UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UERJ

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Série: Estudos em Saúde Coletiva nº 119

O MODELO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DE PEDRO ERNESTO (1932): . . .

André de Faria Pereira Neto

Julho 1995

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

O MODELO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DE PEDRO ERNESTO (1932): algumas considerações

ANDRÉ DE FARIA PEREIRA NETO

Julho/1995

Nº 119

Diretor: José C. Noronha
Conselho Editorial: Cid M. de Mello Vianna (Coordenador)
George Kornis
Luiz Antonio de Castro Santos
Secretário/Diagramação: Victor Manoel Moreira Gonzalez
Nota: A série "Estudos em Saúde Coletiva" é uma publicação de textos para discussão do Instituto de Medicina Social - IMS, de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

P 436 PEREIRA NETO, André de Faria. O modelo de assistência médica de Pedro Ernesto (1932): algumas considera ções. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1995. 20 p. (Série Estudos em Saúde Coletiva; n. 119).

Descritores:
ASSISTÊNCIA MÉDICA - legislação
PREVIDÊNCIA SOCIAL - história
OCUPAÇÕES EM SAÚDE - legislação
BRASIL

Impressão e acabamento final: Gráfica da UERJ.

O MODELO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DE PEDRO ERNESTO (1932): algumas considerações *

André de Faria Pereira Neto**

No dia 8 de junho de 1932, o Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro, então Distrito Federal, Dr. Pedro Ernesto, regulamentou o funcionamento da "Diretoria Geral de Assistência Municipal", com a promulgação do Decreto-lei número 4.252.

Esta Diretoria tinha três tipos de atribuições. Por um lado estava voltada para a assistência social e previdenciária à mãe, à criança, ao inválido, ao desempregado e ao morto. Ela também comportava uma perícia para os funcionários da prefeitura. O modelo proposto em 1932 completava-se com o setor de assistência médico-hospitalar. Este passaria a se organizar de forma complexa, regionalizada, hierarquizada e centralizada. Seus serviços iam do "Pronto Socorro" ao "Hospital Regional", do "Dispensário Clínico" aos "Hospitais para Incuráveis".

O "Pronto-Socorro", como o próprio nome diz, voltava-se para a prestação de "socorros urgentes a qualquer hora do dia ou da noite".[1] Eles poderiam ocorrer "na via pública", "no domicílio" e nos casos de acidentes de trabalho.

* Agradeço as sugestões da professora Eliana Labra (ENSP/FIOCRUZ) durante a elaboração deste texto e ao incentivo dado por Kenneth R. Camargo Jr. para a sua publicação.

** Historiador, Doutorando do Instituto de Medicina Social da UERJ e Pesquisador da Casa de Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) - Av. Brasil 4036/401; Manguinhos, Rio de Janeiro.

No "Hospital Regional" poderiam ficar internados todos os doentes, excetuando-se os portadores de doenças mentais e moléstias incuráveis ou transmissíveis. O "Hospital Regional" estava voltado para a recuperação da mão-de-obra para o trabalho.

Os "Dispensários Clínicos destinavam-se ao tratamento de enfermos pobres em consultórios de clínicas gerais e especializadas".[2]

O "Hospital para Incuráveis destinava-se aos doentes necessitados, portadores de moléstias incuráveis".[3]

Há, no nosso entender, uma característica comum nestas quatro instâncias de prestação de serviços de assistência médica: a gratuidade do atendimento era exclusiva aos "necessitados", ou seja, àqueles que não tinham qualquer vínculo formal no mercado de trabalho. Por outro lado, se o paciente estivesse "em estado de necessidade relativa" deveria pagar uma taxa "estabelecida pela tabela da lei orçamentária dos contribuintes".[4]

O modelo Pedro Ernesto de assistência médica previa que esta verificação dos postulantes à gratuidade se processaria da seguinte forma: em cada uma destas unidades havia uma "seção de registro de necessitados".[5] Os candidatos à gratuidade deveriam apresentar um conjunto de "documentos comprobatórios de seu estado de necessidade".[6] Em seguida, estava prevista uma sindicância no caso.

Com a confirmação do "estado de necessidade", o postulante era inscrito no registro, "recebendo a respectiva caderneta".[7] A lei também definia a desvinculação dessa inscrição com a moléstia do postulante. Ela previa uma constante atualização da situação material do candidato. Este trabalho deveria ser desempenhado por assistentes sociais, enfermeiras e "agentes de sindicância".[8]

* * *

O legado deste Decreto pode ser observado ainda hoje. Boa parte da rede hospitalar municipal existente na cidade do Rio de Janeiro teve sua construção iniciada na

gestão Pedro Ernesto. Entre elas, podemos citar, a título de exemplo, os atuais Hospitais Miguel Couto, na Gávea; Getúlio Vargas, na Penha; Carlos Chagas, em Marechal Hermes; Rocha Faria, em Campo Grande; Jesus, em Vila Isabel e Paulino Werneck, na Ilha do Governador.

Neste artigo, pretendemos analisar, de forma preliminar, o modelo de assistência médica implementado na capital da República na gestão Pedro Ernesto (1931/1935). Estamos particularmente interessados em compreender que tipo de interferências este Decreto poderia promover junto à organização da profissão médica, no domínio de seu mercado de trabalho e na manutenção de sua autonomia. Além disso, desejamos pesquisar como a literatura histórica e sociológica concernente analisou, nos anos 60/70, o significado deste modelo de assistência médica na história da previdência social no Brasil.

O MODELO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DE PEDRO ERNESTO

O contexto da Reforma Pedro Ernesto (1930/1935) é muito apropriada para a reflexão sobre determinações sociais sobre a prática médica e sua institucionalização, pois ocorreu em um contexto histórico em que se processavam duas ordens de mudanças: no papel do Estado em relação à sociedade e na configuração da profissão médica.

Até os primeiros anos desse século, o Estado exercia apenas a função de observador do processo produtivo e social. Diniz (1978) prefere denominá-lo "Estado Gendarme" numa alusão a seu papel de simples guardião. Desde fins da década de 1910, a intervenção do Estado na sociedade brasileira passou a ser vista por alguns intelectuais e políticos como um pré-requisito para a estabilidade política e o desenvolvimento industrial. A questão social deixava aos poucos de ser uma questão de polícia para tornar-se uma questão política. Através de um processo lento e progressivo, pleno de ações e reações, pode ser observada esta mudança de postura. O Estado no Brasil passou aos poucos a ser não só interventor e organizador do mercado mas tornou-se um de seus mais importantes produtores.

A Reforma Pedro Ernesto representa um passo neste processo, particularmente no que se refere à organização e à produção de serviços na área da assistência médica.

Até o final do século passado, o trabalho médico era essencialmente clínico, generalista e curativo. Ele era regido por uma relação individualizada e liberal entre o médico e o paciente. No início deste século, um conjunto de fatores interferiu inexoravelmente sobre esta realidade (Pereira Neto & Chor Maio, 1992). Por um lado, ocorreu um profundo desenvolvimento científico que modificou as bases do conhecimento médico. A bacteriologia e a medicina experimental são algumas das expressões destas inovações. Constituíam-se, assim, os profissionais médicos que tinham o laboratório como seu *lócus* privilegiado de trabalho (Stephan, 1976). A tecnologia associada ao trabalho médico proporcionou a constituição dos médicos diagnosticadores. A especialização do trabalho, que foi um fenômeno geral, fez com que a prática médica passasse a ser dividida segundo a área do corpo ou o tratamento de determinada doença. A tecnologia e a precisão passaram a caracterizar progressivamente o ato clínico. Maria Cecília Donnangelo (1976) introduziu o conceito "medicina tecnológica" para se referir à especialização e ao predomínio da tecnologia, que impunha a utilização maciça de equipamentos. "Ao mesmo tempo, a expressão também indica o caráter parcelar do trabalho especializado" (Schraiber, 1993). A questão social levou alguns médicos a preferirem o modelo curativo de atendimento, privilegiando o preventivismo (Labra, 1985). Neste período, também se opera uma modificação significativa do processo de trabalho médico com a incorporação de uma nova modalidade de produção privada e, depois, estatal de serviços de saúde (Gadelha, 1982). Constitui-se a relação assalariada e intermediada entre médico e paciente.

A Reforma Pedro Ernesto se opera, assim, em um contexto de mudança da posição do Estado em relação à sociedade e de alteração substantiva da organização e configuração da profissão médica no Brasil.

A intenção de Pedro Ernesto, no entanto, não se deu no vazio. Ela foi precedida por um esforço anterior pela implementação de um sistema de assistência médica pública. Gadelha (1982) identifica três momentos básicos: Até o início dos anos 20 predominaria o modelo filantrópico liberal, representado pelas associações mutualistas, de filiação voluntária e pelas instituições beneficentes, de cunho religioso. Em ambos os casos, verifica-se o limitado espectro de ação destas agências em relação à assistência médica. Além disso, identificamos uma significativa ausência de qualquer intervenção das instâncias estatais. Até o início da República, o Estado absteve-se de intervir nas questões de assistência social, delegando esta responsabilidade para a filantropia.

No início deste século, o altruísmo das instituições privadas - de socorro à miséria - ia se contrapondo ao discurso da introdução de uma política pública de prevenção e eliminação da pobreza. A doença era vista como causadora da miséria. Para tanto, era necessário que se fizesse uma "profilaxia social". O princípio era o da assistência médica para proporcionar as condições para pleno exercício do trabalho. O segundo momento inicia-se com a Reforma Luís Barbosa (1921), que introduziu o complexo Pronto-socorro / dispensário integrado ao sistema filantrópico-liberal. Assim, o Estado elegia a urgência como prioridade da assistência médica municipal e se esforçava por afirmar a medicina científica/oficial frente às práticas populares. Alguns de seus postulados foram propostos pela Fundação Rockfeller. Ela pregava o combate à doença como pré-requisito para o desenvolvimento econômico, a associação do tratamento preventivo com o curativo e a centralização dos serviços. A higiene deveria ser uma atribuição federal. A organização dos serviços de saúde na gestão Luís Barbosa, comportava três níveis de atendimento: as "casas de saúde" - para os abastados; os "serviços de urgência" - gratuitos para os indigentes; e o "atendimento geral" - para funcionários do Estado. Com a "Doutrina pronto-socorrista" de Luís Barbosa, o Estado expande seu atendimento médico mas não rompe com o modelo filantrópico-liberal, pois resguarda sua hegemonia no mercado.

A lei Eloy Chaves (1923), representa um terceiro momento que antecede ao esforço de Pedro Ernesto. Com ela, foram criados os Fundos Previdenciários para trabalhadores do Estado e as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) em algumas empresas. Oliveira & Fleury (1986) entendem que esta lei foi um marco na história da previdência social no Brasil, pois as iniciativas anteriores não passaram do papel. Ela corresponde à uma mudança de postura do Estado, abandonando atitudes liberais frente à problemática trabalhista e social. Malloy (1986) mostra como esta lei dividia horizontalmente os trabalhadores por categorias específicas, abrangendo assistência médica, pecúlio e pensão. Cada CAP recebia benefícios proporcionais às contribuições mensais de seus participantes. Assim, gestava-se uma diferenciação entre as diversas CAPs. "O mais importante é que, desde o início, a previdência social no Brasil não foi baseada no conceito de direito à previdência social inerente ao status do indivíduo como cidadão, mas no conceito de previdência social em que a proteção era um direito contratual obtido, baseado em contribuições de longo tempo" (Malloy,1986). A lei Eloy Chaves tornou-se, no seu entender, a base principal de um sistema compulsório de previdência social imposto pelo Estado.

Em nossa reflexão sobre o modelo Pedro Ernesto de assistência médica, expresso no Decreto de 1932, procuraremos responder a duas questões que consideramos essenciais. Ambas se relacionam com a organização da profissão médica. Privilegiamos, na análise do modelo proposto por Pedro Ernesto, a posição relativa que os médicos ocuparam. Assim, nossa atenção estará voltada particularmente para saber se a constituição desta rede de serviços de assistência à saúde ampliava ou restringia o mercado de trabalho médico, e se interferia ou não na autonomia para o exercício de sua atividade.

Com relação à questão do mercado, podemos observar, que no modelo Pedro Ernesto o médico profissional liberal continuava protegido. O "pronto-socorro" deveria ser "gratuito para os necessitados".[9] O "Hospital Regional" só seria gratuito aos "doentes em estado de necessidade absoluta".[10] O "Dispensário Clínico" deveria

abrigar apenas os "doentes pobres, sem doença contagiosa".[11] Os "Hospitais para Necessitados" deveriam ser para os "doentes necessitados, portadores de moléstias contagiosas".[12] A clientela com algum poder aquisitivo deveria custear os serviços que utilizasse. Como falamos anteriormente, em cada unidade médico-hospitalar deveria existir um posto para o "registro do estado de necessidade", que seria constantemente reavaliado.

No nosso entender, a criação de todas estas instâncias de atendimento à saúde aos despossuídos ampliava o mercado de trabalho do médico. A localização prevista para os estabelecimentos de assistência médica também pode servir de elemento de reflexão. Gávea, Penha, Marechal Hermes, Ilha do Governador e Campo Grande, na década de 30, eram bairros de concentração operária e popular. As classes com alto poder aquisitivo residiam entre a Tijuca e Botafogo.

Se este sistema de assistência médica não tivesse sido implementado, dificilmente o médico teria entrado em contato com este tipo de clientela. Ela, por falta de recursos, não conseguiria também atingi-lo. Mantendo-se a gratuidade restrita aos necessitados, garantia-se, por outro lado, que os pacientes com algum poder aquisitivo tivessem que optar entre um estabelecimento público, mas não gratuito, e outro privado.

Do ponto de vista da questão da autonomia, não podemos ter o mesmo tipo de consideração.

O modelo instituído propunha uma estrutura de poder extremamente hierarquizada e centralizada. Todo o sistema de assistência médica estava submetido diretamente ao prefeito Pedro Ernesto. O regime de trabalho ficava explicitamente definido por este Decreto. O médico deveria cumprir horário e submeter-se ao regimento e às autoridades.[13] Os vencimentos eram divididos em ordenado (2/3) e gratificação (1/3). Se o médico faltasse sem causa justificada, poderia perder todo o vencimento. O

Decreto 4.252 criava ainda um "Conselho Técnico". Ele teria o poder de "investigar sobre os métodos, processos ou sistemas de trabalho, e sua adoção".[14] Institucionalizava-se, assim, a figura do terceiro elemento intermediando a relação entre médico e paciente, que fora outrora direta.

Com o Decreto de 1932, o trabalho médico passaria a ser enquadrado progressivamente a uma racionalidade administrativa centralizada que visava detalhar as informações e padronizar os procedimentos.

Machado (1991) e Marinho (1986) são alguns dos autores que analisam a autonomia das profissões do ponto de vista sociológico. Eles se inspiram nas proposições feitas, entre outros, por Wilensky (1970) e Moore (1970). A autonomia, como define Wilensky (1970), traduz-se na "autoridade e liberdade que a profissão tem para se auto-regular e atuar em suas esferas de competência". Para Moore (1970) existiriam dois níveis de autonomia: técnica e econômica.

Partindo desses pressupostos, podemos concluir que o modelo proposto por Pedro Ernesto interfere em parte na autonomia da relação médico-paciente até então predominante. O "Conselho Técnico" e a submissão do médico à racionalidade e à lógica burocrática do sistema são algumas evidências da perda desta liberdade de se auto-regular. A autonomia técnica do médico, neste modelo, nos parece ficar fortemente abalada. Tendo condições de ganhar um terço de gratificação e com a possibilidade de ver seu mercado se ampliar, a autonomia econômica parece ter sido, em parte, preservada no modelo Pedro Ernesto.

PEDRO ERNESTO NA LITERATURA

A história da previdência social no Brasil é um dos temas que mais tem despertado o interesse junto à comunidade acadêmica de saúde coletiva. Procuraremos mostrar a seguir alguns dos caminhos que esta produção percorreu nos anos 70/80. Estamos particularmente interessados em compreender por que razão o modelo de assistência médica implementado por Pedro Ernesto em 1932 não foi, muitas vezes, sequer mencionado por estes estudiosos.

Donnangelo (1975), ao historiar a relação entre Estado e assistência médica no Brasil, associa seu incremento a todo um processo de caráter econômico, social e político que culminou com a "Revolução de 30". Ate então, o seguro social se caracterizava pelo sistema de caixas criadas com a Lei Eloy Chaves (1923). Sua clientela se restringia a uma pequena parcela de assalariados que se organizava no âmbito de empresas isoladas. A partir de 1930, foram sendo estendidos progressivamente os direitos a todos os assalariados, quebrados os vínculos diretos entre empregado e empregador e deslocado o controle do sistema previdenciário para a esfera do Estado. Como os diversos profissionais detinham padrões distintos de remuneração e status, configurou-se uma situação de desigualdade entre os assalariados no gozo dos direitos sociais legitimados na estrutura previdenciária.

Malloy (1976), retrocede este marco de entrada do Estado como principal regulador da vida política, econômica e social para os anos 20. A promulgação da Lei Eloy Chaves (1923) é considerada, pelo autor, um exemplo desta alteração de postura. No seu entender, as idéias básicas de Vargas foram definidas em 1920, aproveitadas em 1930 e incluídas na Constituinte de 1934.

Braga (1978), acompanha os demais autores, identificando nos anos 20 um momento de crise do padrão exportador capitalista e crise do Estado. Para ele, a questão social emerge no Brasil no momento em que se consolida a ordem capitalista. Para Braga, o período 1930/1966 representa um primeiro momento na história da previdência social

no Brasil. Neste contexto, o Estado teria implementado uma política nacional de saúde "restrita", devido à precariedade de seu aparelho e pela estreiteza de suas bases financeiras.

Possas (1980), como os outros autores, associa o implemento da assistência médica ao desenvolvimento industrial. Ela faz menção à Lei Eloy Chaves (1923) como um exemplo da expansão da oferta de serviços médicos pelas próprias empresas. Em seguida, associa a política corporativista de Vargas com sua estratégia de controle do movimento sindical. A criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) foi, no seu entender, uma decorrência desta preocupação, associada à necessidade de uma maior subordinação destas instâncias prestadoras de serviços ao Estado.

Silva (1984), fez uma revisão de alguns estudos sobre a questão para concluir que o pós-1930 representa um marco fundamental no nascimento de uma política estatal de atenção à saúde nacional. Para ele, no entanto, já existia uma ação governamental neste campo antes desta época. Até 1930, o Estado Nacional ainda não estaria plenamente constituído e aparelhado para assumir as responsabilidades técnicas, financeiras e políticas próprias para uma intervenção no setor saúde. Os anos 30 seriam caracterizados por uma profunda crise de hegemonia, permitindo um elevado grau de autonomia relativa do Estado. No seu entender, no período que vai da Revolução de 30 ao fim do Estado Novo, a atenção médico-hospitalar é um objeto de controvérsia entre as elites dirigentes. Para o autor, não havia consenso entre elas a respeito de sua pertinência, enquanto parte do esquema de seguro social em constituição.

Para Oliveira e Fleury (1985), a promulgação da Lei Eloy Chaves (1923) corresponde a um primeiro momento da história da assistência médica pública no Brasil. Nesta ocasião começou a ocorrer uma mudança de postura do Estado em relação à questão social. Estes autores divergem de Malloy (1976) quando afirma que esta

mudança de estratégia do Estado se deve à postura paternalista das classes dominantes. No entender destes autores, esta modificação se justifica por uma pressão operária interna e pela crise de dominação burguesa então vigente no País.

Dentre os trabalhos que se dedicam exclusivamente a analisar a gestão Pedro Ernesto, destaca-se a obra do americano brasilianista Michel Conniff (1976). Ele analisa seu projeto político, procurando qualificar sua natureza e estratégias de dominação. No seu entender, Pedro Ernesto encarna um projeto de dominação burguesa de corte populista e paternalista que buscava atingir uma representação política menos coerciva e mais consensual. O projeto de Pedro Ernesto na área da saúde não ocupa em sua obra lugar de destaque.

A tese de Gadelha (1982), é a única, produzida nos anos 80, que dá destaque, especificamente, mas não exclusivamente, à política de assistência médica de Pedro Ernesto. Ele considera que o Decreto de 1932 representa um projeto globalizante de assistência médico-social pois dirige-se à população como um todo, e não apenas aos inseridos formalmente no sistema produtivo. A idéia de recuperação estava associada à possibilidade de reintegração ao processo produtivo e de normalização do futuro trabalhador. A ação do Estado não se restringiria, assim, apenas à saúde pública e à educação higiênica. Na sua opinião, a criação dos "Conselhos Técnicos" refletia o gradativo enquadramento e subordinação das iniciativas filantrópicas a um sistema estatal de assistência médica. O modelo de assistência em questão, não preconizava a universalização do atendimento público e gratuito como um direito de toda a população e um dever do Estado.

Excetuando-se as duas últimas obras, podemos estabelecer algumas considerações preliminares sobre a bibliografia produzida nos anos 70/80 que abordaram a história da previdência social no Brasil.

Podemos perceber que boa parte destas obras acompanha uma certa tradição na

área dos estudos de saúde coletiva. Esta tendência busca associar a implementação de certa política na área da saúde com as transformações mais amplas da ordem capitalista. Neste caso, os autores procuraram definir o caráter das mudanças estruturais implementadas no país a partir de 1930, associando-as com as inovações na organização e dinâmica do sistema de saúde.

A discussão que pode ser percebida entre eles se aproxima muito do debate existente entre os historiadores sobre a natureza das mudanças ocorridas em 1930 e o seu caráter revolucionário ou não (Fausto, 1976).

Há, no nosso entender, uma certa coerência entre estas abordagens. Todas, de uma forma ou outra, entendem que o Estado mudou substancialmente sua postura diante da questão social no pós-30. Alguns procuram situar esse momento nos anos 20. No caso da saúde, esta alteração pode ser percebida com a institucionalização das CAPs, com a Lei Eloy Chaves (1923) ou dos IAPs (na década de 40). Estes dois modelos absorvem clientelas particulares constituídas apenas por trabalhadores inseridos formalmente no mercado de trabalho. Todos os autores entendem que a universalização é um fenômeno observável unicamente na década de 1960. As análises que apresentamos anteriormente estão preocupadas com o movimento mais geral de transformações sociais. As particularidades regionais, as exceções, não compunham a área de interesse de boa parte dos estudiosos sobre a assistência médica e a previdência social, na década de 70/80.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste artigo, tivemos a pretensão de analisar duas dimensões do modelo de assistência médica implementado por Pedro Ernesto com a promulgação do Decreto-lei 4.252 de 1932. Por um lado, nos preocupamos em investigar suas possíveis conseqüências sobre a configuração da profissão médica. Por outro lado, efetuamos um inventário preliminar sobre parte da literatura sociológica brasileira que criou marcos para a história para a previdência social, procurando compreender que lugar a Reforma Pedro Ernesto ocupou nestas narrativas.

Gostaríamos de acrescentar mais uma reflexão quanto ao primeiro ponto e uma outra sobre o segundo.

Em 1935, este modelo de assistência médica era analisado em sessão solene do sindicato dos médicos feita para entregar o título de "sócio benemérito" a Pedro Ernesto.

Duas objeções foram apresentadas, na oportunidade, de forma explícita. A primeira referia-se ao pouco controle sobre a gratuidade dos serviços. Afirmavam que "a clínica estava desaparecendo", pois o mesmo médico que atende em um consultório privado pode ser encontrado "a manhã inteira à disposição no hospital, onde nenhuma restrição lhe veda a entrada no abuso da gratuidade". A outra refere-se à perda de autonomia devida à presença do intermediário na relação médico-paciente. Diziam: "Assim vemos que cada vez mais se afasta o consumidor do produtor com a interferência absorvente do intermediário que escraviza ambos".[15]

Este breve comentário, feito por líderes sindicais médicos sobre o modelo Pedro Ernesto de assistência médica, corrobora parte das considerações que fizemos sobre a ampliação ou não do mercado e a diminuição ou não da autonomia do trabalho médico com a implementação deste Decreto. O mercado, dizíamos, se ampliaria se o "registro dos necessitados" fosse feito como previsto. Pelo que parece, três anos depois de sua promulgação, o controle e verificação dos "necessitados" não foi implementado satisfatoriamente. Afirmávamos anteriormente que a autonomia do médico se restringiria com a burocratização expressa, entre outras formas, pela institucionalização dos "Conselhos Técnicos". Os sindicalistas denunciavam também esta questão.

Gostaríamos ainda de fazer um último comentário, procurando apresentar uma justificativa sobre o silenciamento que a literatura especializada instaurou sobre o modelo de assistência médica de Pedro Ernesto.

Os autores citados entendem que o modelo das CAPs e o projeto dos IAPs tem uma limitação comum: a assistência médica estava restrita aos profissionais inseridos formalmente no mercado de trabalho. A universalização do atendimento só é concebida, por estes autores, a partir de 1966 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social.

A nosso ver, uma análise mais meticulosa do modelo Pedro Ernesto de assistência médica terá condições de introduzir novas dimensões nesta lógica explicativa proposta pela literatura concernente ao tema.

O decreto de 1932, não propõe a universalização do atendimento e não carrega a idéia de saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Nem poderia ser. Esta não era uma questão para os atores sociais naquela época. O modelo Pedro Ernesto, entretanto, estende em muito a abrangência do atendimento público. O sistema de assistência médica teria, na capital da República, duas pernas. Uma se dirigiria às clientelas particulares e exclusivas, cobertas pelas CAPs e depois pelos IAPs, supervisionados pelo Estado. A outra abrangeria a força de trabalho informal e os desvalidos que, pela primeira vez na História do Brasil teriam uma atenção na área da assistência médica oriunda do Estado.

A conseqüência desta dupla dimensão ainda exerce suas conseqüências na cidade do Rio de Janeiro. Aí se localiza atualmente a maior rede de serviços públicos de assistência médica do País.

Diante de tais evidências, como se justifica o silêncio que a literatura especializada instaurou sobre o modelo Pedro Ernesto?

No nosso entender, a resposta a esta inquietação pode ser entendida com uma análise, ainda que preliminar, do momento por que passava o pensamento social na área da saúde na década de 70/ 80.

A preocupação dos autores que publicaram seus trabalhos, nas décadas de 70/80, excluindo-se a tese de Gadelha (1982), estava localizada na análise do processo de constituição de um sistema nacional de previdência social. O modelo de assistência médica de Pedro Ernesto restringia-se à cidade do Rio de Janeiro, então Distrito Federal.

Na nossa opinião, o Decreto 4.252 de 1932 não foi abordado pela literatura concernente porque ele se restringia à capital da República e o pensamento social na saúde da década de 70/80 estava preocupado em relacionar a configuração do Estado e do capitalismo no Brasil com a constituição de um sistema nacional de saúde, assistência médica e previdência social. As transformações estruturais eram associadas à configuração dos diferentes modelos de assistência médica e previdência social em disputa no país.

Hoje em dia vivemos um momento em que os estudos na área das ciências sociais e saúde procuram fazer das particularidades, dos estudos de caso, seu objeto primeiro de investigação.

Na área da saúde coletiva este intuito pode ser verificado através da tese de mestrado de Antonio Cezar Lemme (1992). No seu entender a gestão Pedro Ernesto à frente da prefeitura do Distrito Federal foi capaz, tanto na saúde quanto na educação, de ampliar a cidadania e fortalecer o regime democrático, se contrapondo à caminhada autoritária do Governo Federal. A questão que Lemme (1992) desenvolve essencialmente, neste trabalho, refere-se ao pioneirismo de Pedro Ernesto na construção do "Estado de Bem Estar Social" no Brasil.

Da parte dos historiadores cresceu recentemente o interesse pelo estudo da gestão Pedro Ernesto. Alberto Gawryszewski (1988) recupera a trajetória política e profissional de Pedro Ernesto, analisa sua atuação na área da saúde e da educação e conclui afirmando que "a proposta administrativa-política de Pedro Ernesto, embora com um conteúdo liberal-tecnocrático, favoreceu o reconhecimento da cidadania, pois

possibilitou à população dois direitos básicos para a sua realização: educação e saúde" (Gawryszewski,1988:216). Carlos Eduardo Samento Barbosa (1993) analisa introduz a perspectiva da História Política sobre a gestão Pedro Ernesto, particularmente em suas articulações políticas que levaram à constituição e à vitória do "Partido Autonomista do Distrito Federal (PADF)" que criou e dirigiu.

Apesar deste trabalhos, mais recentes, fazerem da gestão Pedro Ernesto seu objeto preferencial de análise ainda resta uma lacuna no que se refere aos impactos que esta política, na área da saúde, promoveu na reordenação do mercado de trabalho do médico e na erosão de sua autonomia. Este foi o esforço que pretendemos introduzir com este breve artigo.

NOTAS

1. Artigo 42 do Decreto 4.252 publicado no "Boletim da Prefeitura", em 8 de junho de 1932.
2. Artigo 138, op. Cit. Nota 1.
3. Artigo 149, op. Cit. Nota 1.
4. Artigo 72, op. Cit. Nota 1.
5. Artigo 155, op. Cit. Nota 1.
6. Artigo 156, op. Cit. Nota 1.
7. Artigo 157, op. Cit. Nota 1.
8. Artigo 160, op. Cit. Nota 1.
9. Artigo 47, op. Cit. Nota 1.
10. Artigo 72, op. Cit. Nota 1.
11. Artigo 143, op. Cit. Nota 1.
12. Artigo 149, op. Cit. Nota 1.
13. Artigo 130, op. Cit. Nota 1.
14. Artigo 267, op. Cit. Nota 1.
15. "Boletim do Sindicato Médico Brasileiro". Ano VII, nº 74, fevereiro de 1935, p. 1156/1157.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAGA, José C. (1978). "A questão da saúde no Brasil. Um estudo das políticas sociais em saúde pública e medicina previdenciária no desenvolvimento capitalista". Tese de Mestrado. Campinas, Departamento de Economia, UNICAMP.

CONNIFF, Michel (1976). Urban politics in Brazil. The rise of populism (1925-1945). University of Pittsburgh Press.

DINIZ, E. (1978). Empresário, Estado e Capitalismo no Brasil: 1930/1945. Rio de Janeiro, Paz e Terra.

DONNANGELO, Maria C.F. (1975). Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo, Pioneira,.

FAUSTO, B. (1976). A Revolução de 1930. Historiografia e História. São Paulo, Brasiliense.

GADELHA, P.E.V. (1982). "Assistência Médica no Rio de Janeiro (1920/1937): Reformas institucionais e transformação da prática médica". Tese de Mestrado. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social/UERJ.

GAWRYSZEWSKI, Alberto (1988). "Administração Pedro Ernesto: Rio de Janeiro (DF) 1931-1936". Tese de Mestrado. Niterói. Instituto de Ciências Humanas e FIlosofia/UFF.

LABRA, Eliana . (1985). "O movimento sanitário dos anos 20. Da conexão sanitária inernacional à especialização em saúde pública no Brasil". Tese de Mestrado. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas.

LEMME, Antonio Cezar (1992). "Saúde, Educação e Cidadania na Década de 30". Tese de Mestrado. Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social/UERJ.

MACHADO, Maria H. (1991). "Sociología de las profesiones: un nuevo enfoque". Educación Médica y Salud, vol. 25 (1).Washington, OPAS.

MALLOY, J.M. (1986). A política de previdência no Brasil. Rio de Janeiro. Graal.

MARINHO, Marcelo J. (1986). Profissionalização e credenciamento: a política das profissões. Rio de Janeiro, SENAI, Departamento Nacional.

MOORE, B. (1970) - The Professions: Roles and Rules. New York, Russel Sage Foundation.

OLIVEIRA Jayme & TEIXEIRA Sonia F.. (1985). (Im)Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis, Vozes/ Abrasco.

PEREIRA NETO, André & CHOR MAIO, Marcos (1992). "Origem e trajetória inicial do Sindicato Médico Brasileiro: Algumas considerações". Cadernos de História e Saúde. Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. FIOCRUZ. número 2 .

POSSAS, Cristina A (1980). Saúde, Medicina e Trabalho no Brasil. Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UNICAMP.

SARMENTO, Carlos Eduardo B. (1993) "Pedro Ernesto e a Autonomia Renovadora. O Partido Autonomista do Distrito Federal e os Impasses da Política Carioca: 1933-1937". Monografia de Graduação em História. Rio de Janeiro. Instituto de Filosofia e Ciências Sociais/ UFRJ.

SCHRAIBER, Lilia B. (1993) - O médico e seu trabalho. Limites da liberdade. São Paulo, Hucitec.

SILVA, Pedro L. (1984). "Atenção à saúde como política governamental". Campinas, Departamento de Ciências Sociais, UNICAMP.

STEPHAN, Nancy (1976). Gênese e evolução da ciência Brasileira: Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica. Rio de Janeiro, Artenova Ed.

WILENSKY, H.L. (1970). "The Profissionalization of Everyone ?". In: GRUSKY, Oscar and MILLER, George (eds.), The Sociology of Organizations: Basic Studies. New York, The Free Press.

RESUMO

Neste artigo analisaremos, de forma preliminar, o modelo de assistência médica implementado na capital da República na gestão Pedro Ernesto (1931/1935). Para tanto, promoveremos uma reflexão do Decreto Lei número 4.252, promulgado em 8 de junho de 1932. Estamos particularmente interessados em identificar que tipo de interferência este Decreto poderia promover junto à organização da profissão médica, tanto na configuração de seu mercado de trabalho quanto na manutenção de sua autonomia. Além disso, pretendemos compreender as razões que levaram a literatura especializada a dedicar pouca atenção ao papel que o modelo de assistência médica de Pedro Ernesto desempenhou na História da Previdência Social no Brasil.

TEXTOS PUBLICADOS
— 1994 —

098 - WERNECK, Guilherme Loureiro e REICHENHEIM, Michael Eduardo, *Queimaduras Severas na Infância, III: Magnitude do Efeito e Prevalência dos Fatores de Risco.* 40 p.

099 - CAMARGO Jr, Kenneth Rochel de. *A racionalidade médica - um estudo de caso: o ambulatório de medicina integral.* 31 p.

100 - Coordenação de Publicações. *Teses defendidas no IMS no período 1991-93.* 24 p.

101 - PEREIRA Neto, André de Faria, *A História da Profissão Médica: o ponto de vista de Paul Starr.* 23 p.

102 - FIORI, José Luís, *Sobre os Tempos de Ccllor - Parte II.* 36 p.

103 - TEIXEIRA, Luiz Antonio da Silva, *A Rebelião Popular contra a Vacina Obrigatória.* 43 p.

104 - ROCHA, Paulo de Medeiros, *Limitações impostas pelo processo de globalização nas políticas sociais nacionais.* 24 p.

105 - FERRAZ, Carlos Henrique, *O valor da vida como fato. Uma crítica neo-pragmática à epistemologia da vida de Georges Canguilhem.* 23 p.

106 - FIORI, José Luís. *Sobre os Tempos de Collor - Parte III.* 64 p.

107 - TAVARES, Ricardo; MORAES, Claudia Leite, *Comparações de coeficientes gerais de mortalidade: uma solução trivial para o problema da escolha da "população-alvo".* 23 p.

TEXTOS PUBLICADOS
— 1995 —

108 - FIORI, José Luís, *Sobre os Tempos de Collor - Parte IV.* 47 p.

109 - PINHEIRO, Roseni, DAL POZ, Mario Roberto. *Democratização e controle na saúde: Análise do Conselho_ Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.* 32 p.

110 - RIVERA, Francisco Javier Uribe. *Por um contraponto teórico-metodológico entre o planejamento estratégico-situacional (PES) e o controle de qualidade total (T.Q.C.) na saúde pública.* 47 p.

111 - PEPE, Vera Lúcia Edais; VERAS, Cláudia Maria Travassos. *A prescrição médica.* 26 p.

112 - FIORI, José Luís, *Espelho Espanhol de FHC.* 15 p.

113 - FIORI, José Luís. *Por que governabilidade? Qual governabilidade?* 15 p.

114 - SANTOS, Luiz A. de Castro; FARIA, Lina Rodrigues de. *Arquivo Rockefeller: banco de dados.* 68 p.

115 - FIORI, José Luís. *O Federalismo frente ao desafio da globalização.* 32 p.

116 - FIORI, José Luiz. *Social Liberalismo: A Bússola Quebrada de Fernando Henrique Cardoso.* 20 p.

117 - FIORI, José Luiz. *Estado do Bem-Estar Social: Padrões e Crises.* 24 p.