por parte da população era muito grande. Além disso, os dados apresentados, relativos à assistência demonstram que os indivíduos estavam acorrendo às unidades em busca de atendimento, o que pode ser traduzido como o apoio às mudanças implementadas pelo decreto. Assim, no início de 1934, quando as obras dos Hospitais da Gávea e de Vila Isabel foram iniciadas, houve amplo noticiário nos jornais cariocas¹³⁰, conforme apresentamos abaixo:

¹²⁶ “Jornal do Brasil”, 12/08/1933, p.6

¹²⁷ “A Noite”, 30/10/1933, 2ª ed., p.principal; “A Noite”, ; “Correio da Manhã”, 31/10/1933, p.5, com foto; ‘Jornal do Brasil’, 31/10/1933, p.13, com foto.

¹²⁸ “Jornal do Brasil”, 09/11/1933, p.10; “Correio da Manhã”, 10/11/1933, p.3, com foto; “A Noite”, 09/11/1933, 2ªed., p.2, com foto; “A Noite”, 10/11/1933, 3ª ed., p.2, com foto.

¹²⁹ “A Noite”, 08/11/1933, 2ªed., p.2.

¹³⁰ “A Noite”, 06/01/1934, p.3; “Correio da Manhã”, 07/01/1934, p. 5, com foto; “Diário de Notícias”, 07/01/1934, p.3.

“Prosseguindo no seu amplo e humanitário programa de socorrer a população pobre do Rio, o interventor Pedro Ernesto lança,, na manhã de hoje, a pedra fundamental de dois hospitais subordinados à direção da Assistência Municipal”¹³¹

Mais uma vez, a notícia do jornal permite-nos leva a concluir que para a população, estas novas instalações tinham o significado de resolução do problema de atendimento médico e hospitalar que há muito vinham reclamando. Isto se expressa também, quando “A Noite” afirma que para “As classes pobres, os mais necessitados, particularmente, encontrarão alívio e mesmo em muitos casos, a cura para suas enfermidades”¹³².

Nesta mesma matéria, o jornal apresenta a projeção dos atendimentos que seriam realizados por dia, quando as unidades da Gávea e Vila Isabel estivessem funcionando. De acordo com o cálculo efetuado, após quatro horas de trabalho, já teriam sido atendidos 360 pacientes, distribuídos simultaneamente em 30 consultórios e com o tempo de 20 minutos para cada consulta.

Entretanto, em março ainda daquele ano, o mesmo periódico fez críticas à burocracia para o atendimento de pacientes em uma das unidades de atendimento, baseado em relato de um caso isolado ocorrido com um dos funcionários daquele jornal¹³³. Apesar de a notícia ter um caráter individualista de reclamação, o registro foi feito publicamente, o que pode ser visto como uma demonstração de falhas no sistema de atendimento implantado pelo decreto e não como uma posição desfavorável às iniciativas realizadas.

E ao longo de 1934, as obras de ampliação de algumas unidades foram sendo concluídas, como as instalações do dispensário do Méier, cuja inauguração em setembro foi acompanhada mais uma vez, de manifestações de apoio e elogios¹³⁴, tal como a apresentada abaixo:

“Foi inaugurado o edifício onde está localizado o ambulatório da Assistência, que servirá a vasta população suburbana. Veio preencher uma grande falta no serviço de assistência e socorro à população pobre. (...) Allí são atendidas diariamente em média, novecentas pessoas, entre adultos de ambos os sexos e creanças”¹³⁵.

¹³¹ “Jornal do Brasil”, 06/01/1934, p.6

¹³² “A Noite”, 12/01/1934, p.2, com foto

¹³³ “A Noite”, 03/03/1934, p.2.

¹³⁴ “Jornal do Brasil”, 22/09/1934, p.11; “A Noite”, 22/09/1934, p.principal, com foto.

¹³⁵ “Correio da Manhã”, 22/09/1934, p.8, com foto.

Embora os números mencionados pelo jornal estivessem três vezes acima dos dados oficiais, as notícias indicam que a população necessitada estava sendo atendida e apoiava as medidas tomadas por Pedro Ernesto. Diferentemente dos tempos atuais, em que a população se manifesta individualmente nos jornais nas seções de “Cartas dos Leitores”, tal procedimento não era usual nos jornais em circulação na década de 1930, e não há registros de descontentamentos pessoais com o atendimento da Assistência Municipal.

No entanto, as associações profissionais e sindicatos cumpriam em parte este papel de defender o interesse de seus filiados. Assim, no mês seguinte à inauguração das instalações do Méier, as outras obras de assistência da municipalidade foram visitadas por representantes de inúmeros sindicatos, dando indícios de que os trabalhadores em geral, apoiavam e agradeciam os benefícios que lhe eram trazidos com a reforma¹³⁶.

“(…) com calorosos elogios e reconhecimentos de pertinência das obras se manifestaram a Federação do Trabalho; Sindicato Centro Musical; União dos Empregados do Comercio, União dos Alfaiates e Classes Anexas; sindicato dos Arrais da Baía do Rio de Janeiro, Práticos e Mestres de Cabotagem; Centro Cívico da Gávea; Associação dos Operários da América Fabril; Consorcio Profissional Cooperativo dos Operários e Empregados em Fabrica de Tecidos da Gávea; União dos Operários Estivadores; Associação dos Operários da Companhia de Fiação e Tecidos Corcovado; Centro Cais do Porto; União Beneficente dos Motoristas Brasileiros; Sindicato dos Operários e Empregados da Companhia Navegação Costeira; Sindicato dos Cabineiros de Elevadores do Distrito Federal”¹³⁷.

Aí estão representados os diversos segmentos da sociedade produtiva, como os portuários, os operários da industria têxtil e os comerciários.

Até meados de 1935, ano em que Pedro Ernesto foi eleito prefeito do Distrito Federal, não há registro de assuntos relacionados à Assistência Municipal, provavelmente pelo fato de que as obras das unidades hospitalares ainda estavam em andamento e o atendimento transcorresse normalmente nas demais.

Em julho daquele ano, com as inaugurações do Hospital Jesus, que se destinava ao atendimento de crianças até os 14 anos de idade¹³⁸, e do dispensário da Ilha do Governador, a iniciativa de Pedro Ernesto quanto à Assistência Médica voltou a receber elogios pelas

¹³⁶ “A Noite”, 24/09/1934, p. principal, com foto.

¹³⁷ “Jornal do Brasil”, 12/10/1934, p.18.

¹³⁸ Artigo 145 do regulamento do Decreto nº.5046.

instalações daquelas unidades e demonstrações entusiásticas de apoio¹³⁹. Reproduzimos abaixo um trecho da reportagem sobre a inauguração do hospital infantil.

“Verdadeira multidão assistiu à tocante solenidade. Teve uma concorrência além de qualquer expectativa, a inauguração, hoje, do Hospital Jesus, para ciranças, mandado construir pela Prefeitura, em Vila Isabel¹⁴⁰.

Em geral, a imprensa carioca sempre dava destaque às obras e realizações de Pedro Ernesto. As manifestações mais constantes eram apresentadas no jornal “A Noite” e os artigos mais favoráveis, na maioria das vezes, vinham do “Jornal do Brasil”, fato explicável já que este era de propriedade do Conde Ernesto Pereira Carneiro, pernambucano como Pedro Ernesto e membro do Partido Autonomista do Distrito Federal, pelo qual se elegeu deputado constituinte em 1933.

Diante destes relatos, nos parece possível avaliar que, muito embora a questão do atendimento aos necessitados não tenha sido explicitada nessas notícias, a população menos favorecida economicamente demonstrava estar bastante satisfeita com as unidades de atendimento que estavam sendo melhoradas, inauguradas ou construídas. Da mesma forma, as associações e representações profissionais de operários demonstraram sua aprovação às medidas adotadas por Pedro Ernesto. De um modo geral, os elogios e os apoios manifestados pela imprensa poderiam ser vistos como a expressão de que o acesso dos pacientes necessitados ao atendimento médico e hospitalar estava assegurado, conforme o previsto nos instrumentos legais promulgados por Pedro Ernesto.

Isto posto, passaremos a abordar o acesso dos necessitados à assistência, porém sob o ponto de vista da categoria médica.

Afinal, caberia aos médicos a maior parcela de responsabilidade dos serviços a serem executados pela “Diretoria Geral de Assistência Municipal”, conforme determinavam o decreto inicial e os seus sucedâneos.

¹³⁹ “A Noite”, 30/07/1935, p.principal, com foto, 06/08/1935, p. principal, com foto; “Jornal do Brasil”, 30/07/1935, p.6, 31/07/1935, pp.6 e 10; “Correio da Manhã”, 30/07/1935, p.7, com foto; 31/07/1935, p.3, com foto, 07/08/1935, p.3; “Diário de Notícias”, 07/08/1935, p.3, com foto.

AS REAÇÕES DA CATEGORIA MÉDICA

Em relação à reforma na Assistência Municipal, implantada pelo Decreto nº.4252, do mesmo modo que a sociedade se manifestou através dos jornais de circulação diária na capital federal, também a sociedade médica se pronunciou por meio de seus boletins sindicais, de seus jornais especializados em assuntos médicos e em suas sessões acadêmicas.

Buscaremos compreender como esta categoria demonstrou suas preocupações e expectativas frente à reforma, no que diz respeito à questão do acesso de pacientes aos serviços médicos e hospitalares da municipalidade.

Para tanto, buscamos algumas das publicações dirigidas e voltadas para a categoria médica em circulação no Distrito Federal. Encontramos as revistas específicas de especialidades médicas, o “Brasil Médico”, a “Vida Médica”, a “Imprensa Médica” e o “Boletim do Sindicato Médico Brasileiro”. Optamos por acompanhar as manifestações expressas nesta última publicação, ainda que tenhamos utilizado alguns números da “Vida Médica” e “Imprensa Médica”. Estas duas últimas e as demais priorizavam os artigos de cunho científico, sendo muito esporádicas as intervenções nos assuntos de outra ordem.

O “Boletim do Sindicato Médico Brasileiro” circulou mensalmente durante o período relativo à administração de Pedro Ernesto. Durante estes anos, percebemos que, embora alguns artigos demonstrassem a possibilidade de incorporação de um novo enfoque para a profissão, predominavam as opiniões consolidadas sobre o tradicional modelo liberal das profissões. Isto é bem evidenciado quando o tema tratado é a gratuidade de atendimento, que para os autores representava uma perda de clientela nos consultórios.

Isto nos auxiliará na análise a respeito da interferência que o acesso dos necessitados à assistência médica e hospitalar no Distrito Federal exerceu sobre a ampliação ou restrição do mercado de trabalho médico.

De início, observamos as opiniões que, ainda em 1932, ano anterior à promulgação do decreto nº.4252, um dos membros do Sindicato Médico Brasileiro, o Dr. Phocion Serpa revelou em um artigo intitulado “Assuntos Médico Sociais” sobre as questões que a seu ver, diziam respeito à assistência hospitalar no Distrito Federal.

¹⁴⁰“A Noite”, 30/07/1935, p.principal, com foto.

O autor argumentava que os serviços de assistência, independente do tipo, se hospitalar, médico ou social, apresentavam problemas não resolvidos ao longo das últimas administrações e que, tal fato advinha da falta de coordenação e da desconsideração com que a questão vinha sendo tratada.

Porém, para o Dr. Serpa, a construção de novas unidades não seria solução para a situação, pois problemas de ordem social, como a mendicância, afetavam a assistência. Serpa reconhecia igualmente que o número de hospitais era insuficiente e que não havia capacidade operacional nem tampouco leitos para atender o grande número de necessitados¹⁴¹.

Este artigo nos indica que no momento que antecede a implantação do Decreto, os médicos viam o acesso dos necessitados como uma questão que ainda merecia ser discutida e resolvida, de modo a tornar satisfatória a assistência municipal.

O assunto voltou a ser discutido no Sindicato logo no mês seguinte a implantação do decreto, indicando a preocupação e a apreensão dos médicos diante das novas medidas estabelecidas para a Assistência Municipal, já que os médicos poderiam ser afetados direta ou indiretamente pela medida regulamentar.

Esta apreensão pode ser percebida no artigo denominado “Campanha Sindicalista”, em que o Dr. Ribeiro Pereira expunha os pontos de destaque da dita campanha, que em sua opinião tinha o sentido do “soerguimento moral e material da profissão”. Entre estes destaques, o autor ressaltava que era necessário que houvesse uma definição e uma uniformidade no atendimento aos pacientes, ao qual se referia como “assistência gratuita”. Para ele, somente a adoção de alguns procedimentos faria com que apenas os “verdadeiros necessitados” fossem atendidos. Como parte destes, o autor sugeria que fossem fixados dois cartazes nas salas de espera dos ambulatórios onde haveria a orientação para os pacientes nos seguintes termos:

“Todo o serviço médico gratuito é reservado exclusivamente ao indigente; e todo indivíduo trabalhador e honesto não deve estender a mão de falso indigente ao trabalho do médico”¹⁴².

Estas declarações nos parecem traduzir a preocupação com a limitação do atendimento. Seria preciso garantir que *exclusivamente* (grifo nosso) os necessitados, ou nas

¹⁴¹ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano IV, nº.42, p.300

¹⁴² SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim, Ano V, nº.55, p. 600

palavras do autor, os *indigentes*, teriam a gratuidade dos serviços médicos quando fossem atendidos. É provável que ao empregar a palavra indigente, ao invés de necessitados, o autor tivesse a intenção de enfatizar a falta de condições econômicas do paciente.

Para o Dr. Ribeiro Pereira, ao se concretizarem estas ações que ele propunha, o acesso dos pacientes necessitados à assistência gratuita estaria plenamente definido.

Com este mesmo sentido, em julho de 1933, portanto um mês depois da edição do decreto, o Dr. Gastão Pereira da Silva publicou no periódico “Imprensa Médica” um artigo em que considerava que o acesso à assistência era um fator que afetava diretamente o mercado de trabalho médico. Ele considerava que:

“Para o clínico que pretende viver exclusivamente de sua profissão, a atividade desta é quase impossível. Entretanto, todos os dias abrem-se postos de emergência, ambulatórios, clínicas especializadas e quejandas, que visam apenas roubar o cliente do médico que o espera como o pão nosso de cada dia”. (IM, Ano IX, n.º.148, pp. 427)

A partir deste trecho extraído do artigo, é possível perceber que o autor anuncia a perda da clientela com a abertura de unidades de assistência. O autor considerava que o tradicional mercado liberal estava ameaçado, já que sem a limitação da clientela, os consultórios acabariam por se esvaziar, significando uma restrição para aquele mercado.

Diante disso, nos parece razoável supor que a possível insatisfação demonstrada nestes dois artigos fosse decorrente da probabilidade de que o atendimento aos necessitados, conforme estabelecido no decreto, não se efetivasse de forma correta. Então, sem a existência de um dispositivo efetivo de controle, poderia ocorrer uma diminuição no número de pacientes nos consultórios particulares e nas instituições privadas.

Então, provavelmente com o objetivo de solucionar tais questões, alguns representantes do Conselho Deliberativo e outros do Sindicato se reuniram para buscar uniformizar a assistência clínica na capital da República. Nesta reunião, ficou deliberado que o atendimento gratuito nos ambulatórios e serviços clínicos, independentemente de seu caráter público ou privado, seria prestado exclusivamente aos pacientes *indigentes*¹⁴³. E que além disto, que o Sindicato Médico Brasileiro passaria a atuar na orientação e fiscalização da assistência gratuita,

¹⁴³ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano V, n.º56, p.613.

e com isto auxiliaria o governo municipal na imediata organização do registro de indigentes da municipalidade.

Estas manifestações nos parecem demonstrar a grande preocupação que uma parcela dos médicos tinha com os possíveis desdobramentos que a falta de controle e fiscalização no atendimento gratuito aos necessitados poderia trazer para a categoria médica.

É bem provável que este receio acentuado tenha contribuído para esta proposição de realizar tarefas que de modo algum seriam da competência do Sindicato, tais como controle e fiscalização externa de assuntos pertinentes à administração pública.

Nos parece que a preocupação com a limitação do atendimento a pacientes necessitados, como forma de garantir a ampliação do mercado de trabalho pode ser evidenciada nas declarações dos médicos a respeito da reforma recém-implantada, durante a sessão extraordinária do Conselho Deliberativo do Sindicato Médico Brasileiro, ocorrida oito dias após a promulgação do Decreto nº.4252¹⁴⁴.

Conforme consta na ata daquela reunião:

“O Dr. Cumplido de Sant’Anna¹⁴⁵ apresenta restrições a uma nota oficial do Gabinete do Prefeito em que eram prometidos os socorros dos postos da Assistência a toda a população, sem distinção de classes e sem caráter de socorro urgente. (...) termina pedindo a aprovação que apresenta a mesa”¹⁴⁶.

Com o sentido de rebater a afirmativa do Dr. Sant’Anna, o Dr. Pinto da Rocha obteve a palavra, “para defender a reforma da assistência, qualificando de injustas as críticas feitas e pedindo para que não se façam críticas extemporâneas.”¹⁴⁷ Logo depois se manifestou o Dr. Ovídio Meira dizendo que a reforma da assistência tecnicamente seria “uma aberração”¹⁴⁸. Ao contrário, O Dr. Astrogildo Filho elogiou a reforma da assistência e considerava que ela seria um benefício para a sociedade¹⁴⁹.

Diante do exposto, podemos observar que os médicos no Sindicato não tinham uma opinião unânime a respeito da reforma que então se instalava. É possível que estas divergências

¹⁴⁴SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano V, nº.56, p.613.

¹⁴⁵ à época Presidente do Sindicato Médico Brasileiro. Posteriormente foi Presidente da Academia Nacional de Medicina.

¹⁴⁶ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano V, nº.56, p.622.

¹⁴⁷ Ibid.

¹⁴⁸ Ibid.

¹⁴⁹ Ibid.

tenham se originado da experiência já vivenciada pela categoria na administração anterior da Assistência Municipal, que havia instituído o *registro de pobreza*.

Segundo consta, ao final desta sessão, foi apresentada uma proposta para a nomeação de uma comissão formada por membros daquele Sindicato para emitir parecer urgente sobre a reforma. Ao ser posta em votação, a proposta foi rejeitada, enquanto as restrições do acesso de pacientes apontadas pelo Dr. Sant'Anna receberam aprovação pela maioria.

Nos parece que mais uma vez o Sindicato demonstrou sua apreensão quanto as conseqüências que o atendimento irrestrito traria para a categoria médica, embora desta feita, de forma menos intempestiva e mais sensata.

Por esta razão, um de seus membros se incumbiu de dar resposta ao jornal “Correio da Manhã”, que em 23 de julho, publicara um artigo intitulado “Clínica de Graça”, onde eram feitas críticas aos médicos pela oposição que estes faziam à reforma. Em sua resposta, o Dr. Ribeiro Pereira, médico do Sindicato, afirmava que a classe médica estaria cansada de ser explorada por aqueles que não necessitam da assistência gratuita, reconhecendo no entanto, que era um dever humanitário o socorro aos indigentes. De certo modo enfático, o autor concluiu sua resposta declarando que:

“Indigente é menos que pobre e mais que miserável, isto é um grau médio entre ambos. Pobre, quando se trata de explorar trabalhos médicos, noventa e nove por cento dos indivíduos o dizem ser”¹⁵⁰.

Nos parece que toda esta discussão semântica, envolvendo *necessitados* ou *indigentes*, tenta encobrir a preocupação da categoria com a possível perda da clientela e com a interferência do Estado no mercado de trabalho profissional.

Além disso, com esta declaração, nos parece que a preocupação dos médicos se voltava para o fato de que a tarefa de estabelecer os critérios para a determinação do estado de necessidade dos pacientes seria bastante difícil para os encarregados de avaliar as tais condições. Sem estes critérios e sem as ações de controle e a fiscalização, que seriam de alta relevância para garantir que a assistência gratuita fosse prestada realmente àqueles que teriam direito, o tradicional exercício liberal da medicina se via fortemente prejudicado.

¹⁵⁰ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano V, n.º.57, p.628.

Assim, nos meses seguintes a promulgação do decreto, o Sindicato se posicionou a favor do fator limitante para a assistência, que seria o estado de necessidade, ao ponderar que a situação em que a profissão médica se encontrava, segundo eles, de desprestígio e de baixas remunerações, era conseqüência de uma assistência médica prestada sem restrições e sem escrúpulos¹⁵¹.

Seguindo esta mesma avaliação, o Dr. Phocion Serpa afirmava em um de seus artigos:

“Aquele ‘independência’ dos antigos médicos, feita através da fama de seus consultórios, está cada vez mais, abalada e prestes a desaparecer, diante da munificência do Estado, pela intenção de amparar os clientes, sem distinção de classes nem de bolsas”¹⁵².

Desta afirmativa, é possível reconhecer que para o autor, o tradicional mercado liberal deixaria de existir, já que a medicina, garantida pelo Estado, estaria ao alcance de todos os doentes e de quaisquer doenças. O autor não se mostrava contrário ao atendimento prestado pelo poder público para aquele que conforme suas palavras, era “o pobre que cai na calçada ou ao miserável sem teto que geme por uma enxerga de hospital”.

Constatamos mais uma vez que um dos receios da categoria médica em relação ao mercado de trabalho, estaria fundado nas possíveis conseqüências que a indefinição dos critérios para a qualificação como necessitado poderia trazer ao ser feita a sua avaliação.

Durante o ano de 1934, as publicações dos boletins se dedicaram prioritariamente às condições do exercício da profissão médica, apontando para outras situações que eles consideravam também relevantes, tais como o excesso de profissionais que se formavam a cada ano.

Naquele período, as obras das unidades hospitalares que estavam sendo construídas foram visitadas pelos membros da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, que se mostraram bastante entusiasmados com as instalações técnicas¹⁵³. Ao visitá-las, os médicos não se manifestaram quanto à propriedade da escolha da localização das unidades. Estas manifestações, que não foram favoráveis, só aconteceram depois que Pedro Ernesto deixou a Prefeitura, em abril de 1936¹⁵⁴.

¹⁵¹ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano V, nº.59, p.675.

¹⁵² SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim, Ano V, nº.60, p.703.

¹⁵³ “Vida Médica”, Ano II, nº.19.

¹⁵⁴ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim, Ano VIII, nº.93.

Apenas no boletim de fevereiro de 1935, sete meses após a promulgação do último decreto, o de nº.5046, em julho deste ano, a questão do acesso de pacientes aos serviços da Assistência Municipal voltou a ser debatida.

Vale lembrar que a partir deste instrumento legal ficou instituída a Delegacia Social como o órgão responsável pelo registro e matrícula dos necessitados. É possível que esta determinação tenha sido fruto das preocupações demonstradas pela categoria médica, quanto ao controle e fiscalização do estado de necessidade dos pacientes que estariam aptos a receber a assistência gratuita.

No entanto, mesmo com a criação desta estrutura burocrática, o problema do atendimento irrestrito parece não ter sido resolvido, já que em discurso proferido em 1935, o presidente do Sindicato, Dr. Renato Machado, declarava:

“Teremos doutores sem clínica. Friso sem clínica e não sem doentes, estes aumentam sempre em busca do serviço médico(...) O consultório(...) só será procurado pelos ingênuos ou pelos aberrantes da mentalidade atual brasileira(...) Pois se todos tem aquele mesmo médico ou outro que melhor lhe valha, a manhã inteira a sua disposição no Hospital, onde nenhuma restrição lhe veda a entrada no abuso da gratuidade!”¹⁵⁵

Esta declaração nos indica que a assistência gratuita, no sentido da prática, não se restringia aos necessitados. Observamos que os pacientes que seriam atendidos nos consultórios particulares, pagando por suas consultas, buscavam os serviços municipais, pelos quais não pagavam nada. Assim, o mercado de trabalho se tornaria, então, restrito.

Por esta razão, em outro artigo, o mesmo autor reivindicava a adoção imediata de medidas regulamentares para que fosse abolida a assistência inteiramente gratuita¹⁵⁶.

Estas demonstrações da categoria médica indicam que apesar da criação da Delegacia Social, a questão da assistência gratuita voltada unicamente para os necessitados parecia não ter sido resolvida.

Assim, em setembro de 1935, quando Pedro Ernesto já havia assumido o cargo de prefeito eleito do Distrito Federal, o Sindicato Médico Brasileiro se pronunciou abertamente a respeito das conseqüências no mercado de trabalho trazidas pela reforma implantada pelos decretos nº. 4252, 4397 e 5046. Com um artigo intitulado “A retirada dos dez mil”, o Dr.

¹⁵⁵SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim, Ano VII, nº.74, pp.1156.

¹⁵⁶ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim, Ano VII, nº.81, p.1367.

Xavier do Prado ponderava que as consultas grátis haviam afastado um contingente considerável – 10 mil – de clientes dos consultórios médicos¹⁵⁷.

Apesar desta cifra parecer ser um exagero de avaliação do autor quanto ao número de clientes, quando analisamos estas manifestações de uma parcela da categoria médica representada pelo Sindicato, podemos constatar que a Reforma se configurou de maneira oposta a que seria esperada, em relação ao mercado de trabalho médico.

Em tese, a reforma da Assistência Municipal criaria condições para que este mercado fosse ampliado, já que limitaria o acesso dos pacientes. No entanto, os dispositivos legais, sem os devidos critérios para a determinação da condição de necessidade da clientela, conforme denunciavam os médicos do Sindicato contribuía para que, quando posta em prática, a reforma produzisse um efeito diverso daquele que teria sido o esperado e talvez desejado por seus idealizadores. Ou seja, o acesso irrestrito dos pacientes às unidades médicas e hospitalares teria se efetivado e provocado a redução das consultas nos consultórios e estabelecimentos de caráter privado, e com isto, provocado uma restrição no mercado de trabalho médico.

Esta situação pode ser vista pelas demonstrações desta liderança da categoria médica nos artigos publicados. Percebe-se nestes artigos que articulistas não eram contra o atendimento gratuito, mas este deveria ser verdadeiramente destinado aos pacientes que comprovassem suas condições de necessidade. Porém, ao perceber que os mecanismos de controle não respondiam adequadamente, optaram pela exclusão de qualquer tipo de gratuidade para o sistema da Assistência Municipal.

Conforme apresentamos na Tabela 1, o *registro de pobreza* ficou restrito aos dados estatísticos de 1934. Isto pode ser outro indicativo de que as falhas no controle e na fiscalização existiam e que tenham contribuído para que, sob o ponto de vista de uma parcela da categoria médica, a ampliação do mercado de trabalho configurada teoricamente pelo acesso restrito de pacientes à assistência médica e hospitalar não tenha se concretizado na prática do atendimento.

Assim, apesar de todas as disposições estabelecidas pelos decretos quanto a assistência gratuita, a ausência de critérios específicos, do efetivo controle e de práticas de fiscalização parecem ter contribuído para que o mercado de trabalho médico tenha se tornado mais restrito.

¹⁵⁷ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano VII, p.1367.

Pelo que observamos até agora, com a Reforma estabelecida por Pedro Ernesto, enquanto a população ganhava e agradecia o atendimento que o prefeito julgava necessário e merecido, a categoria médica parecia perder seu espaço de atuação, no que entendiam como profissão liberal.

No próximo capítulo, buscaremos outros elementos, além do acesso dos médicos à Assistência Municipal para que tenhamos subsídios que corroborem esta situação ora apresentada, ou outros que demonstrem sua impropriedade.

XXXXXXX

3. A CATEGORIA MÉDICA E A REFORMA PEDRO ERNESTO: PERDAS E GANHOS

No capítulo anterior, abordamos os aspectos relativos ao acesso dos pacientes à vista das disposições regulamentares estabelecidas pelo Decreto nº.4.252 e seus sucedâneos e das manifestações expressas pela sociedade e por uma parcela dos médicos do Distrito Federal, representada pelo Sindicato Médico Brasileiro.

Demos ênfase à questão da assistência gratuita e às reações que ela provocou no âmbito do exercício profissional médico, em relação à ampliação ou restrição do mercado de trabalho daquele segmento.

Neste capítulo abordaremos como o Decreto previa o ingresso, a distribuição de cargos e os vencimentos dos médicos nos serviços do “Departamento Geral de Assistência Municipal”, ou em outras palavras, como o poder público municipal previa o acesso dos médicos, como executores dos serviços daquele órgão. Estes tópicos estabelecem elos de ligação com a autonomia profissional, já que afetam diretamente a admissão, a hierarquia com os limites de competência (autonomia técnica) e também os honorários (autonomia econômica).

Para tanto, de início investigaremos como as disposições regulamentares estabeleceram o ingresso dos médicos a estes serviços e as questões referentes à esta admissão.

Em seguida, abordaremos o decreto em vista das questões relativas à distribuição de cargos dos médicos lotados naquele Departamento, e por fim as questões concernentes aos vencimentos destes profissionais.

Tal como no capítulo anterior, acompanharemos as manifestações demonstradas pela sociedade através da imprensa leiga, mas, sobretudo as manifestações da categoria médica a respeito destas determinações legais, posto que este segmento ao mesmo tempo em que desempenhava o papel de executor, era afetado diretamente pelas questões pertinentes à profissão. Neste capítulo, porém, devido à diversidade dos aspectos que estão relacionados a esta autonomia profissional, apresentaremos estas manifestações ao final da exposição de cada tema específico.

Enquanto analisarmos os documentos escritos sobre a questão deste acesso aos serviços de assistência médica, procuraremos introduzir algumas reflexões sociológicas recuperadas das idéias expostas por Freidson em seus trabalhos a respeito das profissões.(39,40)

O DECRETO E O ACESSO DOS MÉDICOS. MANIFESTAÇÕES NA IMPRENSA MÉDICA

Ressaltamos mais uma vez que a reforma que Pedro Ernesto implementou na Assistência Municipal foi estabelecida pela promulgação do Decreto nº.4252 de 08 de junho de 1933 e de seu regulamento. Além desta, outras duas medidas legais se sucederam. O Decreto nº.4.397, em 18 de setembro daquele ano e posteriormente, o Decreto nº.5.046, de 14 de julho de 1934 que visavam reformular alguns artigos do decreto original.

Além das determinações já mencionadas sobre os pacientes, o decreto estabelecia para o “Departamento Geral de Assistência Municipal” as disposições a respeito de seu funcionamento. Nele estavam previstas duas sub-diretorias: a de “Serviços Médicos e Hospitalares” e a de “Serviços Sociais”, ficando a cargo da primeira os “serviços clínicos a adultos e menores”¹⁵⁸. Para a direção destas sub-diretorias, o decreto determinava que os cargos deveriam ser exercidos por médicos nomeados pelo interventor ou prefeito, mediante indicação do “Diretor Geral” da Assistência Municipal. Este cargo, por sua vez, também deveria ser exercido por um médico cuja indicação caberia diretamente ao interventor ou prefeito¹⁵⁹.

Estas determinações mostram que a configuração do comando superior da Assistência Municipal estava a cargo de médicos e que aqueles que ocupariam tais cargos seriam profissionais reconhecidos e de confiança do interventor ou prefeito.

Isto vem ao encontro do que Freidson constata e considera a partir de vários estudos elaborados por outros autores, que investigaram a relação entre *status* profissional e poder. Segundo ele, destes trabalhos teria surgido a afirmativa de que os profissionais acabam por exercer “enorme poder” não apenas em relação à política do Estado, mas também sobre as determinações pessoais dos indivíduos. (41)

Porém, Freidson identifica nestes trabalhos duas visões opostas quanto ao desempenho das profissões.

A primeira delas seria uma participação ativa, com uma atuação direta sobre a política do Estado, sobre o monopólio do mercado e com a criação de uma dependência artificial do Estado e do cliente.

¹⁵⁸ Artigo 5 e § único em todos os três decretos.

Na segunda, as profissões atuariam com um papel passivo, servindo de instrumento para o Estado, para a política e dos clientes individuais, com a mínima ou quase nenhuma interferência no direcionamento de políticas institucionais ou assuntos individuais.

As determinações do decreto a respeito dos cargos e direção ocupados e indicados por médicos – lembrando que Pedro Ernesto também era médico – tendem a acompanhar a primeira visão exposta por Freidson, ou seja, os profissionais médicos atuariam ativamente na política do Estado.

Provavelmente, a sub-diretoria de “Serviços Médicos e Hospitalares” seria o sítio onde essa atuação ativa se constituiria frente ao poder, já que ali estavam distribuídos os hospitais e dispensários¹⁶⁰, e estes comportavam em seus quadros funcionais um número considerável de médicos.

Constatamos que a Assistência Municipal que então se reorganizava, já contava com um quadro de funcionários composto por 203 (duzentos e três) médicos distribuídos da seguinte forma: 3 (três) em diretoria de hospital e chefias de dispensários, 16 (dezesesseis) nas chefias de clínicas e laboratórios¹⁶¹, 34 (trinta e quatro) como médicos assistentes, 39 (trinta e nove) como cirurgiões assistentes, 38 (trinta e oito) especialistas¹⁶² - assistentes, adjuntos e auxiliares - 40 (quarenta) como médicos auxiliares e 18 (dezoito) como cirurgiões auxiliares. Outros 15 (quinze) ocupavam a diretoria geral, as sub-diretorias, a secretaria geral, a diretoria do Asilo São Francisco de Assis, o Conselho Técnico e a Perícia Médica.

Tendo sido estabelecido pelo decreto promulgado que o objetivo da reorganização do “Departamento Geral de Assistência Municipal” era o atendimento aos necessitados, seria previsível que o número de atendimentos cresceria. Desta forma, seria necessário também que fosse expandido o número de profissionais para executar esses serviços. Assim o decreto estabelecia que “os cargos creados ou a serem creados, serão preenchidos à medida que forem installados os respectivos serviços”¹⁶³.

¹⁵⁹ Artigos nºs. 9 e 10 de todos os três decretos.

¹⁶⁰ Artigo 39 dos regulamentos Decretos nºs. 4.252 e 4.397 e artigo 37 do regulamento do decreto nº.5.046.

¹⁶¹ Clínicas: neuropsiquiatria, cirúrgica, médica, obstétrica, otorrinolaringofarmacológica, ginecológica, dermatológica, urológica, ortopédica, pediatria. Laboratórios de pesquisa clínica e de anatomia patológica.

¹⁶² Exercendo suas atividades nas clínicas citadas, e na radiologia.

¹⁶³ Artigo 19, § único dos decretos.

No mesmo dia em que o decreto foi promulgado, em ato do interventor, foram nomeados todos os médicos que ocupariam os cargos já existentes¹⁶⁴, porém a admissão, por concurso, de novos funcionários estava prevista, conforme o estabelecido no artigo 15:

“Além do pessoal tecnico efetivo, haverá um quadro de profissionaes admittidos mediante concurso, na qualidade de auxiliares dos serviços médicos e hospitalares, aos quaes caberá obrigatoriamente o preenchimento das vagas de adjuntos obedecidas as disposições regulamentares” .¹⁶⁵

O decreto previa, portanto, que o acesso de novos médicos aos serviços se daria através de concurso e que ocupariam o cargo de auxiliares. Porém, em um outro artigo do mesmo decreto, a admissão de médicos estava determinada de maneira diversa à anterior, conforme expomos a seguir:

“São nomeados pelo Interventor ou Prefeito:
- por proposta do Diretor Geral: - (...)os médicos, cirurgiões e especialistas, (...) os adjuntos e auxiliares médicos(...)”¹⁶⁶

Esta proposta colide com uma das atribuições conferidas ao Diretor Geral, que era a “organização dos processos de concurso para o preenchimento de cargos e das respectivas comissões julgadoras”¹⁶⁷.

E ao finalizar as disposições do decreto, o artigo 30¹⁶⁸ estabelecia que o interventor abriria “os créditos necessários para a execução desta lei” e que “as nomeações decorrentes da reorganização(...) feitas por livre escolha do interventor”.

Portanto, o ingresso aos serviços da Assistência mostrava-se ambíguo, já que havia a determinação de concurso, ao mesmo tempo a nomeação por proposta do diretor geral, que por sua vez deveria organizar o concurso, e por fim, havia a “livre escolha do interventor”. Com esta dubiedade, novos médicos foram admitidos na Assistência e este ingresso alterou o quadro apresentado anteriormente.

Tal como a questão da qualificação do necessitado, o Decreto também não definia precisamente o acesso dos médicos à Assistência.

¹⁶⁴ PREFEITURA DO DISTRITO FEDERAL, Boletim. 1933.

¹⁶⁵ Este artigo consta em todos os três decretos, sob o mesmo número.

¹⁶⁶ Artigo 10, item II nos regulamentos dos decretos nºs. 4.252 e 4.397 e artigo 11, item II do regulamento do decreto nº.5.046.

¹⁶⁷ Artigo 4, item XVII dos regulamentos de todos os decretos.

¹⁶⁸ Com este mesmo número no Decreto nº.4.397 e como 28, no Decreto nº.5046.

Assim, três meses após o decreto original, o Decreto nº.4.397 mostrava que a Assistência Municipal passava a contar com 237 (duzentos e trinta e sete) médicos, distribuídos como 3 (três) diretores de hospital e chefes de dispensário, 17 (dezessete) chefes de clínicas e laboratórios, 34 (trinta e quatro) médicos assistentes, 39 (trinta e nove) cirurgiões assistentes, 51 (cinquenta e um) especialistas – assistentes, adjuntos e auxiliares – 50 (cinquenta) médicos auxiliares e 28 (vinte e oito) cirurgiões auxiliares. O número de médicos que ocupavam a diretoria geral, as sub-diretorias, a secretaria geral, a diretoria do Asilo São Francisco de Assis, o Conselho Técnico e a Perícia Médica permanecia inalterado, somando 15 (quinze) profissionais.

Este aumento no número de médicos pode ter tido como justificativa a inauguração dos postos de Assistência de Campo Grande, Penha, Ilhas do Governador e Paquetá que estavam previstas e ocorreram entre agosto e novembro de 1933¹⁶⁹.

Na nova versão do decreto promulgado em julho de 1934, a questão do acesso dos médicos à Assistência não foi alterada. Ali não há novos dispositivos regulamentares que pudessem desfazer a ambigüidade apontada anteriormente. No entanto, o quadro dos funcionários médicos se modificou de forma acentuada. A Assistência Municipal passou a contar com 292 (duzentos e noventa e dois) médicos, distribuídos como 4 (quatro) diretores de hospital e chefes de dispensário, 22 (vinte e dois) chefes de clínicas e laboratórios, 31 (trinta e um) médicos assistentes, 38 (trinta e oito) cirurgiões assistentes, 78 (setenta e oito) especialistas – assistentes, adjuntos e auxiliares – 2 (dois) médicos adjuntos, 4 (quatro) cirurgiões adjuntos, 63 (sessenta e três) médicos auxiliares e 33 (trinta e três) cirurgiões auxiliares. A Direção Geral, as sub-diretorias, a diretoria do Asilo São Francisco de Assis, o Conselho Técnico e a Perícia Médica comportavam outros 17 (dezessete) médicos.

O acréscimo significativo ocorrido em julho se antecipa a inauguração das novas instalações do Dispensário do Méier, ocorrida em setembro. De acordo com o noticiado pela imprensa, o atendimento dispunha de vários serviços para a população. Sob o título “aperfeiçoando os serviços da Assistência”, o jornal afirmava:

¹⁶⁹ “A Noite”, 12/08/1933, p.2, com foto; 14/08/1933, p.principal, com foto; 30/10/1933, p.principal, 04/11/1933, p.2; 08/11/1933, p.2; 09/11/1933, p.2, com foto; 10/11/1933, p.2, com foto; “Jornal do Brasil”, 12/08/1933, p.6; 15/08/1933, p.13, com fotos; 31/10/1933, p.13, com foto; 09/11/1933, p.10; 10/11/1933,

“Além dos ambulatórios de clínica médica infantil, médica de adultos, cirúrgica de adultos e crianças, dermatológica e dentária para menores e adultos e gynecologica e obstétrica, bem como farmacia, há também uma grande aparelhagem de raios X, laboratórios de pesquisas clínicas, sala de operações, ambulatórios de psycoterapia, sala de triagem, etc;”¹⁷⁰

Pelo que se depreende desta noticia, com as novas instalações, a unidade poderia oferecer serviços que atenderiam a toda uma clientela – crianças e adultos – em várias especialidades, inclusive com serviços de raios X e laboratórios de pesquisa clínica. Estas afirmativas visavam demonstrar que o atendimento aos necessitados acompanhava as inovações tecnológicas e científicas do campo médico. E para que esses serviços fossem executados, a admissão de novos profissionais se justificava. No decreto nº.5.046 os números de chefes de clínicas e de laboratórios, de especialistas, de médicos e cirurgiões demonstram que houve um acréscimo que varia entre 23 e 53% em relação ao decreto anterior.

Para que também possamos ter uma visualização melhor das alterações ocorridas no quadro de funcionários médicos da Assistência entre junho de 1933 até julho de 1934, elaboramos a tabela que apresentamos abaixo.

Tabela 7: médicos
Decretos promulgados

MÉDICOS	DECRETOS		
Nº total	203	237	292
Diretoria de hospital e dispensários	3	3	4
Chefes de clínicas e laboratórios	16	17	22
Médicos assistentes	34	34	31
Cirurgiões assistentes	39	39	38
Especialistas* – assistentes, adjuntos, auxiliares	38	51	78
Médicos adjuntos	-	-	2
Cirurgiões adjuntos	-	-	4
Médicos auxiliares	40	50	63
Cirurgiões auxiliares	18	28	33
Diretor geral, Secretario Geral, Sub-diretores, Conselho Técnico, Diretor de Asilo	15	15	17

p.11, com foto; “Diário de Noticias” 14/08/1933, p.principal; “Correio da Manhã”, 31/10/1933, p.5, com foto; 10/11/1933, p.3, com fotos.

*pediatras, proctologistas, ginecologistas, otorrinolaringoofatamologistas, dermatologistas, ortopedistas, urologistas, radiologistas.

Diante do exposto, percebe-se que em termos gerais, o corpo médico da Assistência Municipal foi ampliado significativamente nestes treze meses de implantação da Reforma. Como o número de atendimentos também foi acrescido, tal como vimos no capítulo anterior, é possível que esta seja a justificativa para este incremento.

Além deste dispensário, a Assistência Municipal previa que para as próximas unidades a serem inauguradas, como o Hospital Jesus e os Hospitais da Gávea e Vila Isabel, outros profissionais precisariam ser admitidos. Assim, por meio de decretos específicos para este fim, o interventor “fixava os quadros do pessoal para os futuros hospitais do ‘Departamento Geral de Assistência Municipal’”¹⁷¹.

A tabela abaixo nos mostra a previsão que foi feita por aquele órgão para as unidades hospitalares.

Tabela 8: Unidades de atendimento
nº de médicos lotados

UNIDADE DE ATENDIMENTO	Nº. DE MÉDICOS
Hospital Jesus	23
Hospital da Penha	23
Dispensário de Campo Grande	30
Hospital de Vila Isabel	86
Hospital da Gávea	36
Dispensário da Ilha do Governador	33

Ao examinarmos estes dados, e não tendo encontrado nenhum indício da realização de concurso naquele período, supomos que o ingresso destes médicos tenha sido feito a partir das nomeações que também estavam previstas nos decretos.

Esta situação se coaduna com a observada e descrita por Freidson em relação aos profissionais em Estados marcados pela forte presença do governo central e baixa autonomia

¹⁷⁰ “A Noite”, 22/09/34, p.principal, com foto.

¹⁷¹ PREFEITURA DO DISTRITO FEDERAL. Decreto nº.5.058, de 14 de julho de 1934; Decreto nº.5096, de 1 de setembro de 1934.

de governos estaduais que são características do Distrito Federal no período em que Pedro Ernesto promulgou os decretos. Para o autor, nos casos como este, de “alto estatismo”, na implementação da política de Estado as profissões tendem a ter mais *status* e poder, e o serviço público torna-se uma opção bastante considerável para a carreira profissional. O agente regulador do ingresso de novos profissionais no mercado é o próprio profissional que, além disso, estabelece políticas gerais e padrões oficiais para a produção de bens e serviços críticos. Cabe, portanto, ao profissional um papel importante como controlador de seu próprio *status*. (42).

No entanto, esta situação de *status*, poder e de ingresso dos médicos no serviço público teve pouquíssima repercussão na imprensa leiga. A este respeito, os jornais cariocas não se manifestaram, à exceção do artigo intitulado “Medicina e Penúria”, que foi publicado ano mesmo dia da promulgação do primeiro decreto¹⁷². Neste artigo, o autor, Raul Azedo¹⁷³, contrariava estas ponderações, ao afirmar:

“Ultimamente a imprensa vem registrando suicídio de médicos por dificuldades de vida, e para alguns cargos da Prefeitura candidatam-se mais de quatrocentos desses profissionais, segundo consta. Já esses facultativos se vêem forçados pela pressão das circunstâncias a se incorporar nessa burocracia, que é a nefasta organização parasitária consumidora de nossa vitalidade(...). (...)Já vão os médicos tomando parte na correria desenfreada ao emprego público; (...) já vão em summa, perdendo a sua independência e amesquinhando-se moralmente”.

Ao analisarmos este trecho, não podemos deixar de considerar que a opinião emitida era a de um médico, mas cujas idéias foram expressas em um jornal de circulação diária na cidade, voltado para a elite da sociedade carioca(43). Sob este ângulo, o ingresso à Assistência Municipal, mesmo que se configurasse como uma alternativa para a categoria médica, com a candidatura de um número expressivo de profissionais, era visto e apresentado como uma situação a ser combatida. Para o autor, ao ingressar no serviço público, o médico perderia o seu *status* e seria consumido pela estrutura do poder. Por este motivo, provavelmente as formas de acesso dos médicos ao “Departamento Geral” não foram sequer discutidas pelo articulista.

Mas sobre este ingresso, a imprensa médica se manifestou diversas vezes, até mesmo depois que Pedro Ernesto havia deixado o cargo. Porém, como provavelmente seria esperado, posto que os profissionais passariam a compor a estrutura do poder, esta manifestação foi

¹⁷² “Correio da Manhã”, 08/06/1933, p.2.

¹⁷³ Médico e jornalista pernambucano.

antecedida por discussões e posicionamentos a respeito da relação que se estabeleceria entre o Estado e a categoria. Portanto, antes de abordarmos as manifestações a respeito do ingresso, apresentaremos sucintamente as considerações que foram feitas a cerca daquela relação.

Em julho de 1931, portanto dois anos antes da Reforma, os médicos reunidos na 3ª sessão do 1º Congresso Sindicalista Médico, organizada para discutir a “Medicina do Estado”, se manifestaram favoravelmente à atuação dos profissionais junto ao Estado.

“Influir junto ao Estado direta e indiretamente para que se efetivem novas providências legislativas, atendendo ao tríptico aspecto da profissão médica: função pública, serviço coletivo não público e clínica individual¹⁷⁴”.

Este posicionamento parece demonstrar que a categoria médica não estaria disposta a ter seu *status* profissional reduzido em função do poder centralizado de Vargas. Como modo de fortalecimento, durante a discussão foi proposta a organização sindical da categoria apoiada na legislação recém promulgada¹⁷⁵. A participação da categoria no poder público era proposta de forma diferenciada dos outros segmentos. Para os médicos presentes àquela sessão, “a inclusão no Estatuto Geral dos Funcionários Públicos deveria merecer um capítulo especialmente consagrado aos funcionários médicos, tendo em vista a peculiaridade de suas atribuições técnicas¹⁷⁶”.

Ao concluir os trabalhos desta sessão, o Dr. Reginaldo Fernandes¹⁷⁷ se posicionou de forma amplamente favorável a respeito da relação profissão médica-Estado, declarando:

“(…) que a medicina seja de vez convertida numa função exclusiva do Estado por isso que está absolutamente convencido que o que aqui se discutiu e o que se tem debatido por aí afora é mascarar o exercício da medicina fazendo uma profissão sacerdotal e não profissão com personalidade jurídica análoga a qualquer atividade pública”¹⁷⁸

¹⁷⁴ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. 1931, Ed. Especial, pp.24-25

¹⁷⁵ BRASIL. Decreto nº.19.770 de 19 de março de 1931. Dispõe sobre a estrutura sindical com base em categorias, estruturada no sistema federativo, coloca o sindicato como órgão de colaboração com o Estado, atribui função assistencial e nega função pública.

¹⁷⁶ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. 1931, Ed. Especial, pp.24-25

¹⁷⁷ Posteriormente membro da Academia Nacional de Medicina.

¹⁷⁸ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. 1931, Ed. Especial, pp.24-25

Esta posição não foi contestada pelos presentes, ao contrário, recebeu considerações positivas expressas no discurso pelo Dr. Aresky Amorim¹⁷⁹, porém depois disso, a relação entre a presença do Estado e a profissão médica foi pouco discutida especificamente nos periódicos médicos consultados. Apenas em novembro de 1931, em editorial intitulado “O Médico e a Política” o Boletim do Sindicato Médico Brasileiro afirmava que:

“Inauguram-se por toda parte novos moldes políticos. (...) o momento é, pois, de grandes responsabilidades para a classe médica que não pode manter-se alheia aos movimentos reformadores”¹⁸⁰.

Com esta declaração a categoria demonstrava o seu interesse em manter-se presente junto ao poder e dele participar, atribuindo a si própria uma parcela da responsabilidade pelos movimentos reformuladores.

Diante disto, as questões a respeito do ingresso dos médicos no “Departamento Geral de Assistência Municipal” não deixariam de ser assunto para que a categoria se manifestasse.

Assim, uma semana após a promulgação do Decreto nº.4.252, o Conselho Deliberativo do Sindicato Médico Brasileiro se reuniu em sessão extraordinária para discutir a Reforma da Assistência Municipal. Tão logo os trabalhos foram iniciados, o Dr. Emilio de Oliveira pediu a palavra e censurou o ato do interventor relativo à reforma da Assistência Municipal por ver na recente reforma uma “derivação da clínica”, mas fazia questão de declarar que “se rejubilava com a nomeação de vários amigos, todos merecedores desse galardão”. Da mesma forma o Dr. Cumplido de Sant’Anna¹⁸¹ congratulava-se com os colegas nomeados, porém fazia restrições de outra ordem. Em seguida, o Dr. Raul Pacheco propunha que o Sindicato Médico Brasileiro se manifestasse em favor da norma do concurso para o preenchimento de todos os cargos médicos justificando que dessa forma “serão contemplados os realmente capazes e não os que vão se amparar em bons pistolões”. De forma contrária, o Dr. Pinto da Rocha¹⁸² defendia o sistema de nomeação para os cargos médicos, por considerá-lo preferível aos “concursos imorais”. Ao se pronunciar o Dr. Rolando Monteiro¹⁸³ declarava que “fizera concurso para a Assistência em 1926, sendo classificado porém, jamais nomeado, até que a validade do

¹⁷⁹ Posteriormente Membro da Academia Nacional de Medicina.

¹⁸⁰ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. 1931. Ano III, nº.35. p. 167

¹⁸¹ Citado em nota de rodapé no capítulo 2.

¹⁸² Citado em nota de rodapé no capítulo 2.

¹⁸³ Idealizador da Faculdade de Ciências Médicas (UERJ), fundada em 1937, e do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, em 1929.

concurso fosse declarada cada pelo antigo prefeito interventor e que assim não se considerava com direito a um dos lugares recém-criados”¹⁸⁴.

Percebe-se nesta sessão que a questão dos concursos era um ponto que suscitava polêmica no meio médico, já que sua eficácia e moralidade se opunham às indicações e avaliações feitas pelos próprios profissionais. A ambigüidade presente nos artigos do Decreto se traduzia nesta discussão.

A questão voltou a ser discutida no Sindicato ainda ao final daquele ano com a posse de um novo Conselho Deliberativo daquela entidade. Assim, em artigo intitulado “Rumos Necessários”, o Dr. Austregésilo Filho considerava a questão dos concursos para os cargos da Assistência, um “ponto importante da questão médica”. Para ele:

“As imposições políticas (mais conhecidos por pistolões) são de tal ordem, que nem sempre se pode fazer a escolha como se deseja...Enquanto que, quando há um concurso de provas ou de títulos, não se atreverão os incapazes inscrever-se porque seria o desmoronamento do nome deles. Não procede o argumento de que as imposições políticas se deslocariam dos administradores para a banca examinadora (...) e mesmo que as influências políticas se exercessem sobre os examinadores, só o fato dos incapazes não se atreverem a prestar tais concursos, já era suficiente para justificar tal medida moralizadora”¹⁸⁵.

É possível que a forte preocupação demonstrada com as imposições políticas tenha origem na condição pela qual Pedro Ernesto tornou-se interventor, qual seja, sua proximidade com Vargas e sua estreita ligação com o Partido Autonomista do Distrito Federal. Neste trecho, também transparece a apreensão com a possibilidade de que estes nomeados não tivessem a capacitação técnica necessária para o preenchimento dos cargos.

Estes pontos também foram apontados por outro membro do Sindicato, Dr. Silio Boccanera, que argumentava ser falsa a tese de que “o acesso aos cargos vai se tornando cada vez mais difícil, aliás, impossível aos médicos desprotegidos, como dizem por aí”. Para ele, perdiam se a conta do número o número de médicos “que do nada surgem em brilhantes provas públicas de competência, mercê, apenas da proteção que, pelo estudo e esforço próprio souberam criar para a individualidade deles”¹⁸⁶.

¹⁸⁴ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano V, nº.56.

¹⁸⁵ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano V, nº.60.

¹⁸⁶ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano VI, nº.63.

Apesar das posições desfavoráveis quanto a realização dos concursos, indicando não haver unanimidade sobre a questão entre os médicos do Sindicato, a tendência de muitos de seus membros era pela sua aprovação, tal como podemos perceber nas proposições do Dr. Ovídio Meira¹⁸⁷. Elas foram apresentadas em reunião ordinária do Conselho Deliberativo, treze dias após a publicação do Decreto nº. 5046, em julho de 1934. Conforme os dados da Tabela 7, neste decreto estava previsto um acréscimo considerável no número de médicos para a Assistência. Em seu pronunciamento, o Dr. Meira propunha:

“Que o Sindicato Médico Brasileiro apele para o ilustre colega interventor do Distrito Federal, solicitando que ponha em concurso os novos cargos que vão ser criados na Assistência Municipal. Que seja solicitado o amparo a essa justa pretensão do Sindicato Médico Brasileiro aos ilustres deputados autonomistas Jones Rocha e Amaral Peixoto¹⁸⁸ (...) para a conquista de igualdade de direitos na nomeação de cargos públicos.”¹⁸⁹

Esta proximidade com a classe política parecia não agradar a vários membros do Sindicato, e este assunto envolvendo os concursos pode ter contribuído para a formação de um grupo de oposição aos rumos dados pela entidade a estas e a outras questões. Daí surgiu a “Oposição Sindical”¹⁹⁰.

Porém, depois disto, nenhuma das duas entidades representativas se manifestou a respeito dos concursos. Isto só voltou a acontecer em janeiro de 1935. Nesta ocasião, ainda estavam sendo apurados os votos para a eleição dos vereadores e deputados pelo Distrito Federal, ocorrida ao final do ano anterior. Naquele momento, Pedro Ernesto já havia retomado o cargo do qual se afastara para concorrer às eleições.

As manifestações voltaram a ocorrer na sessão ordinária do Conselho Deliberativo do Sindicato Médico Brasileiro em que um dos membros da “Oposição Sindical”, Dr. Flávio Poppe apresentou uma proposta aos membros do Sindicato para que se unissem “em uma luta comum pró-concurso na Assistência”. A preocupação se devia ao fato da “próxima avalanche de nomeações para a Assistência, prestes a consumir-se segundo voz corrente” (...) ¹⁹¹. A sessão foi encerrada sem que a proposta fosse votada.

¹⁸⁷ Membro da Academia Nacional de Medicina.

¹⁸⁸ Ambos médicos.

¹⁸⁹ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano VI, nº.68.

¹⁹⁰ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano VI, nº.69.

¹⁹¹ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim, Ano VII, nº.75.

Esta “avalancha” de nomeações a que o Dr. Poppe se referia são as mencionadas na Tabela 8 e corresponde às inaugurações previstas para aquele ano.

Não há registro de que estas nomeações não tenham ocorrido ou que os concursos tenham se realizado. Ao contrário, a insatisfação entre os médicos do Sindicato a respeito das indicações para os cargos da Assistência continuava a ser demonstrada. Assim, na edição de agosto de 1935, quatro meses após a eleição e posse de Pedro Ernesto na Prefeitura, o Dr. Cleto Velloso iniciava uma série de artigos em que defendia a realização dos concursos.

No primeiro¹⁹², o médico relata que em conversa com um “distinto e talentoso colega que há dous anos se acha nesta Capital à espera de um concurso” pensava como dizer ao “nosso colega Dr. Pedro Ernesto do descontentamento e da tristeza com que os médicos sérios do Brasil vêm as nomeações sem concurso para preenchimento dos cargos da Assistência, embora tais nomeações estejam, como se diz, dentro da lei”.

Diante deste pequeno trecho percebemos que à vista do autor, só aqueles médicos que não fossem sérios, dignos de respeito e plenos de conhecimento poderiam aceitar as nomeações sem concurso. Só os médicos que não reconhecessem os atributos do saber esotérico e das implicações decorrentes de tal posição, que conferiam à profissão autonomia e o caráter de liberalidade poderiam aceitar o ingresso sem concurso. A ambigüidade da lei também está sugerida, quando o autor emprega a expressão “como se diz, dentro da lei”, já que ali as nomeações também estavam previstas.

Dando continuidade ao seu artigo, o autor dizia:

“Se o concurso é uma instituição desmoralizada em nosso Paiz, (..) a verdade é que entre todos os critérios da escolha de indivíduos para um cargo é ainda o concurso o melhor, o menos imoral, a que mais satisfaz a quem estuda, a quem não tem pistolão do protetor ou do amigo político(...) Ademais, contra a imoralidade e contra a fraude no concurso há, a providencia dos recursos(...) No caso das nomeações sem concurso, se premiava não o conhecimento mas a incompetência, não o estudo mas a vadiagem, (...) tirando o direito a quem sabe, a quem tem cultura, de ocupar um cargo publico, tão útil nos dias que correm (...)”

A preocupação do autor com as questões morais é exposta ao mencionar a fraude e a vadiagem; com a influência de políticos, ao apontar a proteção dos mesmos, e ainda com o conhecimento técnico, ao destacar o estudo e a cultura que envolvem o concurso, ou seja o autor se via apreensivo com a possibilidade da perda da autonomia profissional.

¹⁹² SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim, ano VII, nº.80.

Este clima de apreensão não se restringia ao universo profissional médico, já que no final daquele ano de 1935, o país atravessou momentos de inquietude e turbulência política. Tais acontecimentos poderiam justificar que o assunto do concurso só voltasse a ser debatido no Sindicato, em seu boletim de janeiro de 1936. Novamente o Dr. Cleto Velloso denunciava a situação e declarava:

“(…) Não há médico sério no Rio de Janeiro e talvez no Brasil que não seja contrário às nomeações sem concurso para preenchimento dos cargos da Assistência Municipal. Todos, nesta hora, sentem que o critério odioso da nomeação, recaindo nos protegidos políticos, nos filhos dos medalhões, é um insulto ao honesto médico trabalhador brasileiro, que estuda e que tem realmente valor”¹⁹³.

Esta afirmativa nos ajuda a perceber que, a ambigüidade dos decretos quanto ao ingresso dos médicos na Assistência Municipal estava restrita à letra legal, pois as nomeações pareciam ser prática corrente naquele órgão. Assim, o autor fez sérias críticas à condução da diretoria geral do “Departamento Geral”, ao afirmar:

“(…) enquanto isso, o sr. Gastão Guimarães continua bancando o bicho-papão dentro da Assistência, infundindo simplesmente terror aos médicos incautos que dele se aproximam sem o pistolão de uma deidade política”.

Observa-se nestes artigos que a indicação política das nomeações aparece sempre como um fator negativo do processo de ingresso na Assistência Municipal. Esta situação corrobora a constatação que Freidson faz em seus estudos, de que no “alto estatismo”, os cargos podem ser ocupados por profissionais com competências cada vez mais políticas e menos cognitivas.(44)

Vimos anteriormente que as questões políticas acabaram por afastar Pedro Ernesto da Prefeitura do Distrito Federal, em abril de 1936. Com a sua saída, a questão do ingresso dos médicos à Assistência voltou a ser discutida no Sindicato, já que as obras dos hospitais iniciadas na administração de Pedro Ernesto deveriam ser concluídas na nova gestão¹⁹⁴.

Mais uma vez o Dr. Cleto Velloso abordou a questão dos concursos e declarava:

¹⁹³ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano VIII, nº.85.

¹⁹⁴ O Cônego Olympio de Mello assumiu interinamente a Prefeitura do Distrito Federal, indicando para Secretario de Saúde, o Dr. Irineu Malagueta. Pouco depois, o médico Henrique Dodsworth ocupou o cargo de Prefeito, nomeando o Dr. Clementino Fraga para secretariá-lo na pasta da Saúde. Estes três médicos eram membros da Academia Nacional de Medicina.

“Com a entrada do Prof. Irineu Malagueta para o alto cargo(...) a classe médica sente-se esperançada(...) no tocante à escolha das vagas e demais lugares existentes naquelas repartições. O atual secretário, que não é homem político e portanto, não faz malabarismos com cargos públicos à cata de voto, há de se empenhar a fim de que se adote, doravante, o critério de concurso”¹⁹⁵.

Percebe-se neste artigo, que é esperada uma mudança no critério de acesso dos médicos ao “Departamento Geral de Assistência Municipal” e isto se traduz até mesmo no tratamento formal dos secretários. Ao se referir ao anterior, o articulista o tratava por “senhor”, enquanto que este recebia o título de “professor”. No tocante à admissão, portanto, era esperado que a autonomia profissional se restabelecesse ao serem afastadas as injunções políticas.

Porém, em junho, as alterações ainda não tinham se efetivado, o que levou o Dr. Cleto Velloso a perguntar “ o que há, então a impedir o concurso na Assistência?”¹⁹⁶. A questão não foi respondida e com a proximidade da inauguração do Hospital da Gávea e das novas instalações do Hospital de Pronto Socorro, novas admissões estavam previstas. A preocupação e a decepção do articulista se mostraram neste trecho que apresentamos a seguir:

“(…) quando temos ciência, pelas publicações oficiais, da nomeação de uma chusma de novos médicos, todos muito empistolados (grifo do autor) para o hospital da Gávea e para o Pronto Socorro. E o que é mais clamoroso é que desta vez, como aliás, todas as outras vezes, a coisa começou por casa, e só o Prof. Malagueta nomeou três ou quatro de seus mais diletos companheiros de hospital e de consultório.(…) Queríamos que o novo titular imprimisse um sentido novo na Assistência, arrancando-a do charco da imoralidade e do descrédito em que a colocaram os cambalachos da política eleitoral do ex-prefeito Pedro Ernesto. E o concurso seria o primeiro e o mais acertado passo para essa bela reivindicação”¹⁹⁷.

Ao que parece, a esperada mudança para o acesso dos médicos à Assistência não haveria de ocorrer e com isto a perda de autonomia ganhava contornos mais acentuados. A indignação do articulista com a administração anterior pelas indicações políticas ia se transferindo para a administração do Prof. Malagueta. E no número seguinte do Boletim, o Dr. Cleto Velloso declarava que “se me pedissem uma definição para a atual administração da Assistência Municipal eu o faria nesta palavra – imoralidade”¹⁹⁸.

Diante do exposto, constatamos que para um segmento da categoria médica, a interferência política na administração de Pedro Ernesto foi bastante acentuada e isto

¹⁹⁵ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano VIII, n.º.87.

¹⁹⁶ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano VIII, n.º. 90.

¹⁹⁷ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano VIII, n.º.91.

contribuiu para que houvesse uma perda no controle do recrutamento e do número de profissionais em exercício, configurando-se assim na perda de um dos elementos formadores da autonomia técnica daquela profissão (45).

Esta perda do controle de acesso pela inexistência de concurso traria conseqüências na distribuição dos cargos, afetando com isso os vencimentos e a hierarquia, outros componentes da autonomia econômica e técnica. Sobre estes aspectos passaremos a tratar a seguir, abordando primeiro as disposições legais referentes a cada um deles para depois analisarmos as manifestações da categoria a este respeito.

O DECRETO E OS VENCIMENTOS DOS MÉDICOS

Com a promulgação do Decreto nº. 4.252, o Estado passou a interferir diretamente na profissão médica, pelo menos para aqueles que ali exerciam as suas atividades, já que dentre as disposições legais sobre a reorganização do “Departamento Geral de Assistência Municipal” constavam os capítulos e artigos concernentes aos cargos e vencimentos dos profissionais lotados naquele órgão.

Assim sendo, este dispositivo e os outros que o precederam previam que, a começar pelo próprio diretor geral, os cargos para os quais os médicos fossem nomeados, seguiriam sempre a condição de ser “em comissão”^{199,200}. O cargo de Secretário Geral, extinto pelo último Decreto, o nº.5.046, de julho de 1934, também era exercido por um médico, nomeado “em comissão”.

Embora os decretos não previssem que os membros do Conselho Técnico seriam médicos, no ato de nomeação dos funcionários da Assistência constavam os nomes dos Drs. Alcides Pinheiro Marques Canário, Vitor Cabral de Teivre, José de Oliveira Santos como seus integrantes.

Além destes cargos, os decretos apresentavam o quadro de funcionários do “Departamento” e seus respectivos vencimentos.

Os médicos que ali atuavam eram distribuídos nos cargos como chefes de clínica, assistentes, adjuntos e auxiliares. Não podemos precisar se na Prefeitura havia algum plano de

¹⁹⁸ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano VIII, nº.92.

¹⁹⁹ Artigo 9 dos Decretos nºs.4.252; 4.397 e 5.046.

²⁰⁰ “Em comissão”: o ocupante do cargo recebia uma gratificação extra pelas atividades exercidas.

carreira para esses funcionários, onde estivessem discriminados os critérios de avaliação para o preenchimento destas funções.

Apresentamos abaixo, a tabela de vencimentos anuais dos funcionários médicos daquele órgão e os cargos correspondentes, conformes os decretos promulgados.

Tabela 9: Cargo
Vencimentos anuais

CARGO	VENCIMENTOS ANUAIS	
	Decretos nºs 4.252 e 4.397	Decreto nº.5046
Diretor Geral	30:000\$000	36:000\$000
Sub-diretor	28:600\$000	31:600\$000
Secretario Geral	28:600\$000	-
Diretor de hospital	26:200\$000	28:800\$000
Chefe de dispensário	25:200\$000	26:200\$000
Diretor de Asilo	25:200\$000	28:800\$000
Chefes de clínica	24:000\$000	24:000\$000
Assistentes	21:600\$000	21:600\$000
Adjuntos	14:400\$000	14:400\$000
Auxiliares	9:600\$000	9:600\$000

Constatamos que um ano depois de implementada a reforma, houve um aumento apenas para os cargos de direção. Não encontramos qualquer tipo de manifestação sobre estas alterações, nem na imprensa leiga nem na imprensa médica.

Esta questão dos vencimentos é tratada em um dos capítulos dos decretos²⁰¹, sobre o qual passamos a tratar.

De início, ficou estabelecido que os funcionários receberiam os vencimentos compostos de duas frações, sendo fixados 2/3 (dois terços) para a forma de “ordenado” e o restante, 1/3 (um terço) como gratificação²⁰².

Os médicos passavam a receber um pagamento regular pelos seus serviços – o ordenado – e este fato denota a perda de um dos critérios de liberalidade da profissão. O médico já não regulava os seus próprios proventos e nem tampouco o seu regime de trabalho.

²⁰¹ Capítulo III do regulamento dos Decretos nºs. 4.252 e 4.397 e IV do regulamento do Decreto nº.5.046.

²⁰² Artigo 6 do regulamentos dos Decretos nºs. 4.252 e 4.397, e artigo 5 do regulamento do Decreto nº.5.046

“(…) pelo que constar do registro de ponto²⁰³, no qual assignarão todos os funcionários, durante os primeiros trinta minutos, depois do inicio do expediente, e quando terminarem os trabalhos”²⁰⁴.

Os profissionais estavam submetidos às determinações burocráticas de tais questões, sobre as quais não eram consultados e não exerciam algum tipo de influência e interferência. Além disso, se tornaram passíveis de penalidades por faltas e atrasos, e estas se davam na forma de descontos nos vencimentos e nas gratificações. Algumas destas penalidades nos parecem de difícil aplicação, como a que determinava a perda de todo o vencimento para o funcionário que faltasse sem causa justificada e a que limitava o pagamento à metade da gratificação se o funcionário, mesmo que justificando a demora, comparecesse para trabalhar depois do ponto encerrado.

Provavelmente estas normas de organização estavam previstas, porém não soubemos precisar o horário de funcionamento das unidades do “Departamento Geral de Assistência Municipal”. Supomos que a jornada de trabalho nas unidades daquele órgão seria de três a quatro horas por dia, durante a semana, tomando-se como referencia as noticias dos jornais ao serem iniciadas as obras do Hospital da Gávea e ao ser inaugurado o Dispensário do Méier²⁰⁵.

Presumimos ainda, que os descontos mencionados, ainda que não efetivados na prática, tenham trazido algum embaraço para os médicos, sobretudo para os mais arraigados aos ditames da tradicional medicina liberal, posto que em seus consultórios ou nas instituições filantropias e de caridade a relação empregado-empregador inexistia ou era tratada de forma diversa àquela que o Estado naquele momento lhes impunha.

Com estas disposições, além de não regularem seus vencimentos e seus horários, os médicos estavam sujeitos às sanções que o seu “patrão” lhe impingia pelos seus erros. Estavam se tornando assalariados e perdiam a autonomia profissional que consideravam ter conquistado junto à sociedade do Distrito Federal.

A situação ganhou os mesmos contornos, em relação à hierarquia, quando o quadro das nomeações, promoções, substituições e licenças foi estabelecido pelo capítulo dos decretos que se segue a este que acabamos de abordar.

²⁰³ Caderno de controle de freqüência de funcionários. Os funcionários apõem suas assinaturas ao lado do horário de suas chegadas e saídas do local de trabalho.

²⁰⁴ Artigo 6 do regulamentos dos Decretos nºs. 4.252 e 4.397, e artigo 5 do regulamento do Decreto nº.5.046

²⁰⁵ “A Noite”, 12/01/1934, p. 2, com foto; 22/09/1934, p. principal, com foto.

Pelo Decreto nº.4.252 os médicos estavam distribuídos na Assistência Municipal segundo as classes de auxiliar, adjunto e assistente, em ordem ascendente, até chegar às chefias de clínicas, de dispensários e direção de hospital e de asilo. Pela tabela apresentada anteriormente, no que se refere aos vencimentos, a diferença que aparecia mais acentuada estava entre as categorias dos auxiliares e adjuntos, sem que pudéssemos encontrar justificativas para isto. A ascensão a estes cargos estava estabelecida da seguinte forma:

“Os cargos de médicos, cirurgiões e especialistas-assistentes serão providos pela promoção dos respectivos adjuntos, e destes pela promoção dos auxiliares médios, tendo sempre em vista o merecimento”²⁰⁶.

Esta categorização dos médicos seguia determinações específicas, em artigos dos decretos²⁰⁷ que previam as “atribuições e deveres” destes profissionais. Ao analisá-los, constatamos que o desempenho do diretor de hospital estava nitidamente voltado para as funções administrativas, como autorizações para compras, prestações de contas e aplicação de penas disciplinares ou elogios aos funcionários da unidade. As atribuições técnicas estavam distribuídas entre os chefes de clínica e assistentes, cabendo aos adjuntos e auxiliares, que estavam “diretamente subordinados aos assistentes, observar as disposições regulamentares e executar as determinações de seus superiores”²⁰⁸.

Quando a legislação definia as competências e obrigações para as diversas categorias da Assistência, a hierarquia profissional passava a ser regulada pelo Estado e exercida por grupos estabelecidos. Este tipo de situação foi analisado por Freidson, constatando que:

“Agrupamentos de ocupações podem ter, por sua vez, uma forma hierárquica em razão da imputação de habilidade e responsabilidade superiores a algumas ocupações, que a partir daí, ganham direito de ordenar e coordenar outras”(46)

A maneira como esta constatação foi compreendida e assimilada pelos médicos, se houve interferência na autonomia destes profissionais e até que ponto isto acarretou mudanças para a categoria serão parte da análise que faremos a seguir. Esta análise estará baseada nas

²⁰⁶ Artigo 15 dos regulamentos dos Decretos nºs. 4.252 e 4.397, e artigo 16 do regulamento do Decreto nº.5.046

²⁰⁷ São oito os artigos que compõem o capítulo X dos regulamentos dos três decretos que dispõem sobre as competências dos médicos da Assistência.

²⁰⁸ Artigo 133 dos regulamentos dos Decretos nºs. 4.252 e 4.397, e artigo 130 do regulamento do Decreto nº.5.046.

manifestações que a categoria expressou na imprensa médica. Sob o ponto de vista dos médicos, a questão dos vencimentos, que acabamos de abordar, também fará parte desta análise.

AS MANIFESTAÇÕES NA IMPRENSA MÉDICA

Vale ressaltar que diferentemente do acesso dos pacientes, em que as manifestações da imprensa leiga foram abundantes, e na questão do ingresso dos médicos à Assistência Municipal estar restrito a um artigo sobre o assunto, os tópicos sobre os quais passaremos a tratar – vencimentos e hierarquia – não foram alvo de manifestações nos jornais cariocas. Por esta razão, deixamos de apresentá-las. Ressaltamos ainda, que os assuntos pertinentes aos honorários tomaram muito mais espaço nas discussões da categoria médica, do que a hierarquia estabelecida dentro da Assistência Municipal.

Podemos dizer que as questões de vencimentos e hierarquia já vinham sendo discutidas pela categoria médica dentro do Sindicato Médico Brasileiro, pelo menos dois anos antes da Reforma da Assistência Municipal ser promulgada, quando em julho de 1931, se realizou o 1º Congresso Sindicalista Médico. Conforme apresentado anteriormente, naquela ocasião os médicos reunidos na 3ª sessão, organizada para discutir a “Medicina do Estado”, se manifestaram favoravelmente à atuação dos profissionais junto ao Estado. Ainda no mesmo tópico, no que diz respeito aos vencimentos, consideravam que, tendo em vista que a profissão médica passava por uma crise, novas providências legais deveriam ser tomadas, e dentre elas se incluía a “revisão das tabelas orçamentárias do quadro dos funcionalismo público”²⁰⁹.

E este assunto dos honorários foi discutido especificamente em reunião presidida pelo Dr. Belisário Penna²¹⁰. Os resultados do trabalho elaborado pelos Drs. Tavares de Souza e Carvalho Cardoso concluíram que seria necessário a adoção de uma tabela de preços mínimos na clínica geral e nas diferentes especialidades, que a situação dos médicos precisava de “urgentes melhorias” e finalmente que era “impossível manter atualmente a mesma tabela de

²⁰⁹ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. 1931, ed. especial, pp.24-25.

²¹⁰ à época, diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública.

honorários médicos, em vista do crescente custo de vida, devendo os mesmos ser aumentados proporcional e paralelamente”²¹¹.

Diante destas conclusões percebe-se a preocupação demonstrada pela categoria ali reunida com a inexistência de valores fixados para os serviços que os médicos efetuavam, possivelmente com discrepância e distorções, as quais acarretariam situações desfavoráveis para o exercício da profissão.

Depois disto, as manifestações a respeito dos vencimentos só voltou a aparecer nos periódicos médicos na última edição daquele ano, quando Pedro Ernesto já havia assumido a interventoria do Distrito Federal.

Assim, do memorial enviado pelo Sindicato Médico Brasileiro ao Chefe do Governo Provisório, em novembro de 1931, constam algumas reivindicações da categoria a respeito de seus honorários.

De início, os membros do Sindicato que assinam o Memorial²¹² reconheciam que “todas as profissões liberais sofrem os efeitos da crise econômico-financeira” e que por esta razão o número de clientes diminuiu e conseqüentemente “se observa uma sensível diminuição nos honorários pagos por aqueles poucos que ainda não prescindiram de tais serviços”. Consideravam que, além disso, a “desorganização dos nossos serviços hospitalares e a concorrência indevida, desleal e positivamente ilegal” de outras instituições subvencionadas pelo poder público ou de caráter particular estabeleciam “preços irrisórios” com os quais o “médico militante” não podia competir. O documento trazia outras considerações, mas dentre as seis sugestões finais, está a que segue:

“Nomeação de uma comissão encarregada de estudar e resolver, o mais rapidamente possível, a uniformização das tabelas de preços dos Estabelecimentos Hospitalares, públicos ou particulares”²¹³.

Ao que parece, esta padronização das tabelas de preços nas instituições era de suma importância pela sua influência direta nos honorários dos profissionais. E a preocupação também com os “preços irrisórios” fez com que a categoria dirigisse um ofício ao recém-

²¹¹ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. 1931, ed. especial, pp.24-35.

²¹² Drs. Álvaro Cumpido Sant’Anna, Pinto da Rocha, Arnaldo Cavalcanti, Cruz Campista, Ovídio Meira, Abias Vieira, Antenor Reis de Assis, Tavares de Souza, Castro Goyanna.

²¹³ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano II., n.º.36.

empossado Interventor²¹⁴, em dezembro de 1931, apresentando sugestões a respeito do atendimento à população menos favorecida financeiramente. Esta apreensão parece ter tido origem na promulgação da Lei das Farmácias²¹⁵. Assim, a consulta para estes pacientes não poderia ultrapassar o valor de 10\$000²¹⁶.

As preocupações dos médicos com o assunto voltaram às páginas do Boletim do Sindicato, em abril de 1932, quando em um de seus artigos intitulado “Em prol da dignidade da nossa profissão, o Dr. Cumplido de Sant’Anna afirmava:

“A administração pública funda hospitais e paga miseravelmente aos médicos; as ordens e as instituições de caridade criam instalações hospitalares luxuosíssimas e só não cuidam da verba condigna para retribuir seu corpo clínico; os beneméritos instalam suntuosas fundações e reservam magros vinténs para os pobres médicos que nela trabalham e os clientes furtam-se de toda a forma ao cumprimento do seu dever...”²¹⁷.

Ao final do artigo, o médico comparava os vencimentos que os médicos recebiam nestas instituições “às pagas semelhantes às dos criados” revelando mais uma vez a preocupação de parte da categoria com a perda do *status* da profissão, desta feita em função dos honorários que lhes eram pagos.

Ao longo do ano que antecedeu a Reforma, outras preocupações da categoria ocuparam as páginas de seus periódicos especializados. Com isto, a questão dos vencimentos só tornou a ser tratada no boletim de maio de 1933, portanto no mês que antecedeu a reforma de Pedro Ernesto. Em um editorial cujo título era “Um grito de alerta”, as dificuldades econômicas da assim denominada “classe médica” eram apresentadas como um processo que se desenvolvia “num crescente assustador”²¹⁸.

Em julho daquele ano, portanto no mês seguinte à promulgação do Decreto nº.4.252, aconteceu em Porto Alegre o 2º Congresso Médico Sindicalista. Ali as questões de honorários, que já haviam sido discutidas no Congresso anterior, como seria de esperar, voltaram à pauta. Em uma de suas sessões, os médicos presentes deliberaram que aquele fórum se dirigisse às

²¹⁴ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano VI, nº.37.

²¹⁵ PREFEITURA DO DISTRITO FEDERAL. Decreto nº.19.990

²¹⁶ Ver nota de rodapé nº.24 do Capítulo 2. Para fins de comparação, o preço médio do exemplar dos jornais era de \$200 (duzentos réis) em 1933.

²¹⁷ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano IV, nº.40.

associações médicas do país, com o intuito de que fossem feitas modificações nos estatutos e regulamentos de todas as instituições médicas “de modo a garantir a necessária estabilidade do respectivo corpo médico, bem como conseguir, remuneração compatível com a dignidade profissional”²¹⁹.

Ainda neste mesmo Boletim, o Dr. Ribeiro Pereira, membro do Conselho Deliberativo, destacava as formas de resolver a “precária situação econômica” e sugeria alguns compromissos para a categoria médica como forma de resolvê-la, incluindo o de “condenar a exploração dos trabalhos médicos pelas associações de classe, ordens terceiras e beneficências, pleiteando o corpo clínico 60% da renda líquida dessas instituições ou honorários por consulta iguais aos cobrados pelos consultórios”²²⁰.

Com esta proposta, o articulista mostrava que havia uma grande diferença entre os honorários recebidos nas diversas unidades e o que era pago pelas consultas nos consultórios. A partir desta proposição é possível intuir que não haveria diferenciação entre a carga horária de trabalho cumprida nos consultórios particulares e nas instituições públicas ou privadas. Além disso, a idéia de determinação destes honorários equânimes teria o significado de manter o controle da valorização do trabalho, que contribuiria para a afirmação da autonomia econômica da categoria.

Como mencionamos, este artigo foi publicado no Boletim no mês seguinte à promulgação do Decreto nº.4.252. Dele constava a tabela de vencimentos para os médicos da Assistência Municipal, conforme apresentamos na Tabela 9. Provavelmente a publicação destes valores tenha sido um fator que teria levado o articulista a apresentar sua proposta.

Esta possibilidade se reforça pela leitura da ata da 29ª sessão extraordinária do Conselho Deliberativo do Sindicato Médico Brasileiro, de 16 de junho de 1933. Dela consta a intervenção feita pelo Dr. Álvaro Cumplido de Sant’Anna a respeito da reforma recém estabelecida. O médico considerava que por “defender os interesses da classe médica em geral e também dos médicos da Assistência” apresentava restrições às disposições do Decreto, dentre elas a da remuneração paga a estes profissionais, que segundo ele “não é suficientemente farta

²¹⁸ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano V, nº.53.

²¹⁹ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano V, nº.55.

²²⁰ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano V, nº.55.

para permitir a socialização dos serviços médicos, esboçado no programa da reforma”²²¹. Apesar de o Dr. Pinto da Rocha ter se manifestado favoravelmente à reforma e considerado que as críticas eram prematuras e injustificadas, seus argumentos não foram acatados pela maioria presente, que aprovou as restrições apresentadas pelo Dr. Cumplido de Sant’Anna e que seriam encaminhadas ao interventor do Distrito Federal.

No entanto, pelo que podemos observar no artigo do Dr. Gastão Pereira da Silva, publicado em agosto de 1933, a situação para os médicos que trabalhavam nos consultórios particulares parecia estar longe da “fartura” apregoada pelo Dr. Cumplido de Sant’Anna, em relação aos ganhos de vencimentos por força da escassez no número de clientes. Segundo ele, “a chamada clínica civil está nas mãos de meia dúzia. O consultório do Dr. nada vale, só para parentes, amigos ou para uma caridadezinha oportuna...”²²²

Esta mesma opinião de que os vencimentos percebidos pelos médicos em seus consultórios não são excepcionais, é compartilhada pelo Dr. Pinto da Rocha, em seu artigo intitulado “Medicina”²²³. Para ele, “a prática diária e os exemplos daqui e d’além” mostram que os “aspectos morais da vida médica” estão estreitamente ligados à organização orçamentária da população, que sob o seu ponto de vista, é bastante precária na família brasileira, já que “entre todas as verbas, das necessárias às inúteis, não encontro ao menos uma rubrica destinada ao médico e os serviços de médico são sempre rejeitados ou taxados de exorbitantes”.

Da mesma forma se expressava o Dr. Heitor Peres, em novembro de 1933, ao afirmar que “de liberal, a classe médica tem muito pouco” e que na atividade médica, “quase todos são empregados e os que não são querem sê-lo”²²⁴.

Diante destas últimas manifestações, o exercício da profissão médica na Assistência Municipal parecia ter se tornado um atrativo para a categoria e para este último articulista, “no Rio, por mais alguns pares de anos, ninguém viverá da clínica particular”. Para ele, apenas aquele clientes “abastados se darão ao luxo de ter médicos particulares”. E no mesmo artigo continuava seus argumentos, afirmando que os vencimentos recebidos do poder público

²²¹ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano V, nº.56.

²²² IMPRENSA MÉDICA. 1933. Ano IX, nº.148.

²²³ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano V, nº.59.

²²⁴ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano V, nº.59

deveriam ser objeto de cuidados, “do contrário, ficaremos como em certos países da Europa, onde o médico é um verdadeiro escravo [das organizações previdenciárias] miseravelmente pago, como simples diaristas” .

Assim, decorridos quase seis meses da promulgação do Decreto nº. 4.252, estas exposições parecem indicar que os vencimentos pagos aos médicos da Assistência Municipal, em comparação aos honorários recebidos pelas consultas nos consultórios particulares, não se constituíam em opinião unânime entre os membros da categoria médica, ao menos para aqueles representados pelo Sindicato Médico Brasileiro, embora a tendência fosse a de reconhecê-los como justos e a longo prazo, possivelmente como substitutos dos honorários pagos no exercício da clínica particular.

A possibilidade da ocorrência desta situação, mesmo que não de imediato, parecia ser uma preocupação para aquele segmento da categoria que, naquele final de ano de 1933, após as alterações da Assistência Municipal, depositava na futura Constituição Brasileira²²⁵, “a garantia da estabilidade profissional, e a remuneração do trabalho como direito dos médicos”²²⁶.

Mas a questão envolvendo os honorários médicos voltou a ser discutida, logo nos primeiros meses de 1934. No Boletim de fevereiro, a chamada crise médica era analisada a partir da questão do ensino médico, mas que também apontava para os vencimentos pagos na Assistência Municipal como causa do excesso de profissionais no Distrito Federal, muitos deles incapacitados em sua formação, ao afirmar:

“Daí permanecerem nos grandes centros, sobretudo na Capital, à espera de uma colocação qualquer, *sem olhar a vencimentos* (grifo no original). Com a criação dos cargos públicos que nos últimos tempos atingiram a mais de 500, e sob a perspectiva de novos outros...”²²⁷

Com este destaque dado aos vencimentos, após a afirmação de que estes poderiam corresponder a “uma colocação qualquer”, abre-se a possibilidade de considerar que independentemente do cargo e da competência que ele exigiria, os vencimentos seriam

²²⁵ Promulgada em 16 de julho de 1934.

²²⁶ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano V, nº.60.

²²⁷ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano VI, nº.62.

razoáveis, o que justificaria, portanto, a espera para a entrada nos serviços do “Departamento Nacional de Assistência Municipal”. Vale a ressalva de que, conforme apresentamos anteriormente, a criação de novos cargos a que o articulista se referia em fevereiro de 1934, não atingiu a marca mencionada, com a promulgação do Decreto de julho daquele ano.

E apesar deste Decreto, o de nº.5.046, ter acrescido o número de médicos da Assistência Municipal, e também a tabela de vencimentos ter apresentado alterações nos valores, não foram registrados nem nos boletins do Sindicato Médico Brasileiro nem nos outros periódicos médicos consultados, qualquer manifestação da classe médica sobre este assunto.

Consideramos a possibilidade de que a proximidade das eleições para os cargos legislativos no país e no Distrito Federal, em outubro de 1934 tenha contribuído para esta situação. Outras questões foram objetos de discussão, tais como o número de médicos formados a cada ano e a qualidade do ensino administrado nas escolas de medicina do país.

Porém, passadas as eleições, e depois de Pedro Ernesto ter sido acusado de irregularidades naquele pleito²²⁸, a questão dos vencimentos voltou às páginas do Boletim do Sindicato Médico Brasileiro, na edição de março de 1935.

Pelos acontecimentos insólitos que trouxeram de volta o assunto dos vencimentos, achamos que seria razoável fazer um breve relato dos fatos. Sob o título de “Instituto dos Médicos”, o boletim informava que o Sindicato Médico Brasileiro havia se reunido no salão nobre da Academia Nacional de Medicina, em fevereiro daquele ano, em sessão extraordinária para prestar uma homenagem a Pedro Ernesto, conferindo-lhe o título de Sócio Benemérito do Sindicato. Diante de uma platéia repleta de médicos, acadêmicos e autoridades, o presidente do Sindicato, Dr. Renato Machado²²⁹ iniciou a sessão afirmando que não restavam dúvidas sobre o prestígio que a entidade adquirira perante a sociedade, em suas reivindicações a favor dos interesses da classe. E seguiu em seu discurso, exaltando o sindicalismo como “um dos caminhos da liberdade e parte integrante na evolução do mundo” e informando que estava em

²²⁸ “A Noite”, 01/02/1935, p.2. As acusações feitas pelos opositores políticos de Pedro Ernesto eram de que o interventor tivesse aproveitado do seu cargo para pressionar os servidores municipais a votarem nos candidatos do Partido Autonomista do Distrito Federal. A Justiça Eleitoral não considerou suficientes as alegações dos opositores, mas o resultado das investigações e fim do processo só aconteceu três meses depois, noticiado pelo mesmo jornal carioca, em 14/05.

²²⁹ Posteriormente membro da Academia Nacional de Medicina.

curso a formação de uma comissão para a elaboração de um ante-projeto de regulamentação da profissão médica no Brasil. Segundo o orador, isto seria de muita importância devido à “crise médica que se prenuncia com assustadora evidencia”

Neste ponto de seu discurso, o Dr. Renato Machado passou a criticar a ingerência do poder público na profissão, sobretudo em relação aos vencimentos. Assim se expressou:

“A classe será transformada em breve numa espécie de guarda nacional, onde oficiais sem soldados compram o luxo de uma patente inútil para efeitos decorativos. Teremos doutores sem clínica. Frizo sem clínica e não sem doentes, estes aumentam sempre em busca do serviço médico, cada vez mais loteado a preço vil. Tratar de doentes, atendê-los obrigatoriamente sob condições humilhantes e a ameaça do ‘se não quiser não falta quem queira’ não é positivamente ter clínica.(..)vemos que cada vez mais se afasta o consumidor do produtor com a interferência absorvente do intermediário que escava ambos”²³⁰.

Sem demonstrar qualquer preocupação com o homenageado que, na condição de interventor, representava o poder público o presidente do Sindicato continuou sua argumentação., afirmando que:

“O consultório, centro forçado de despesas de toda a sorte, ponto visado pelo fisco na arrecadação de impostos, só será procurado pelos ingênuos ou pelos aberrantes da mentalidade atual brasileira que está se fixando na negativa formal de remuneração a médicos e hospitais.”

E o discurso seguiu, com os agradecimentos ao interventor pela cessão do terreno onde se instalaria a sede do Instituto dos Médicos e ao ex-presidente do Sindicato pelo empenho naquela realização. O título de benemérito foi concedido e Pedro Ernesto fez um discurso de agradecimento “pela distinção que acabava de receber”, elogiando o papel do Sindicato no “cuidado dos interesses da coletividade de uma classe tão nobre e tão útil à humanidade...”

E assim, a solenidade foi encerrada.

Este acontecimento nos parece revelar que a questão dos honorários pagos pela Assistência Municipal ainda gerava muito descontentamento na categoria, que aproveitava

²³⁰ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano VII, nº.75.

qualquer oportunidade para demonstrar suas insatisfações, até mesmo uma “homenagem”, e ali criticar veementemente o “homenageado”!

Outra manifestação a respeito dos vencimentos pode ser observada no artigo do Dr. Jorge da Cunha, do boletim de março de 1935²³¹, em que são propostos novos valores para os cargos de chefe de clínica, assistente, adjunto e auxiliar, além da criação de um novo cargo, transitório, que era o de estagiário. O articulista estabelecia uma nova tabela, com valores fixados para **duas horas de trabalho e por mês** (grifos do autor) e uma remuneração adicional correspondente a 1/3 do valor, por cada hora a mais e por mês. Tendo em vista a ênfase dada à carga horária, e ao acréscimo pelas horas a mais, aliados à observação dos jornais, mencionadas anteriormente²³², é possível intuir que o regime de trabalho na Assistência Municipal fosse de três horas diárias.

Para fins de avaliação das reivindicações em torno dos vencimentos, tomamos os valores propostos, calculamos o 1/3 de hora adicional e os comparamos com os valores que constam da Tabela 9, em 1934, e elaboramos a tabela abaixo:

Tabela 10: Vencimentos mensais de 1934 e propostos em 1935

Cargos

CARGO	1934 (por 3 horas)	Proposto 1935 (por 3 horas)
Chefe de clínica	2:000\$000	3:333\$000
Assistente	1:800\$000	2:666\$000
Adjunto	1:200\$000	2:000\$000
Auxiliar	800\$000	1:600\$000

A partir destes dados pode-se verificar que a variação entre os vencimentos pagos e os propostos era de 48 a 100%, sendo que este último percentual correspondia a categoria de médicos auxiliares, que agregava o maior número de médicos na Assistência Municipal. Esta variação nos indica que, para este segmento representado pelo sindicato Médico Brasileiro, os

²³¹ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano VII, nº.75.

²³² Ver nota de rodapé 48 deste capítulo.

vencimentos pagos por aquele órgão, aos médicos que ali prestavam seus serviços, estavam aquém do desejado.

Quais teriam sido as providências ou os rumos tomados pelo poder público, pela categoria e por sua representação sindical depois de tantas reivindicações a respeito desses vencimentos?

Devemos ressaltar que no momento da publicação deste último artigo, Pedro Ernesto acabava de ser eleito indiretamente para a Prefeitura do Distrito Federal. No entanto, em relação a possíveis alterações dos valores constantes na tabela de vencimentos anuais do Decreto nº.5.046, não encontramos, nos Boletins da Prefeitura do Distrito Federal referentes àquele ano de 1935, quaisquer dispositivos regulamentares que determinassem mudanças a respeito. É possível que para isto tenham contribuído as novidades no âmbito trabalhista introduzidas com a Constituição de 1934, onde estavam estabelecidos entre outros, o salário mínimo e a jornada de trabalho de oito horas para os trabalhadores.

Isto provocou nos médicos junto ao Sindicato uma série de manifestações, nas quais a questão dos vencimentos passava a ser tratada sob a feição do salário mínimo para a categoria. Assim, no decorrer de 1935, o Sindicato publicou em seu Boletim, inúmeros artigos abordando o assunto.

Nas sessões extraordinária e ordinária do mês de abril²³³ foram apresentados dois ante-projetos, que mereceram dos presentes o encaminhamento para uma comissão²³⁴ que havia sido formada justamente com o objetivo de analisar e emitir pareceres a cerca do assunto. Os dois ante-projetos se diferenciavam pelos valores e respectivas cargas horárias a serem recebidos como salário mínimo, porém concordavam sobre a participação dos profissionais na administração dos serviços, cujos textos variavam muito pouco conforme segue:

“É assegurado aos profissionais assalariados o direito de se fazerem representar junto a direção da empresa por um seu delegado”. É assegurado aos mesmos profissionais o direito de participação na administração do respectivo serviço”²³⁵.

²³³ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano VII, nº.76.

²³⁴ A Comissão era formada pelos Drs. Campos da Paz, Oswaldo Romeiro, Xavier do Prado, Emilio de Oliveira, e Jorge da Cunha.

²³⁵ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano VII, nº.76.

Estes artigos parecem nos indicar que a categoria buscava manter a condição de interferir nos rumos que os serviços ou administrações viessem a dar, independente dos assuntos, e assim garantir o controle técnico e econômico de sua profissão, ou seja, garantir sua autonomia.

Pela relevância do assunto e das divergências entre os seus membros, o Conselho Deliberativo reuniu-se duas vezes em sessões extraordinárias no mês de maio²³⁶. Ao final da segunda sessão foram aprovados os artigos para serem enviados “aos poderes competentes”. Dentre estes, figurava o que estabeleceria o valor de 1:200\$000 (um conto e duzentos mil réis) para os médicos do Distrito Federal e cidades com mais de 30.000 habitantes. Este salário corresponderia a 18 horas semanais, “salvo para os ambulatórios e certas especialidades, onde este trabalho corresponde à 12 horas semanais”.

A proposta final foi enviada pela presidência do Sindicato ao Presidente da Câmara Federal, Sr. Antônio Carlos Ribeiro da Andrada, e ao Prefeito do Distrito Federal, Dr. Pedro Ernesto, reconhecendo neste último o importante papel político que desempenhava naquele momento e sua condição de médico sindicalizado, nos termos que reproduzimos:

(...) tenho a honra de passar às mãos de V.Ex. o ante-projeto de salário mínimo(...) Sendo V.Ex. um dos estadistas mais focalizados no momento brasileiro, distinguindo-se vanguardeiro na solução dos nossos problemas sociais e que este Sindicato muito se honra em possuí-lo como seu grande benemérito, esperamos contar com todo o amparo de V.Ex. nesta justa aspiração da nossa classe”²³⁷.

Se tal proposta fosse aprovada pela Câmara Federal, para os médicos em exercício na Assistência Municipal o valor mínimo corresponderia ao cargo de auxiliar e estaria situado na média entre os vencimentos pagos e os propostos.

Além disto, em termos gerais, provavelmente para os médicos envolvidos com a questão, esta aprovação teria o significado de que o controle econômico estaria sendo exercido pelos

²³⁶ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano VII, nº.78.

²³⁷ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano VII, nº.79.

próprios profissionais e, ao ser estabelecido pela própria categoria, representaria a reconquista da sua autonomia profissional.

No entanto, conforme as informações veiculadas pelo Boletim de julho de 1935, as sugestões tinham recebido, por parte do deputado paulista Moraes Andrade, a proposta de arquivamento²³⁸.

Com a possibilidade de não serem concretizadas as aspirações da categoria, esta desaprovação gerou reação imediata do presidente do Sindicato, que enviou um telegrama, apresentando seus protestos para os deputados “representantes das Profissões Liberais”²³⁹, nos seguintes termos:

“(…)Como presidente grande instituição classe lanço protesto desvirtuamento questão pura simples, diante sugestões enviadas legislativo Federal intuídos bem diferentes apontados referido parecer. Apelo vossencia representante profissões liberais afirmo repór questão devidos termos dentro legítimas aspirações classe medica nacional”.

Buscando o envolvimento de todos os outros médicos na questão, o Dr. Renato Machado expediu outro telegrama, desta vez tendo como destinatários as Sociedades Médicas e os Sindicatos de todo o Brasil. No texto, o remetente solicitava a interferência daquelas sociedades junto aos deputados federais dos Estados, além de considerar o parecer contrário do referido deputado como “fragilíssimo”.

Mesmo não havendo uma resposta imediata à questão, o assunto continuou a ser discutido nos meses seguintes. Assim, em um dos artigos do Boletim de agosto de 1935 o Dr. Oscar Alves reconhecia a complexidade do assunto e, portanto a dificuldade de sua resolução, porém não atribuía a estes motivos a justificativa para a pretensão que se afigurava de arquivamento definitivo²⁴⁰. E afirmava:

“Não devemos esmorecer só porque a nossa primeira tentativa fracassou. Talvez o nosso pouco conhecimento em matéria de legislação(…) nos tenham levado a cometer algum erro(…) e por isso mesmo, tenha o sr. Deputado(…) infligido ao nosso anteprojeto a penalidade de dormir no arquivo da Câmara dos Deputados”

²³⁸ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano VII, nº.79.

²³⁹ Drs. Abelardo Marinho, Salgado Filho, Silvio Pelico Leitão e Baeta Neves.

²⁴⁰ SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano VII, nºs.80, 81.

E enquanto o assunto do anteprojeto sobre o salário mínimo para os médicos tramitava no poder legislativo, em outubro de 1935, o presidente do Sindicato Médico Brasileiro, Dr. Renato Machado, transcrevia um documento recebido por ele, assinado por médicos auxiliares da Assistência Municipal²⁴¹. Nele, os médicos com aquele cargo requeriam junto ao Prefeito Pedro Ernesto a equiparação de seus salários aos dos médicos adjuntos. À este respeito, os solicitantes afirmavam que, diferentemente da questão do salário mínimo, “a vitória da causa que pleiteamos independe da aprovação da Câmara Municipal”. E esperavam do dirigente, “a máxima solicitude” para a resolução da questão.

Considerando como “justo” o pleito que os médicos faziam, ao encaminhar para o Prefeito Pedro Ernesto a reivindicação daqueles médicos, o Sindicato afirmava:

“Trata-se da equiparação dos vencimentos dos colegas auxiliares da Assistência Pública aos adjuntos que lhes estão acima em vencimentos mas não no exercício de funções e na dedicação ao trabalho. É oportuno lembrar que a Assistência Pública se pode considerar padrão, num reajustamento de salários médicos. A crítica jamais poderá dizer que V.Ex. nomeia ou contrata colegas para lhes explorar o trabalho. Isto seria faltar a verdade”.²⁴²

Desta afirmativa é possível apreender que, nesta visão do Sindicato, os vencimentos pagos pela Assistência Municipal, não iam de encontro às aspirações da categoria.

Mas isto não tinha o significado de que os médicos que ali prestavam seus serviços interferiam nos assuntos pertinentes à questão dos valores atribuídos aos cargos e à aferição da competência para exercê-los. Não tinham portanto, autonomia econômica, pois não controlavam seus honorários e tampouco autonomia técnica, que para Freidson, também se traduzia na capacidade de julgar a qualidade do trabalho pelos próprios praticantes de referida atividade.(47).

Depois desta intervenção do Sindicato, neste ano de 1935, as discussões sobre o salário mínimo profissional e sobre os vencimentos na Assistência Municipal deixaram de ocupar as páginas do Boletim do Sindicato Médico Brasileiro. Possivelmente isto tenha ocorrido pelas

²⁴¹ Drs. Milton Weinberger, José Lourenço Jorge, Olavo de Souza Carvalho, Sílio Boccanera, Assis Novaes.

²⁴² SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, Boletim. Ano VII, nº.82

mudanças ocorridas no país, decorrentes do movimento conhecido como “Intentona Comunista”, de 10 de novembro de 1935.

Entre esta data e a prisão de Pedro Ernesto, em abril de 1936, também nada mais foi discutido a respeito dos vencimentos dos médicos, em geral, e em particular na Assistência Municipal.

Assim, ao encerrarmos este capítulo, em que abordamos as questões relativas à admissão, à hierarquia com a definição dos limites de competência e também os honorários percebidos pelos médicos, em especial os que exerciam suas atividades no “Departamento Geral de Assistência Municipal” durante a gestão de Pedro Ernesto, reunimos os indicativos que nos possibilitaram chegar às conclusões que apresentaremos a seguir, fundamentados nas considerações feitas por Freidson, em relação à autonomia profissional.

Com isto, ainda que para este autor a determinação dos próprios benefícios e proteções não seja necessariamente uma atribuição das profissões, a perda do controle do acesso de profissionais, este ligado ao estabelecimento de valores de pagamento, gerando dificuldades de limitação dos praticantes das atividades, induz à perda do monopólio econômico das profissões.

Da mesma forma, para ele, ainda que não seja totalmente de competência das profissões o estabelecimento de metas para a manutenção da integridade e valor, a participação nas questões legislativas e administrativas relacionadas ao próprio trabalho correspondem a manutenção do monopólio político dos profissionais.

E finalmente, a afirmação dos próprios padrões de trabalho garantiriam o monopólio administrativo das profissões.

A junção destes elementos conformaria a autonomia total das profissões.

Diante destas constatações e do que pudemos observar, para a categoria médica o período em que Pedro Ernesto esteve à frente da administração do Distrito Federal parece ter contribuído com muito mais perdas do que ganhos, no tocante à sua autonomia profissional.

Ao deixar de realizar o concurso para o ingresso na Assistência Municipal, a administração impedia o controle de acesso promovido pela própria categoria, favorecendo a perda do monopólio econômico.

E ao afastar a categoria médica da elaboração e participação nas questões regulamentares e administrativas relacionadas aos cargos, a gestão contribuía para a perda do monopólio político daqueles profissionais.

Por fim, ao estabelecer a hierarquia funcional, os médicos não mais inferiam os seus próprios parâmetros de trabalho, perdendo desta forma o monopólio administrativo da profissão.

A reunião destes fatores nos induz a concluir que, em relação à autonomia profissional dos médicos do Distrito Federal, a Reforma Pedro Ernesto, em 1933, se configurou como uma perda para a categoria.

XXXXXXX

CONCLUSÃO

Inicialmente, ao procurarmos acompanhar a trajetória de Pedro Ernesto ao longo dos anos da década de 1930, pudemos constatar as transformações políticas que se sucederam no âmbito nacional e pudemos perceber que elas se aportaram alterações para a vida cotidiana da população da cidade do Rio de Janeiro, àquela época ainda capital da República e sede do Governo Federal.

Pudemos constatar que a participação que Pedro Ernesto teve nos movimentos tenentistas durante os anos de 1920 resultou no estabelecimento de uma relação de confiança entre ele e o chefe do Governo Provisório, Getúlio Vargas.

Pudemos perceber também que com o passar dos anos, as vertentes políticas de ambos tomaram direções diferentes, e isto acabou influenciando nas questões administrativas do Distrito Federal.

Constatamos que ao reorganizar os serviços da Assistência Municipal, pelo Decreto nº.4.252, Pedro Ernesto criou e deixou consolidada uma rede de atendimento médico-hospitalar na cidade do Rio de Janeiro, caracterizada pela hierarquização de serviços, por meio da criação de hospitais regionais e dispensários clínicos. Com isto, parecia estar restabelecido o equilíbrio entre a oferta e demanda de serviços médicos.

Além disso, a legislação previra que o acesso aos serviços de atendimento médico e hospitalar estaria garantido aos pacientes menos favorecidos.

Em seguida, analisamos o decreto e seus sucedâneos quanto ao acesso dos pacientes necessitados. Constatamos que a dubiedade de critérios naqueles instrumentos legais quanto à definição das condições econômicas e sociais dos pacientes a serem atendidos teria aberto a possibilidade para que outros tipos de pacientes também fossem atendidos da mesma forma.

A análise das tabelas também demonstrou que, apesar da demanda crescente no atendimento, o registro de *necessitados* apresentava falhas, e em alguns casos que os dados não seriam muito confiáveis, por exemplo, quando o número de registros de *necessitados* superou o de atendimentos. Devido às características da população que procurava o serviço, descartamos a possibilidade de que, no caso exemplificado, tivesse havido um registro prévio para um atendimento posterior.

Observamos que, apesar de todos estes entraves, a população se manifestava favoravelmente às inovações do atendimento oferecido pela municipalidade.

Já as manifestações da categoria médica demonstraram uma enorme preocupação com a promulgação do Decreto. O sentido de resistência às determinações legais se fez perceber na grande maioria dos artigos veiculados, sobretudo no Boletim do Sindicato Médico Brasileiro, denotando o acentuado temor que a categoria tinha pela perda da clientela em seus consultórios.

Assim, mesmo com todas as disposições estabelecidas pelos decretos quanto a assistência gratuita, a ausência de critérios específicos, do efetivo controle e de práticas de fiscalização parecem ter dado condições para que, na opinião dos médicos representados pelo Sindicato, o mercado de trabalho médico tendesse a se tornar mais restrito.

Por fim, depois de analisarmos as questões envolvendo a relação entre o Decreto e o acesso dos médicos à Assistência Municipal, pudemos constatar que a ausência do concurso, como forma de admissão profissional, se constituía num fator de muito desagrado da categoria com respeito ao Decreto e de representação de perda de autonomia econômica.

Outro elemento de insatisfação demonstrada pela parcela de médicos representada pelo Sindicato dizia respeito à determinação dos valores de seus vencimentos, que com a promulgação do Decreto passava a ser atribuição do Estado. E ainda, a distribuição hierárquica dos cargos também era um fator de pouca aceitação pela categoria, que diante destes parâmetros mencionados, perdia a autonomia técnica.

Isto posto, a reunião de todas estas análises nos levam a concluir, que enquanto a Reforma Pedro Ernesto inovou a assistência médica e hospitalar, estabelecendo a hierarquização dos serviços e a garantia de gratuidade aos necessitados, atendendo às demandas da população carioca, para a categoria médica, a restrição do mercado e a limitações de seus atributos do tradicional mercado liberal que acompanharam o Decreto configuraram-se em muitas perdas, e de imediato, em nenhum ganho.

XXXXXXX

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) SARMENTO, Carlos Eduardo Barbosa. *Pedro Ernesto e a Utopia e a Utopia Renovadora*. O Partido Autonomista do Distrito Federal e os Impasses da Política Carioca: 1933-1937. 1993. 235f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em História) – Departamento de História, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 1993.
- (2) SARMENTO, Carlos Eduardo Barbosa. *Autonomia e Participação*. O Partido Autonomista do Distrito Federal e o Campo Político Carioca (1933-1937). 1996. 412f. Dissertação (Mestrado em História Social) – Programa de Pós-Graduação em História Social, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.
- (3) VIEIRA, Paulo Ernani Gadelha²⁴³. *Assistência médica no Rio de Janeiro (1920-1937)*. Reformas institucionais e transformações da prática médica. 1982. 2v. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Centro Biomédico do Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1982.
- (4) SARMENTO, op.cit., 1993, p.49.
- (5) GAWRIYSZEWSKI, Alberto (1988) *Administração Pedro Ernesto: Rio de Janeiro(DF) 1931-1936*. 1986. 227p. Dissertação (Mestrado), Centro de Estudos Gerais do Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1986.
- (6) *ibid.*, p.7
- (7) VIEIRA, op.cit.,passim
- (8) *ibid.*,p.404
- (9) *ibid.*, p.345
- (10) GAWRYSZEWSKI, op.cit.,p.8.
- (11) VIEIRA,,op.cit.,p.339.

²⁴³ Dr. Paulo Gadelha, atual Vice-Presidente de Desenvolvimento Institucional, Informação e Comunicação da Fundação Oswaldo Cruz. Convivemos nesta Casa há quase vinte anos, e eu sempre o chamando como Gadelha. Na elaboração desta dissertação, em uma conversa informal, disse-lhe da minha dificuldade de tratá-lo por Vieira, seu último sobrenome. Ele então me “autorizou” a tratá-lo por Gadelha, como de costume. Assim o fiz e agradeço a “licença dissertativa”.

- (12) COSTA, Ediná Alves. *Vigilância Sanitária. Proteção e Defesa da Saúde*. São Paulo: Ed. HUCITEC, 1999. 460p.
- (13) VIEIRA, op.cit., pp.181-183.
- (14) SARMENTO, op.cit.,1993, p.57
- (15) GAWRYSZEWSKI, op.cit., p.26.
- (16) SARMENTO, 1993, 1996, op.cit., passim
- (17) VIEIRA, op.cit., p.426
- (18) LEMME, Antonio César. *Saúde, Educação e Cidadania na Década de 30.*”O Município do Bem Estar Social”. 1992. 143p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Centro Biomédico do Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992. p.137.
- (19) PREFEITURA DO DISTRITO FEDERAL, Boletim. Seção de Estatística da Sub-Diretoria de Estatística e Arquivo; relatório. Distrito Federal (RJ),1936.2ª edição; revista e ampliada.
- (20) VIEIRA, op.cit., p.440
- (21) *ibid.*, pp. 441-485
- (22) PREFEITURA DO DISTRITO FEDERAL, “Cidade do Rio de Janeiro. Extensão-Remodelação-Embelezamento”. Paris: Foyer Brésilien.1930.
- (23) SARMENTO, op.cit., 1996, pp.263-265
- (24) LEMME, op.cit., pp.93;125
- (25) SARMENTO, op.cit.,1996, p.258
- (26) apud. GAWRYSZEWSKI,1989, p.36, “Discurso de posse”.
- (27) *ibid.*, p.25
- (28) SARMENTO, op.cit., 1996, pp.275;284; 304
- (29) *ibid.*, p.306
- (30) VIEIRA, op.cit., p.445
- (31) SARMENTO, op.cit., 1996, p.314

- (32) VIEIRA, op.cit., p.366.
- (33) VIEIRA, op.cit., p.231
- (34) VIEIRA, op.cit, pp. 284-285
- (35) ABREU, Mauricio de Almeida. *A Evolução Urbana do Rio de Janeiro*.Rio de Janeiro: IPLANRIO/ZAHAR,1987.147p. pp. 80 e 81.
- (36)PREFEITURA DO DISTRITO FEDERAL, “Cidade do Rio de Janeiro. Extensão-Remodelação-Embelezamento”. Paris: Foyer Brésilien.1930.pp.81-82.
- (37) idem.; p. 110.
- (38) ABREU, Mauricio de Almeida. op.cit., pp.80-81 apud. REIS, José Oliveira. *O Rio de Janeiro e seus prefeitos: evolução urbanística da cidade*. Rio de Janeiro, Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro,1977,p.8
- (39) FREIDSON, Eliot. *La profession médicale*.Paris: Payot, 1984. 369p.
- (40) FREIDSON, Eliot. *Renascimento do Profissionalismo*. Teoria, Profecia e Política.São Paulo: EDUSP, 2002. 278P.
- (41) ibid.,p.66
- (42) ibid.; pp73
- (43) HONS. André de Séguin des. *Os Diários do Rio de Janeiro: 1945-1982*. 1982. 240f. Dissertação. Departamento de História, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 1982.
- (44) ibid.; pp73
- (45) FREIDSON, Eliot., op.cit.,2002; p.209
- (46) Ibid.,p.93
- (47) FREIDSON,Eliot., op.cit., 1984, passim.

XXXXXXX