

HERMANN IARK OBERDIEK

RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO

**Serviços médicos em Londrina e as relações de médicos com estes serviços:
1933 a 1971.**

ASSIS

2008

HERMANN IARK OBERDIEK

RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO

**Serviços médicos em Londrina e as relações de médicos com estes serviços:
1933 a 1971.**

Tese apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis - UNESP - Universidade Estadual Paulista para a obtenção do título de Doutor em História (Área de conhecimento: “História e Sociedade”).

Orientador: Hélio Rebello Cardoso Júnior

ASSIS

2008

Catálogo na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.

Dados Internacionais de Catalogação - na - Publicação (CIP)

O12r Oberdiek, Hermann Iark.
Responsabilidade e compromisso: serviços médicos em Londrina e as relações de médicos com estes serviços – 1933-1971 / Hermann Iark Oberdiek. – Assis (SP), 2008.
208f. : il.

Orientador: Hélio Rebello Cardoso Júnior.

Tese (Doutorado em História) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Campus de Assis), Faculdade Ciências e Letras, Programa de Pós-Graduação em História, 2008.

Inclui bibliografia.

1. História social – Teses. 2. Identidades culturais – História social – Teses .
3. Médicos – História social – Londrina – Teses. I. Cardoso Júnior, Hélio Rebello. II. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita filho (Campus de Assis). Faculdade Ciências e Letras, Programa de Pós-Graduação em História. III. Título.

CDU 930.1

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha esposa Azucena, cúmplice e sempre incentivadora de empreendimentos com desafios. Aos meus filhos e suas companheiras pela torcida para se chegar a um bom final com as pesquisas.

Ao meu pai e a minha mãe.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço ao Prof. Dr. Hélio Rebello Cardoso Júnior que aceitou o desafio de orientar-me em um momento crucial da pesquisa, e também ao Prof. Dr. Alfredo dos Santos Oliva por ter colaborado nesta tarefa.

Agradeço também ao Prof. Isaias Dichi e à Prof. Kimyie Tomasino, com os quais discutimos as idéias que deram origem a este trabalho.

Ao Departamento de Ciências Sociais da UEL pelo apoio institucional, que foi fundamental.

Ao Prof. Aluysio Favaro que com paciência prestou sua ajuda em momentos importantes.

Finalmente agradeço a Azucena, a companheira de todos os instantes com seu apoio afetivo, sem o qual não se produz nada.

RESUMO

O objetivo central deste trabalho é analisar a construção de serviços de atendimentos médicos na cidade de Londrina, desde 1933, ano da fundação da cidade, até 1971, ano que foi criada uma cooperativa médica.

A cidade foi sede de um projeto de colonização na região norte do estado do Paraná, colonização compreendida como parte de um processo denominado de novas fronteiras agrícolas, com o predomínio do cultivo do café, na primeira metade do século XX, principalmente no interior do estado de São Paulo e parte da região norte do estado do Paraná.

O porquê da pesquisa nesta cidade, é que nela está constituído, nos dias de hoje, um importante centro de atendimentos médicos. E a compreensão é que este centro foi constituído desde seus primeiros anos, na década de 1930.

A análise desvenda como foram construídos os serviços de atendimentos médicos, tanto por iniciativas dos próprios profissionais, como de segmentos da sociedade ou ainda por autoridades constituídas.

A tese norteadora da análise é que os médicos se configuram como um campo social específico, o campo social médico, pois eles são capacitados para desenvolverem, com autonomia relativa, as atividades de atendimentos aos doentes, realizando diagnósticos e encaminhamentos terapêuticos. Impulsionados para a realização de tais atividades, os médicos, também com autonomia relativa, devem assumir compromissos para fazer valer a autonomia ética de responsabilidade, em serviços constituídos na sociedade.

Finalmente, considerando que os compromissos são próprios do acontecer humano, de sua criatividade cultural, os conflitos são possibilidades sempre presentes, que requerem compreensão e não culpabilidade, para que tanto a responsabilidade ética como o compromisso sejam efetivados.

Palavras chaves: Serviços de atendimentos médicos; autonomia ética responsável; autonomia de compromisso; campo social médico.

ABSTRACT

The main objective of the present study is to analyze the development of the Medical Attendance Services in Londrina, Paraná since the city foundation in 1933 until the beginning of the first Medical Cooperative.

The city was the place of a Colonization in the north region of Paraná state, performed as part of a process entitled new agricultural frontiers, being coffee the prevalent culture in those times, the first half of the XX century, mainly in São Paulo state and part of the north region of Paraná state.

The reason to explain the research in this city is that nowadays it constitutes an important center of Medical Attendance, and for the comprehension of these findings is necessary to return to the thirties. The research tries to analyze and find out how the medical services were built by medical initiatives as well as by society distinct segments, including the governmental authorities.

The thesis moves toward a hypothesis that doctors have a specific social field, the medical field, ethically able to develop with relative autonomy the activities of patients' attendance, performing diagnosis and therapeutics. The doctors stimulated by these activities may also have commitments to establish the ethically responsible autonomy in the constituted services of the society.

Finally, considering that the commitments are determinants of the human actions depending on the cultural background, there are always frequent possibilities of contents which require comprehension and no search for guiltiness in order to both ethical responsibility and the commitments be effective in medical practice.

Key words: medical service; ethical autonomy; commitment autonomy; social medical field.

LISTA DE SIGLAS

- AML – Associação Médica de Londrina
- CNTP – Companhia de Terras Norte do Paraná
- CMNP – Companhia Melhoramentos Norte do Paraná
- CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões
- IAPs -Institutos de Aposentadorias e Pensões
- INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
- UNIMED -União de Médicos (cooperativa)
- DGSP – Diretoria Geral da Saúde Pública
- DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
-----------------	----

PARTE I: CONSTRUÇÃO E CONSOLIDAÇÃO

CAPÍTULO I: ANTECEDENTES GERAIS	34
1.1 - O Higienismo e a Medicina Científica.....	36
1.2 - Mudanças na prática dos atendimentos médicos.....	41
1.3 - Mudanças de paradigmas.	48

CAPÍTULO II: LONDRINA, 1933 - 1941: A chegada de médicos e a construção de Serviços.	57
2.1 - As características da colonização organizada do norte do Paraná e os primeiros médicos.....	65
2.2 – Os Médicos do Interior.	72
2.3 - Médicos em Londrina.	76
2.4 – A Criação da Associação Médica de Londrina.	92

CAPÍTULO III: INSTITUIÇÕES DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTOS MÉDICOS EM LONDRINA: décadas de 1930 à década de 1950.	97
3.1- O Hospitalzinho dos Indigentes.	99
3.2- A Construção do Hospital da Santa Casa de Misericórdia.....	102
3.3 - Instituições criadas por médicos.	114
3.4 – O Hospital Evangélico.....	118

ILUSTRAÇÕES.....	123
------------------	-----

PARTE II: CRISES E MUDANÇAS

CAPÍTULO IV: OS SERVIÇOS PREVIDENCIÁRIOS E O MOVIMENTO DA LIVRE ESCOLHA.....	130
4.1 – Mudança Cultural.	133
4.2 – O Movimento da Livre Escolha.....	136

4.3 - Epílogo do Movimento da Livre Escolha.	148
CAPÍTULO V: AS MUDANÇAS E AS CRIAÇÕES COLETIVAS.	155
5.1.- Mudanças hierárquicas no interior do Campo Médico e iniciativas de empreendimentos.....	157
5.2.- A busca da preservação da livre escolha.....	163
CONSIDERAÇÕES FINAIS	172
FONTES E BIBLIOGRAFIA	176
I.- Documentos:	176
II.- Publicações:	176
III.- Bibliografia:	176
IV- Revistas:	184
V. Teses e Dissertações:	186
ANEXOS	188

INTRODUÇÃO

Na estruturação de um projeto de pesquisa que tenha a possibilidade de ser desenvolvido para conduzir a resultados adequados, há todo um processo de motivação e de construção. Fases anteriores que serviram de sustentação do projeto final poucas vezes são mencionadas. Porém, no caso dos resultados desta narrativa obtida no decurso da pesquisa, entendemos como importante referir a percepção da motivação inicial que desencadeou o processo de busca e definição do projeto, responsável pela compreensão de toda a narrativa.

Como docente de ciências humanas em cursos da área de saúde, e como cidadão, fomos impulsionados a buscar, na historiografia, os fundamentos para a justificativa da aparente existência de diferentes atendimentos médicos, por uma denominada medicina liberal¹ e por outra denominada medicina pública.

Estas duas medicinas fazem parte de uma dualidade², ou dicotomia, na percepção generalizada da população. Mas, frente à constatação inequívoca de que todos os médicos que realizam os atendimentos são formados pelos mesmos princípios científicos e treinados nas mesmas práticas procedimentais, como entender que eles produzem atendimentos díspares?

Passamos longe de aceitar, numa consideração simplista, que os atendimentos médicos só dependem da formação dos recursos humanos. No entanto, se considerarmos que esta formação é fundamental, a resposta surge como óbvia e é alimentada nos meios de comunicação. Ou seja, o problema não seria da categoria médica, mas da constituição dos serviços de atendimentos que pertencem ao poder público e não são controlados por médicos, cuja autonomia é limitada. Por outro lado, os serviços denominados liberais, por serem, geralmente, de controle ou propriedade de médicos, a autonomia é plena. Entende-se à primeira vista, por isso, que a autonomia da propriedade ou do controle dos serviços é fundamental. Mas não se questiona se a autonomia que todo médico deve ter frente às doenças e aos doentes, como resultado inequívoco de sua formação profissional, se confunde ou é a mesma autonomia de propriedade ou de controle dos serviços. Para as doenças e aos doentes, é indiferente o controle e posse dos serviços, portanto, não deve haver diferença de atendimento.

¹ Com relação à definição de medicina liberal, ver nota de rodapé n.16, página 20 (vinte).

² Colocamos a palavra dualidade e entendemos duas conseqüências desta expressão: 1.- significa a existência do bem e do mal que leva a entender uma medicina boa e a outra má. 2.- A dualidade conduz à exclusão e ratifica diferenças sociais, principalmente em termos de direitos.

Um longo caminho em estudos e leituras foi percorrido, e a historiografia³ permitiu uma aproximação à problemática cuja síntese do conhecimento obtido permitiu o delineamento da problemática histórica⁴, que depois de detalhadas pesquisas, foi possível a produção da narrativa ora apresentada.

Tanto Rosen como Foucault⁵, ao descreverem a experiência européia, afirmam que a característica básica do médico trabalhar isoladamente, dependendo dele como sendo ele mesmo a instituição médica, foi própria da sociedade pré-capitalista. À medida que a sociedade capitalista foi se tornando hegemônica, uma das primeiras providências do Estado Moderno foi organizar serviços públicos de saúde, tanto preventivos (saúde pública propriamente dita), como curativos (atendimentos às pessoas enfermas). Os modelos clássicos foram a Alemanha, a França e a Inglaterra. Portanto, faz parte da gênese do Estado Moderno, nos modelos clássicos, a criação de serviços públicos de saúde.

O médico liberal, ou a medicina liberal, foi um fenômeno histórico do século XIX. A característica básica do médico era sua atuação isolada e graças a ela, conquistava e mantinha sua clientela, geralmente com visitas e atendimentos domiciliares. (Como, na sociedade feudal, o médico era isolado na corte, caberia a pergunta se seria a característica de trabalhar isolado uma extensão na sociedade capitalista de uma identidade pré-capitalista dos médicos). Quanto mais o médico alcançasse resultados positivos em curar doentes, mais aumentava sua clientela, e mais elevavam seus honorários, como um recurso para controlar a demanda de atendimentos.

A medicina liberal do século XIX teve existência paralela à medicina pública promovida pelo Estado Moderno, e também trazia presente um processo de transformação que foi alimentado pelo desenvolvimento das pesquisas científicas que terminaram por criar o que hoje denominamos biomedicina. Com o advento da microbiologia, por exemplo, em fins do século XIX e começos do XX, foi necessária a união da medicina pública com a medicina liberal na prática, devido a esta ser de ação curativa, e as ações essencialmente preventivas da

³ A bibliografia final indica obras e autores lidos que permitiram as afirmações apresentadas.

⁴ Fernando Novais afirma que a “História tem dois significados: o primeiro significa todo o acontecer humano em todo tempo e em qualquer lugar. O segundo é a narrativa deste acontecer...” Quem escreve história, “tem de reconstituir a memória histórica... o historiador usa a análise para fazer a reconstituição, o objetivo dele é a reconstituição” In: VINCI DE MORAES, J.G. e REGO, J.M.: Conversas com Historiadores Brasileiros. S. Paulo: Editora 34, 2002, p.122 e 124.

⁵ ROSEN, G.: Da Polícia Médica à Medicina Social. R. de Janeiro: Graal Ed., 1980 E FOUCAULT, M.: Microfísica do Poder. R. de Janeiro: Graal Ed., 1993.

medicina pública não seriam eficazes sem a cura das pessoas que ficavam enfermos, e vice-versa.

A medicina liberal no Brasil foi uma prática também relativa ao século XIX, caracterizada por dois fatores fundamentais. O primeiro é que ela se desenvolveu com escassos serviços de atendimentos na sociedade, pois havia poucos hospitais, laboratórios, clínicas especializadas e outros. O médico também se valia dele mesmo: atendia os pacientes que o buscavam solicitando atendimentos, e os atendia basicamente em suas próprias residências. Ademais, poderia prestar alguma forma de atendimentos caritativos nos poucos hospitais existentes, como os Hospitais das Santas Casas de Misericórdia, destinados às práticas caritativas, exercida não necessariamente por médicos.

A população que buscava médico ou se servia de atendimentos médicos, geralmente era detentora de recursos financeiros. Aos segmentos da sociedade que não possuíam recursos, havia a alternativa de outros atendimentos, como os das Santas Casas, dos curandeiros e práticas de medicinas culturais (dos índios, dos negros africanos, de religiosos, etc.)⁶, com o uso de ervas, por exemplo. Essa situação era tal porque os médicos, principalmente no século XIX, ainda não eram detentores do monopólio das atividades de curas aos enfermos, o que só foi possível com o desenvolvimento da medicina científica.

Nas últimas décadas do século XIX e nas primeiras do século XX, com as alterações da sociedade e da economia capitalista⁷, ocorreram mudanças significativas que alteraram todo o cenário do desenvolvimento dos atendimentos médicos. Destas mudanças, destacamos dois aspectos:

O primeiro é relacionado à estruturação da sociedade capitalista como um todo, na qual a forma liberal de trabalho foi modificada⁸, devido às regulamentações e organização da denominada 'sociedade de mercado'. A partir deste período é pertinente falar de economia e empreendimentos de mercado, tanto de serviços como de produção, e não mais de economia e empreendimentos liberais. A suposta autonomia liberal de livre empreendimento e de iniciativa foi limitada por regulamentações e legislações do denominado 'mercado', ou seja, as iniciativas passaram a ser dependentes do que o mercado regulado permite. Concomitante a

⁶NAVA, Pedro: Capítulos da História da Medicina no Brasil. Londrina e S.Paulo: Eduel e Oficina do Livro, 2004.

⁷ Principalmente considerando POLANYI, K.: A Grande Transformação- origem de nossa época. R. de Janeiro: Ed. Campus, 2000.

⁸ Esta afirmação está baseada nos estudos de Karl Polanyi , Op. Cit. 2000.

esta característica, a expressão ‘honorário’, como denominação de pagamentos a profissionais liberais no século XIX, período no qual o profissional estabelecia o que deveria ser pago na relação direta com o cliente, passaram a ser regulados ou tabelados na relação de mercado⁹. O indivíduo, o profissional liberal, praticamente perdeu a liberdade de, por assim dizer, cobrar o que julgasse conveniente na sua relação com o cliente, devido aos tabelamentos e controles concorrenciais do mercado. O denominado profissional liberal passou a ser praticamente mais um conceito de uma posição ideológica, e não de uma realidade histórica, em que se tinha como referência o clássico profissional liberal do século XIX¹⁰.

O segundo aspecto é referente à medicina propriamente dita. A medicina científica passou a ser progressivamente dominante nas últimas décadas do século XIX, e se consolidou nas primeiras décadas do século XX com algumas conseqüências. A primeira é que, com a eficácia alcançada pelas práticas científicas sobre o controle das doenças e curas dos doentes, os médicos foram tendo a exclusividade nos atendimentos aos doentes. À medida que o mercado de atendimentos aos doentes passou a ser regulamentado e atribuído aos médicos com a medicina científica, os curandeiros e as medicinas populares caíram em desuso, e algumas vezes passaram a ser proibidos. Por outro lado, a prática da medicina científica exigia instituições de serviços como hospitais, laboratórios e clínicas especializadas, mudando o lugar dos atendimentos médicos e permitindo, também, a participação de outros profissionais, médicos ou não. As instituições sociais de serviços de atendimentos médicos passaram a ser o centro e não mais o médico com foi o clássico médico liberal, ou ‘médico-de-família’, quando ele era a ‘instituição médica’.

A segunda conseqüência é que, pela própria exigência das descobertas nosológicas e do processo de cura, houve regulamentações estabelecendo direitos e deveres às populações, relacionadas com prevenções (obrigatoriedade de vacinas) e os atendimentos médicos. Para estes atendimentos estarem ao alcance das populações no Brasil, a sociedade foi criando instituições como as sociedades de mútuo socorro, pelos imigrantes que contratavam médicos, e os serviços de empresários que contratavam médicos para atenderem seus operários, e finalmente, na década de 1920, o governo criou os atendimentos previdenciários como direito

⁹ Edmundo Campos Coelho, em sua obra ‘As Profissões Imperiais’, refere que já em 1870 a concorrência de médicos no Rio de Janeiro era tanta, que médicos faziam propaganda publicando tabelas de valores de seus serviços. Outros médicos faziam uma contra propaganda afirmando que cobravam menos que fulano ou sicrano. Isso já era concorrência de mercado. Rio. de Janeiro: Ed. Record, 1999, p.74 e ss.

¹⁰ Mais detalhes nas obras de POLANYI, Karl, op cit., 2000: COELHO, E.C.: As profissões Imperiais, R. de Janeiro: Ed. Record, 1999 e CASTEL, E.: As Metamorfoses da Questão Social - Uma Crônica dos Salários. Petrópolis: Ed. Vozes, 2003.

dos trabalhadores. Ademais, foram criados hospitais públicos e privados, clínicas de especialidades, laboratórios de análises, enfim, instituições de serviços para atender as ‘demandas de mercado’, onde médicos, responsáveis pelos atendimentos, passaram a ser profissionais com preparação específica.

A partir desta síntese dos estudos historiográficos, foi inevitável indagar como foram construídos os serviços de atendimentos médicos na cidade de Londrina, e qual a relação dos médicos com estes serviços, a partir da criação da cidade em 1933. Se já fazia parte do cenário da medicina brasileira toda a problemática narrada acima, como este cenário teve seu desenvolvimento em uma cidade e região de fronteira agrícola na primeira metade do século XX?

A partir deste ponto foi planejada a pesquisa para cujo desenvolvimento fazemos os seguintes comentários :

A.- Há uma opinião mais ou menos difundida na cidade de Londrina, região norte do estado do Paraná, segundo a qual a principal atividade econômica desenvolvida é a prestação de serviços. Algumas opiniões chegam a afirmar que este é o destino traçado para a cidade desde sua fundação, na década de 1930, para justificar a pouca presença de indústrias numa cidade com uma população de cerca de 500.000 habitantes nos dias de hoje.

Por outro lado, de acordo com algumas pesquisas realizadas para o desenvolvimento de teses e dissertações, duas características do processo da colonização da região norte do estado do Paraná comprovaram que Londrina foi construída como sede central do projeto e passou a ser de grande influência no entorno construído.

A primeira característica é que os 544.000 alqueires de terras do Interland paranaense, inicialmente cobertos de matas nativas, foram colonizados no sentido leste-oeste, denominados ‘fronteiras agrícolas’, num processo de busca de terras novas para a agricultura e de ocupação dos espaços vazios, com a intenção de incorporá-los ao desenvolvimento da economia capitalista brasileira¹¹.

O que aconteceu na região norte do estado do Paraná na década de 1930 já havia ocorrido na região de Presidente Prudente, no estado de São Paulo¹². Dividiu-se a terra em pequenos lotes para torná-los de fácil aquisição pelos migrantes e imigrantes, e assim se

¹¹ LOPES, Ana Yara: Pioneiros do Capital: a Colonização do Norte do Paraná. Mestrado FFLCH da USP, 1982.

¹² ABREU, Diores S.: A Formação de uma cidade Pioneira Paulista: Presidente Prudente. Pres. Prudente, FFCL, 1972.

tornasse um território produtivo. Planejou-se, simultaneamente, a cidade com o intuito de criar uma série de serviços necessários para viabilizar a colonização.

A segunda característica é que um projeto de colonização de terras com pequenas propriedades, provocaria uma movimentação razoável de pessoas e tornava-se necessária a criação de uma infra-estrutura de serviços capaz de garantir a sobrevivência das pessoas e do próprio projeto. Os compradores de terras, que adquiriam os lotes, não eram, de ordinário, possuidores de grandes recursos financeiros. E quanto mais perto deles estivessem disponíveis os serviços, mais teriam condições de levar adiante seus planos. Sendo assim, os sitiantes necessitaram de recursos para construir suas moradias e providenciar a alimentação, pelo menos até produzirem as próprias produções de alimentos, ou mesmo até que as plantações de café começassem a produzir. Portanto, o processo da colonização começou com a construção de uma cidade com a instalação de serviços de comércio em geral e, também, com o mínimo de atendimento à saúde, com a construção de um pequeno hospital e a presença de médico.

“O município é hoje um importante centro médico...”. Esta é uma frase extraída de uma publicação da Associação Médica de Londrina (AML) que transmite a idéia de que a prestação de serviços dos dias de hoje é uma característica que foi criada com a cidade e, no caso dos serviços médicos, com a determinação de médicos, pois a publicação contém vinte e dois depoimentos de médicos que chegaram desde os primeiros anos. E a frase continua: *“...isso se deve à força daqueles que conseguiram ver o futuro [o presente no passado] em meio ao barro, à poeira e à precariedade daquelas primeiras décadas”*¹³.

As duas frases acima estão num livro da AML publicado no ano de 2005, cujos exemplares tiveram circulação restrita, e não foram colocados à venda em livrarias. Cada médico sócio da AML recebeu um exemplar. Uma das deduções possíveis deste fato é que a AML quis reforçar, entre a categoria, a idéia de que, desde os primeiros anos, foi construído na cidade para enfrentar as enfermidades um serviço de atendimentos médicos importante, devido ao voluntarismo, abnegação e persistência de médicos. O livro contém, como já foi mencionado, vinte e dois depoimentos de médicos que chegaram desde 1934 e até de médicos que chegaram na década de 1960.

Como depoimento-memória, cada médico quis preservar na sua interpretação a experiência vivida. As palavras da AML, no livro, são as palavras de médicos. E por terem vivenciado o que ali escreveram, entendem que não são interpretações, mas como está em

¹³ NOGUEIRA, A. e FRANCISCO, R.: *Chegada a Canaã*. Londrina: AML, 2005, pág. 14.

uma frase do livro: são História. Para o pesquisador, porém, o valor de depoimentos é permitir a percepção de que algo efetivamente ocorreu no tempo. A AML os coloca como sendo o que se quer que permaneça com a ambição de verdade. E a verdade, para a AML, é que médicos criaram em Londrina um sistema (de atendimentos médicos) próprio, ou seja, é possível entender na interpretação que foi um sistema original, próprio para Londrina. Mas, cabe a pergunta: culturalmente o sistema criado em Londrina não teve influências da vivência que os médicos haviam tido nos grandes centros urbanos, nos cursos de Medicina que freqüentaram? Pela afirmativa, o sistema próprio (de Londrina) não teria sido uma escolha deliberada, tendo em consideração que nos grandes centros urbanos havia outros exemplos de organização diferentes de serviços?

Muitas outras perguntas são possíveis a partir dos depoimentos-memória. Estas perguntas permitem, no desenvolvimento de uma pesquisa com outras fontes de informações, a percepção de que a busca de informações do acontecer humano no tempo e espaço, enriquece a narrativa deste acontecer. No caso, o acontecer é a construção do sistema de serviços de atendimentos médicos em Londrina, culturalmente determinado, e os relacionamentos de médicos com este sistema, com as alternativas que foram surgindo.

Estas reflexões até aqui já apontam elementos suficientes para uma pesquisa. No entanto, consultando mais fontes, em busca de outras versões, encontramos mais uma publicação da AML que aprofunda a nossa percepção de que há problemas de interpretação dos serviços de atendimentos médicos criados e as relações entre médicos, e destes com os serviços.

Os médicos londrinenses criaram aqui – e funcionou a contento durante duas décadas, um sistema próprio de assistência médica atendendo famílias, fazendas e empresas, inicialmente através da Santa Casa e depois com os outros hospitais. Eles lutaram para manter seu sistema regional, numa região que podia sustentar uma Medicina liberal, que também atendia socialmente nos plantões hospitalares e nos consultórios.

Atropelada pela massificação da assistência médica imposta pela centralização da Previdência, aquele sistema regional que ganharia o nome-de-guerra de Livre Escolha do Médico Pelo Paciente – não pôde ao menos tentar adaptar-se à urbanização, à industrialização a aos sindicatos com quem negociava quando foram fechados em 1964 (BOLETIM da AML, 1991, pág. 5).

No primeiro parágrafo, o destaque é que médicos de Londrina criaram um sistema próprio de medicina liberal, inicialmente com a Santa Casa e depois com outros hospitais, e *funcionou a contento* por vinte anos. Este parágrafo contém dados históricos, mas há lacunas, até cronologicamente falando, de acontecimentos importantes que não foram mencionados.

Em 1933 a CTNP (Companhia de Terras Norte do Paraná), que criou a cidade de Londrina, construiu um hospital e contratou um médico. Em 1934, outros médicos começaram a instalar-se na cidade, e outras instituições de serviços foram sendo construídas, ampliando-se as especializações e os recursos tecnológicos, condizentes com a formação dos médicos. Sete anos depois, onze médicos presentes na cidade fundaram a AML em 1941.

É sabido que uma associação, além de outras funções, é criada para estabelecer um fórum de negociações e defesa de interesses da categoria profissional que a criou (no caso, dos médicos). Portanto, do período entre 1933 a 1941, há uma história para ser narrada, porque até aos dias de hoje não existem narrativas suficientes, com pesquisa em diversas fontes documentais, a não ser basicamente as publicações da AML, centradas nos depoimentos-memórias de médicos, direcionadas para uma determinada compreensão do que foi construído, como toda interpretação.

A Santa Casa foi inaugurada no dia 7 de setembro de 1944. E segundo as informações de uma publicação deste Hospital em comemoração aos seus 50 anos (1994)¹⁴, a própria Santa Casa faz saber que a construção do edifício começou em 1940. Portanto, um ano antes da criação da AML.

O Hospital Santa Casa não foi construído por médicos, e sim por uma Irmandade, da qual médicos poderiam fazer parte, mas não necessariamente. Uma Irmandade era constituída de pessoas de uma comunidade que se associavam com contribuições periódicas e organização de promoções ou campanhas para a arrecadação de fundos financeiros com a finalidade de construir um hospital de caridade. Por isso o nome: Irmandade do Hospital da Santa Casa de Misericórdia.

Se a construção começou em 1940, é porque antes a sociedade londrinense sentiu a necessidade de um hospital de atendimentos às pessoas doentes como obra de caridade. Portanto, um serviço de atendimentos médicos diferente da denominada medicina liberal, a qual a AML afirmou que foi construída por médicos. Nesta denominada medicina liberal, toda pessoa atendida deveria pagar os honorários, denominação que os médicos dão aos pagamentos por seus serviços. Na medicina caritativa, os atendimentos eram gratuitos, e os gastos hospitalares custeados por doações.

A partir desses dados, podemos inferir que há um lapso nas informações sobre aqueles anos relacionadas com os serviços de atendimentos médicos que estavam sendo criados, como

¹⁴ Encarte especial do jornal Folha de Londrina do dia 7-9-1994.

os da Santa Casa. Se a Santa Casa era para atendimentos médicos, eram eles, os médicos, que deveriam realizá-los. Sendo atendimentos caritativos, no mínimo os médicos buscariam negociar. Para tal negociação, seguramente foi importante a AML. A sociedade londrinense havia decidido pela construção de um hospital de caridade, e um possível acordo entre a AML e a Irmandade do Hospital permitiu que o sistema, *'que atendia socialmente'*, com a medicina liberal, *'funcionasse a contento'*.

Mas desde 1933, com a criação do Hospital da Companhia, até 1944, ano da inauguração da Santa Casa, quais as características dos médicos que chegaram à cidade, e que serviços foram sendo criados? Não dariam, os dois Hospitais, motivos para conflitos ou desentendimentos entre os médicos e nas relações destes com os serviços criados? As possíveis manifestações a respeito, por parte da AML, são deixadas por conta dos depoimentos-memórias de médicos, os quais falam de conflitos entre médicos e entre estes e o Hospital da Companhia, não mencionam nada sobre o processo da construção da Santa Casa e nem sobre do papel da AML, a partir de 1941 até 1944, quando foi inaugurado o Hospital da Santa Casa.

Na busca por controlar os serviços construídos nos primeiros anos, como o Hospital na Companhia, teria, de certo, havido desentendimentos dentro da categoria. E não poderia ser diferente, porque os médicos que foram chegando necessitavam trabalhar em situações concretas para tornarem-se conhecidos como profissionais e conquistarem seus pacientes-clientes¹⁵. O Hospital seria uma espécie de vitrine, ainda mais que a denominada medicina liberal sendo, na verdade, uma medicina de mercado, implicava em disputas competitivas, no mínimo para a conquista de pacientes-clientes.

Este problema histórico é mais evidenciado na continuação da análise do texto da AML. O texto afirma que o sistema criado pelos médicos foi atropelado pela massificação imposta com a centralização da Previdência. Para enfrentar o atropelamento, o sistema médico foi então batizado de Livre Escolha do Médico Pelo Paciente, e não teve oportunidade de adaptar-se à urbanização, à industrialização e aos sindicatos, com os quais tentaram negociar.

Mais uma vez trata-se de interpretar fatos históricos, relatados, todavia, de maneira a não facilitar a exata compreensão do que teria acontecido. Na década de 1950, houve um

¹⁵ Além de pacientes (condição de estar doente e necessitar auxílio), passavam a ser clientes porque consumiam os atendimentos do mesmo médico. Linguagem de mercado.

aumento da urbanização, principalmente no sudeste e sul do país, sendo uma das causas do fenômeno a alteração da produção do café. Devido à superprodução, o governo deixou de incentivar novos plantios, por exemplo, principalmente na primeira metade da década de 1950, quando duas geadas que dizimaram os cafezais no Paraná e o governo federal não subsidiou a recuperação do que se perdeu. Resultado: muitos trabalhadores rurais, ou pequenos sítiantes, migraram para ao setor urbano com a intenção de conquistarem outras possibilidades de trabalhos.

Neste contexto de aumento das populações urbanas e relativos desenvolvimentos industriais, foram sendo criados os sindicatos. Como a legislação brasileira vigente permitia que os sindicatos ativassem os IAP's (Institutos de Aposentadoria e Pensões), estes passaram a implantar seus serviços. E sendo os serviços de atendimentos médicos previdenciários os mais importantes serviços dos IAP's, estes, por sua vez, foram sendo gradativamente implantados. Neles, médicos foram assumindo as atividades de atendimentos, até como meio de conseguir ser mais conhecidos, ter garantias de emprego e renda, e finalmente, firmarem-se na medicina de mercado que seguia seu desenvolvimento.¹⁶

Os médicos que se dirigiam para o interior do Brasil provinham de grandes centros urbanos, principalmente por terem estudado nos cursos de Medicina que na época só existiam nesses centros. A decisão deles foi criar no local para onde se dirigiram a alternativa denominada por eles de medicina liberal. No entanto, já fazia parte do mercado nos grandes centros urbanos a medicina previdenciária, entre outras. No interior, fizeram uma combinação com os atendimentos caritativos, que denominaram de indigentes. Foi o caso de Londrina. Este tipo de atendimento fazia parte da visão tradicional e conservadora da cultura brasileira e já estava presente na colonização portuguesa: as Santas Casas de Misericórdia.

¹⁶ Medicina de Mercado: A expressão medicina liberal refere-se , como vimos, à medicina praticada no século XIX, essencialmente, que concorria fortemente com outras práticas de medicinas alternativas ou populares, como o curandeirismo, não sendo, portanto, hegemônica. Mas com seu advento, a Medicina Científica, que teve no Brasil um avanço importante a partir do século XX, foi conquistando a hegemonia nos atendimentos aos doentes. Nestes atendimentos, com a Medicina Científica, os médicos passaram a ser interdependentes e também dependentes de auxiliares como os laboratórios e as tecnologias. Portanto, a Medicina Científica propiciou um relativo caráter coletivo das práticas médicas, justamente ao contrário da clássica Medicina Liberal na qual o médico atuava geralmente só. Geralmente também era mais clínico e atendia nos domicílios, era pouco hospitalar e pouco invasiva. Normalmente as cirurgias eram as externas. Laboratórios de exames e complexidades tecnológicas são próprias da Medicina Científica, com mais instituições intermediando os atendimentos e criando disputas de mercado. A fase liberal deu origem à fase de mercado, segundo, Karl Polanyi, em: A Grande Transformação: a Origem da nossa época.

A expressão Medicina Liberal, em nosso tempo, trás implícita uma outra medicina não liberal, numa visão dicotômica que leva à valorização de um lado em detrimento de outro. A Medicina de Mercado, por outro lado, envolve a todas as possíveis modalidades: privadas, públicas, socializadas, etc.. Todas seriam alternativas de mercado em busca do objetivo principal: atendimentos médicos a pessoas enfermas, atendimentos preventivos ou atendimentos para a conquista da cura.

A partir do momento em que nas cidades do interior começaram a ser significativos os serviços de atendimentos médicos previdenciários, médicos reagiram porque estes serviços não estavam sob seu controle. Foi então que criaram o Movimento da Livre Escolha, para, com este movimento, negociarem com os sindicatos e os IAPs. Este movimento foi importante, por exemplo, nas regiões que haviam sido fronteiras agrícolas do interior paulista e de parte da região norte do Paraná, ou seja, a cidade de Londrina. Foi formalizado, em 1960, um protocolo de compromissos que todos os médicos associados da AML deveriam assinar, responsável por muitos encontros e desencontros com os sindicatos e com os IAPs. Em 1964 o governo militar fechou os sindicatos, e as negociações passaram a ser feitas com o Governo Federal. Dois anos depois, em 1966, o Governo unificou todos os IAPs, criando o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), assalariando e credenciando instituições de serviços e médicos. Não implantaram, porém, o sistema da livre escolha idealizado pelos médicos. E o INPS tornou-se, nos anos imediatos de sua implantação, uma importante alternativa de mercado para os médicos realizarem atendimentos. Ele entrou em vigência em 1967, e em 1968 o Movimento de Livre Escolha, em Londrina, foi desativado.

Estes comentários específicos estão confirmados em uma pesquisa de sociologia sobre o movimento¹⁷. Um dos destaques desta pesquisa sociológica foi demonstrar a defesa da denominada medicina liberal por parte da AML, ao afirmar que todos os médicos, sócios da AML, estavam disponíveis para atender os previdenciários, na forma como eles entendiam ser liberal, ou seja, recebendo por unidade de serviço e pelo valor estipulado pela Associação. Os atendimentos deixariam de ser dos médicos que os IAPs haviam credenciado ou assalariado, e a tabela dos valores dos atendimentos definidos pela AML. Estes valores os IAPs deveriam pagar, porém, em caso de um Instituto não poder cobrir os valores - pois cada Instituto tinha uma realidade econômica- financeira diferente -, o previdenciário que escolheu seu médico deveria pagar a diferença. Seria, do ponto de vista ideológico, uma compensação pelo usuário ser atendido por seu médico de confiança.

Esta idealização da livre escolha pela AML tinha por objetivo manter a clientela que cada médico havia conquistado com o tempo, e impedir a migração destes clientes para os médicos credenciados ou assalariados pelos IAPs. Esta constatação pressupõe a existência de um desentendimento ou conflito dentro da categoria médica, que denominaremos campo médico, relacionado com a conquista e perda de pacientes-clientes, que não foi o objeto da

¹⁷ TOMAZI, Zelma T. Da Medicina Liberal à Medicina Previdenciária. Mestrado da USP, 1985

análise sociológica. A explicação sociológica focalizou a oposição entre instituições: AML e IAPs- sindicatos; a relação da AMB (Associação Brasileira de Medicina) com o Ministério da Saúde, defendendo a proposta de um seguro saúde, que deveria ser mantido pelo Governo como saída para a crise; um destaque da valorização da AML à denominada medicina liberal, e a suposta inferioridade em qualidade e quantidade dos atendimentos previdenciários sem a Livre Escolha do Médico pelo Paciente.

Sem entrar no mérito das conclusões da pesquisa sociológica, o que percebemos, ao analisarmos o segundo parágrafo do texto da AML destacado acima, é que nele se configura um problema histórico relacionado com o que ocorreu em Londrina com os serviços de atendimentos médicos que foram sendo construídos desde 1933. No processo, surgiram conflitos e crises internas na categoria médica, relacionados com os atendimentos nestes serviços. E estes conflitos e crises foram externalizados numa tentativa de localizar o problema fora da categoria, do que denominamos campo médico. Isto porque, para os agentes do campo, o controle dos serviços estando fora, com os IAPs, significava situação conflituosa. A intenção foi objetivar o controle dos serviços previdenciários para os agentes do campo médico, como alternativa para serem resolvidos os conflitos. Mas não quer dizer que necessariamente foi uma decisão de forma consciente. Eles, os médicos da AML, entendiam que só assim, com o controle previdenciário, a denominada medicina liberal estaria preservada.

Em forma de síntese, quando a sociedade londrinense criou um hospital para atendimentos caritativos, poderia haver problemas, pois, qual médico, agente do campo, assumiria a responsabilidade, se o esforço de médicos era a construção de serviços da medicina liberal? Para responder deve-se considerar que, simultaneamente à construção do hospital de caridade foi criada a AML. E esta associação fez um acordo com a irmandade do hospital para organizar e controlar os atendimentos de caridade. Passando o tempo, na segunda década de vigência deste acordo, surgiram novos serviços, os ditos previdenciários. Depois de alguns anos que eles estavam sendo implantados, surgiram os conflitos internos do campo médico relacionados com os clientes-pacientes desses atendimentos. Mais uma vez, a busca da solução para os conflitos foi deslocar o problema para o controle da categoria médica sobre os serviços criados, ou em expansão. Este problema com os atendimentos previdenciários gerou o Movimento da Livre Escolha, que só terminou ao tornar-se evidente a impossibilidade do controle do campo médico, através das associações, dos serviços de

atendimentos previdenciários com a centralização dos atendimentos no INPS, controlado, por sua vez, pelo Governo Federal a partir de 1967.

Para trabalharmos metodologicamente com esta problematização delineada, recorrendo às leituras historiográficas sobre a medicina brasileira e os médicos, principalmente desde o final do século XIX e começos do século XX, julgamos mais conveniente a perspectiva da história cultural para uma abordagem adequada, devido à intensa mobilização de aspectos sócio culturais nos acontecimentos pesquisados.

É só pensar no passado, desde as culturas mais antigas, ou as dos nativos ainda presentes em nosso mundo, como a questão das doenças-doentes, na busca de como atendê-los, é uma questão profundamente cultural. É o médico de hoje, ou o pajé das culturas dos nativos, ou os curandeiros das culturas mais antigas, sempre tiveram grande valor cultural no seu meio, porque, em maior ou menor grau, eles foram os responsáveis pelos doentes e como conseguir seu bem-estar, devido ao domínio dos conhecimentos culturalmente transmitidos.

Em fins do séc. XIX e começos do século XX houve todo um processo de transformação cultural das populações e dos médicos, relacionada com a medicina científica. A biomedicina começou seu desenvolvimento no decorrer do séc. XIX, mas foi no séc. XX que diversos fatores impulsionaram os desenvolvimentos científicos de forma ampla, determinando sua consolidação. Um destes fatores no Brasil foi a intensificação das imigrações relacionada com o desenvolvimento econômico, que transformou culturalmente o país.

Com as transformações, a medicina científica foi conquistando as populações em vista dos resultados que foram sendo obtidos sobre as doenças. Por outro lado, propiciou aos médicos tornarem-se hegemonicamente os responsáveis pelos atendimentos aos enfermos, por serem capacitados a fazer diagnósticos e em caminhamentos terapêuticos. A nossa compreensão é que todas estas questões dizem respeito, portanto, a um enfoque de história cultural, na posição de R. Chartier ao afirmar que

a microstória...[a história cultural] pretende construir, a partir de uma situação particular,... a maneira como os indivíduos produzem o mundo social, por meio de suas alianças e seus confrontos, através das dependências que os ligam ou dos conflitos que os opõem. O objeto da história, portanto, não são, ou não são mais, as estruturas e os mecanismos que regulam, fora de qualquer controle subjetivo, as relações sociais, e sim as racionalidades e as estratégias acionadas pelas comunidades, as parentelas, as famílias, os indivíduos.(CHARTIER, 1994, p. 98).

Este texto é extraído de um artigo no qual o autor tem como objetivo explicitar as considerações necessárias para o desenvolvimento de pesquisas e narrativas de história cultural. Porém, em uma observação detalhada, não é difícil perceber que o estudo da construção dos serviços de atendimentos médicos em Londrina, e a relação de médicos com estes serviços, é pertinente ser realizado dentro desta perspectiva de Chartier. A maneira como os organizadores da colonização e criadores da cidade, e mais as pessoas que se dirigiram para a cidade, incluindo os médicos, produziram “*o mundo social*”, estabelecendo alianças para a criação da infra-estrutura de serviços, porque houve necessidades ou dependências que os ligaram, não sem confrontos e conflitos, devido a interesses e objetivos contrariados. Portanto, a narrativa histórica do problema desta pesquisa deve considerar a sensibilidade do acontece humano relacionado com os serviços de atendimentos médicos em Londrina, as relações sociais estabelecidas que objetivaram racionalidades e estratégias, envolvendo a comunidade e os indivíduos.

Ao mencionar as expressões ‘alianças’, ‘confrontos’ e ‘conflitos’, é possível perceber que houve alguma forma relativa de organização de grupos, setores ou segmentos da sociedade para que estas situações aparecessem. A maior possibilidade, e de acordo com o objeto da pesquisa, é que os profissionais envolvidos, no caso os médicos, devido às identidades que os uniam, como terem a mesma formação universitária, e interesses ao realizarem as mesmas atividades - os atendimentos médicos - de alguma forma tenham atuado com relativa organização. Esta percepção nos remete à teoria do campo social de Pierre Bourdieu, teoria esta que R. Chartier qualificou como importante para a leitura da história cultural por ele proposta.

A evolução das sociedades tende a fazer com que surjam universos (que chamo de campo) que tem leis próprias, são autônomos. As leis fundamentais são, com frequência tautológicas. A do campo econômico, elaborado pelos filósofos utilitaristas: negócios são negócios; a do campo artístico, explicitamente colocada pela escola que se diz da arte pela arte: a finalidade da arte é a arte, a arte não tem outro objetivo que não seja a arte... Temos assim universos sociais com uma lei fundamental, um *nomos* independente de outros universos, que são auto-nomos, que avaliam o que se faz aí, as questões que aí estão em jogo, de acordo com princípios e critérios irredutíveis aos outros universos (BOURDIEU, 1996: ps. 147-148).

Com esta interpretação de P. Bourdieu, é possível na história contemporânea observar a manifestação de relativas independências de distintos segmentos da sociedade em termos de organização e defesa de interesses intimamente ligados às suas identidades, “*irredutíveis a outros universos*”, como os artistas, os economistas e, no nosso caso, os médicos, por terem

estes os mesmos princípios de formação - a medicina científica -, e os mesmos objetivos - os atendimentos médicos.

Com o advento e consolidação da medicina científica, o resultado foi a conformação de um universo de profissionais, os médicos, capacitados e treinados, e por isso mesmo os únicos responsabilizados, histórica e socialmente, para realizarem os diagnósticos e encaminhamentos terapêuticos das pessoas doentes. Eles adquiriram uma autonomia relativa. E esta autonomia, no nosso entender, é possuidora de duas dimensões que são fundamentais.

A primeira é a autonomia de responsabilidade ética. A partir do momento em que termina o curso de medicina, o aluno faz o Voto Ético Hipocrático em sua formatura. Com este voto, ele passa a ser reconhecido como médico, não só pela sociedade, mas principalmente por seus pares. É o símbolo do pertencimento individual a um coletivo: o campo social propriamente conhecido, o *campo médico*. Significa que o novo médico compartilha com seus pares conhecimentos culturais específicos das ciências biomédicas, e, através de um treinamento, também específico e orientado por médicos, adquire responsabilidades e autonomia para realizar diagnósticos e a prescrição dos encaminhamentos terapêuticos. Esta autonomia é relativa desde o ponto de vista interno do campo médico, porque com a medicina científica foram desenvolvidas as especializações médicas e a utilização de tecnologias para diagnósticos e terapias, o que criou uma interdependência entre médicos. E é relativa também, porque os laboratórios de análises bioquímicas, por exemplo, são de outros profissionais que não pertencem ao campo médico, ainda que os resultados dos análises são interpretadas pelos médicos, de acordo com suas especialidades.

A segunda compreensão de autonomia do campo médico, é a autonomia em produzir o que é de interesse específico do campo, que são os atendimentos médicos¹⁸. Estes atendimentos podem ser realizados em qualquer serviço presente na sociedade: na clínica; na policlínica; no hospital, público ou privado; em serviços próprios ou empresariais; em serviços socializados ou em cooperativas, etc. Enfim, o médico tem autonomia para prestar atendimentos em qualquer serviço do sistema de serviços de atendimentos médicos presente em uma sociedade, ao assumir compromisso, seja como proprietário, seja como credenciado, seja como contratado. A autonomia é sempre relativa ao serviço com o qual ele assumiu compromisso, seja serviço público, seja serviço privado, pois todos os serviços são serviços do mercado de atendimentos médicos, portanto, a autonomia é relativa às 'leis de mercado'.

¹⁸ Atendimentos médicos: tudo o que um médico faz relativo a tratamento, seja diagnosticando e encaminhando terapias, com qualquer pessoa doente que o busca, ou que lhe é confiada para ser atendida.

Bourdieu denomina campo este espaço onde as posições dos agentes se encontram a priori definidas. O campo se define como lócus onde se trava uma luta concorrencial entre os atores, em torno de interesses específicos que caracterizam a área em questão.. Toda a eficácia da ação se encontra assim prefigurada, o que implica dizer que o ator só realiza aquelas ações que se pode realmente efetivar.(ORTIZ: 1994, p. 19).

Portanto, o que é específico da constituição do campo médico produzir são os atendimentos médicos. A produção deles define a posição dos agentes dentro do campo (dos médicos), pois entre eles se trava uma luta concorrencial que podemos perceber analisando a construção dos serviços de atendimentos médicos em Londrina a partir de 1933: houve concorrência entre médicos para os atendimentos no Hospital da Companhia; houve definições concorrenciais relacionadas com os atendimentos aos indigentes na medicina caritativa do Hospital da Santa Casa; e houve luta concorrencial na apropriação dos atendimentos médicos produzidos com os serviços previdenciários, nas décadas de 1950 e 1960.

No entanto, considerando todas estas questões, a AML sempre optou no controle dos serviços, ou na propriedade destes por agentes do campo, como solução para as crises das lutas concorrenciais, próprias do campo. Mas, devido à percepção que a teoria do campo nos proporciona, entendemos que não é fundamental o controle ou ser proprietário dos serviços por membros do campo para que os atendimentos alcancem o objetivo básico, que é satisfazer os pacientes em suas necessidades, desde que o médico, a,b ou c, cumpra o compromisso assumido na sua autonomia.

Por outro lado, dependendo dos lugares que os agentes do campo ocupam dentro das categorias de serviços de atendimentos, hoje entendidos como primários, secundários ou terciários ou mais, seguramente é motivo do estabelecimento de uma hierarquia entre eles:

A estrutura do campo pode ser apreendida tomando-se como referência dois pólos opostos: o dos dominantes e o dos dominados. Os agentes que ocupam o primeiro pólo são justamente aqueles que possuem o máximo de capital social, em contrapartida, aqueles que se situam no pólo dominado se definem pela ausência ou pela raridade do capital social específico que determina o espaço em questão. (ORTIZ: 1994, p. 21).

Nas primeiras décadas da história de Londrina é possível que ainda não tenha sido definido o estabelecimento de serviços primários, secundários ou terciários, como ocorre nos dias de hoje, mas a hierarquia que classificava os dominantes e os dominados estava presente. Os médicos que trabalhavam no Hospital da Companhia, por exemplo, poderiam ser do pólo

dominante, possuidores de capital social, pois foram contratados pela CTNP. Todas as pessoas que necessitavam hospital os conheciam, e o Hospital era a própria referência dos médicos. Os outros novos médicos que chegavam seriam do segundo pólo hierárquico: não eram conhecidos, não trabalhavam no Hospital e deveriam tornar-se conhecidos com as propagandas e aceitando os atendimentos mais inusitados, em sítios distantes e a qualquer hora do dia, até conquistarem capital social. Depois, a cidade decidiu construir um hospital de caridade: o Hospital da Santa Casa. Como se definiriam os atendimentos com as hierarquias do campo médico? A AML buscou o controle dos atendimentos com um acordo, porque os atendimentos caritativos poderiam acentuar prestígio a alguns agentes do campo que viesse prestá-los no Hospital. Esta era uma maneira de aumentar o capital social pelo fato de médicos tornarem-se conhecidos pelos indigentes, com a possibilidade de eventualmente vir a ser seus clientes nas clínicas particulares. E muito importante, os médicos se tornariam conhecidos dos fazendeiros cujos trabalhadores rurais seriam atendidos como indigentes, e posteriormente esses fazendeiros poderiam tornar-se clientes destes médicos. Além do que, trabalhar com a caridade acrescentaria prestígio social na opinião pública.

Com relação aos atendimentos previdenciários, a atenção dos médicos voltou-se para eles a partir do momento em que começaram a diminuir os pacientes-clientes nos consultórios de agentes hierarquicamente dominantes. Nos primeiros anos de suas implantações, poucos médicos, os dominantes, não sentiram suas possíveis ameaças. A chance que se apresentava foi para os hierarquicamente dominados, que detinham pouco capital social, em disponibilizarem-se aos empregos previdenciários. Com os credenciamentos ou assalariamentos previdenciários, um médico com pouco capital social, por exemplo, em pouco tempo poderia ter mais pacientes que outro médico dominante. Então, nestes casos, os atendimentos previdenciários deveriam ser controlados pelo campo médico, na percepção da AML.

B.- Considerando todos esses casos, e a partir das análises de fontes de informações diversas, estabelecemos a seguinte hipótese:

1.- O campo médico que começou a formar-se em Londrina a partir de 1933/34, correspondeu a uma extensão, para o interior do Brasil, principalmente para as fronteiras agrícolas, do campo médico que foi constituído nos grandes centros urbanos, com a consolidação da hegemonia da medicina científica, a partir dos fins do século XIX e primeiras décadas do século XX. A diversificação de serviços de atendimentos médicos faz parte do mesmo

processo. Esta diversificação deu origem a disputas e conflitos dentro do campo médico, até como característica constituinte deste campo.

2.- Em Londrina, serviços de atendimentos médicos foram sendo constituídos desde 1933 com a construção de um hospital e a contratação de um médico. A partir de 1934 começaram a chegar outros médicos. No decorrer dos anos, foram sendo diversificados os serviços de atendimentos médicos com outras construções e, na segunda metade da década de 1950, chegaram os IAPs e instituíram os atendimentos previdenciários.

3.- A construção de distintos serviços de atendimentos médicos em Londrina possibilitou o surgimento de conflitos relacionados à hierarquia dentro do campo médico que foi formado, como característica constitutiva do campo social, segundo a teoria de Bourdieu. A saída encontrada pelos agentes do campo médico, para minimizar os conflitos, foi buscar o controle destes serviços por agentes do próprio campo, e o Movimento da Livre Escolha foi a maior tentativa de ter este controle, a partir de 1960.

4.- O Movimento da Livre Escolha tomou por base, para interpretação da autonomia médica, a propriedade ou o controle dos serviços de atendimentos médicos por agentes do campo, a denominada medicina liberal. Mas a autonomia mais importante é a autonomia ética responsável e a autonomia do compromisso que o médico assume no serviço onde realiza os atendimentos.

Para desenvolver esta hipótese e desenvolver a tese com os quatro itens acima, elaboramos o desenvolvimento de cinco capítulos. O primeiro refere-se a uma caracterização geral do desenvolvimento da medicina científica no Brasil, principalmente das três primeiras décadas do séc. XX, desenvolvimento este que possibilitou a formação do que denominamos campo médico, conforme definições do campo social de Pierre Bourdieu. Destacamos três aspectos, entendidos como importantes. O primeiro aspecto foram as dificuldades encontradas, do ponto de vista cultural, para a conquista da medicina científica. A diversidade da população cresceu em fins do século XIX e inícios do XX, principalmente com a chegada de imigrantes, aumentando a demanda por atendimentos e forçando os médicos a modificarem suas formas de atendimentos. A forma mais tradicional era a clássica medicina liberal, que vinha do século XIX, na qual o médico praticamente trabalhava dependendo de si mesmo. Era a medicina da beira de leito ou o médico-de-família. Mas esse médico liberal trabalhava praticamente atendendo as famílias de recursos financeiros; a população trabalhadora e pobre utilizava-se das curas populares. A revolta por causa das vacinas contra a varíola no início do século XX, por exemplo, recebeu apoio dos curandeiros populares, que reafirmaram as razões

culturais e religiosas para a não aceitação da vacina. Porém, a eficácia e eficiência que foram sendo confirmadas contra as doenças com a vacinação, foram, por sua vez, conquistando as populações. E quatro anos depois da revolta, por exemplo, a população fazia fila nos postos para se vacinarem contra a varíola, pois houve um aumento da doença em 1908, e já havia mais confiança na medicina científica devido aos resultados alcançados.

O segundo aspecto é uma descrição da diversificação de serviços que foram sendo criados, concomitantes aos avanços da medicina científica. É o caso de populações de imigrantes ao criarem as Associações de Mútuo Socorro, através das quais contratavam médicos para os atendimentos aos associados e familiares. Juntamente com este movimento dos imigrantes, as próprias conquistas da medicina científica não podem ser desvinculadas do processo de reivindicações dos trabalhadores urbanos por atendimentos médicos. A partir destas reivindicações, principalmente depois das greves de 1917, empresários criaram serviços de atendimentos médicos para seus funcionários, nas empresas, até que em 1923, foram criados os serviços de atendimentos médicos previdenciários.

O terceiro aspecto refere-se às mudanças do paradigma da formação de médicos nos cursos de Medicina que foram sendo criados. Na terceira década do século XX, o domínio das ciências biomédicas facilitou que a medicina se tornasse ciência aplicada, com todas as especializações que foram surgindo e o emprego de tecnologias. Novos cursos de Medicina foram sendo criados, com o forte incentivo do aumento das demandas de médicos. O que denominamos campo médico se constituiu e teve sua expansão para o interior, chegando a Londrina na década de 1930.

O segundo capítulo é a narrativa de como foram construídos os primeiros serviços de atendimentos médicos em Londrina, desde 1933 até 1941, quando foi fundada a AML. Em oito anos, os serviços de atendimentos médicos na cidade constituíram-se em um dos segmentos importantes de serviços criados para o avanço e sobrevivência do projeto de colonização na região norte do estado do Paraná. Já desde os primeiros anos, apesar de poucos médicos presentes, houve manifestações de conflitos e disputas internas, próprias do campo social médico que estava sendo constituído, conflitos estes relacionados com os serviços que estavam sendo construídos.

O terceiro capítulo é dedicado a uma narrativa sobre as instituições de serviços que foram sendo construídos, tanto pela sociedade londrinense como por médicos, até à construção do Hospital Evangélico em 1955, período em que começaram a ser constituídos os serviços de atendimentos previdenciários no município.

Neste capítulo há um destaque para os serviços de atendimentos caritativos que a sociedade londrinense construiu, culminando com o Hospital da Santa Casa. Como a criação da AML se deu no mesmo momento da construção da Santa Casa, é possível uma relação entre os dois fatos, principalmente porque a AML fez uma proposta de como seriam realizados os atendimentos médicos caritativos, mantendo intocados e fortalecidos os atendimentos da denominada medicina liberal, os atendimentos de mercado, que eram controlados por agentes constituintes do campo médico.

O quarto capítulo refere-se ao Movimento da Livre Escolha do campo médico de Londrina. Este movimento não foi só de Londrina, porque ocorreu em diversas localidades do país, tendo destaque nas cidades que foram constituídas a partir dos avanços das fronteiras agrícolas no interior do estado de São Paulo e de regiões do norte do estado do Paraná, ainda na primeira metade do século XX.

O movimento foi desencadeado por múltiplos fatores, alguns dos quais já foram revelados por estudos sociológicos. No entanto, a atenção nesta narrativa é centrada nos conflitos e disputas concorrenciais internas do campo médico, em relação às questões hierárquicas de apropriação da produção específica do campo: os atendimentos médicos. Os conflitos e disputas foram atribuídos à falta de controle e à posse dos serviços por membros do campo médico, confundidos como autonomia médica.

O quinto capítulo, discorre sobre o controle dos serviços de atendimentos médicos previdenciários que não foi alcançado por agentes campo médico de Londrina – não foi possível no Brasil -, razão porque médicos buscaram uma alternativa: a criação de uma cooperativa de atendimentos médicos, a UNIMED, em 1971. Esta cooperativa, se entende como controlada por agentes constituintes do campo médico, mas na verdade passou a ser mais uma alternativa do mercado de atendimentos médicos no qual médicos assumem, de forma autônoma, o compromisso de realizar atendimentos.

Com o desenvolvimento destes cinco capítulos, buscamos a confirmação dos quatro itens da hipótese acima levantada. Foram feitos esforços relativamente significativos, em razão, principalmente, de serem dispersas as fontes de informação. Mas ao terminar a narrativa dos cinco capítulos, muita ainda está pendente de outras pesquisas diante da riqueza dos acontecimentos históricos. E para levantar esses acontecimentos é necessária a união de pesquisadores, porque só uma tese de doutorado não é suficiente para o que pode ou deve ser feito.

C.- À continuação, método¹⁹ e comentários sobre as fontes pesquisadas:

Para cada capítulo pesquisamos fontes específicas. Além das publicações da AML, de depoimentos e memórias de primeiros médicos que permitiram a consolidação do denominado campo médico, a leitura da historiografia em anexo permitiu uma percepção histórica abrangente. Importante foi pesquisar os jornais das duas primeiras décadas da história de Londrina, principalmente o jornal Paraná Norte. Este jornal publicava as propagandas de médicos e reportagens-notícias dos serviços que foram sendo construídos. São notícias de jornal, mas o que relatam são interpretações do que estava acontecendo no tempo.

A segunda fonte pesquisada foram documentos de um arquivo especialmente organizado para fundamentar uma pesquisa de sociologia sobre o Movimento da Livre Escolha. Este arquivo encontra-se no CDPH (Centro de Documentação e Pesquisas Históricas) da Universidade Estadual de Londrina. Neste arquivo estão contidas: 1.- Cópias de atas de reuniões da diretoria e assembléias da AML, das décadas de 1950 e 1960, período no qual se criou e se desenvolveu o Movimento da Livre Escolha; 2.- Cópias de documentos da AML, Sindicatos e IAP's, relacionados com o Movimento da Livre Escolha; 3.- Cópia do protocolo de 1963, produzido no auge do Movimento da Livre Escolha em Londrina, para manter o movimento; 4.- Uma coleção de entrevistas realizadas com personagens constituintes do campo médico que vivenciaram os conflitos com o Movimento da Livre Escolha desde seu início, até 1967/68, quando foi encerrado.

A pesquisa histórica com a documentação contida neste arquivo foi decidida pela concordância com os resultados da pesquisa sociológica que analisa elementos da estrutura social do período e da estrutura geral e local do Movimento, e, porque em uma pesquisa histórica sobre uma documentação já utilizada em outra pesquisa de ciências sociais, existe a oportunidade de demonstrar uma perspectiva que possivelmente estava faltando. A partir desta possibilidade, elabora-se uma narrativa com a perspectiva de uma compreensão das dimensões dos serviços de atendimentos médicos construídos em Londrina, e dos conflitos e disputas concorrenciais internos do campo médico, como determinantes do acontecer histórico. Na explicação sociológica, as características dos serviços de atendimentos médicos

¹⁹ “A característica principal da História é de que... não existe um método específico da história”. O controle é “...o levantamento documental, [e] como tratar os documentos... Método é a posição do sujeito em face do objeto. Fora isso, não há método” Fernando Novais in: VINCI DE MORAES, J.C. e REGO, J.M., op cit, 2002, p. 123.

previdenciários são colocados como elementos determinantes para as reações do campo médico. Um dos destaques das reações é o assalariamento de médicos, e aparentemente o fato dos serviços previdenciários não pagarem o desejado. Esta é uma justificativa, até aos dias de hoje, de médicos contra o não controle por agentes do campo médico dos serviços de atendimentos públicos. Não se nega este aspecto, no entanto, o destaque da dimensão histórica dos conflitos e das disputas hierárquicas internas do campo médico, revela, historicamente, que a intenção do controle e domínio sobre os serviços é uma tentativa de esvaziar os conflitos. Estes conflitos foram desencadeantes do Movimento da Livre Escolha na década de 1960 como foram desde a década de 1940, por exemplo, quando médicos constituíram a AML e realizaram um acordo com a Santa Casa para resolver como seriam os atendimentos caritativos, considerando que estes atendimentos estavam praticamente sendo exigidos pela sociedade londrinense.

Os serviços de atendimentos previdenciários contribuíram para a crise hierárquica entre agentes do campo médico. E é bem provável, por sua vez, que havia crises e disputas hierárquicas internas nos IAPs, ou ainda entre os institutos. Porém, ao pertencerem ao campo dos sindicatos, não nos pareceram oportunos, para os objetivos desejados para esta narrativa, os estudos destes possíveis conflitos.

Para completar os comentários sobre as fontes consultadas, resta fazer referência à fundação da Cooperativa UNIMED – Londrina, que foi fundada com o apoio da AML em 1971. Através de um contato com membros da diretoria da Cooperativa, detivemos informações e publicações sobre sua fundação. Utilizamos também outras publicações da criação da primeira UNIMED no Brasil, dada na cidade de Santos. Por esta cooperativa ter prestado toda a assessoria para a criação da de Londrina, elaboramos uma narrativa demonstrando que a saída encontrada por membros constituintes do campo médico, em razão do Movimento da Livre Escolha não ter conseguido o controle dos serviços de atendimentos médicos previdenciários na cidade, foi institucionalizar a Cooperativa UNIMED. Por ser cooperativa, o entendimento foi que estava sob o controle de agentes do campo médico. No entanto ela compõe mais uma alternativa do mercado de atendimentos médicos, no qual médicos tem a autonomia de assumirem compromisso de realizarem atendimentos ou não.

PARTE I:

CONSTRUÇÃO E CONSOLIDAÇÃO

CAPÍTULO I:

ANTECEDENTES GERAIS

As primeiras fotografias do espaço geográfico que veio a ser a cidade de Londrina, na região Norte do Estado do Paraná, são de uma clareira aberta em uma floresta, com poucas casas de madeira. Com o tempo, o desenho da planta da cidade planejada em Londres foi transferido para o território com os traçados de ruas, avenidas e praças. No centro, um espaço foi reservado para a construção de uma igreja. De um lado da igreja foi deixado um bosque da floresta original como lembrança. Do outro, uma praça com o desenho reproduzindo a bandeira britânica.

A uma quadra deste ‘complexo’ de praças e igreja, foi construída a sede da CTNP (Companhia de Terras Norte do Paraná), proprietária e administradora do projeto de colonização de 544.000 alqueires de terras. Não muito longe, foi construído um hospital de madeira, em 1933, e contratado um médico para dar atendimento aos funcionários da companhia e a quem mais necessitasse de auxílio. Em poucos anos já havia muitas casas de moradores e foi sendo criado um amplo mercado de serviços, tanto do comércio de subsistência como de implementos para a agricultura e construções em geral. Dentre os serviços criados, os de atendimentos médicos tiveram uma implantação significativa, pois, a partir de 1934, jovens médicos, formados em grandes centros urbanos, onde havia cursos de Medicina, dirigiram-se para a cidade.

Este movimento de médicos para Londrina não pode ser compreendido apenas como determinado por iniciativas pessoais de médicos. Há uma razão maior que é a consolidação do campo médico no interior do país, com toda a expansão que houve de cursos de formação de médicos. E esta expansão também está ligada ao fato de a medicina científica ter uma forte consolidação com as pesquisas realizadas e a eficácia alcançada nas práticas de controle das doenças. Importante é também considerar a constituição do campo médico no interior para atendimento das necessidades geradas pela expansão das fronteiras agrícolas, principalmente com a cultura do café no interior do Estado de São Paulo e na região norte do Estado do Paraná. Estas fronteiras atraíram migrantes e imigrantes, que necessitavam de atendimento médico. Havendo disponibilidade de médicos recém-formados, muitos se dispuseram a seguir para o interior, viabilizando a consolidação das fronteiras agrícolas, longe dos grandes centros urbanos e expandindo o campo médico.

A historicidade da prática da medicina como uma atividade social deve ser avaliada numa visão abrangente de cultura, ou seja, como uma prática culturalmente produzida em sociedade, própria da criatividade do ser humano. E o advento da medicina científica corresponde a uma instância especial da cultura, porque implica não só em conhecer os fenômenos biológicos e socioculturais das doenças, e compreender como elas se manifestam ou são produzidas, mas também saber-conhecer como evitá-las, curá-las ou eliminá-las, através de ações intencionais.

Culturalmente na construção desta medicina científica constituiu-se o que denominamos campo médico²⁰, que é o espaço de ações de pessoas capacitadas em conhecimentos científicos, com habilidades adquiridas em treinamentos específicos e reconhecidas pela sociedade e pelos pares como médicos. Porque nos tempos anteriores à sociedade contemporânea, os médicos não tinham a definição e a preferência das atividades de curas com os atendimentos aos enfermos. Essa conquista ocorreu com o advento da medicina científica, que facilitou que médicos desenvolvessem uma rede de relações entre si, a qual tem por base cultural o domínio de conhecimentos científicos, as habilidades específicas e as práticas adquiridas com treinamentos.

No entanto, considerando a existência de médicos desde a Grécia antiga, se poderia generalizar a percepção da constituição do campo como existente desde essa época. Porém, desde a antiguidade até início da sociedade moderna, os médicos não se constituíam em uma categoria social com a preferência para os atendimentos aos enfermos. Portanto, a idéia de campo não é própria à categoria de médicos que existiram desde a Antiguidade. Com o historiador George Rosen e o pensador Michael Foucault²¹, para citar somente dois nomes de estudiosos do tema, podemos compreender que desde o final do século XVIII, aí sim, começou a surgir um outro tipo de prática médica que se diferenciava de tudo o que se fazia anteriormente: a prática fundamentada em pesquisas da que veio a ser denominada medicina científica. E foi fundamental no decorrer do século XIX que esta medicina científica foi constituída e teve a consolidação no início do século XX, principalmente no mundo ocidental.

Na historiografia brasileira do século XIX, as narrativas acusam a presença de outros personagens que concorrem com os médicos nas atividades de curas de pessoas doentes.

²⁰ É bom lembrar a definição sociológica do campo como “o espaço onde posições dos agentes são,, fixados. É o lócus onde se trava uma luta concorrencial entre os atores em torno de interesses específicos que caracterizam a área em questão”(ORTIZ,R.: Piere Bourdieu. S.Paulo: Atica Ed, 1994, p. 19).

²¹ Nos referimos às obras de ROSEN George: Da polícia Médica à Medicina Social. R. de Janeiro, Graal Ed.,1980 e FOUCAULT, Michael: Microfísica do Poder. R.deJaneiro, Graal Ed.: 1993.

Portanto, o médico não era unanimidade nas atividades de cura²². Em fins do século XIX e início do século XX, houve, no entanto, manifestações mais precisas de pesquisas científicas no Brasil as quais permitiram o avanço da medicina científica e a construção de um espaço mais claro dos atos de cura como atribuição do médico. O Higienismo foi um movimento que se empenhou em encontrar resultados efetivos de controle das doenças que afligiam a sociedade brasileira e, com incentivos às pesquisas científicas, os resultados começaram a aparecer.

1.1 - O Higienismo e a Medicina Científica.

O historiador Sidney Chalhoub em sua obra “Cidade Febril”, trabalha com as políticas sociais do final do século XIX, que tinham como objetivo o controle e a organização das populações, para o controle da febre amarela e de outras doenças, que dificultavam o desenvolvimento do país.

Os cientistas da Higiene formularam políticas públicas voltadas para a promoção de melhorias nas condições de salubridade vigentes na Corte e no país em geral. Naturalmente, escolheram priorizar algumas doenças em detrimento de outras. A febre amarela, flagelo dos imigrantes que, esperava-se, ocupariam o lugar dos negros nas lavouras do sudoeste cafeeiro, tornou-se o centro dos esforços de médicos e autoridades. Enquanto isso, os doutores praticamente ignoraram, por exemplo, uma doença como a tuberculose, que eles próprios consideravam especialmente grave entre a população negra do Rio. A intervenção dos higienistas nas políticas públicas parecia obedecer ao mal confessado objetivo de tornar o ambiente urbano salubre para um determinado setor da população. Tratava-se de combater as doenças hostis à população branca e esperar que a miscigenação – promovida num quadro demográfico modificado pela imigração européia – e as moléstias reconhecidamente graves entre os negros lograssem o embranquecimento da população, eliminando gradualmente a herança africana na sociedade brasileira. (CHALHOUB, 1996. Pág. 8 e 9).

Fica claro neste texto que as intenções do Higienismo foram muito mais amplas que o controle e a cura de doenças. Ao priorizarem-se algumas doenças e deixarem-se de lado outras, como a tuberculose, estava sendo aplicada uma política da eugenia na sociedade, eugenia que, segundo a historiadora Tucci Carneiro, fez-se presente até a década de 1930 no controle da entrada de imigrantes de origem judaica, por exemplo²³. Mas não é esta a

²² Ver SANTOS FILHO, Licurgo: História Geral da Medicina Brasileira, Vol I e II, S.Paulo: Hucitec-Edusp, 1991; NAVA, Pedro: Capítulos da História da Medicina no Brasil. S.Paulo-Londrina: Oficina do Livro-Edual, 2004 e CHALHOUB, S. et al(org): Artes e Ofícios de Curar no Brasil. Campinas: Edunicamp, 2003.

²³ TUCCI Carneiro, M.L.: “O Antisemitismo na Era de Vargas- 1930-1945. S.Paulo: Ed. Brasiliense, 1988.

problemática para este estudo. O Higienismo na verdade não conseguiu, no século XIX, o controle das doenças, como a febre amarela e a varíola, por algumas razões. Entre as razões existentes, está a questão sociocultural da população retratada pela ‘vacínofobia’²⁴, por um lado, e, por outro, a cultura do próprio mundo da medicina tradicional, arraigada na idéia do contágio, pessoa a pessoa, por exemplo, e da contaminação miasmática das doenças²⁵. Com a vacina, resultante de pesquisas ou observações empíricas, seria viável o controle da varíola, não fosse a vacínofobia. Mas com a febre amarela vista como miasmática, a situação era grave, principalmente a dos imigrantes²⁶. A situação só foi resolvida quando os higienistas começaram a aplicar os resultados de pesquisas da medicina científica. O advento da microbiologia, a partir de Luiz Pasteur e Roberto Koch na Europa, foi responsável por mudanças qualitativas que propiciaram a formação do que denominamos campo médico, dando grande impulso à sua consolidação, graças ao avanço da medicina científica, principalmente no Brasil, que é o interesse deste estudo:

Aos poucos, um novo estilo médico desenvolveu-se nos gestos, nas palavras, no vestiário, na arquitetura hospitalar e na legislação, respaldado por novas disciplinas e pesquisas advindas, em parte, com a microbiologia... Tais mudanças não se deram bruscamente, havendo uma longa história por detrás da propalada “revolução pasteuriana”: o laboratório, as pesquisas, as estruturas médicas e as decisões político-administrativas se transformaram conjuntamente, num processo longo no qual a aliança entre grupos, a conjunção de interesses e o requinte estratégico-científico de legitimação da verdade descoberta formaram o alicerce para a construção de uma nova ciência e de um novo tempo... (ALMEIDA, in: Chalhoub (org.), 2003. Pág. 125 e 126).

O texto acima refere-se ao processo europeu do advento da medicina científica, mas podemos afirmar que houve, no Brasil, um processo semelhante. Aos poucos, como veremos, médicos de São Paulo e Rio de Janeiro iam aderindo às pesquisas biomédicas, responsáveis

²⁴ A vacínofobia foi uma reação de movimentos sociais, desde as últimas décadas do século XIX, contra as vacinas, principalmente contra a vacina da varíola. Insuflados ou não por concorrentes dos atendimentos de curas com os médicos, como os curandeiros e também homeopatas, a vacínofobia tinha uma forte carga cultural derivado pela própria origem da vacina da varíola, relacionada com a a varíola de vacas que imunizava as pessoas que trabalhavam com elas. Chegou-se a afirmar que as crianças vacinadas desenvolveriam características de vacas. Ver: SCLAR, M.: “O Olho Médico: crônicas da medicina e saúde”. São Paulo, Ed. Ágora, 2005, e: CHALHOUB, S. Cidade Febril - Cortiços e Epidemias na Corte Imperial. S.Paulo, Cia. das Letras, 2004.

²⁵ As emanções do meio ambiente, por putrefação ou outras, eram vistas como capazes de deixar pessoas doentes.

²⁶ Oswaldo Cruz havia encontrado uma frase em um porto europeu que advertia, aos interessados, que os navios “não atracavam em portos com a febre amarela”, indo direto para Buenos Aires” (Referia-se aos portos do Rio de Janeiro e Santos). In: COSTA, Nilson do R.: Lutas Urbanas e Controle Sanitário. Petrópolis: Ed. Vozes, 1985, p. 44.

pelas mudanças, não, porém, sem conflitos, que terminaram constituindo o que denominamos campo médico. Já na segunda década do século XX os cursos de Medicina foram sendo incorporados nos novos paradigmas científicos²⁷.

A participação e as decisões do Estado brasileiro foram importantes no processo; foram-no principalmente, a partir de 1890, as ações do Governo do estado de São Paulo e do Governo Federal no Rio de Janeiro. As pesquisas científicas receberam um forte incentivo, ao serem criadas instituições com esta finalidade. Em São Paulo foram criados: o Instituto Vacinogênico, para produzir e aplicar as vacinas antivariólicas no estado; o Laboratório de Análises Químicas e Bromatológicas, para cuidar dos alimentos comercializados; o Instituto Bacteriológico, para realizar análises clínicas em procedimentos terapêuticos²⁸. E no Rio de Janeiro foi criado o Instituto de Manguinhos, que se tornou um importante centro de pesquisas da medicina científica.

Portanto, dois pólos do país foram importantes nesse processo. O Estado de São Paulo, - destino dos imigrantes contratados para as fazendas de café -, que investiu decisivamente, pois, desde Santos, porto de entrada, até Taguaratinga, Jaboticabal e Franca, mais ao norte, a febre amarela, a malária, a varíola e outras doenças eram as grandes vilãs.

Além dos investimentos dos governos, também foi decisiva, nesse processo, a participação de um bom número de médicos que receberam, no entanto, críticas de outros médicos, incidência compreensível em setores da sociedade e, também, no campo sócio-cultural, o campo médico, em que há diferenças ou lutas concorrenciais.

Em São Paulo, se destacaram Emílio Ribas e Adolfo Lutz, dentre outros. Por exemplo: com a responsabilidade destes dois médicos, foi realizada nos primeiros anos do século XX uma pesquisa para comprovar que a febre amarela era transmitida por um mosquito e não por contágio ou por contaminação miasmática. A descoberta do processo de transmissão da febre amarela por mosquito havia sido efetivada em Havana, Cuba. Com o resultado desta pesquisa em Cuba, uma instituição norte - americana realizou o controle do mosquito, anulando com eficácia a presença da febre amarela naquela cidade.

Para convencer os médicos e a opinião pública, os pesquisadores de São Paulo realizaram todo o processo da pesquisa. O desenvolvimento desta pesquisa causou muita polêmica, em razão, principalmente, de muitos médicos proporem modos diferentes de cuidar

²⁷ MOTA, André: Tropeços da Medicina Bandeirante- Medicina paulista entre 1892-1920. S.Paulo: Edusp, 2005, pág. 171 e ss.

²⁸ SALLES, Maria do Rosário R.: "Médicos Italianos em São Paulo". S.Paulo: Sumaré Ed., 1997, pág. 55 e ss.

dessas doenças, segundo Marta Almeida²⁹, mas isso foi importante porque a medicina brasileira comprovou a eficácia da solução para um problema tão crucial, como o era a febre amarela, e comprovou também a eficácia das ações sanitárias da saúde pública.

A evidência, no Brasil, de que a experiência cubana, testada em São Paulo, era eficaz, foi obtida no Rio de Janeiro. Oswaldo Cruz, que havia estudado e pesquisado microbiologia no Instituto Pasteur, em Paris, passou a ser pesquisador no Instituto Manguinhos. Ele seguiu de perto a comprovação da pesquisa de Adolfo Lutz e Emilio Ribas, sendo um entusiasta da experiência norte-americana em Cuba. Em 1903 Oswaldo Cruz foi contratado para Diretor Geral da Saúde Pública (DGSP). Empossado no cargo, ele elaborou um plano para controlar a febre amarela, de acordo com o modelo de Havana:

A extinção da febre amarela é um problema que já encontrou uma solução prática: podemos pois, considera-la uma questão resolvida. Resta-nos agora seguir as pegadas dos sábios americanos que enfrentaram o assunto, resolvendo-o por completo em Havana. Devemos, pois, sem perda de tempo, instalar desde já os serviços cujos efeitos provenientes se farão fatalmente sentir na próxima época epidêmica (FALCÃO: OSWALDO CRUZ MONUMENTA, vol VI. Tomo III, pág. 12)

Oswaldo Cruz montou uma equipe de 1.300 homens, mais 70 alunos de Medicina e 10 médicos sanitaristas, além de outros, e se propôs a acabar com a febre amarela no Rio de Janeiro em três anos. A ação foi rápida e, em 8 meses, de maio a dezembro de 1903, a febre amarela foi considerada controlada³⁰.

Este fato, somado à experiência da comprovação em São Paulo, consagrou as pesquisas científicas no Brasil, e o controle da febre amarela foi realizado em Santos, na capital e no interior do Estado de São Paulo.

No Rio de Janeiro, Oswaldo Cruz não se limitou à febre amarela. Planejou controlar a peste bubônica, controlando o transmissor, ou seja, o rato. O controle foi feito nos depósitos de lixo, principalmente nas partes mais pobres da cidade, com intervenções em casas insalubres (cortiços) e outras medidas.

O terceiro objetivo de Oswaldo Cruz foi controlar a varíola por meio da vacinação. Na verdade, o Governo Republicano, apesar do ‘fracasso do governo anterior do Império’³¹,

²⁹ ALMEIDA, Marta: In: CHALHOUB, S. et al: Artes e Ofícios de Curar no Brasil, Campinas: Edunicamp, 2003, p. 125 e ss. Mesmo depois de comprovada a pesquisa, médicos colegas que seguiram o processo, afirmaram que os mosquitos estavam contaminados por miasmas.

³⁰ Informações obtidas em. COSTA, Nilso do Rosário: Op Cit. 1985, pág. 61.

³¹ CHALHOUB, Siney: Op Cit. 2004.

desde 1890 queria vacinar toda a população, e o teria conseguido com Oswaldo Cruz, se não fosse a Revolta das Vacinas. Em 1904, foi apresentada uma proposta de lei ao Congresso, aprovada no dia 31-10-1904. No mês seguinte esta lei foi regulamentada. Ela obrigava a vacinação da população dos grandes centros urbanos da época, como Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo.

Contra a aplicação da vacina, que teve caráter compulsório, a população do Rio de Janeiro se rebelou, empreendendo um movimento que ocupou a cidade nos dias 12, 13 e 14 de novembro, seguido de repressão, com mortos e feridos, resultando na decretação do estado de sítio, com a conseqüente suspensão da Lei de Vacinas. No entanto, Oswaldo Cruz teria dito: “Só tem varíola quem quer”, permanecendo convicto de sua posição científica, sobre a eficácia da vacina³². Os médicos tradicionais e os médicos homeopatas se opuseram a Oswaldo Cruz e à campanha das vacinas, criando-se um conflito dentro do campo médico.

Em 1903, ano no qual Oswaldo Cruz passou a ser Diretor Geral de Saúde Pública, formou-se em Medicina no Rio de Janeiro Carlos Chagas, que se integrou à equipe de pesquisadores de Oswaldo Cruz em Manguinhos. Em 1904, Chagas ficou encarregado, em Saúde Pública, do tratamento de doentes atingidos pela peste. Continuou pesquisando e descobriu o processo de disseminação e o processo profilático de uma doença endêmica em vários países da América do Sul. Ele descobriu o *Tripanossoma Cruzi*, que é transmitido através do bicho barbeiro, um inseto muito comum, ficando a doença popularmente conhecida como a Doença de Chagas. Com a descoberta foi possível o combate ao inseto, ou seja, as práticas sanitárias de controle do bicho barbeiro. Profilaticamente se controla a transmissão do *Tripanossoma* e se evita a doença.

As práticas resultantes das pesquisas científicas, como a de Chagas, foram contribuindo para a solução de doenças e se constituíram em fatores importantes para a adesão cada vez maior, tanto de médicos às práticas da medicina científica como da população aos resultados que foram sendo alcançados³³. No entanto, devemos ter claro que, em todo processo histórico e sociocultural, nada acontece de forma automática e sem conflitos. Quando se alteram práticas de atendimentos médicos, com idéias, conhecimentos ou técnicas novas (ou diferentes), tanto os usuários dos novos serviços como os médicos, sentem um certo

³² COSTA, Nilso do R.: Op Cit., 1985, p. 68 e 69.

³³ Em 1908, por exemplo, houve uma intensificação da varíola. A população, já confiando nos resultados das vacinas, fazia fila nos lugares de vacinações. Um contraste com a Revolta das Vacinas, 4 anos antes.

desconforto, surgindo até mesmo conflitos entre os médicos, devido a lutas concorrenciais, por conquista ou perda de pacientes-clientes.

Um aspecto importante do Higienismo, dentro da percepção histórico-cultural, foi o entendimento da doença como causa da pobreza que é responsável por mais doença. Foi a relação entre doença e pobreza, e a pobreza manter o indivíduo doente - o eixo doença- pobre-doente de estudos sociológicos - que fundamentou a preocupação com as doenças como o grande mal a ser atacado. Talvez essa visão cultural tenha suas raízes fixadas num passado mais distante, e era isso que justificava a prática da filantropia, o atendimento aos pobres, exercido, por exemplo, através dos Hospitais Santas Casas de Misericórdia. Os pobres, que não tinham nenhum recurso para pagar atendimentos médicos, ao ficarem doentes, poderiam ser socorridos com os atendimentos caritativos, filantrópicos.

A dimensão cultural da relação entre doença e pobreza e, devido à pobreza, o indivíduo continuar doente, foi difundida pela literatura produzida por Monteiro Lobato, com sua obra '*O Jeca Tatu*'. Foi uma das obras mais reproduzidas nas campanhas de higiene e salubridade. Contava a história de dois personagens, um dos quais não usava a latrina e andava descalço. Como sempre sofria de verminose, não tinha condição de pensar, nem forças para trabalhar. Resultado: por estar sempre doente, permanecia na pobreza; com as doenças e a má alimentação (por ser pobre), mais doente ficava.

O segundo personagem construiu uma latrina e andava calçado. Resultado: os vermes não estavam em todos os lugares, e por andar calçado, não ficava doente. Trabalhava mais, produzia mais e deixava de ser pobre e doente.

1.2 - Mudanças na prática dos atendimentos médicos.

Em fins do século XIX e começo do século XX, a prática médica trazia como herança das décadas anteriores, fundamentos em experiências empíricas que muitas vezes não se diferenciavam do curandeirismo.

A historiografia tem agrupado... em dois referenciais teóricos: de um lado, a teoria contagionista sustentava que a doença era transmitida de pessoa para pessoa através de algum tipo de contato físico ou indiretamente...De outro lado, havia os adeptos da teoria infeccionista, para os quais os miasmas – emanções malélicas, provenientes de matéria animal ou vegetal em decomposição – seriam as responsáveis pela infecções que alteravam as condições do ar, causando terríveis moléstias. (ALMEIDA, in: Chalhoub (org.). 2003, pág. 125).

A febre amarela, por exemplo, por muito tempo foi considerada como resultado de miasmas; por isso as intervenções em aterros sanitários e a retirada de lixos das ruas, bem como as intervenções nos cortiços por serem habitações insalubres³⁴.

Esta percepção da contagiosidade e do caráter miasmático das doenças, segundo um estudioso da medicina no Brasil do século XIX e começo do século XX, induzia às práticas dos médicos em seus consultórios e com muitas visitas domiciliares³⁵, no meio ambiente miasmático, o que permitia o conhecimento dos pacientes, ou seja, com quem viviam e as possibilidades de contágios.

... chegou ao século XX com um tipo representativo de médico-de-família, ou seja, o profissional que atendia a todos os componentes de uma família, recém-nascidos ou ancião, de ambos os sexos, tratando-os ora como clínico, ora como cirurgião, e ainda como parteiro. E ainda como conselheiro consultado e ouvido nas dificuldades e nos problemas domésticos. (SANTOS FILHO, 1991, pág. 91).

O médico era um profissional que realizava um serviço, e ao fazê-lo, ele mesmo simbolizava a instituição médica – o médico clássico liberal. Eram poucos os médicos que trabalhavam nos hospitais, estes também em número reduzidíssimo, em geral só as Santas Casas. Normalmente, a atividade curativa era realizada de forma domiciliar e remunerada de acordo com o que combinavam, médico e paciente³⁶.

Nas últimas décadas do século XIX houve um aumento da população com as imigrações. Este fato provocou algumas modificações nos serviços de atendimentos médicos, coincidindo com o período em que a medicina científica foi-se tornando prática sensível na realidade brasileira, impulsionadora de resultados efetivos no sanitarismo e saúde pública. Por outro lado, os imigrantes também contribuíram com mudanças, máxime culturais, na sociedade brasileira. Ademais, a participação deles e de seus descendentes foi um fator fundamental para o surgimento das indústrias e das organizações dos trabalhadores, como os

³⁴ CHALHOUB, Sidney: Op. Cit. 2004.

³⁵ É o denominado médico-de-família, defendido pelo historiador Lycurgo dos Santos Filho, caracterizando aquele médico cujo trabalho era desenvolvidos nas próprias casas dos pacientes.

³⁶ “Os médicos da Corte, era bem escasso seu tempo de permanência nos consultórios”...O atendimento aos pacientes era usualmente feito nas residências destes bem ao estilo da medicina à beira-de-cama que precedeu a medicina hospitalar”...Tabela de Honorários médicos do Dr. Oliveira Santos, em 1882: 1 visita pela manhã na fazenda, 100\$, pela tarde 40\$; 1 estada fora à noite: 200\$; 1 injeção, 5\$, etc..In. CAMPOS COELHO, Edmundo: Op. Cit. 1999. págs. 73 a 75

sindicatos que, com suas lutas confirmaram alterações nas formas de serviços de atendimentos³⁷.

Uma mudança cultural na prática médica junto aos imigrantes seguramente aconteceu na esfera do médico-de-família. Por existirem, no Brasil, a febre amarela, a malária e outras doenças endêmicas, nosologicamente agressivas a eles, aumentava muito a demanda por atendimentos curativos. Uma consequência disso foi, principalmente nos setores urbanos onde havia concentrações de trabalhadores, a reivindicação, através de panfletos e manifestos, de atendimentos médicos aos enfermos, idosos e crianças. Porém, os trabalhadores, principalmente os imigrantes e seus descendentes, não permaneceram só nas reivindicações; além de reivindicarem, constituíram-se em sociedades denominadas de Sociedades Beneficentes de Mútuo Socorro, criando serviços médicos socializados com a finalidade de oferecer aos associados e familiares, atendimentos médicos, com médicos contratados ou credenciados.

A organização das sociedades de mútuo socorro italianas em São Paulo ocorre num momento em que a beneficência vinha-se desenvolvendo na sociedade paulista. O associacionismo e o mútuo socorro são características marcantes entre os estrangeiros também desde o final do século, mais foi, sobretudo a partir de 1890 que as sociedades aumentaram em número de importância. (SALLES, 1997, pág. 75).

Por meio destas sociedades, os médicos passaram a prestar atendimentos assumindo compromissos em outras formas de serviços. Portanto, os atendimentos passavam a ser intermediados por uma organização de serviços, estabelecendo-se uma relação contratual. As sociedades entravam em acordo com o médico A, B ou C (ou com os três), o qual - ou os três - assumia o compromisso de atender os associados e familiares: a sociedade era seu cliente e os associados, seus pacientes. Portanto, aquela definição de médico-de-família – o médico clássico liberal -, indivíduo que prestava um serviço na casa de pacientes sem intermediações, nas associações, desaparece. O serviço de atendimentos médicos oferecidos pelas associações não estava sob o controle dos médicos. Portanto, surgia no espaço de trabalho médico, no campo médico, uma variante de atendimentos que seguramente suscitou relações de dominação concorrencial. A presença de serviços diferenciados que modificaram

³⁷ Uma referência bibliográfica importante para a questão dos imigrantes, o surgimento das indústrias e as organizações dos trabalhadores, é a obra de Francisco Foot e Victor Leonardi: História da Indústria e do Trabalho no Brasil. S.Paulo: Global Ed, 1982. Outros livros que trabalham esta questão, a saúde pública e os trabalhos médicos, são os de Nilson do Rosário Costa: 1- Lutas Urbanas e Controle Social. 2- Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde, vol I e II. Ambos publicados em Petrópolis, Ed. Vozes, 1985 e 1989, respectivamente.

o cenário dos atendimentos, direcionando-se aos socializados, seria motivo de luta que transformaria ou conservaria as relações de forças internas do denominado campo, entre os médicos, pelo interesse nos atendimentos produzidos, ainda mais se o médico, escolhido e contratado, viesse a receber por paciente associado e seus familiares, o que lhe garantiria pacientes-clientes cativos importantes. E se o médico estava iniciando a carreira, a luta seria justificada dentro do campo médico em razão das regras do “capital social”³⁸ do médico recém- formado com este capital baixo, a não ser que o prestígio hierárquico deste tipo de serviço fosse considerado para médicos de baixo capital social. Quanto a isso, basta imaginar o impacto que teriam causado os contratos que as 392 entidades beneficentes existentes em São Paulo no ano de 1912³⁹, fizeram com os médicos.

Tais Sociedades Benéficas de Mútuo Socorro, que criaram seus serviços de atendimentos médicos para atender as necessidades dos imigrantes, puseram em evidência duas questões importantes, principalmente pelo aumento da população interiorana, na sua maioria, imigrantes. Por um lado, era reduzida a cobertura das demandas por atendimentos com os hospitais Santas Casas, porventura existentes. Por outro lado, em razão de haver poucos médicos no interior, tornava-se difícil às pessoas conseguirem atendimentos, pois a maioria dos médicos encontrava-se nos grandes centros urbanos e cobravam caro pelos atendimentos que exigiam locomoção do médico ao interior. Este fato, seguramente foi mais um elemento de lutas concorrenciais dentro do denominado campo médico porque, segundo um levantamento de dados,

os médicos eram uma raridade. Seus serviços custavam..., dependendo da distância, tudo o que o colono ganhava num ano inteiro para cuidar de mais de 1 000 pés de café. O colono ganhava em média 65 mil-réis para carpa anual de café, e a consulta média em 1901 girava em torno de 10 a 20 mil-réis, quando se tratava de visitas a lugares distantes, oscilava entre 50 e 100 mil-réis, em uma vez. Além da consulta era cobrado o preço da viagem, 20 mil-réis por légua percorrida. (SALLES, 1997, pág. 73).

³⁸ Capital social: para a definição, tomemos como referência os médicos, porque qualquer campo social é composto de capital social: Um médico recém-formado não é conhecido por pessoas da sociedade, e, em consequência, não possui paciente-clientes que o busquem para serem atendidos. Como ele passa a pertencer ao campo médico a partir do voto hipocrático, ele vai trabalhar em algum serviço médico que lhe permita tornar-se conhecido e, em consequência, conquistar sua clientela. O processo de conquista de pacientes-clientes é o que é denominado, na teoria de campo social médico, de conquista de capital social. A quantidade de pacientes-clientes determina sua posição hierárquica dentro do campo. portanto, o seu capital social. Ver: CHARTIER, R.: Rev. Topoi, 2002 ; VASCONCELLO, M.D.: Rev. Educação e Sociedade, abril 2002, e BOURDIEU, P.: Razões Práticas. Campinas: Papyrus, 1996 p. 149 e ss.

³⁹ SALLES, Maria do R.R.: Op. Cit. 1997, pág. 75.

O que podemos deduzir desta realidade é que, enquanto a medicina científica brasileira estava em processo de construção, trazendo para o médico a responsabilidade das ações de diagnósticos e encaminhamentos terapêuticos, fazia-se necessária a criação de serviços que fossem adequados às realidades das populações. A própria credibilidade que a medicina científica estava conquistando exigia a diversificação de serviços, diferentes das práticas médicas tradicionais, como as do denominado médico-de-família.

A segunda alteração importante que modificou a maneira tradicional do médico prestar atendimento foi o oferecimento empresarial de serviços de atendimentos médicos aos operários. Como as organizações dos trabalhadores urbanos foram aumentando, com reivindicação de serviços de atendimentos médicos, além de outros, as empresas contrataram médicos para prestar atendimento aos seus trabalhadores. E, um dos critérios, para continuar recebendo atendimento, foi que, o trabalhador que participasse de movimento de greve, caso participasse, perderia o direito de ser atendido. Durante o trabalho, os operários ficavam expostos a doenças, por diversos motivos, e eram obrigados a submeterem-se ao atendimento médico oferecido e não ‘causarem’ problemas à empresa, não sendo, portanto, o serviço médico entendido como um direito⁴⁰.

Os médicos eram contratados pelas empresas e mais uma vez os atendimentos poderiam passar a ser motivo de conflitos e tensões internos do denominado campo médico. As empresas A, B ou C contratavam os médicos A, B ou C. Não era o médico que visitava seu paciente e recebia dele o pagamento. O atendimento, nesses casos, como direito condicionado, não permitia ao trabalhador escolher o médico. Essa foi uma questão levantada pelos médicos londrinenses na década de 1960, porque os atendimentos nos serviços médicos previdenciários não permitiam, segundo os médicos, por ser preocupação destes e não dos previdenciários, a livre escolha do médico pelo paciente.

Nesse contexto, “a greve geral de 1917 foi um marco de uma conjuntura histórica de intensa agitação social cujos limites se estenderiam até a década de 1920”⁴¹. É a síntese do clima que Rio de Janeiro e São Paulo viveram, a partir da greve de 1917. Houve um avanço da sindicalização no país e o surgimento de uma imprensa operária para divulgar as suas lutas.

⁴⁰ Esta questão voltará na década de 1960, na cidade de Londrina, com o Movimento da Livre Escolha promovida pela AML (Associação Médica de Londrina). Esta associação não considerou os atendimentos previdenciários como um direito dos trabalhadores, por eles pagarem, com descontos no salário, a previdência. Esta questão de Londrina será trabalhada no capítulo quarto.

⁴¹COSTA, Nilson do R.: Op. Cit, 1985, p. 85.

As reivindicações operárias defenderam o estabelecimento de leis protetoras ao trabalho de mulheres e crianças; fixação do máximo de horas de trabalho; fixação do mínimo de salário; criação de caixa-pensão para velhos e incapacitados por acidentes de trabalho. A luta reivindicatória defendeu ainda a regulamentação da higiene nas fábricas, assistência médica e farmacêutica, luz e gás gratuitos. Além disso, sustentou a denúncia contra as condições de higiene dos gêneros alimentícios, e contra a alta mortalidade causada pela tuberculose entre trabalhadores fabris. (COSTA, 1985, pág. 76).

Com estes movimentos de greves e reivindicações, o que se evidenciou foi a falta de reconhecimento das necessidades dos trabalhadores que superasse o que as Sociedades de Mutuo Socorro e as empresas ofereciam para os trabalhadores. O custo do atendimento médico privado era incompatível, como sempre, com as posses dos assalariados. E o atendimento caritativo oferecido pelas Santas Casas, que em Londrina foi denominado de atendimento de indigentes, não cobria as necessidades do elevado número de trabalhadores. Foi nesse quadro geral que, em 1923, a Lei Eloy Chaves foi promulgada, criando a previdência, com aposentadoria e pensões aos trabalhadores, e serviços de atendimento médico extensivo aos familiares. Com esta lei foram criadas as CAPs (Caixas de Aposentadorias e Pensões).

Durante a década de 1920 foram criadas duas CAPs: uma para os portuários e outra para os ferroviários. Como o governo tinha dificuldade de intervir na iniciativa privada, pois as CAPs deveriam ser instituídas por empresas que tivessem os trabalhadores organizados, não foram criadas CAPs para os trabalhadores privados nesse período. É na década de 1930, mais precisamente no ano de 1934, que o governo de Getúlio Vargas ampliou a previdência, criando os IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões) que passaram a valer para as categorias de trabalho, já não por empresa, e com alcance nacional. Exigia-se, porém, que os trabalhadores se organizassem em sindicatos. Com este critério, a previdência chegou ao interior do Brasil, como em Londrina, quando a vida urbana foi mais organizada, pelo menos com a presença de trabalhadores urbanos organizados em sindicatos.

Por mais lenta que tenha sido a progressão da previdência quanto à extensão dos serviços em atendimentos médicos no território nacional, ela se tornou um componente de atendimentos diferenciados no processo da consolidação da medicina científica brasileira e a constituição do campo médico específico. Como vimos, surgiram os serviços socializados, que é como denominamos os atendimentos médicos das Sociedades de Mútuo Socorro, e os serviços dos empresários, oferecidos pelas empresas que contratavam médicos para atenderem seus trabalhadores. Já havia também a medicina caritativo-filantrópica, exercida pelas Santas Casas – como exemplo –, e, desde 1923, com a Lei Eloy Chaves, passaram a existir os

serviços de atendimentos médicos previdenciários como um direito do trabalhador. Portanto interior do determinado no campo médico abriu-se mais um flanco de luta concorrencial. Nos serviços médicos previdenciários, geralmente os atendimentos eram realizados por médicos credenciados ou contratados, com critérios estabelecidos pelo organismo que coordenava o serviço – as CAPs e depois os IAPs . O controle do serviço, mais uma vez, não pertencia ao campo médico, mas seguramente causava disputas internas como ocorreu com a expansão da previdência a partir da década de 1950, fato determinante para o Movimento da Livre Escolha.

O historiador André de Faria Pereira Neto, analisando o Congresso dos Práticos, denominação dada a um congresso de médicos realizado no Rio de Janeiro em 1922, um ano antes da lei Eloy Chaves, reproduz relatos de médicos presentes. Por esses relatos podemos entender que eles se oporiam a esta lei por ela significar a ingerência do Estado no controle de serviços.

Por outro lado, este congresso foi uma manifestação do que denominamos o campo médico brasileiro, que estava sendo constituído:

aos poucos, o trabalho médico assumiu um caráter parcelar... práticas interdependentes, ou coletivas, pois requeriam a intervenção de vários profissionais... A tecnologia e a racionalização do trabalho começaram a concorrer com a subjetividade, a intuição, a individualização na relação médico-paciente, características preponderantes [da prática médica tradicional] (PEREIRA NETO, 2001, pág. 29).

Várias propostas do congresso sinalizaram as características do denominado campo médico, dentre as quais se destaca, por exemplo, que os estudos da medicina científica devem proporcionar ao profissional médico, um conhecimento complexo, inatingível e incompreensível para um leigo, a fim de que os atendimentos médicos sejam atribuições só de médicos. Ademais, o médico deve, segundo o congresso, promover a dependência do cliente em relação ao seu conhecimento e à sua competência.

Outras questões foram levantadas no congresso, que estão dentro do conceito de campo médico brasileiro, de acordo com a definição de campo social, pois no congresso manifestaram-se conflitos entre médicos⁴², principalmente entre médicos higienistas-sanitaristas e os outros. E também entre os de outras especialidades, nas quais os médicos se

⁴² “O campo tem suas próprias regras, princípios e hierarquias... definidos dos conflitos e das tensões... construídas por redes de relações ou de oposições entre os atores sociais que são seus membros” (CHARTIER, R.: Rev. Topoi, 2002, P. 140).

consideravam mais importantes, tratando com um certo desprezo o generalista ou clínico geral. Manifestaram-se conflitos entre médicos e seus parceiros concorrentes: farmacêuticos, enfermeiras visitadoras e parteiras. Expressou-se também desprezo pelos indesejáveis: curandeiros, espíritas e homeopatas. Muitas colocações de médicos no congresso foram contra qualquer presença do Estado nas questões de saúde, opiniões que permaneceram no decorrer do século XX e ainda estão presente nos dias de hoje na defesa da denominada medicina liberal, e mais ainda nos serviços de atendimento.

É importante destacar, para a continuação deste capítulo, que o relato final do Congresso dos Práticos de 1922 contém a afirmação de que a formação de médicos deve dar-se em cursos oficiais, e deve-se “tornar o acesso e a permanência no ensino superior ainda mais limitado e elitista”⁴³, como um reflexo do flexnerianismo presente na educação médica, importante na formatação do denominado campo médico constituído pela prática da medicina científica brasileira.

1.3 - Mudanças de paradigmas.

O estudo do que entendemos por consolidação da medicina científica no Brasil ficaria incompleto se não fosse levado em consideração o papel fundamental exercido pela Fundação Rockefeller, importante para a consolidação do sanitarismo e da saúde pública no Brasil, e difusora também da proposta didático-pedagógica de ensino de Medicina que teve sua origem no “Relatório Flexner”, produzido para reorientar os cursos de Medicina nos Estados Unidos.

Para compreender a Fundação Rockefeller, é importante voltar um pouco na história, ao Higienismo do Brasil. Na descrição inicial, foi mencionado que a “medicina científica” no Brasil iniciou-se com o Higienismo. Foi fundamental, por um lado, a criação do Instituto de Bacteriologia de São Paulo, criado em 1892, cujo pesquisador foi Adolfo Lutz, o qual lutou contra toda a oposição dos médicos tradicionais, conhecidos também como clínicos, por resistirem às práticas de laboratório, ou seja, à medicina científica. O controle da febre amarela, em São Paulo e no Brasil, teve no grupo de médicos que Lutz liderava, o seu grande impulsionador, apesar de não ter sido fácil o desenvolvimento das pesquisas⁴⁴.

⁴³ PEREIRA NETO, André de Faria: Ser Médico no Brasil – O presente no Passado. Rio de Janeiro; Fiocruz, 2001, pág. 113.

⁴⁴ Marta Almeida analisa como o grupo de pesquisadores repetiu a experiência sobre a febre amarela, provando que ela é transmitida por mosquitos, para que médicos aceitassem a pesquisa científica, porque só a difusão da

Por outro lado, sabedor das experiências de Cuba e seguidor de todo o processo da pesquisa de Lutz em São Paulo, Oswaldo Cruz foi o grande responsável pelas aplicações dos conhecimentos científicos no Higienismo brasileiro, com apoio do Governo Federal. No Rio de Janeiro também havia sido criado o Instituto de Manguinhos, onde se desenvolveram pesquisas bacteriológicas, ou seja, da Microbiologia, como disciplina. É importante reafirmar que a partir de 1904, Carlos Chagas passou a fazer parte da equipe de Manguinhos, à qual integrou-se em 1908 também Adolfo Lutz. Foi positiva esta integração, e também os apoios dados às instituições paulistas, as quais, sob a direção de Emilio Ribas, conseguiram vitórias no controle da febre amarela em cidades do interior⁴⁵.

Todo este desenvolvimento das pesquisas científicas, que terminaram incorporadas na prática da medicina científica brasileira, deu-se inicialmente fora do contexto das faculdades de Medicina. As pesquisas e o conhecimento científico só tiveram entrada significativa nos cursos de Medicina com a presença determinante da Fundação Rockefeller no território nacional a partir de 1915, e com certeza até os anos de 1940, quando não se renovou o convênio com o Governo Brasileiro. No entanto, Maria Gabriela Marinho, em sua obra: “Norte-americanos no Brasil- uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo- 1934-1952”⁴⁶, entende que a presença desta Fundação, já pelo próprio título de seu trabalho, permaneceu até a década de 1950, mantendo influências no ensino superior. Ou seja, a presença da Fundação Rockefeller foi além do convênio com o Governo Federal.

Foi fundamental para a presença da Fundação Rockefeller no Brasil, a partir de 1915, a equipe de Manguinhos. Antes, porém, de demonstrar o papel desta equipe, é importante uma rápida narrativa da origem e significado do Relatório Flexner que a Fundação Rockefeller trouxe ao Brasil para a orientação pedagógica da formação de médicos.

Na primeira década do século XX estava em ação nos Estados Unidos, relacionada com as áreas de educação e ensino, a Fundação Carnegie, que desenvolveu um esforço especial em busca de um novo paradigma para a formação de médicos. Antes, porém, outro detalhe importante: por causa do liberalismo da cultura norte- americana, abrir um curso de Medicina, na época, não foi muito difícil, ainda mais porque a formação de médicos não era totalmente

descoberta em Cuba não foi suficiente. Mesmo assim um colega, relativamente envolvido com o grupo, afirmava que os mosquitos transmitiam porque estavam contaminados por ‘miasmas’. IN: CHALHOUB, Sidney (org.):Op. Cit.: 2003, p. 123 e ss.

⁴⁵ FARIA, Lina Rodrigues de: A fase pioneira da Reforma Sanitarista no Brasil: a atuação da Fundação Rockefeller (1915-1930). Dissertação de Mestrado. UERJ, 1994. pág. 126.

⁴⁶ Tese de Doutorado Na USP, publicada pela Editora Autores Associados com apoio da FAPESP, 2001.

fundamentada em conhecimentos científicos. Em todo o território daquele país proliferavam cursos constituídos livremente, como, por exemplo, sete cursos de Medicina para a formação de médicos negros⁴⁷. Em razão de tantos cursos e de outras situações que não permitiam uma formação adequada dos médicos, a Fundação Carnegie contratou Abraham Flexner para estudar em detalhes os cursos de Medicina dos Estados Unidos e também os do Canadá. Seus estudos deveriam fundamentar uma proposta destinada a formalizar um paradigma que estabelecesse critérios para a formação de médicos, importante para a cultura norte-americana. Em 1910, Abraham apresentou seu relatório, que passou a ser conhecido como Relatório Flexner. Este relatório em pouco tempo transformou a orientação das escolas médicas dos Estados Unidos, e depois foi propagado por onde a Fundação Rockefeller estabeleceu convênios. No Brasil, a partir de 1916 a Fundação Rockefeller estendeu sua influência na organização de um curso de Medicina em São Paulo⁴⁸.

A proposta da educação médica formulada pelo Relatório Flexner baseia-se em uma educação técnica e científica. Nada das ciências humanas e de cultura geral que faziam parte do liberalismo da educação médica até então. O aluno, para entrar no curso, deveria prestar um exame que comprovasse seu profundo conhecimento das ciências, hoje denominadas de biomédicas. Deveria também ser auto-suficiente financeiramente, para dedicar-se exclusivamente aos estudos, porque em Medicina deveria ser formada a elite para o trabalho nos serviços de atendimentos médicos.

A formação deveria ser centrada também em hospitais, porque nessas instituições deveriam estar concentrados os melhores equipamentos e os melhores laboratórios para a formação técnico-científica. Sendo os hospitais de ensino, em sua maioria, hospitais públicos, eles favoreceriam as práticas dos alunos, por terem sempre a presença de enfermos afetados por doenças epidemiológicas regionais ou locais, permitindo uma formação abrangente e oportunidades de aplicação dos conhecimentos da ciência. A Medicina passaria a ser puramente ciência aplicada. Este conceito foi fundamental para a conformação da autonomia relativa do campo médico científico no século XX.

⁴⁷ O destaque para este detalhe é porque não se justificava, na opinião de Flexner, tantos cursos só para negros e decidiu-se pelo fechamento de cinco destes cursos. E também porque Flexner considerava aos negros de forma pejorativa: “deveriam ser educados porque constituíam uma fonte potencial de infecções e contágios”. IN: Rev. História, Ciência Saúde Manguinhos, Vol. V, n. 3. Nov.98-Fev. 99. Ps. 621 a644.

⁴⁸ MARINHO, Maria G.S.M.C.: O Papel da Fundação Rockefeller na Organização do Ensino e da Pesquisa na Faculdade de Medicina de São Paulo- 1916-1031. Dissertação de Mestrado na UNICAMP, S.Paulo, 1993.

Em 1913, estabeleceu-se também nos Estados Unidos a Fundação Rockefeller. Nesta Fundação, trabalhava um irmão de Abraham Flexner, de nome Simon Flexner. Ela foi implantada com o objetivo de promover o estímulo à saúde pública, ao ensino e à pesquisa biomédica. Não demorou muito para que Abraham Flexner fizesse parte dela e, em 1917, já se tornou um de seus diretores em assuntos educacionais⁴⁹.

Desde a criação, a Fundação Rockefeller convidava médicos e pesquisadores brasileiros para estudarem, como bolsistas, nos Estados Unidos. Um deles foi Carlos Chagas⁵⁰. Estes bolsistas, ao voltarem para o país, seriam professores nos cursos de Medicina. O campo médico derivado da medicina científica no Brasil também se tornou técnico com a base das disciplinas biomédicas: ciência aplicada.

Em 1915, a Fundação Rockefeller enviou uma comissão ao Brasil para realizar estudos e investimentos. Carlos Chagas, Adolfo Lutz e Oswaldo Cruz fizeram todo o empenho para que o governo brasileiro efetivasse um convênio com esta Fundação, o qual foi formalizado em 1918, ano seguinte ao do falecimento de Oswaldo Cruz, e vigorou no Brasil até a década de 1940, renovando-se em diversos momentos⁵¹.

No Âmbito da saúde pública, a atuação da F. Rockefeller foi decisiva, na década de 1920⁵². O Governo Federal transformou a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), constituída em 1907, criando outro organismo mais definido para ações em todo o território nacional: o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Com este Departamento, o governo centralizou todas as ações que os estados realizavam separadamente. A centralização teve como objetivo possibilitar a atuação da F. Rockefeller nas diversas regiões do país e não

⁴⁹ FARIA, Lina Rodrigues de: Opo. Cit.: 1994. E Revista: História, Ciência, Saúde, Manguinhos. N. 3. V. 5- Nov.98-Fev.99. Pág. 621 e ss.

⁵⁰ SILVA, Luiz J. da: Ver. Ciência e Cultura, jan-março de 2003. vol 55, n. 1. Campinas. Pág. 44 a 47.

⁵¹ É interessante observar a atuação da Fundação Rockefeller: era a transposição para a América Latina, Ásia e África, de sua experiência no combate à febre amarela e outras doenças no Sul dos Estados Unidos, onde apresentou como resultado econômico a criação de condições sanitárias adequadas ao desenvolvimento da força de trabalho requerida para o desenvolvimento capitalista. Com base nos arquivos da própria Fundação, F.R.Brown, pesquisador dos objetivos da Fundação, mostra como sua atuação estava explícita e conscientemente vinculada aos interesses econômicos do grupo Rockefeller nos países subdesenvolvidos. Ver: BRAGA, J.C. S. e PAULA, S.G.: Saúde e Previdência, Estudos de Política Social. S.Paulo: Hucitec, 1981, pág. 45.

⁵²FARIA, Lina Rodrigues de: Op. Cit., 1994.

permitir mais que as epidemias da febre amarela fossem uma constante, pois, por ser endêmica no Brasil, estava presente nas “fronteiras agrícolas”⁵³:

Na década de 1920, a Fundação Rockfeller ampliou suas atividades nesta parte do continente, passando a combater outras doenças, , entre elas a febre amarela. Este era o alvo particularmente importante para a organização norte-americana. A presença endêmica da doença na América do Sul e Central prejudicava o comércio e as viagens internacionais, ao passo que sua persistência no hemisfério ocidental constituía permanente ameaça ao Sul dos Estados Unidos, que, no século XIX, sofrera com as epidemias de febre amarela. (LÖWY, Ver. História,Ciência, Saúde Manguinhos, n.3. Vol 5-. 1999, pág. 649)

A pessoa nomeada pelo Governo Federal para dirigir o DNSP foi Carlos Chagas. Ao tomar posse, o diretor da Fundação Rockfeller estava presente e assessorou Chagas em todo seu mandato. Para aglutinar os médicos do Brasil que trabalhavam ligados ao DNSP, conhecidos como médicos higienistas, Chagas fundou a Sociedade Brasileira de Higiene, em 1923⁵⁴, da qual assumiu a presidência, concomitante ao comando do DNSP, e foi seu presidente até 1930. Nesse ano, com a Revolução de Getúlio Vargas, foi desativada a sociedade⁵⁵. Esta associação realizou vários congressos durante a década, assessorada pelo representante da Fundação Rockfeller, que, no primeiro congresso, foi Horácio de P. Souza⁵⁶.

Como foi mencionado, o DNSP centralizou todas as questões do sanitário e saúde pública em nível nacional, tendo sempre a presença da Fundação Rockfeller. No mesmo ano da fundação do DNSP, aprovou-se uma lei, número 14.354/1920, que regulamentou a necessidade de notificação compulsória de doenças e doentes contagiosos que poderiam afetar interesses coletivos da sociedade. A Associação Médica Brasileira (AMB) interpretou esta lei como uma interferência na autonomia do trabalho médico. Os higienistas, porém, defenderam a lei, ressaltando que os interesses coletivos se sobrepujam aos interesses individuais⁵⁷. A

⁵³ Com relação à febre amarela, por exemplo, em 1936 houve um surto epidêmico desta febre em Londrina. O médico responsável perante o DNSP fez a notificação e a F. Rockfeller imediatamente instalou uma base de ações na cidade. Esta questão será mais detalhada no próximo capítulo.

⁵⁴ Além da Sociedade Brasileira de Higiene, foram criadas na década de 1920 a Academia Nacional de Medicina, a Liga Brasileira de Higiene Mental, o Sindicato Médico do Brasil que mobilizaram amplos segmentos da categoria médica. In: LUZ, Madel: As Instituições Médicas no Brasil: Instituições e Estratégias de Hegemonia. Rio de Janeiro, Graal Ed., 1986. Pag. 62.

⁵⁵ Chagas defendia a visão norte-americana na orientação da saúde pública no Brasil, respaldado pela Fundação Rockfeller. Ao voltar de uma viagem aos Estados Unidos em 1930, foi detido por defender interesses estrangeiros, e a Sociedade foi desativada. Ver: NAVA, Pedro: Op. Cit, 2004. Pag. 147.

⁵⁶ MEHRY. Emerson: A Saúde Pública como Política. São Paulo. Hucitec, 1992. Pag. 91.

⁵⁷ Ver sobre o Congresso Médico de 1922 que discutiu esta questão em: PEREIRA NETO, André de Faria: Op. Cit., 2001. ps 54 e ss.

controvérsia foi grande na década de 1920. No entanto, a notificação de doenças e doentes contagiosos passou a ser regra em saúde pública a partir de então.

Apesar de já haver detalhes no texto acima sobre o Congresso Nacional dos Práticos de 1922, que na conclusão do historiador André de Faria significa o passado no presente, este congresso foi a exteriorização da existência do denominado campo médico científico brasileiro, porque nele houve a manifestação de todas as tendências de trabalhos médicos, como especialidades e hierarquias do campo médico, com uma certa autonomia e regras próprias de organização. Os médicos jogaram segundo suas posições sociais e hierárquicas, adquiridas com o tempo, ou derivadas de especialidades: trabalhavam como sanitaristas ou higienistas, como clínicos ou especialistas⁵⁸. Portanto, já nos primeiros anos da década de 1920, percebia-se que a medicina do século XX, a científica, descaracterizava as práticas tradicionais. E as influências flexnerianas com a Fundação Rockfeller produziam seus efeitos: ênfase na técnica e domínio do conhecimento científico. Os atendimentos médicos passaram a ser predominantemente prestados em instituições de serviços, com destaque nos hospitais, fato que será evidenciado na descrição de Londrina, a partir de 1933.

Para mostrar o alcance da influência da Fundação Rockfeller e a prática do ensino flexneriano, duas historiadoras, Maria G.S.M.C. Marinho e Lina R. de Faria, pesquisaram sobre o papel da Fundação Rockfeller no sanitarismo brasileiro e na área do ensino das ciências biomédicas⁵⁹. Lina R., em dois estudos, pesquisou a atuação da Fundação Rockfeller no curso de Medicina da USP, desde 1916 até 1952. Isto quer dizer que a Fundação atuou através de convênio com o Governo Brasileiro até os anos 40s, mas permaneceu presente com programas específicos, como o da USP. Há também uma tese de outra historiadora, sobre as parteiras em Londrina, estudo que se estendeu até 1978. Esta historiadora estuda com ênfase especial o papel dos SESP (Serviços Especiais de Saúde Pública), criados a partir de 1942, quando presumivelmente foi encerrado o convênio do Governo Brasileiro com a Fundação

⁵⁸ A conformação do “campo da medicina científica”, com autonomia técnica e científica da formação dos médicos, se manifestava com espaço social de dominação e conflito, próprio do campo, segundo Bourdieu. Na perspectiva de Chartier, a compreensão histórica cultural do campo médico se evidencia porque “o campo caracterizou-se pela incorporação, em cada momento histórico deste campo, de sua própria história, a partir dos diversos tipos de relação que os criadores, os produtores intelectuais, num dado momento do tempo, tem com o passado do campo ou prática”. In. CHARTIER, R.: Pierre Bourdieu e a História. Rev. Topoi, R. de Janeiro, 2002, pág. 141.

⁵⁹ FARIA, Lina Rodrigues de: Op. Cit., 1994. MARINHO, Maria G.: Op. Cit.: 1993, e MARINHO, Maria G.: Norte Americanos no Brasil- Uma história da Fundação Rockfeller na Universidade de São Paulo (1934-1952). São Paulo: Edit. Associados-FAPESP, 2001.

Rockefeller. Neste ano, 1942, o governo do Brasil assinou um acordo com o Departamento de Estado dos Estados Unidos, com a participação da Fundação Rockefeller, logo após o Segundo Encontro de Ministros de Relações Exteriores das Repúblicas Americanas, realizado no Rio de Janeiro, naquele ano⁶⁰. Este acordo foi para desenvolver os SESP, principalmente na Amazônia, devido à extração da borracha, de interesse norte-americano, e pelo interior do país.

Segundo a tese de Lucia G. Mendonça (nota de rodapé n. 60), o SESP, em Londrina até aos anos 70s, empreendeu um processo de treinamento de parteiras dentro da visão científica da biomedicina, com ênfase na técnica e conhecimentos científicos. Este treinamento realizado até o final dos anos 70s, cessou quando foi extinto o papel de parteiras nos hospitais, vindo os médicos a assumir todas as atividades de obstetrícia, numa clara ampliação da exclusividade médica no atendimento a pacientes, exclusividade provocada pelo desenvolvimento da medicina científica desde o início do Séc. XX. Todos estes treinamentos foram realizados com base nas experiências norte-americanas, o que demonstra que, desde 1915, a influência norte americana esteve presente culturalmente na construção histórica medicina científica no Brasil, fato relevante dentro da perspectiva da história cultural da medicina.

Mencionam-se de propósito esses detalhes históricos, porque, na disputa em âmbito nacional - mas com características especiais em Londrina - que a Associação Médica de Londrina (AML) manteve contra os serviços médicos previdenciários, alguns médicos defendiam que se deveria implementar, em vez dos atendimentos previdenciários, o modelo norte-americano com base nos seguros de vida privados. Ou seja, dentro do denominado campo da medicina brasileira, o ideário cultural norte americano foi forte, desde os primeiros passos da ampliação da medicina científica com Oswaldo Cruz, aprofundando-se com o flexnerianismo e a Fundação Rockefeller.

Um último aspecto destes antecedentes gerais que, de alguma forma, marcaram o ritmo da implantação e desenvolvimento dos serviços médicos no interior, nas fronteiras agrícolas, é a questão da disponibilidade de médicos para trasladarem-se a essas regiões, como foi o caso de Londrina. Como a população aumentava rapidamente, por mais que avançasse o sanitarismo e a saúde pública, as pessoas ficavam doentes e necessitavam de atendimentos médicos:

⁶⁰ MENDONÇA, Lucia G.: Parteiras de Londrina (1929-1978). Mestrado em História da Ciência da Saúde. R. de Janeiro, Fiocruz, 2004, pág. 28.

a carência de médicos nacionais ou estrangeiros era dramática no começo do século. Em 1906, por exemplo, registra-se para Ribeirão Preto a existência de dez médicos para uma população de 52 mil habitantes; seis para 55 mil em S.Carlos; quatro para 34 mil em Araraquara e quatro para 38 mil em Rio Claro. (SALLES, 1997, pág. 74).

Se a situação já era esta em 1906, no final da segunda década do século XX a necessidade de médicos foi maior. Tudo coincidia com a chegada da Fundação Rockefeller no Brasil.

Os três cursos de Medicina existentes até a primeira década do século XX⁶¹ não eram suficientes para cobrir a demanda de médicos. E o Estado brasileiro teve de tomar alguma iniciativa, e autorizou a criação de novos cursos. Na segunda década criaram-se os cursos no Estado do Paraná e São Paulo, dois estados onde se desenvolveram e continuariam a se desenvolver as “fronteiras agrícolas” do café. Depois, com a influência da Fundação Rockefeller⁶², foram criados outros cursos, chegando, no ano de 1929, a um total de dez (10) cursos de Medicina no Brasil⁶³.

Como os grandes centros urbanos contavam com o que denominamos campo médico já constituídos, com todas as lutas concorrenciais, à medida que novos médicos foram sendo formados, muitos tiveram de dirigir-se para centros urbanos menores, no interior. Como o interior ainda era de regiões onde tudo deveria ser construído, criou-se, historicamente até a década de 1940, a denominada figura do médico do interior, a qual será caracterizada no próximo capítulo. Devido ao mercado de serviços médicos com instituições - hospitais, clínicas e laboratórios - estar em processo de construção, os médicos reativaram, apesar de

⁶¹ Os cursos de Rio de Janeiro e Salvador, criados com a chegada da Coroa Portuguesa e o curso de |Porto Alegre, criado com o governo da primeira república antes de terminar o século XIX. Fonte: MACHADO, M.H. Os médicos no Brasil, um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p. 75.

⁶² Na Biblioteca Virtual Carlos Chagas, sobre a Fundação Rockefeller, há a afirmação de que ela teve atuação no campo da educação, cuja diretriz foi incentivar o ensino superior nas áreas da medicina. O resultado foi a organização da Faculdade de Medicina e Cirurgia em São Paulo, o Instituto de Higiene, atual Faculdade de Saúde Pública, além da criação da Escola de Enfermagem Ana Nery no Rio. A Fundação Rockefeller também propiciou a vinda de professores norte-americanos para a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Sítio: <http://www4.prodiga.br/chagas/traj/likes/textos/rockefeller.html>. Visita no dia 9 de abril de 2007. Ver também: MARINHO, Maria Gabriela S.M.C.: Op. Cit., 1995.

⁶³ MACHADO, Maria H. (in: Os Médicos no Brasil - Um retrato da realidade. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1999), enumera os seguintes cursos de medicina no Brasil no período: Faculdade de Medicina/Universidade da Bahia; Faculdade de Medicina/Universidade do Rio de Janeiro; Faculdade de Medicina/ Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Escola de Medicina e Cirurgia da Universidade do Rio de Janeiro (Uni Rio); Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná; Faculdade de Medicina/Universidade de São Paulo; Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Minas Gerais; Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal do Pará; Centro de Ciências da Saúde/ Universidade de Pernambuco e Faculdade de Medicina/ Universidade Federal Fluminense.

sua formação nas especializações em medicina científica, o médico tradicional, com muita atividade domiciliar e clínica geral.

Este quadro geral dos antecedentes da década de 1930 permite a compreensão de que houve razões e intenções para que o denominado campo médico científico fosse constituído no interior. Foi necessária a criação de serviços para que os médicos pudessem realizar os atendimentos curativos, de diagnósticos e encaminhamentos terapêuticos. Muitos destes serviços foram construídos por médicos, porém, os exemplos de serviços que foram criados nas três primeiras décadas no Brasil e descritos até aqui, como os previdenciários, fizeram-se presentes no interior, nas fronteiras agrícolas para onde o campo médico científico brasileiro foi sendo constituído ou expandido.

CAPÍTULO II:

LONDRINA, 1933 - 1941: A CHEGADA DE MÉDICOS E A CONSTRUÇÃO DE SERVIÇOS.

A Associação Médica de Londrina publicou um boletim em 1991, em comemoração aos 50 anos de sua fundação. Foi uma oportunidade para a realização de um balanço histórico de uma associação criada no ano em que a cidade completava sete anos de existência, desde sua emancipação⁶⁴.

A cidade de Londrina crescia rapidamente em seus dez primeiros anos. Em termos de comparação, no ano de 1940 a população do município era de 75.296 habitantes, dos quais 10.531 urbanos e 64.765 rurais. No ano de 1941, quando foi fundada a AML, a população já atingia 95.000, dos quais 13.000 urbanos e 82.000 rurais. Que em um ano a população urbana tenha tido um aumento de 30% é muito significativo! E esta rapidez de crescimento populacional exigia também um rápido incremento das atividades de serviços, entre os quais, serviços médicos. Podemos imaginar a situação dos adventícios que, ao chegar, muitas vezes instalavam-se precariamente até poderem construir suas casas, seja no setor urbano, seja no rural, com a particularidade de que no setor rural deveriam fazer a limpeza do terreno com a derrubada das matas, e providenciar cultivos e criações para garantir a sobrevivência. Havia um agravante da situação: as florestas da região geográfica, que compreende o interior do Estado de São Paulo e do Norte do Estado do Paraná, eram endemicamente portadoras de febre amarela e de malária. Portanto, do ponto de vista da natureza, com as endemias e a precariedade das instalações de esgotos e poços de água⁶⁵, o ambiente tornava a situação propícia para o surgimento de doenças. Assim, era uma necessidade os atendimentos curativos, o que significava a necessidade de médicos, pois as práticas da medicina popular e a dos curandeiros, com grandes possibilidades de terem sido utilizadas, não seriam suficientes nem eficazes.

O texto da AML de 1991 transmite a interpretação oficial do que teria acontecido no processo de construção dos serviços médicos na cidade, a partir do resgate de documentos em

⁶⁴ Houve um período de quatro ou cinco anos em que a Companhia de Terras Norte do Paraná (CTNP) planejou o povoamento, abrindo uma clareira na floresta e criou a cidade de Londrina nos primeiros anos da década de 1930. No ano de 1934, a cidade já implantada, foi reconhecida como município.

⁶⁵ Na primeira década, a população foi afetada pelo tifo, doença típica de problemas sanitários, por má instalação de esgotos e captação de água potável. ALVES, J. Doutorado Assis, S.P. 2002, p.

forma de depoimentos de alguns dos primeiros médicos que chegaram desde 1934. Estes depoimentos de médicos são fundamentais para os pesquisadores de ciências sociais e historiadores para interpretar e compreender a criação ou construção dos serviços de atendimentos médicos que foram sendo necessários devido às demandas da sociedade.

O texto que transcrevemos, a seguir, mesmo que já citado anteriormente, é reiterado aqui para dar destaque aos argumentos de análise, menciona os vinte anos a partir da fundação da AML, em 1941, mais precisamente a partir da existência do Hospital da Santa Casa de Misericórdia, inaugurado em 1944, até o ano de 1964. Nele afirma-se que os médicos trabalharam para consolidar seu sistema [de serviços], processo que teria sido interrompido por uma imposição do Governo Federal com a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), depois de fechar os sindicatos dos trabalhadores em 1964.

Os médicos londrinenses criaram aqui - e funcionou a contento durante duas décadas - um sistema próprio de assistência médica, atendendo famílias, fazendas e empresas, inicialmente através da Santa Casa e depois com os outros hospitais. Eles lutaram para manter seu sistema regional, numa região que podia sustentar uma Medicina liberal, que também atendia socialmente nos plantões hospitalares e nos consultórios.

Atropelada pela massificação da assistência médica imposta pela centralização da Previdência, aquele sistema regional -que ganharia o nome-de-guerra de Livre Escolha do Médico Pelo Paciente - não pôde ao menos tentar adaptar-se à urbanização, à industrialização e aos sindicatos com quem negociava quando foram fechados em 1964. (BOLETIM da AML, 1991, pág. 5)

A frase inicial: “os médicos criaram aqui (em Londrina) um sistema próprio de assistência médica”, é uma interpretação de autonomia na qual valeu a vontade, isto é, a iniciativa pessoal de médicos que escolheram a cidade. Eles arrostaram os problemas próprios de uma cidade recém-construída, atendendo uma população que enfrentava as doenças do meio agreste e as dificuldades dos transportes com muito barro e poeira. Alguns depoimentos refletem esta situação na qual médicos manifestam suas iniciativas:

... em Londrina tem muita febre amarela! Então está pra mim, é pra lá que eu vou! Se tem doença, precisa de médico (Justiniano Clímaco: AML, 2005, pág. 147).

Não me recusava a atender ninguém. Nunca deixei de atender, podia ser de dia ou ser de noite. Havia noite que tinha que ir à Santa Casa três vezes (Maria José de Queirós: AML, 2005, pág. 154).

Chegamos de trem de ferro em 7 de maio de 1938 e nos hospedamos no extinto Hotel Luxemburgo. Deixamos para conhecer a cidade no dia seguinte e, confesso, tomamos um susto. Londrina era pior do que esperávamos (Caio de Moura Rangel: AML, 2005, pág. 61).

No entanto, tomando a mesma palavra autonomia e colocando-a na perspectiva da formação do campo médico, ela ganha outras dimensões. A primeira está relacionada com a dimensão especial de ser médico. É a *autonomia ética responsável*. Esta autonomia permite ao médico ter a noção de pertencimento individual a uma categoria de trabalhos específicos com os enfermos, pois, ao terminar o curso de Medicina, o aluno, no ato da formatura, faz o Voto Ético Hipocrático, no qual afirma que irá atender todo e qualquer enfermo que o busque, ou seja colocado à sua disposição para ser atendido. Para entender este pertencimento, o voto ético deve ser entendido em dois sentidos:

O primeiro é que a partir dele o novo médico passa a ser reconhecido pela sociedade, e principalmente por seus pares, como médico. Portanto, ele passa a ser membro constituinte do denominado campo médico.

O segundo significado é que, ao fazer parte do denominado campo médico, ele o faz sendo possuidor de conhecimentos adquiridos, tanto das ciências biomédicas como de habilidades sob a supervisão de médicos. Estes conhecimentos adquiridos o disponibiliza, ao encontrar-se com pessoas enfermas que requerem atendimentos na relação direta de médico com paciente, a realizar diagnósticos e encaminhar terapias, sem interferência de ninguém. Esta realização, própria de médico, faz com que seu trabalho seja diferente de qualquer outro trabalho, visto que o médico atende um paciente que está vulnerável pelo fato da doença trazer a possibilidade da morte, a finitude da vida.

A relação de médico com paciente é autônoma porque é o médico que está preparado e habilitado a realizá-la. Esta autonomia é outorgada a ele pela própria sociedade através das instâncias do Estado na autorização e instalação de cursos de medicina. A relação de médico com o paciente também é ética, porque toda pessoa enferma que busca atendimento ou é colocada à disposição de um médico para ser atendida, não pode ter recusado o atendimento pelo médico. Também a relação é responsável porque o médico deve reconhecer o outro - o paciente - em situação de debilidade, por estar enfermo, devendo dar-lhe respostas adequadas e necessárias (etimologicamente, responsabilidade, vem do latim, de *spondere*, que quer dizer: assumir um compromisso solene, comprometer-se).

Para compreendermos mais detalhadamente a importância do Voto Ético Hipocrático na percepção histórico-cultural do campo médico, transcrevemo-lo como o proferiu o próprio Hipócrates⁶⁶:

⁶⁶ Hipócrates é considerado o Pai da Medicina Ocidental.

Eu juro, por Apolo, médico, por Esculápio, Higeia e Panacea, e tomo por testemunhos todos os deuses e todas as almas, cumprir, segundo meu poder e minha razão, a promessa que se segue: estimar, tanto quanto a meus pais, aquele que me ensinou esta arte; fazer vida comum e, se necessário for, com ele partilhar meus bens; ter seus filhos por meus por meus próprios irmãos; ensiná-los esta arte, se eles tiverem necessidade de aprendê-la, sem remuneração e nem compromisso escrito; fazer participar dos preceitos, das lições e de todo o resto do ensino, meus filhos, os de meu mestre e os discípulos inscritos segundo os regulamentos da profissão, porém, só a estes.

Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda.

Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva. Conservarei imaculada minha vida e minha arte.

Não praticarei a falha, mesmo sobre um calculoso confirmado; deixarei essa operação aos práticos que disso cuidam.

Em toda a casa, aí entrarei para o bem dos doentes, mantendo-me longe de todo o dano voluntário e de toda a sedução sobretudo longe dos prazeres do amor, com as mulheres ou com os homens livres ou escravizados.

Aquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto.

Se eu cumprir este juramento com fidelidade, que me seja dado gozar felizmente da vida e da minha profissão, honrado para sempre entre os homens; se eu dele me afastar ou infringir, o contrário aconteça. (HIPÓCRATES).

Esta dimensão histórico-cultural, secular da medicina ocidental, da qual deriva a autonomia médica, é de significado fundamental para a percepção de pertencimento do médico ao denominado campo médico. Através desta percepção é possível vislumbrar a segunda compreensão da palavra autonomia para o médico, qual seja: ao formar-se médico e junto com outros médicos constituírem o que entendemos por campo médico, ele tem a autonomia de vincular-se a qualquer serviço de atendimentos médicos presente na sociedade. Pode atender só em clínica, ou só em hospital, ou nos dois. Pode trabalhar em serviços próprios, ou de propriedade particular, ou pública, ou nos três. Pode também trabalhar em serviços cooperados, como na UNIMED. Enfim, tudo depende do lugar hierárquico específico que ele ocupa dentro do denominado campo médico: que especialização está habilitado; qual é o cacife do capital social próprio, ou seja, por exemplo, filho de que família ou de qual médico⁶⁷; qual é o grau de complexidade de sua especialidade; como é conhecido e

⁶⁷ Para a composição do capital social não entra só o processo da conquista de paciente-clientes. Ser filho de um médico já conhecido que é possuidor de graus elevados na hierarquia do campo, o médico recém-formado passa a ser herdeiro de capital social elevado.

reconhecido para conquistar pacientes-clientes. Tudo em razão do que é produzido por agentes do campo médico, que são os *atendimentos médicos*⁶⁸.

A autonomia compreendida no texto da AML, e até aqui reconhecida, não considera estas percepções histórico-culturais. É outra a autonomia a que a AML se refere. Ela se refere a uma autonomia de controle, pela Associação ou por membros do campo médico, do sistema de serviços (de atendimentos) médicos, que seria adequada à livre iniciativa de médicos, ou seja, a denominada ideologicamente medicina liberal.

Os serviços médicos são importantes para a explicação do denominado campo médico porque é através deles que os médicos irão realizar o que lhes é mais caro, aquilo que é relacionado com sua identidade cultural de ser médico: os atendimentos. Na composição do campo, considerando-se as complexidades das especialidades, como também o tempo do exercício da profissão e o relacionamento com personagens do campo hierarquicamente significativas, permite-se ao médico ter acesso aos serviços que são hierarquizados devido à complexidade dos atendimentos que ele irá executar. Assim um médico iniciante, por exemplo, sem especialização, compete realizar atendimentos nos serviços básicos de clínica geral, normalmente na área de controle público de serviços de saúde. Já aos especialistas iniciantes, compete trabalhar em hospitais, integrando-se a uma equipe, principalmente se for cirúrgica, ou subir hierarquicamente nos serviços públicos, em atendimentos ambulatoriais de especialidades (policlínicas), ou se for proprietário de um consultório, o que significa já ser relativamente reconhecido pela sociedade por diversos meios, como propagandas, por exemplo, ou ainda prestar atendimentos em clínicas particulares, conseguindo formar sua clientela, com o tempo.

Finalmente, os serviços médicos são lugares fundamentais para a expressão do que entendemos como constituído campo médico. Ali se manifestam as “*posições a priori definidas*”, segundo Ortiz. É onde se trava a “luta concorrencial entre os atores em torno dos interesses específicos que caracterizam a área em questão”: os atendimentos médicos.

No entanto, historicamente, o controle ou a propriedade do serviço médico, não é fundamental para determinar o denominado campo médico. O serviço pode pertencer a uma cooperativa, como poderiam ter sido as Sociedades de Mútuo Socorro, a uma empresa, ou a empresários que mantêm um serviço para seus funcionários; pode ser de propriedade e

⁶⁸ Para fundamentar este argumento, lembremos a definição já descrita anteriormente de Ortiz sobre o campo social da teoria de Bourdieu: “Campo é o espaço onde as posições dos agentes se encontra a priori definidos. O campo se define como lócus onde se trava uma luta concorrencial entre atores em torno de interesses específicos que caracterizam a área em questão” [no caso, os atendimentos médicos]. In: ORTIZ, op. cit, 1994, p. 16.

controle público, como hospitais secundários, terciários, de acordo com a complexidade tecnológica e de atendimentos complexos; pode ser de propriedade de sociedades anônimas, como as Irmandades das Santas Casas, e pode também ser de propriedade de algum médico, que viria a ser, no caso, um fator para determinar uma hierarquia elevada, dominante dentro do campo. No caso de Londrina, médicos que construíram hospitais particulares passaram a ocupar a hierarquia dominante do capital social, como veremos adiante.

Portanto, o controle do sistema de serviços de atendimentos às pessoas enfermas, historicamente não foram de exclusividade de médicos. E entendemos que não necessariamente devem pertencer ou ser de exclusiva competência de agentes do campo médico. Não quer isso dizer que agentes do campo não possam ser proprietários, como já mencionamos acima, e deter o controle de serviço, como as instituições de clínicas, laboratórios, hospitais. Mesmo considerando que ser proprietário e deter o controle signifique ocupar hierarquicamente elevada posição de capital social dentro do campo. Este fato, no entanto, não é algo que determine a constituição do campo médico como um todo.

O texto da AML permite inferir que ela entende ser determinante que membros do campo médico sejam proprietários ou controlem serviços de atendimentos médicos. Ela defende a denominada medicina liberal que, como vimos, é uma postura ideológica, própria da sociedade capitalista do século XX que preconiza a propriedade e a busca de lucro financeiro como fundamentais para a auto-realização pessoal de indivíduos, principalmente os que se denominam profissionais liberais. Porém, em uma leitura histórica mais detalhada, esta questão pode ser dirimida, principalmente quando chegarmos à análise do Movimento da Livre Escolha da década de 1960. Essa análise, do capítulo 4, tem o objetivo de demonstrar que os conflitos que ocorreram internamente e definem o próprio campo médico, relacionam-se com a apropriação dos benefícios que os agentes de tal campo produz, ou seja, os atendimentos. E é equivocada a suposição de que os conflitos e tensões são próprios da relação que se estabelece com quem regula, controla ou tem a posse do serviço, principalmente quando são de fora do campo médico. Com relação aos conflitos que ocorrem nas relações de serviços, e forem muito difíceis para o médico, devido a ele ter a autonomia de trabalhar em serviços nos quais assume compromisso, se for o caso, pode desligar-se do serviço difícil e comprometer-se com outro. Uma vez que ele assume o compromisso, ele deve por em evidência o voto ético responsável: atender os doentes que buscam atendimentos naquele serviço. Dentro do que denominamos campo médico, os conflitos e tensões são relacionados com a apropriação de benefícios provenientes daquilo que o campo tem

competência para produzir: os atendimentos médicos. Os conflitos e tensões ocorrem entre os médicos, na luta concorrencial que lhes pode diminuir ou aumentar o capital social.

Enfocando a situação de Londrina, com o processo da colonização organizada pela CTNP, para viabilizar todo o projeto, foi organizada uma infra-estrutura de serviços para garantir a sobrevivência da população que se dirigia para a região. Os atendimentos médicos são conseqüências desses serviços criados. Porém, como vimos no primeiro capítulo, houve um relativo planejamento, ou relativa previsão, que orientava médicos se dirigirem às fronteiras agrícolas. Aliás, médicos recém-formados, em geral estabeleciam-se em cidades periféricas ou em regiões afastadas dos centros, forçados, pela necessidade, a encontrarem um lugar. Ademais, a demanda de atendimentos médicos das populações mobilizadas na colonização, atrairia os médicos. Em razão disso, Londrina passou a ser uma opção para os médicos recém-formados nos cursos de Medicina existentes na época, ou seja, os constituídos até a década de 1920 para a expansão do que denominamos campo médico da medicina brasileira.

No entanto, a AML acrescentou outros elementos na sua interpretação da autonomia de médicos ao dirigirem-se para Londrina. No ano de 2005 publicou um texto que contém vinte e dois depoimentos de médicos, muitos dos quais são dos que chegaram nas duas primeiras décadas, período que denominamos de construção e consolidação dos serviços de atendimentos médicos e da constituição do campo médico nesta cidade. Na introdução do texto há a seguinte afirmação:

O fenômeno agrário em que se transformou o modelo de colonização... fez de Londrina uma espécie de Canaã, a Terra Prometida, descrita como cidade de futuro da fartura e da riqueza ao alcance de todos que se dispuserem a trabalhar. Foi com esta imagem em mente que chegaram à cidade os primeiros médicos... (NOGUEIRA, 2005, pág. 13).

Foi com “*essas imagens em mente*” de “*futuro e riqueza*” que os médicos se dirigiram para Londrina. Culturalmente, dentro da perspectiva da sociedade capitalista, principalmente considerando que a colonização da região norte do estado do Paraná foi com forte incentivo de lucro fácil, ou seja, possibilidade de, ao dedicar-se ou investir, ficar rico, os médicos faziam o que se esperava. É mais um aspecto da autonomia de médicos, entendida pela AML, calcada na vontade e esforço de médicos para consolidar a denominada medicina liberal. Porém, nem todos conseguiram alcançar o futuro almejado, por mais que tivessem a *imagem em mente*. Ao chegarem, teriam de desenvolver todo um processo para tornarem-se

conhecidos e conquistarem clientes. Isto significava adquirir o capital social que traria a possibilidade de uma ascensão hierárquica dentro do campo. Por serem novos no campo local que estava sendo constituído, era grande a possibilidade de serem agentes do pólo dos dominados. Contudo, à medida que fossem conquistando clientela, poderiam passar ao pólo dos dominantes. Mas o fracasso por não chegar ao “*futuro com riqueza*”, dentro das regras do jogo da sociedade capitalista, e por não poder permanecer na cidade, pode ser também atribuído às lutas concorrenciais dentro do campo, pois, em uma cidade que estava sendo formada e o campo médico também estava em processo de constituição, poderia aportar médico com treinamento igual ao de médicos que já estavam por algum tempo na localidade com clientela formada, e isso seria motivo de conflitos.

Aqui nos valem de um detalhamento da interpretação do sociólogo Ortiz sobre a teoria de campo social de Bourdieu:

A estrutura do campo pode ser apreendida tomando-se como referência dois pólos apostos: o dos dominantes e o dos dominados. Os agentes que ocupam o primeiro pólo são justamente aqueles que possuem um máximo de capital social [no caso, clientes possíveis para a dimensão do mercado médico da cidade] em contrapartida, aqueles que se situam no pólo dominado se definem pela ausência ou pela raridade de capital social específico que determina o espaço em questão [nenhuma ou pouca clientela que terá que ser conquistada com esforços]. (ORTIZ, 1994, p.21).

Os primeiros médicos que chegaram, conquistaram clientes e constituíram-se, com o tempo, em agentes do pólo dominante. Médico novo, agente do pólo dominado, deveria lutar para a conquista de clientes, caso não conseguisse, sairia da cidade. Foi o caso de Justiniano Clímaco da Silva, um médico que veio da Bahia nos primeiros anos da cidade, e foi acolhido por um colega até conquistar seu capital social. Em alguns anos, como veremos, já estava no pólo dos dominantes. Exemplo do segundo caso é o médico Ludovico Pinto que durante um ano fez propaganda para conquistar seu capital social. Depois deste tempo, seu nome não foi mais mencionado, e não consta de nenhuma relação de médicos que conseguiram o “*futuro e riqueza*” em Londrina⁶⁹.

Na leitura dos textos da AML, não é necessário analisar cada detalhe dos depoimentos e memórias de médicos. O contexto do Boletim de 1991, do qual foram extraídos os parágrafos acima transcritos, transmite a intenção de consolidar a tradição do sistema criado pelos médicos como original, ou seja, a medicina privada, e como resultado de esforços, abnegação

⁶⁹ Ludovico Pinto publicou propagandas no ano de 1939, segundo o jornal Paraná Norte. Exemplo de uma propaganda no dia 12-02-1939, p. 2.

e denodo. Porém, em qualquer análise de publicações de depoimentos-memórias de personagens, é necessário ter em conta que tais depoimentos queiram fazer valer

um conjunto de práticas, normalmente reguladas por regras tácitas ou abertamente aceitas [...que] visam inculcar certos valores e normas de comportamento através da repetição [... Pois] as tradições ‘inventadas’ caracterizam-se por estabelecer [...] uma continuidade bastante artificial [com o passado]. (HOBSBAWN & RANGER: 1984, pág. 9).

Pesquisando outras fontes de informações, podemos fazer uma interpretação que possibilite a descoberta de fatos que sempre ocorreram, mas foram ocultados por outras supostas verdades⁷⁰. Tendo no horizonte esta possibilidade, dirigimos o foco da análise deste capítulo, aos oito primeiros anos da construção dos serviços de atendimentos médicos em Londrina, levantando as trajetórias de médicos que chegaram até à constituição da AML em 1941.

2.1 - As características da colonização organizada do norte do Paraná e os primeiros médicos.

A partir deste item, estaremos analisando os relatos das trajetórias individuais de médicos que chegaram nos primeiros anos, a partir de 1933 até 1941. Estes relatos são feitos com o objetivo de demonstrar a complexidade e diversidade de elementos que entraram na composição do que denominamos campo médico brasileiro em Londrina.

Fazemos a primeira caracterização com base nas relações da CTNP com médicos que foram chegando, com a finalidade de percebermos a importância da expansão do campo médico e os serviços que foram sendo construídos.

É impossível estudar a região norte do estado do Paraná, sobre qualquer aspecto, seja antropológico, geográfico, sociológico, econômico, administrativo ou histórico, sem destacar

⁷⁰ Para ilustrar um pouco com literatura: O sociólogo polonês Sygmond Bauman, ao comentar um livro de Milan Kundera, afirmou: “Escrever significa para o poeta [historiador] romper a muralha atrás da qual se esconde alguma coisa que “sempre esteve lá” [...] Para elevar-se a essa missão, o poeta [historiador] deve recusar servir verdades conhecidas de antemão e bem usadas, verdades já “obvias” porque trazidas à superfície e aí deixadas a flutuar. Não importa que essas verdades “supostas de antemão” sejam classificadas como revolucionárias ou dissidentes, cristãs ou atéias – ou corretas e apropriadas, nobres e justas sejam ou tenham sido proclamadas. Qualquer que seja sua denominação, essas ‘verdades’ não são as “coisas ocultas” que o poeta [historiador] é chamado a desvelar, são antes partes da muralha que é missão do poeta [historiador] destruir”. In: SANT’ANNA, Afonso R.: A Cegueira e o Saber. Rio de Janeiro. Ed. Rocco, 2006, pág. 5.

as marcas que a colonização da CTNP (Companhia de Terras Norte do Paraná) deixou. Em várias teses e dissertações, sempre há um detalhe a mais a ser acrescentado nas análises. Trata-se de um processo de colonização que, em menos de trinta anos, transformou uma extensão de 544.000 alqueires cobertos de florestas, em um espaço aberto para a agricultura e a urbanização, provocando uma intensa atividade comercial de terras e do que fosse possível produzir nestas terras, e mais de todos os serviços que viabilizaram a colonização.

Na época, cada colono, geralmente com seus familiares, ia desmatando paulatinamente, com machados e serras, seu terreno para substituir toda a vegetação nativa pela agricultura. Foi o processo de transformação da terra em mercadoria, por muitas pessoas com suas capacidades de trabalho, para integrar mais uma região no processo de desenvolvimento da economia capitalista brasileira⁷¹.

Os ingleses que adquiriram estas terras e organizaram a colonização não entraram no negócio como uma aventura. Quando em 1924 veio ao Brasil uma missão de bancos ingleses para resolver com o governo brasileiro questões de dívidas⁷² - Missão Montagú - além das pessoas ligadas aos bancos, vieram algumas outras, membros de uma companhia de colonização atuante em diversas partes do mundo. Referimo-nos ao Lord Lovat, ou seja, Simon Joseph Frazer, representante da Sudon Cotton Plantation Syndicate, interessado em adquirir terras no Brasil para desenvolver a cultura do algodão, em princípio⁷³. Uma vez no Brasil, Lord Lovat teve informações acerca das regiões onde poderia investir. Visitou o interior do Estado de São Paulo, e finalmente chegou ao Norte do Estado do Paraná.

Para resumir, e não repetir o muito que já foi dito em teses e dissertações, na compra da extensão das terras ocupadas, houve necessariamente negociações e acordos com o Governo Federal e o Governo Estadual. Como era de domínio de distintos níveis de governo, de acordo com as descrições anteriores, sabia-se que o desbravamento de florestas nativas trazia o problema da febre amarela silvestre, da malária e de outras doenças. A probabilidade

⁷¹ Este processo foi descrito por diversos estudos: LOPES, Ana Yara D.P.: Op. Cit.1982; PADIS, Pedro C.: Formação de uma economia periférica: o caso do Paraná. São Paulo, Hucitec, 1981; NICHOLS, W.H.: A fronteira agrícola na história recente do Brasil: Estudo do Paraná. 1920-65. Rev. Paranaense do Desenvolvimento. Curitiba, n. 26, set./out. 1971.Pags 19 a 53.

⁷² OBERDIEK, Hermann I. : Fugindo da Morte: Imigração de Judeus Alemães para Rolândia na década de 1930. Londrina, Eduel 1997, pag. 16.

⁷³“Além de viajar como assessor da Missão Montagú, Lord Lovat tinha como incumbência dos acionistas da Sudan Plantation estudar a possibilidade de vir esta poderosa companhia inglesa a aplicar seus capitais no Brasil, de forma a obter o algodão que importava em larga escala para suprir a florescente indústria têxtil na Inglaterra” In: Cia de Melhoramentos Norte do Paraná: Colonização e Desenvolvimento do Norte do Paraná, 1975. Pag. 42 .

de que estas informações fossem de domínio da CTNP está no fato de que a implantação do projeto de colonização incluiu a construção de um hospital. Com este hospital, houve a contratação de um médico e se facilitou a chegada de outros médicos e a construção de serviços necessários e adequados⁷⁴.

O hospital construído pela CTNP foi modesto, porque modesta ainda era a cidade. Contrataram um médico para os atendimentos, mas logo chegou outro que havia estabelecido contato com os escritórios da Companhia em São Paulo. E a cada ano mais médicos foram chegando e estabelecendo suas clínicas particulares. Da população que chegava à cidade, muitos investiam em terras agricultáveis e lotes urbanos, para tentar a agricultura ou estabelecer atividades urbanas com os serviços que foram sendo implantados. Este fato criou na região uma circulação significativa de pessoas, suficientes para permitir que médicos prestassem atendimentos seja em clínicas que foram construindo, seja nas casas dos clientes no setor rural, prática que fortaleceu a ideologia da possível permanência da denominada medicina liberal.

Há um dito popular que afirma: “a propaganda é a alma do negócio”. O Hospital da Companhia foi o símbolo da existência de serviço médico como um fator importante de garantia para os investidores. Para colaborar nas propagandas e divulgar o que acontecia na cidade e no projeto, foi criado o jornal Paraná Norte que passou a circular no ano de 1934, ano da oficialização da cidade como município.

O jornal, cujo proprietário foi, como parece, H. Puiggard Coutinho, era ligado à CTNP, e esta cedeu um espaço na sua sede para a redação e edição. Sem nos aprofundarmos em detalhes, em uma leitura de edições do jornal dos primeiros anos, é explícita a intenção de impulsionar o projeto de colonização. As notícias sempre deram destaque a acontecimentos positivos, entre os quais estava a existência de atendimentos médicos:

DOIS ESCULÁPIOS EM LONDRINA

Em toda parte há médicos em abundância. Em toda parte há médicos e médicos. Uns carrancudos, aferrados a velhas formulas, não admitindo opinião leiga em matéria médica e tendo a arte de curar puramente como sciencia de inspiração divina. Não consentem mesmo que o enfermo duvide sequer da eficácia do medicamento receitado. A menor dúvida demonstrada pelo doente, resulta no abandono deste. Depois... a lucha insana, muita vez, dum pai amoroso, a batalha de argumentos para convencer outro Hypocrates que deve prestar assistência ao abandonado, cujas papilas já vão se impregnando de momentos... fúnebres, cyprestes e ramos de saudade... Como em toda parte... Como em toda

⁷⁴ João Figueiredo, Anísio Figueiredo e outros foram incentivados pela CTNP para trabalhar em Londrina. De certa forma, como já dissemos, devido ao “excesso” de médicos formados nos grandes centros urbanos, novos médicos “deveriam” transladar-se para o interior afim de construírem suas carreiras.

parte, não. Londrina possui seus dois esculápios bem diferentes de toda parte. Ambos jovens, modernos, elegantes, amigos, apaixonados das diversões mundanas. Não perdem bailes, e no baile não perdem uma contradança.

Quem os vê, nos meneios compassados e preguiçosos do tango, ou nos movimentos vivos, rápidos da ranchera, dentro de seus ternos bem talhados, julga-los-a que? Uns moços bonitos de capital do país, formados em medicina por mero sport ou talvez, para satisfazer o capricho de uma tia rica que exigiu um sobrinho doutor. Entretanto, estes dois esculápios de Londrina, quantas e quantas vezes, dentro da elegância sóbria que os distingue. dedicados, atentos, um commovente e tacito accordo:bons, generosos, humanitários; e alli se revesam noites e noites, no exercício perfeito de um sacerdote, abençoado e santo, com o pensamento longe de remuneração, quase sempre impassíveis.

Sei de um delles, que chegando as três horas para atender pequenito, viajou vinte e cinco kilometros, e lá, vendo a aflição dos Paes que estavam desde a véspera sem alimentos, esgueirou-se pelos fundos da casa; e, na cozinha modesta, sob a luz escassa de uma lamparina, tateando aqui e alli, suavemente, para não chamar a atenção, prendeu fogo a uns gravetos e momentos depois, levava ao quarto do doentinho, o banho esperto que no momento carecia, e um alimento ligeiro para os genitores...

O e outro, durante dois meses consecutivos, atendeu com um carinho paternal, sem espalhafatos, uma enferma, cujas posses não permitia a menor recompensa. A senhora. A senhora preocupada com a ausencia de um parente querido, pelo abalo moral que isso lhe causava. E o nosso esculápio, compungido, o coração aos saltos, suplicava aos visinhos que dissessem à enferma que haviam recebido notícias de parentes, que não escrevia, devido a greve nos correios.

De outra feita, tendo que viajar. bate à porta dum conhecido e pede, por não ter um collega disponível, que fosse a tal hora aplicar uma injeção numa creancinha. E esse pedido ia envolto num olhar supplice, immensamente bom.

Quem mora em Londrina, de começo, ao ler estas linhas, já percebeu quem são os dois caridosos esculápios. Para quem, porém, aqui não mora, peço que guarde bem na memória os nomes desses dois humanitários facultativos, desses dois jovens que à força de quere bem o pobre, adquiriram em sciencia a arte de curar, a esperiencia dos esculápios Dr. João Figueiredo - Dr. Oswaldo Dias.

Que a modéstia de ambos, não lhes seja ma conselheira para um movimento incontido de mau humor, contra o autor destas linhas que muito e muito lhes deve. (PARANÁ NORTE, 20-01-1935, pág. 2)

Transcrevemos o texto na íntegra a fim de demonstrar que médicos foram personagens importantes para o projeto da colonização. No artigo, o jornal está falando dos três médicos que estavam presentes na cidade. O contratado que dirigia o Hospital da Companhia, não citado nominalmente, era Pedro Kurt Müller, e os outros dois: João Figueiredo e Oswaldo Dias. Ao destacar estes jovens, elegantes e responsáveis médicos, o jornal estava fazendo propaganda da colonização, pois a presença deles fazia com que Londrina e região fossem entendidas como diferentes. Ao falar bem dos médicos, estaria falando da cidade: moderna, jovem, elegante e amiga.

Nota-se que, durante o primeiro ano, tanto a CTNP como o jornal foram cuidadosos com os aspectos de possíveis notícias negativas. Detectamos este cuidado porque uma semana depois do artigo transcrito acima ter sido publicado, cometeu-se na região um crime,

protagonizado pelo médico contratado pela Companhia de Terras, que foi noticiado da seguinte maneira:

Quinta feira ultima pela manhã a cidade esteve emocionada. Um nervosismo intenso dominava a população, entristecida com trágico acontecimento que tão grave abalo causou em todo mundo. Corria uma notícia quase impossível. O Dr. Müller havia abatido a tiros um seu compatriota.

Ninguém queria acreditar semelhante cousa. Entretanto, a realidade amarga era aquele. De fato o Dr. Pedro Kurt Müller, médico, diretor do sanatório local, gravemente offendido em sua honra por Julio Von Schütz, foi fazer a este uma interpelação. Mal recebido pelo interpellado e antes uma nova injuria, pesada e gravíssima, o Dr. Müller, sahindo de sua calma habitual, saca o revolver e detona três tiros contra Von Schütz que, gravemente ferido veio a falecer cincoenta minutos depois.

O facto deu-se no acampamento do km. 195, em território da delegacia de Jatahy. O criminoso apresentou-se as autoridades competentes, a disposição dos quaes se coloca. (PARANÁ NORTE, 27-01-1935, pág.10.)

Devemos entender que esta posição do jornal foi coerente com duas situações. A primeira, devido a cultura da época, do imaginário popular, manifesta até no artigo anterior do jornal elogiando médicos, por ser médico, a pessoa gozava de um prestígio especial na sociedade. Então era mais possível ver razões de culpa no outro.

A segunda razão é que, devido a CTNP ter contratado o médico que terminou por cometer o crime, todo o que ela difundia sobre a colonização, elogiando a médicos, não poderia ser colocado em suspeição. Portanto, também era mais favorável que o outro com a provocação fosse considerado fundamental para o crime ter acontecido.

Este incidente, assim como a rápida saída do médico para seu país de origem depois de julgado⁷⁵, fazem parte dos acontecimentos de 1935, ano que a autoridade da Companhia de Terras foi posta em xeque. Como ela era a proprietária particular das terras a serem colonizadas, depois de ter construído toda a infra-estrutura pública da cidade, ruas, praças, cemitério, etc., em terras de sua propriedade, quem administraria? A questão foi colocada porque o interventor do Estado do Paraná nomeava interventor municipal para Londrina, e administrava todos os recursos dos impostos arrecadados. A saída para a crise criada foi organizar uma eleição, em 1935, para escolher o primeiro prefeito e a primeira Câmara Municipal. Os dois médicos, João Figueiredo e Oswaldo Dias foram candidatos a vereador em chapas opostas. E o resultado da eleição foi favorável à chapa oficial da CTNP. O prefeito eleito foi um dos diretores da Companhia, Willie Davids, e João Figueiredo, eleito um dos

⁷⁵ “O Dr. Müller...(ficou) preso em Jataí por algum tempo, aguardando julgamento” In: Boletim da AML, ano 1, n. 3, outubro de 1973, pag. 3.

vereadores. Oswaldo Dias que estava na chapa de oposição não foi eleito⁷⁶. Então, sendo prefeito um dos administradores da CTNP, conjugaram-se o poder público e o poder privado, e a autoridade da Companhia foi fortalecida.

É importante a narração deste fato porque em 1936, ano da posse da administração do município que era conjugada com a administração da CTNP, houve a epidemia da febre amarela, constatando-se a necessidade da construção de um grande hospital. Quem construiria? A resposta para esta pergunta foi decidida pela população da cidade que empreendeu campanhas para arrecadar recursos para viabilizar a construção do grande hospital.

Os médicos que foram chegando para desenvolver suas carreiras lamentavam o fato de, nos primeiros anos, a CTNP atuar com autoritarismo e interferir em seus trabalhos. Por exemplo, Adolfo Barbosa Góes afirma que no começo os médicos como ele não podiam internar seus pacientes no Hospital da Companhia porque perderia clientes. Naquele hospital, o paciente que entrava, passava a ser cliente dos médicos que ali trabalhavam⁷⁷. Aparentemente foi um conflito de controle de uma instituição de serviços médicos. Na verdade, dentro da definição de campo, o que acontecia era um conflito de concorrência pelo que os médicos produziam, ou seja, os atendimentos. Se o hospital tinha dois médicos contratados, os atendimentos eram realizados por estes dois médicos. Como o hospital comportava somente 16 leitos, esses eram poucos para ocupar a atenção de dois médicos, não havendo, pois, a possibilidade de compartilhá-los.

Em um processo de colonização como o da região Norte do Estado do Paraná, parte importante da população que se deslocava para a região não dispunha de recursos para pagar por atendimentos médicos. Os trabalhadores das frentes dos desmatamentos realizados para a construção das estradas, por exemplo, ou os pequenos agricultores, que empregaram todos os seus recursos na compra de terras, com certeza foram os que mais tiveram problemas. Para começar, a febre amarela, endemicamente selvagem, foi um problema. Mas também existiu a malária. As pessoas que enfrentavam as florestas estavam, portanto, à mercê destas doenças!

Em 1936 houve uma epidemia da febre amarela pelo que o médico representante da saúde pública fez a notificação correspondente. Como o Governo Federal tinha feito um convênio com a Fundação Rockefeller para que ela cuidasse destes casos, esta montou uma

⁷⁶ A eleição foi realizada no dia 12 de setembro de 1935, e a chapa eleita foi do PSD.

⁷⁷ Adolfo Barbosa Góes in: NOGUEIRA, A. e FRANCISCO, R. Op. Cit., 2005, p. 19.

base de operações na cidade de Londrina para enfrentar a febre amarela selvagem. Em um ano de trabalho a febre epidêmica foi controlada, mas, manteve-se latente como endemia⁷⁸.

Como era prática da Fundação Rockefeller incentivar a construção de hospitais para centralizar os atendimentos curativos de médicos⁷⁹, não seria um equívoco a suposição de que houve influência desta Fundação na idéia de construção de um hospital de maior porte na cidade. A rigor, houve coincidência de fatos que apontaram para a necessidade da construção de um grande hospital: a vinda da Fundação Rockefeller, incentivadora de hospitais; a existência de um hospital de pequeno porte, o Hospital da Companhia; muitas pessoas necessitadas de internamentos; e, finalmente, a proposta do diretor da CTNP, Arthur Thomas, através do jornal Paraná Norte⁸⁰

Aparentemente a categoria médica não manifestou entusiasmo com os serviços hospitalares que seriam ampliados com um hospital de grande porte. Por um lado, os esforços da CTNP, através de seu diretor e do jornal Paraná Norte, podem ser compreendidos como tentativa de manter o próprio processo da colonização em andamento. Por outro lado, os médicos pouco se manifestaram, o que nos permite inferir que um grande hospital, se fosse administrado pela CTNP, traria mais concorrência entre médicos na realização de atendimentos, no caso de se manterem os mesmos critérios do Hospital da Companhia, ou seja, se o atendimento dos internados fosse exclusividade de médicos do hospital. Outra vez, o controle do hospital seria motivo de conflitos, porém, na verdade o campo médico que estava sendo constituído em Londrina já se manifestava com suficiente presença, com três ou quatro anos de existência da cidade, manifestando as lutas e concorrências internas. Ou seja, já se definia o lugar que cada agente do denominado campo ocupava, com relação aos serviços, na concorrência para as apropriações dos atendimentos dos pacientes-clientes.

A CTNP buscava preservar o projeto da colonização, propalado culturalmente como um empreendimento civilizatório⁸¹. Um grande hospital seria um serviço médico adequado para este empreendimento. Por outro lado, a expansão do campo médico para o interior do

⁷⁸ A prefeitura organizou uma festa para comemorar o fim da epidemia e agradecer a Fundação Rockefeller. Paraná Norte, 02-05-1937, pag. 1.

⁷⁹ A base da formação do médico defendida pela Fundação Rockefeller era o flexnerianismo, centrado em hospitais. Foi o caso do Hospital das Clínicas da USP. Ver: História, Ciências, Saúde, Manguinhos. Vol V, n. 3-nov 98-fev,99. Pags 603 a 704, e MARINHO, Maria Gabriela S.M.C.:Op. Cit., 1993.

⁸⁰ Paraná Norte, 04 - 09-1936. Pag. 1.

⁸¹ Em 1977, a Companhia Melhoramentos Norte do Paraná, que substituiu a CTNP na administração do projeto, publicou um livro em que se expôs o processo civilizatório que teriam empreendido ambas as Companhias.

Brasil, também significava um avanço cultural civilizatório. Contudo, por ser uma das características nas definições do campo social, a manifestação de conflitos de interesses concorrenciais se fazia presente entre os componentes do campo. No entanto, em Londrina os conflitos e tensões internas do campo médico que foi sendo constituído, foram externalizados pelos agentes como conflitos e tensões relacionados com a posse ou controle de serviços. Neste caso, o serviço médico hospitalar constituído pela CTNP, que criou conflitos entre médicos, e que não estava sob o controle ou posse de agentes do campo médico, é a evidência que a rivalidade de controle dos serviços médicos na cidade não apareceram em Londrina em 1964, como a AML afirma em seu documento publicado em 1991. Este fato evidencia que médicos de Londrina, desde o começo da construção dos serviços médicos na cidade e da constituição do campo médico, para não tornarem ainda mais agudos os conflitos e tensões internas do campo, atribuíram-nos à falta de controle ou posse dos serviços por agentes do campo.

A partir de 1936, médicos que chegaram tiveram a iniciativa de construir pequenos hospitais particulares. Como eram controlados por agentes do campo médico, esses hospitais foram bem-vindos para os agentes do campo. Demonstraram, também, o nível que o campo médico brasileiro já havia alcançado, com os laboratórios que foram sendo implementados nestes hospitais, e as tecnologias aplicadas, tanto para diagnósticos quanto para terapias. Enfim, podemos entender que a implantação de tais serviços, tanto da CTNP como os criados por médico, foram demonstrações, nas fronteiras agrícolas, da expansão do campo médico científico brasileiro constituído nas décadas anteriores.

2.2 – Os Médicos do Interior.

No primeiro capítulo caracterizamos o médico tradicional, presente na sociedade brasileira até o final do século XIX e primeiros anos do século XX. Era um médico que realizava individualmente todo um atendimento, com diagnóstico e encaminhamentos terapêuticos, dependentes exclusivamente de sua competência. Este médico, na definição de Lycurgo⁸², era reconhecido como médico-de-família.

Os atendimentos médicos foram, no entanto, sendo transformados com o advento da denominada medicina científica. A formação médica e as suas práticas passaram, cada vez

⁸² SANTOS FILHO, Lycurgo dos: Op. Cit. 1991. Vol. I, pag. 91.

mais, a ter por base as pesquisas científicas. Um profissional passou a depender de outro, seja pela necessidade dos estudos laboratoriais, seja pelos recursos que as diversas especialidades ofereciam. Portanto, estudos e práticas dependentes de tecnologias fizeram que os atendimentos médicos fossem institucionalizados em clínicas e hospitais. O médico deixava de se dirigir ao encontro do paciente em sua residência (médico tradicional – liberal clássico); o paciente é que buscava o atendimento onde o médico se encontrava: na clínica ou no hospital.

Os médicos formados nas décadas de 1920 e 1930, nos dez cursos de Medicina existentes no país, formados no novo paradigma de pesquisas científicas, com forte tendência a exercer sua profissão através de instituições, com especialidades médicas e usando tecnologias em diagnósticos e terapias, foram os que se dirigiram para as fronteiras agrícolas do Estado de São Paulo e do Norte do Estado do Paraná. No entanto, no interior ainda não havia instituições como clínicas, hospitais e laboratórios. Tudo foi sendo construído. Estas construções dependiam do desenvolvimento local e regional, da sociedade, da economia, da demanda da população nos processos das doenças, relacionados à complexidade nosológica das mesmas⁸³. Diante desta realidade, os médicos do interior precisaram trabalhar com os conhecimentos da formação geral que obtiveram em seus cursos. Somente com o tempo foram se dedicando à especialidade para a qual se prepararam. De fato, a maior demanda desses médicos era a clínica geral, uma das tendências delineadas e seguidas no Congresso dos Práticos de 1922, descrito anteriormente.

O médico do interior teve de reviver ou reinventar formas antigas de atendimento, dirigindo-se às casas dos pacientes, atendendo desde partos, crianças, senhoras, traumas de acidentes, até cirurgias de emergência. Por falta de laboratório, ele mesmo deveria dar conta dos diagnósticos e encaminhamento para as terapias pertinentes e possíveis.

Na década de 1920, o médico do interior já estava presente no Estado de São Paulo. Um deles, de nome João Peres, depois de trabalhar muitos anos, resolveu reunir em um livro as suas experiências. Este livro foi publicado no ano de 1943 com o título: *Apuros e Mancadas de um Médico do Interior*. Geralmente o médico era “*pau p’ra toda obra*”, como o autor refere, e o período que descreveu coincide com o período da chegada dos médicos a Londrina. Portanto, os primeiros médicos de Londrina hipoteticamente podem ser colocados na

⁸³ Referimo-nos aqui ao fato de que o tipo de trabalho que a pessoa realiza a predispõe a uma doença específica. No caso das fronteiras agrícolas, que nos referimos, as pessoas mais pobres que trabalhavam nos desmatamentos e preparação das pequenas propriedades para a agricultura, foram geralmente as mais afetadas pela febre amarela e malária, e ao tifo por problemas sanitários.

categoria de médicos do interior, sem prejuízo da análise teórica do campo social que estamos fazendo nesta narrativa. O texto a seguir é ilustrativo de uma visão cultural da época:

‘MÉDICO DO INTERIOR’

Nos tempos em que a medicina era um sacerdócio e o cliente um crédulo, o médico do interior ministrava religiosamente os seus sacramentos aos fiéis que solicitavam os seus serviços e, dentro da sua batina mental, escondia a sua ignorância ou o atraso da medicina daquela época. Mas hoje, que médico é ‘mato’, medicina ‘ganha-pão’ e o cliente ‘de circo’, não há alternativa para o esculápio da roça: se quiser vencer, tem de estudar, a até mais do que os da Capital, que, limitando-se à especialidade, reduzem o seu campo de ação e de aprendizagem, não tendo assim que elucidar as encrencas freqüentemente observadas na policlínica

Mas o estudo é a parte mais suave da sua vida acidentada e penosa de clínico rural, visto como, para se impor perante os clientes, tem ainda de ‘banicar’ o santo, vestir-se com apuro, estar sempre bem humorado, sorrir para as megeras, fechar a cara para as moças, achar graça em crianças que, ao serem examinadas, lhe dão ponta-pé em lugares perigosos, acreditar que um velho não tem medo de morrer, fazer cara alegre ao tomar ‘facadas’, enfim, tem de ser, além de cientista, artista na palavra, nos gestos e na conduta.

Ademais, não pode observar horário para as refeições e tem de sair com qualquer tempo e qualquer hora do dia ou da noite. Nos casos graves é obrigado a ‘banicar’ o enfermeiro e ‘mudar-se’ para a cada do doente onde, às vezes, se vê na contingência de jejuar, por não lhe oferecerem nem um cafezinho. À noite, recostado num móvel discômodo e fixo, a que chamam cadeira de balanço, tem de dar atenção a um ‘exercito’ de pessoas da família e amigos do doente, que se revezam para lhe ‘fazer sala’. Quando estes lhe dão uma folga e testa cochilar, surge um ‘chato’ que quer saber se o doente pode encolher as pernas ou tomar um chazinho. Livre-se deste, dando-lhe carta branca para agir, mas aparece um outro que lhe exige a presença no quarto do enfermo, porque o mesmo está com a respiração ‘fêia’ e dormindo com o ‘branco do olho’ para fora... E assim amanhece o dia. Pensando em repousar, foge para a sua residência, mas lá encontra, à sua espera, novos clientes, que necessitam com urgência dos seus serviços. Atende-os com sacrifício, e à noite, quando tenta novamente descansar, é chamado a um sítio para socorrer uma parturiente. Depois de difícil caminhada, chega à residência da enferma. Examina-a na esperança de um caso fácil e depara com uma apresentação transversa. Prepara-se então, para a ‘tourada’, mobilizando boticário e uma parteira; e enquanto espera pelos auxiliares, previne o espírito do marido para um possível desastre. Resolvido o caso, cansadíssimo, preocupado com o estrago que fez e com a possibilidade de os pontos não pegarem, volta para casa, onde um menino - que ‘despençou’ de uma árvore por não ter visto uma caixa de maribondos - está à espera, com a perna quebrada. Se a fratura requer aparelho ortopédico especializado, enriquece o seu arquivo traumatológico com mais um manquitola. E à espera de melhores dias prossegue na luta, continuando a consumir a sua mocidade no exercício desta estafante e ingrata policlínica...

...A sorte nunca favorece: se foi interno de pediatria, estréia num caso de olhos; se conhece melhor moléstias da pele, é chamado para ver um caso de abscesso de amígdalas, ou então acontece, e isto sucedeu a um nosso conhecido, de um neófito se julgar habilitado a vencer ao interior, por ser ‘bamba’ em clínica, e ter o seu primeiro chamado para um caso difícil de obstetrícia. Não conseguindo resolve-lo satisfatoriamente, ‘empacou’ mãe e filho!

É em tais casos, e necessitando trabalhar, que o médico se sujeita a prestar assistência nas fazendas, mediante contratos, ficando obrigado a atender aos colonos, que na maioria das vezes, solicitam os seus serviços inutilmente. Por pagarem quatro cruzeiros mensalmente, estes se julgam com o direito de dispor

do médico como bem entendem, chamando-o para ver pessoas da família com dor de dente, dor de cabeça, indisposição, etc...

... Aliás, está mais sujeito a esses dissabores e o profissional que reside em lugarejos, onde não há recursos e o povo é ignorante, porquanto nas cidades onde existe bom hospital, raios X e laboratório, o médico, diante dessas facilidades, clínica com mais segurança. Os clientes, por sua vez, já recorrem aos especialistas e tem maior compreensão das incertezas e ingratidões da medicina, o que os torna mais tolerantes, de modo a suavizar o exercício da profissão. E, graças ainda a esses maiores recursos dos centros médicos do interior, a cirurgia, quer geral, ginecológica, obstétrica ou de outras especialidades, também já atingiu um alto grau de adiantamento, e as suas estatísticas, quanto ao êxito operatório, pouco ficam a dever às dos grandes centros.. (PERES, 1943, pág.8 a 13).

Alguns detalhes deste texto servem para descrever o que teria acontecido em Londrina. Primeiro, é a linguagem de mercado que aparece, própria do desenvolvimento capitalista e justificadora da ideologia da denominada medicina liberal. As pessoas doentes não eram mais reconhecidas só como pacientes: passaram a ser denominadas de clientes. Cliente é aquela pessoa que foi cativada para consumir um determinado atendimento, geralmente em um serviço institucional ou com um profissional. Então, para o médico A ou B, o paciente é ‘meu cliente, consome os atendimentos que ofereço e paga o que cobro’. Este raciocínio está em consonância com a afirmação de Karl Polanyi sobre a estruturação da sociedade de mercado a partir do século XIX: o trabalho passa a ter um preço. E o preço é a base de lucro que propicia o acúmulo de riqueza⁸⁴. É importante partirmos do entendimento de que o médico do interior, apesar de reinventar ou reviver o médico artesanal, ou o médico-de-família, como ainda é lembrado em alguns meios, foi elo da expansão do campo médico científico brasileiro para o interior. O último parágrafo do texto de João Peres seria a confirmação deste fato. À medida que as cidades do interior foram sendo equipadas com serviços hospitalares, laboratórios, salas cirúrgicas, os atendimentos das necessidades se equiparavam ao que já era praticado nas grandes cidades.

Do mesmo livro extraímos outro parágrafo que ilustra uma maneira peculiar de formação da clientela do médico do interior:

Quando inicia a clínica no interior, geralmente tem o médico necessidade de renda imediata, para fazer face às despesas certas do consultório e da sua própria manutenção, vendo-se porisso obrigado a fazer contratos de assistência médica a colonos e fazendeiros. Recebia de cada família, em média, quatro cruzeiros por mês, obrigando a apresentar-lhe assistência médica e cirúrgica no consultório, a domicílio ou hospitalar, conforme o caso exigir. (PERES, 1943, pág.101).

⁸⁴ Recordando uma afirmação em páginas anteriores: POLANYI, Karl: Op. Cit., 2001, p. 90 e 143.

O médico do interior realizava vários tipos de atendimento, aceitava as mais variadas formas de pagamento, estabelecendo até convênios com fazendeiros. O texto refere-se a contratos de assistência médica, que nos chama a atenção, porque a prática passou a ser usual nos denominados planos de saúde desde a segunda metade do século XX. A partir de fins da década de 1960, depois da fusão dos IAPs no INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), surgiram empresas médicas para vender planos de atendimento a pessoas, famílias e empresas. Em Londrina, nos primeiros anos da década de 1970, em razão do surgimento de empresas que vendiam atendimento médico, e para viabilizar seus ideais, a AML assessorou médicos na constituição de uma cooperativa, que veio a ser a UNIMED - Londrina. Hoje estas cooperativas estão em todo o território nacional.

2.3 - Médicos em Londrina.

É atribuída a Albert Einstein a seguinte frase: “A imaginação é mais importante que o conhecimento”. Não cabe, neste estudo, argumentar a validade ou não da frase, se é a imaginação ou se é o conhecimento o mais importante. Cabe sim o reconhecimento de que a imaginação é uma qualidade do pensamento humano que consegue, muitas vezes, explicações simples e compreensíveis de fenômenos da natureza ou da história da humanidade, para dar sentido ao que aconteceu, ou ao que acontece, e permitir-lhe a compreensão.

Fazendo uso da imaginação, pensemos como surge uma cidade. Tradicionalmente poderia ser dito que uma cidade surge de forma lenta. Por alguma razão, um grupo de pessoas constrói algumas casas, passam a viver nelas e se tornam ponto de referência, até que outras pessoas são atraídas, constroem suas casas também, formando-se então uma vila. E assim, progressivamente, com o tempo, tem-se uma cidade.

Normalmente, neste hipotético tipo de desenvolvimento de uma cidade, médico só aparece quando alguém fica doente e necessita de seus cuidados, muitas vezes depois que os recursos da “medicina popular” não deram o resultado desejado.

Mas houve cidades que surgiram de outra maneira, como é o caso daquelas que já nascem prontas. Cuidadosamente planejadas e localizadas estrategicamente, já nascem com uma infra-estrutura pensada, da qual faz parte um hospital, ao qual assista, no mínimo, um médico. Há também aquelas cidades que nascem “de repente”, às margens de uma mina de ouro, como pode ter sido Serra Pelada, na Amazônia. Normalmente nessas cidades, devido à

periculosidade dos trabalhos desenvolvidos, algum médico é contratado ou é construído um posto de saúde onde algum profissional, como um enfermeiro, pode prestar uma assistência básica para, por exemplo, curativos, suturas de ferimentos ou aplicação de injeções ou vacinas.

Londrina foi do segundo tipo de cidade. Os planejadores construíram um hospital e contrataram um médico. Mas também ela teve algumas características do terceiro modelo hipotético. Ou seja, foi uma cidade planejada e construída estrategicamente dentro de uma floresta em um território muito fértil para a produção agrícola, e que cresceu rapidamente como se estivesse ao lado de uma mina de ouro. A explicação foi a produção do café, que figurativamente foi denominado de ouro verde⁸⁵. Atraiu muitas pessoas como a mina de ouro da Serra Pelada. Porém, devido à existência de doenças endêmicas - febre amarela e malária - assim como também doenças transmitidas pelo contágio direto - sífilis, tuberculose, etc. - próprias de lugares onde há muitas pessoas em circulação ou em trânsito, a cidade constituiu-se em centro de atração de profissionais médicos⁸⁶.

Com o tempo, os serviços de atendimento médicos foram sendo construídos, tanto os que ficaram sob o controle de agentes do denominado campo médico como os que foram construídos pela CTNP ou pela sociedade londrinense. O resultado foi a transformação da cidade de Londrina em centro regional de atendimentos. Os serviços, com clínicas, hospitais e laboratórios construídos, adquiriram uma determinada complexidade. E em razão desse fato, a que se somam os conflitos internos do campo médico pelo controle dos serviços, que produziam os atendimentos aos clientes, é de nossa compreensão que os médicos decidiram organizar-se em uma associação. Em 1941, tendo transcorrido apenas oito anos da construção do primeiro hospital e contratação do primeiro médico, surge a Associação Médica de Londrina (AML). Uma associação é constituída com a finalidade de unir uma categoria em virtude de certos objetivos. No caso da associação médica, o que se tinha em vista não só a promoção de atividades culturais e científicas, que enriqueceriam o capital cultural de médicos, como também a obtenção de coesão e de controle e de serviços de proteção dos

⁸⁵ Esta expressão “ouro verde” dada ao café foi tão importante que a colonização da CTNP foi denominada também como o “Eldorado do Paraná”. Uma pesquisa histórica trabalhou esta expressão. Trata-se de uma dissertação defendida na USP, intitulada: “O Eldorado: Londrina e o Norte do Paraná- 1930-75”, pelo historiador Miguel Árias Neto, em 1993. Na cidade, um dos maiores cinemas construídos nas primeiras décadas, foi denominado de “Ouro Verde”, em homenagem ao “café”. Em 10-01-19563, o jornal Folha de Londrina publicou um artigo com o título “Ouro do Paraná”, referindo-se ao café cultivado em Londrina e região.

⁸⁶ Aqui cabe reiterar a frase da publicação da AML em 2005: “Londrina foi, “descrita como cidade do futuro, da fartura e da riqueza ao alcance de todos... Foi com essa imagem em mente que chegaram à cidade os primeiros médicos”. In: NOGUEIRA, A. FRANCISCO, R. Op. Cit., 2005, p. 13.

médicos associados. Neste caso, a proteção ou defesa de médicos, no que se refere aos atendimentos nos serviços, durante cuja realização, as lutas internas do campo médico se tornaram perceptíveis.

No texto da publicação da AML de 1991, transcrito acima, lê-se que os médicos de Londrina tinham criado um sistema liberal, que passou a funcionar na década de 1940 com a Santa Casa, sendo bem sucedido durante 20 anos, até ser atropelado quando o Governo Federal implantou o sistema público que, primeiro, determinou o fechamento dos sindicatos em 1964, com os quais a AML afirmou que mantinha negociações, e depois unificou a previdência através do INPS, em 1967.

Esta interpretação da AML, ao afirmar que o sistema liberal criado por médicos de Londrina, “inicialmente através da Santa Casa”, esconde, de alguma forma, os anos anteriores, ou seja, o que teria acontecido desde 1933-34. A interpretação da AML é deixada por conta dos depoimentos-memórias de médicos, que teriam chegado nesse período, até porque a interpretação de documentações, como os documentos, é tarefa de cientistas sociais e historiadores. Para tais interpretações se desenvolvem pesquisas e se elaboram narrativas, como esta que está sendo apresentada.

O texto da AML contém fatos históricos narrados, porém, de uma maneira que não permite uma noção clara do que aconteceu. A Associação foi fundada em 1941, e a Santa Casa inaugurada em 1944. Não teria sido a denominada medicina liberal, criada por médicos desde, no mínimo, 1934? Ou era ‘outra medicina’, e passou a ser liberal com a Santa Casa? Outro fato: a Santa Casa teve um longo processo de campanha para a arrecadação de recursos com o objetivo da construção do prédio, campanha esta que esteve envolvida em uma série de contradições. Somente em 1940 é que houve a definição de que o Grande Hospital, ou Hospital de Londrina, como foi nomeado, seria uma Santa Casa e seria administrado por uma irmandade. Ou seja, pessoas da sociedade formariam uma sociedade, denominada tradicionalmente de irmandade, da qual médicos poderiam fazer parte, mas não necessariamente. O significado da irmandade é que o Hospital não pertenceria à CTNP, como o primeiro hospital, ou ao poder público municipal. Mas também não pertenceria à AML ou não estaria sob o controle direto dela, ou de agentes do denominado campo médico. Por outro lado, como os atendimentos médicos são, por definição, de responsabilidade de agentes do campo médico, buscou-se um acordo, o que permitiria à AML afirmar que ‘médicos londrinenses criaram um sistema, inicialmente através da Santa Casa’. Seria um sistema de ‘Medicina liberal que também atendia socialmente’. Esse seria o resultado do acordo que garantiu a membros do campo médico a apropriação das vantagens dos atendimentos

caritativos, importantes para a conquista de capital social dentro do campo, e a apropriação dos atendimentos particulares que seriam realizados no hospital, considerando-se a autonomia relativa do capital social hierárquico dos médicos⁸⁷.

Nas páginas seguintes, ao descrevermos as trajetórias de médicos que chegaram até 1941, ano da criação da AML, explicitaremos melhor algumas questões.

A primeira: são poucas as narrativas históricas sobre como teria ocorrido a vinda de médicos para Londrina e como se criaram os serviços de atendimentos. Estas narrativas se restringem, praticamente, ao que se publicou sobre o Hospital da Santa Casa e ao que a AML publicou em 1991 e 2005, publicações que deixam para os depoimentos e memórias de médicos a revelação do que aconteceu, e é necessário cotejá-los com outras fontes de informações.

Segundo: os médicos foram reproduzindo, em Londrina, o campo médico constituído nos grandes centros urbanos, como uma expansão para o interior. Este campo médico foi configurado pela medicina científica, desenvolvida principalmente nas primeiras décadas do século XX, com todas as exigências, a saber, os atendimentos médicos seriam prestados através de instituições, com especializações e tecnologias. Esta configuração também continha as novas formas de organização de serviços socializados, empresariais e previdenciários, que se fizeram presentes nas três primeiras décadas do século, no denominado campo médico brasileiro. Porém, em Londrina, nos primeiros tempos, o campo que se constituía não considerava estas novas formas de serviços, e também não considerava os conflitos e reações de médicos e entre médicos relacionados aos atendimentos prestados. A maneira peculiar pela qual os médicos não assumiam os conflitos internos do campo, subentende-se, foi por eles compreenderem que só com a medicina liberal, controlada por agentes do campo, haveria harmonia entre os serviços e os médicos. Portanto, se os conflitos existiram foi porque os serviços talvez não tenham sido controlados ou não foram de propriedade de membros do campo.

Desde o começo, antes de ser construído o primeiro hospital em 1933, outros médicos estiveram em Londrina. É de entendimento, pelos argumentos anteriores, que este foi um fenômeno comum nas denominadas fronteiras agrícolas, principalmente no Estado de São Paulo e na região Norte do Estado do Paraná. Lauro Pessoa, Gerson Almeida e Francisco Vilela teriam sido médicos vindos a Londrina, procurando estabelecer-se, mas, por alguma

⁸⁷ Para relembra, “o campo se define como lócus onde se trava uma luta concorrencial entre os atores em torno de interesses específicos [os quais qualificamos como sendo os atendimentos médicos] que caracteriza a área em questão” OPRTIZ, R.: Pierre Bourdieu. S.Paulo:Ed. Ática, 1994, p. 19.

razão não o conseguiram, dirigindo-se então, para o interior paulista⁸⁸. No transcurso dos anos, até 1941, e mesmo depois, outros médicos tentaram constituir suas clientela abrindo consultórios e fazendo propaganda nos jornais. Mas por não terem conseguido clientes suficientes, por não importa que razão, deixaram Londrina. Alguns outros, porém, foram bem sucedidos, ficaram e consolidaram sua presença na cidade, chegando a constituir, a AML, que é um símbolo da consolidação de suas carreiras.

O primeiro serviço implantado, o Hospital da Companhia, teve como primeiro clínico o médico Pedro Kurt Müller, como já foi mencionado acima. De origem alemã, logo no início, em 1934, teve acompanhante nos serviços médicos do hospital. Foi João Figueiredo que, depois de receber de seus colegas Gerson Almeida e Francisco Vilela orientações sobre como se portar na cidade, buscou o escritório da CTNP em São Paulo. Ao decidir por Londrina, dedicou-se aos trabalhos junto ao Hospital da Companhia, desenvolvendo também sua carreira privada fora do Hospital. Com o incidente na vida pessoal de Kurt Müller, João Figueiredo dirigiu interinamente o Hospital da Companhia até nova contratação. A preferência foi por outro estrangeiro, o austríaco Ramada⁸⁹, que permaneceu por pouco tempo. Afastou-se por razões de doença. João Figueiredo teve um papel importante nos primeiros anos da cidade de Londrina porque fez parte da primeira Câmara Municipal, como vereador eleito pela chapa apoiada pela CTNP e liderada por Willie Davids, administrador da mesma, e eleito primeiro prefeito.

Através de João Figueiredo, a CTNP ficou sabendo do cirurgião e traumatologista Anísio Figueiredo, que foi contratado para dirigir o Hospital da Companhia. Estes dois médicos, irmãos, João e Anísio Figueiredo, simbolizam os médicos que detinham um capital social importante, dentro do campo médico que estava sendo criado, pelo privilégio de serem os médicos do único hospital da cidade durante os três anos iniciais. Este fato forçava os novos médicos que iam chegando a lutarem para conseguir seus espaços⁹⁰.

⁸⁸ João Figueiredo, em um depoimento afirmou que Lauro Pessoa esteve em Londrina antes de 1933, e também Gerson Almeida e Francisco Vilela, seus colegas de curso que lhe recomendaram à cidade de Londrina, pois nela haviam estado e a viram como um lugar de oportunidades. In: AML, Op. Cit, 1991, p.9 .

⁸⁹ Só há uma informação do médico chamando-o de Ramada. Trabalhou por pouco tempo e saiu por problemas de saúde. Mesmo João Figueiredo só o menciona como Dr. Ramada. in : AML, Op. Cit. 1991. Pag. 9.

⁹⁰ “Havendo necessidade de hospitalização, era preciso transferir o cliente ao colega mais afortunado que desenvolvia suas atividades sob as benesses dos donos da Companhia de Terras. Não será difícil compreender que durante um longo período pouco consegui fazer em termos de Medicina”. Palavras de Adolfo B. Góes in: NOGUEIRA, A. e FRANCISCO, R. Op. Cit. 2005, pág. 19.

Na carreira de Anísio Figueiredo em Londrina, o destaque foi sua função como diretor dos serviços oficiais de atendimentos médicos na cidade. Desde sua chegada, no ano de 1936, além de trabalhar na iniciativa privada, em seu consultório próprio⁹¹, substituiu o médico Ramada na direção do Hospital da Companhia. Ocupou a direção até 1944, quando o Hospital da Companhia foi desativado com a inauguração do Hospital da Santa Casa de Misericórdia. Assumiu, então, a direção da Santa Casa, continuando com posição hierárquica elevada dentro do campo, entre os agentes dominantes. Este fato foi significativo porque, com a desativação do Hospitalzinho dos Indigentes, do qual logo trataremos, a Santa Casa assumiu também todos os atendimentos que antes denominamos atendimentos oficiais, pois todos os internados, tanto os do Hospital da Companhia como os do Hospitalzinho foram transferidos para a Santa Casa. Por ser um hospital beneficente, por acordo com a AML, realizava atendimentos tanto de particulares (medicina liberal), que ajudava em seu custeio, como de indigentes, semelhantes aos serviços do Hospital da Companhia e, fundamentalmente, iguais aos do Hospitalzinho dos Indigentes⁹².

No ano de 1934 esteve presente em Londrina o médico Oswaldo Dias, que participou das eleições em 1935, como candidato a vereador pela chapa da oposição. Não foi eleito, mas no mesmo ano, foi nomeado Delegado de Higiene, cargo público estadual, responsável pelas questões sanitárias do município. No entanto, nunca deixou de trabalhar na iniciativa privada, fazendo propaganda nos jornais no intuito de consolidar sua clientela. Este foi um hábito comum dos médicos brasileiros: trabalhar no setor público e no setor privado, estando presentes em todos os atendimentos de mercado que requeriam presença de médico. No ano de 1936 houve uma epidemia da febre amarela selvagem e, de acordo com a legislação federal de 1920, Oswaldo Dias deveria fazer a notificação para o organismo do Governo Federal, encarregado do controle destas epidemias. Feita a notificação, a Fundação Rockefeller montou uma base de operações para controle da febre amarela, de acordo com o convênio que tinha com o Governo Federal, desde 1918. Estes acontecimentos teriam gerado desentendimentos com a CTNP, pois, segundo alguns depoimentos, Oswaldo Dias teria contrariado interesses da CTNP por esta não desejar a presença da Fundação Rockefeller, visto

⁹¹ O jornal Paraná Norte publicou propaganda de Anísio Figueiredo no dia 04-09-1936, referindo que atendia pacientes em cirurgias, traumatologia e clínica geral. Pag. 1.

⁹² O Hospital da Companhia trabalhava com clientes particulares, mas também recebia recursos públicos da Prefeitura para atender “indigentes”, ou seja, pessoas que não podiam pagar. A Santa Casa passava a receber os recursos públicos que se destinavam à saúde.

que poderia ser uma contrapropaganda, causando uma influência negativa na venda de terras⁹³.

O fato concreto é que em 1936, portanto no mesmo ano da epidemia, Oswaldo Dias renunciou ao cargo e se dirigiu para a cidade de Marília, interior de São Paulo, onde fundou um laboratório de radiologia. Seus filhos afirmaram que Oswaldo Dias “assinou o primeiro atestado de óbito na cidade, sempre lembrando que, se deixasse de notificar a epidemia, poderia ter assinado o atestado de óbito da própria cidade”⁹⁴.

Este conflito ou desentendimento persistiu nos anos seguintes, porque o problema da saúde da população sem recursos financeiros continuou. Concomitantemente, havia uma oferta significativa de serviços privados, de propriedade de agentes do denominado campo médico, que foram sendo disponibilizados, os quais não atendiam a população não possuidora de recursos. A necessidade de oferecer atendimentos aos que careciam de recursos, aos indigentes, portanto, era uma urgência. Como houve desentendimentos, e a crise dos indigentes continuou por vários anos, foi necessária a criação de uma instituição de emergência. Esta temática das instituições criadas para os serviços médicos, ou seja, serviço liberal, por cuja prestação de atendimentos os pacientes-clientes deveriam pagar, e os serviços de indigentes, que os médicos atendiam por caridade, sendo os custos sustentados por campanhas populares e recursos públicos ou oficiais, será detalhada no próximo capítulo.

Como havia muitas doenças e doentes, novos médicos chegaram a Londrina no ano de 1936, contribuindo significativamente para o processo de criação dos serviços médicos da cidade. Dentre os que chegaram, um foi Gabriel Martins que logo foi nomeado para o cargo ocupado até então por Oswaldo Dias: “foi nomeado em 1936, através de portaria do Exmo. Diretor da Saúde Pública do Estado do Paraná, como Delegado de Higiene no Município de Londrina”⁹⁵. Mas Gabriel Martins também não exerceu só as funções públicas. Nas propagandas é apresentado como experiente em cirurgia geral, clínica geral - doenças respiratórias, doenças venéreas e de crianças. Portanto, apresentou-se como clínico geral e assumiu as funções de higienista, duas tendências das práticas médicas que ficaram delineadas

⁹³ Adolfo Barbosa Góes afirmou que “houve redução do número de potenciais compradores de lotes urbanos e rurais (AML, Op. Cit., 1991, pag. 20).. O número de propriedades vendidas, segundo os arquivos da CTNP foram: 1936: 943; 1937: 614; 1938: 414 e 1939: 376. Número decrescente, ano a ano, período de muitas doenças e “crise na área da saúde” que descreveremos mais adiante ao analisarmos as instituições dos serviços de saúde na época. Fonte da CTNP publicado em: CANCIÁN, Nadir Aparecida: Cafeicultura Paranaense, 1900-70. Estudos de Conjuntura. Tese defendida na USP, 1977. Pags. 476, 484 e 492.

⁹⁴ AML, Op. Cit. 1991, p. 20.

⁹⁵ Paraná Norte, 27-09-1936, p. 1.

no Congresso dos Práticos de 1922, no Rio de Janeiro⁹⁶. Este Congresso, considerado como um importante evento que demonstra a consolidação do campo médico científico no Brasil, já foi analisado no primeiro capítulo.

No mesmo ano de 1936, no mês de setembro, alguns dias antes da nomeação de Gabriel Martins, o diretor da CTNP, Sr. Arthur Thomas, foi escolhido presidente de uma comissão que tinha como objetivo desenvolver uma campanha para a construção de um hospital de grande porte⁹⁷.

A idéia de um grande hospital teve o apoio da opinião pública e também da administração pública da cidade, pois a prefeitura ofereceu suas dependências para a realização das festas que a comissão pró-hospital organizaria com a participação da população. Estas festas tinham como objetivo angariar fundos. Mas como a administração do município era estreitamente ligada à da CTNP, não transpareceu no processo quem controlaria este serviço hospitalar. O fato é que levou muito tempo para a construção do hospital. Como as urgências da população mais pobre, tanto da cidade como do setor rural, eram grandes, Gabriel Martins, no ano de 1939, constituiu um serviço hospitalar de emergência. Este hospital ficou conhecido como Hospitalzinho dos Indigentes. Apesar de ter sido construído como de emergência, permaneceu ativo até 1944, quando finalmente foi inaugurado o grande hospital, o Hospital da Santa Casa de Misericórdia. Gabriel Martins, juntamente com outros médicos amigos, sempre prestou atendimentos no Hospitalzinho, até às vésperas de sua morte em 1943. E por esse motivo ficou conhecido como o médico dos pobres.

Também Gabriel Martins teve sua “saída” dos trabalhos nos serviços médicos de Londrina por um problema de notificação, como Oswaldo Dias. Ele

recebeu um ofício de São Paulo, indagando o paradeiro de pessoa portadora de lepra nervosa, que não deixa sinais visíveis. A pessoa foragida de sanatório era conhecida de Gabriel Martins, e ele buscou colegas para conversar sobre o assunto. Estes colegas transmitiram que aquele era um problema que somente ele poderia resolver. Dr. Gabriel Martins enviou um ofício confirmando a localização da pessoa procurada, convidou os amigos para um jantar em casa, serviu vinhos, conversou com todos, despediu-se muito de cada um. No dia seguinte, 23 de abril de 1943, amanheceu morto na cama. O atestado de óbito, por consenso dos amigos médicos, indicou morte súbita por parada cardíaca. (BOLETIM DA AML, 1991, pág. 21)

⁹⁶ PEREIRA NETO, André de Faria: Op Cit 2001, p. 43 e ss.

⁹⁷ Paraná Norte, 04-09-1936, p. 1

Tanto Oswaldo Dias como Gabriel Martins cumpriram uma determinação legal do DNSP da década de 1920, que obrigava médicos a notificar casos de doenças contagiosas. Na época, 1920, tal disposição foi entendida como uma ingerência do Estado na autonomia dos atendimentos médicos, afetando o relacionamento ético entre o médico e o paciente. No caso de Londrina, as decisões dos dois médicos reafirmaram o que já havia sido incorporado no denominado campo médico brasileiro: um não cedeu a possíveis pressões dos interesses da CTNP, e o outro não cedeu à possível pressão que sofreria pela relação de afetividade de médico com pessoa conhecida.

Outro médico que chegou a cidade em 1936 foi Adolfo Barbosa Góes. Foi um dos criadores da AML sendo também o que assumiu a primeira presidência da entidade, em 1941. Como amigo de Gabriel Martins, Adolfo Barbosa Góes trabalhou no Hospitalzinho dos Indigentes até o fechamento em 1944. Depois assumiu a direção clínica da Santa Casa.

Este médico, nos primeiros tempos, foi um dos que, dentro da teoria do campo social, pertenceu ao segmento dos dominados, por não ter capital social, pelo qual teve de lutar indo em busca de clientela. O fato de assumir a direção clínica da Santa Casa, significa que já pertencia ao segmento dos dominantes dentro do campo, hierarquicamente falando.

No ano de 1952, Adolfo Barbosa Góes e um grupo de colegas adquiriram a Casa de Saúde da Família Rocha Loures, e constituíram o Hospital São Leopoldo na perspectiva da denominada medicina liberal⁹⁸. Neste hospital foi instituído, alguns anos depois, em 1969, o Conselho Médico de Assistência à Mulher, que se especializou em tocoginecologia. Com esta especialidade, o hospital passou a denominar-se Centro Londrinense de Assistência à Mulher (CLAM), hoje é denominado Hospital da Mulher⁹⁹.

Adolfo Barbosa Góes nunca deixou de empreender atividades de cunho científico e cultural. Com este caráter, em 1965 fundou, junto a outros colegas, o Centro Norte Paranaense de Pesquisas Médicas. Hoje esta instituição é o Hospital do Câncer de Londrina. Em 1966 foi eleito pela segunda vez presidente da AML, e seu mandato foi marcado pela iniciativa de concretizar a idéia de um curso de Medicina na cidade, uma instituição importante. Este curso já havia sido autorizado por uma lei do governo do estado do Paraná, em 1964. O que faltava era a implementação, que Adolfo Barbosa Góes efetivou¹⁰⁰.

⁹⁸NOGUEIRA, A. e FRANCISCO, R. Op Cit., 2005, p. 23 e 126.

⁹⁹NOGUEIRA, A. e FRANCISCO, R.: *ibidem.*, p. 126.

¹⁰⁰ NOGUEIRA, A. e FRANCISCO, R. *ibidem.* . 205, p.22 e 23.

Adolfo Barbosa Góes sempre defendeu que os médicos deveriam desenvolver suas carreiras, de preferência, desvinculados do poder público, ou seja, na medicina liberal que, como já descrevemos, era a maneira de aparentemente controlar os serviços e fugir dos conflitos naturais do campo social. No entanto, não deixou de trabalhar nos serviços não controlados ou de não propriedade de agentes do denominado campo médico, tanto no Hospitalzinho dos Indigentes, como na Santa Casa de Misericórdia. Nessas instituições praticavam-se o que os médicos denominaram de medicina dos indigentes, antes de serem implantados os atendimentos médicos previdenciários na cidade. Adiantando a discussão, fazemos referência a estes atendimentos previdenciários para destacar que eles não eram de caridade, mas sim um direito dos trabalhadores, e eram conhecidos também como medicina pública. O entendimento é que, na medicina de indigentes, os médicos trabalhavam por caridade, pelo prestígio que adquiriam perante a população, tornando-se conhecidos; com isso atraíam pessoas para os serviços de atendimento particulares, a denominada medicina liberal. Os atendimentos previdenciários os médicos só podiam prestar se credenciados ou assalariados. Porém, em razão de o assalariamento e credenciamento propiciarem uma garantia de pacientes cativos, médicos aceitaram realizar atendimentos previdenciários. Conseqüentemente, este fato gerou a diminuição de clientes nos atendimentos particulares, na medicina liberal, o que suscitou conflitos entre agentes no denominado campo, conflitos que já haviam ocorrido também a nível nacional, desde a constituição das Sociedades de Mútuo Socorro em fins do século XIX, como referimos anteriormente.

A respeito de Adolfo Barbosa Góes, é interessante destacar sua percepção de verdadeiro médico, importante para a percepção cultural da Medicina:

Grandes inimigos da verdadeira medicina: ser apodeuta; ser arrogante; falta de paciência para suportar as impertinências justificadas ou não do paciente e de seus parentes, visitas e vizinhos; hipersonia; desatenção; indelicadeza e descaso para com as queixas dos pacientes... Resalto que não poderá ser jamais bom médico quem é ganancioso ou argentário. A ganância é a porta aberta para os desvios éticos e forja o charlatanismo. (BOLETIM DA AML, 1991, pág. 13).

Depois de Adolfo Barbosa Góes, chegou a Londrina no mês de setembro do ano de 1936, o médico Jonas de Faria Castro. Com a chegada deste médico, houve uma alteração significativa nos serviços de atendimentos médicos da cidade. Formado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1928, trabalhou primeiro como empresário industrial em Minas Gerais. Depois construiu um hospital, para voltar a fazer parte, outra vez, do campo médico, de acordo com sua formação acadêmica. Em alguns anos, fechou tanto a empresa

como o hospital, com dívidas. Buscou novos horizontes no Estado do Paraná, na cidade de Castro, onde ficou sabendo de Londrina.

No início do ano de 1937, Jonas decidiu constituir um hospital na cidade porque o Hospital da Companhia não só não era suficiente para a demanda¹⁰¹, como também outros médicos não podiam prestar atendimentos nele, devido à concorrência. O “Dr. Jonas viu que havia restrições ao uso do Hospital da Companhia para os médicos da cidade. Então, além de abrir um consultório, abriu seu próprio hospital a todos os médicos da cidade e região”¹⁰², ou seja, principalmente aos que ainda precisavam construir seu capital social, sua clientela. No centro da cidade, a uma quadra da sede da CTNP, estava sendo construído um edifício para ser ocupado pelas Casas Pernambucanas, lugar ocupado por este estabelecimento até aos dias de hoje. Nos fundos desse edifício foi instalado o hospital que ficou conhecido como Hospitalzinho do Dr. Jonas. Contava com 16 leitos e uma sala de cirurgia. No ano seguinte, foi incrementado com um laboratório de análises clínicas, dirigido por Arnaldo Pereira Braga. Este fato significa que os serviços foram sendo construídos em consonância com a formação que os médicos recebiam em seus cursos nos grandes centros urbanos do país. Ou seja, o hospital foi erigido como instituição de referência, e com laboratório, de acordo com a reforma flexneriana desencadeada nos Estados Unidos e trazida para o Brasil.

Além de desenvolver muitos empreendimentos na cidade¹⁰³, o Dr. Jonas de Faria Castro foi um dos poucos dentre seus colegas - o que é constatado em documentos -, envolvido no processo de construção do grande hospital da cidade¹⁰⁴. Mas, por razões de saúde, cessou suas atividades profissionais antes da inauguração deste grande hospital, que veio a ser a Santa Casa. Seu filho, Jonas de Faria Castro Filho, o Dr. Joninhas, uma vez instalado o Hospital Santa Casa, fechou o Hospitalzinho do Dr. Jonas e assumiu a direção cirúrgica naquele nosocômio, em 1944. Nesse sentido, por pertencer ao segmento dominante dentro do denominado campo médico da cidade, assumir a direção cirúrgica da Santa Casa foi uma reafirmação da hierarquia.

¹⁰¹ É bom lembrar que havia uma epidemia de febre amarela, com a presença da Fundação Rockefeller, o que gerava a necessidade de internações hospitalares, para quem podia pagar e para muitos que não podiam pagar (os indigentes).

¹⁰² AML: Op. Cit , 1991, p. 23.

¹⁰³ O Dr. Jonas construiu o primeiro colégio de ensino médio na cidade: o Colégio Londrinense. In: AML: OP. Cit. 1991, p. 23.

¹⁰⁴ Paraná Norte, 15-01-1939, p. 1.

No ano de 1937 foi fundada, pelo médico Ernesto Cavalcanti, outra clínica-hospital, conhecida como Clínica Médica Cirúrgica e de Partos. Os serviços médicos na cidade enriqueciam-se com novas instituições: “Londrina, descrita como terra do futuro, da fartura e da riqueza ao alcance de todos que se dispusessem a trabalhar”, atraiu os médicos que “com essas imagens em mente ... chegaram à cidade...”¹⁰⁵.

Ernesto Cavalcanti se propôs a trabalhar com “coração, pulmão, aparelho digestivo, rins, pele, sífilis e vias urinárias”¹⁰⁶. Portanto, oferecia ampla cobertura de clínico geral dos serviços médicos que estavam sendo construídos, com um amplo leque de atendimentos para atrair clientes. Uma inovação desta clínica foi acrescentar um laboratório de Raio X, com o médico Caio de Moura Rangel, que chegou em Londrina em 1938: “Graças à feliz instalação do Raio X em Londrina, os atendimentos clínicos podem ter eficácia como nos melhores centros do país”¹⁰⁷.

A criação do laboratório de análises anexo ao Hospitalzinho do Dr. Jonas, como o laboratório de Raio X, na clínica-hospital de Ernesto Cavalcante, significam uma relativa equiparação dos serviços de atendimentos médicos da cidade ao nível dos atendimentos que o denominado campo médico brasileiro já realizava nos grandes centros urbanos. Outro aspecto desses laboratórios é que foram construídos a partir do ano de 1938, ano em que o governo do estado construiu e inaugurou uma usina de energia elétrica para a cidade. Isso não só facilitou os serviços laboratoriais, mas propiciou um salto de qualidade do capital social de médicos, pois, com a energia elétrica, vários puderam exercer suas práticas com equipamentos tecnológicos próprios de suas formações. Também as especialidades foram-se tornando evidentes, o que significava um aprimoramento na conquista de clientes.

A primeira propaganda específica de um especialista foi publicada no ano de 1938. Especialidade: “Hematologia- Sangue”, Dr. Victor Schilling¹⁰⁸, ainda que também o próprio Caio de Moura Rangel, que chegou também em 1938, desenvolveu sua carreira sendo especialista em radiologia no laboratório da Clínica do Dr. Ernesto Cavalcanti, e também constituiu seu consultório. O primeiro pediatra, Orlando Vicentini, chegou em 1940, e em 1941, Affonso Haikal, também pediatra que começou a trabalhar no “Hospitalzinho do Dr.

¹⁰⁵ NOGUEIRA, A. e FRANCISCO, R. Op. Cit., 2005, p. 13.

¹⁰⁶ Paraná Norte, 09-05-1937, p. 3

¹⁰⁷ Paraná Norte, 17-09-1938, p. 6.

¹⁰⁸ Paraná Norte, 24-06-1938, p. 5.

Jonas”¹⁰⁹. Também chegaram em 1941 Ricardo Sckowroneck e sua esposa Yolanda. Ele foi cirurgião geral e ela trabalhou em ginecologia e pediatria¹¹⁰. Citamos Ricardo Sckowroneck porque foi um dos médicos que, apesar de ser um dos fundadores da AML, integrou-se nos serviços de atendimentos previdenciários, diversificando suas atividades e clientela. Trabalhou na previdência para prestar atendimento que era um direito dos previdenciários, assim como outros médicos prestavam atendimentos caritativos na Santa Casa. Reiterando, os serviços de indigentes, ou caritativos, em uma linguagem mais pertinente, foram incorporados por agentes do denominado campo médico porque seus atendimentos acrescentavam prestígio ao médico que os realizasse. Era a possibilidade de se tornarem mais conhecidos e, como consequência, conquistarem mais pacientes-clientes. Por outro lado, os atendimentos previdenciários garantiam-lhes, ademais dos clientes garantidos pelos serviços, uma renda e também seguridade social para uma possível aposentadoria, por exemplo. Vantagens havia tanto em um como em outro serviço.

Sobre os detalhamentos da expansão do denominado campo médico da medicina brasileira na cidade de Londrina nos seus oito primeiros anos, é importante analisar ainda a trajetória de mais três profissionais: Justiniano Clímaco da Silva, Angelo Decâneo e Newton Leopoldo Câmara.

Justiniano Clímaco da Silva provinha de uma família humilde da Bahia. Antes de entrar na faculdade de Medicina cursou Ciências e Letras, pelo que teve de despender esforço dobrado para dar conta dos conhecimentos biomédicos, já exigidos no vestibular de Medicina, em consonância com o ideário flexneriano. Porém, aqueles estudos iniciais foram sua salvação, pois, para manter-se enquanto estudava Medicina, ministrou aulas de Matemática no ensino médio. Chegou em Londrina em 1938, recebendo apoio de Jonas Faria de Castro para trabalhar no Hospitalzinho. A atitude de Castro com Clímaco, foi uma demonstração das relações visíveis entre os indivíduos de um campo, de coexistência, de racionalidade¹¹¹, porque, no caso, Clímaco trabalhava no Hospitalzinho como auxiliar cirúrgico de Castro, completando na perspectiva teórica do campo social¹¹², o que significava na realidade um agente dominante do campo apoiar um dos agentes dominados, porque, de alguma forma,

¹⁰⁹ Paraná Norte, 06-04-1941, p. 1.

¹¹⁰ Paraná Norte, 10-08-1941. Suplemento de propagandas.

¹¹¹ CHARTIUE, R.: Op. Cit., Rev. Topoi, março de 2002, p. 140.

¹¹² ORTIZ, R.:Op. Cit. 1994, p. 21.

acrescentava ou mantinha elevado o capital social do dominante com um auxiliar médico em seus atendimentos cirúrgicos¹¹³. E ao dominado era a oportunidade de conquistar capital social, ainda escasso. Depois de alguns meses, Justiniano Clímaco abriu um consultório e fez propaganda no Paraná Norte para formar sua clientela. Já havendo eletricidade na cidade, as propagandas de Clímaco mencionavam a utilização de tecnologias terapêuticas da época: os raios ultra-violeta e infra-vermelhos.

Não foi só nos serviços da medicina liberal que Clímaco trabalhou. Teve outros empregos como assalariado, o que significa que, naqueles anos, a sobrevivência de um iniciante no campo médico local, não era tão fácil. Um dos outros empregos de Clímaco foi relacionado com seu curso de Ciências e Letras, pois, tendo estudado Latim, foi professor desta língua no Colégio Londrinense, colégio que havia sido fundado também por Jonas Faria de Castro. Para completar, como naqueles anos ainda persistia a febre amarela silvestre endêmica, a Fundação Rockefeller manteve suas atividades de controle na cidade e região, e contratou Justiniano Clímaco para realizar o trabalho de extração de material para análises laboratoriais das pessoas que faleciam, com o objetivo de controlar as epidemias da doença. Clímaco sofreu muito com as brincadeiras de mau gosto da população¹¹⁴, por ter de realizar esse trabalho no cemitério, e também por ser negro.

Os empregos de J. Clímaco, reiterando, são evidências das dificuldades de atendimentos nos serviços onde havia competição por clientes, próprios do campo social médico que se instalava. Com o tempo, no entanto, Clímaco tornou-se um médico popular, até por não recusar atender onde quer que fosse solicitado. Isso foi importante para ele chegar a ser um agente dominante no campo médico da cidade. Com essa atitude também conseguiu ser padrinho de muitas crianças que ajudou a nascer. Na eleição para deputado estadual, no ano de 1947, foi o único candidato a ser eleito por Londrina, sem ter feito campanha. Alguns anos antes desta eleição, por ter sido médico do interventor do Estado, Manoel Ribas, foi chamado às pressas a Curitiba, atendendo prontamente. Naquela cidade constatou que seria nomeado prefeito interventor de Londrina, para o que só faltava assinar os documentos. Não

¹¹³ Nas propagandas do Hospitalzinho do De. Jonas aparecia a frase: Recebe doentes...dispondo de auxiliar habilitado”. A partir de 1938, a habilitação de auxiliar teve um salto qualitativo com um médico, principalmente para as cirurgias, que foi o médico Clímaco. Paraná Norte, 09-05-1937, p. 3

¹¹⁴ “Fui médico da febre amarela, para tirar pedaço de fígado e mandar (para exame). Eles mandavam e pagavam para fazer. Mas era um trabalho! Era depois de 15 ou 20 dias que o sujeito morria que eu tinha que fazer isso. E as famílias ficavam muito bravas. Acabei desistindo porque o povo não era educado para isso. (No cemitério) comecei a ouvir: “negro disso”, “negro daquilo”. In : NOGUEIRA, A. e FRANCISCO, R.: Op. Cit., 2005, p. 149.

aceitou e deixou de ser o primeiro médico prefeito da cidade e o primeiro prefeito negro¹¹⁵. Como profissional, foi sócio-proprietário do hospital privado mais moderno, para a época, construído por Angelo Decâneo, o qual, além de atendimentos médicos, desenvolvia atividades como fazendeiro. Ao necessitar um sócio no hospital de sua propriedade, escolheu Justiniano. Anos depois, o hospital foi vendido a outro médico.

Clímaco também foi proprietário do jornal Paraná Norte. Em 1944, quando a CTNP vendeu o projeto de colonização a um grupo do Estado de São Paulo, o jornal também foi vendido. Quem comprou foi Justiniano, que ficou como diretor por pouco tempo, repassando para um grupo político, do qual fazia parte o médico Jósimo da Rocha Loures, seu novo diretor.

Depois de 1951, quando não aceitou mais concorrer à reeleição de deputado estadual, J. Clímaco dedicou-se à sua profissão de médico, que foi, segundo ele mesmo, sua grande paixão¹¹⁶.

Angelo Decâneo foi outro médico que chegou em 1940. Em pouco tempo dedicou-se a grandes empreendimentos empresariais, um dos quais foi um hospital, a Casa de Saúde Santa Cecília, inaugurada em 1942. Foi uma novidade de serviço médico sob o controle de agente do campo médico. Por suas características, trabalhar nele seria seguramente um importante fator de capital social.

Este serviço hospitalar do Dr. Decâneo foi disponibilizado em uma instalação de serviços médicos para atrair clientes do segmento da sociedade da denominada medicina liberal, que tinham condições de procurar outros centros urbanos, talvez mais equipados, para os casos cirúrgicos, por exemplo. Com a Casa de Saúde Santa Cecília, procurou-se segurar na cidade uma clientela que poderia buscar atendimentos nas cidades vizinhas, e médicos de outras cidades podiam trazer seus clientes, tanto para cirurgias como para internamentos clínicos. Isto significava uma ampliação da concorrência, dentro do campo, com relação aos atendimentos prestados. Um destes médicos terminou comprando esta Casa de Saúde, alguns anos depois.

Outros empreendimentos empresariais do Dr. Decâneo foi a compra de terras para cultivo de café. Neste negócio teve maior sucesso financeiro do que na casa de saúde, por isso

¹¹⁵ Depois de 1939, o interventor do estado nomeava interventores na prefeitura de Londrina. Isto ocorreu até 1945, quando caiu o governo de Getúlio Vargas e os interventores no estado. In: AML: Op. Cit. 1991, p. 17 e 18.

¹¹⁶ “Estou sentindo falta de minha profissão. E, além disso, para cumprir com as obrigações de ser deputado, era preciso trabalhar ainda mais que médico.” In: AML, Op. Cit., 1991, p. 18.

terminou dedicando maior tempo aos cafezais, e não podendo administrar os dois negócios, convidou seu conterrâneo da Bahia, Justiniano Clímaco, para ser seu sócio, e passou a realizar poucos atendimentos cirúrgicos em seu hospital. Feito o negócio, para Clímaco foi importante, pois diversificou suas atividades, subindo hierarquicamente dentro do campo médico. E a trajetória de Decâneo, que acabou vendendo o hospital, confirma a afirmação de João Peres, a de que médicos do interior também se tornavam fazendeiros e muitas vezes abandonavam a medicina.

Newton Leopoldo Câmara, médico nascido no Estado do Rio Grande do Norte, estudou Medicina em Salvador, e chegou a Londrina em 1940. Foi sempre reconhecido na cidade como membro do Partido Comunista, do qual foi militante desde sua juventude¹¹⁷.

Já no primeiro ano de residência na cidade, reunia-se com colegas expondo a idéia de organizar uma associação para unir a categoria médica em torno de objetivos de interesse da classe. Um dos médicos com quem se reuniu foi o Adolfo Barbosa Góes. Este aceitou a idéia, porém com a condição de a associação se prestar também para promover atividades culturais e científicas, reunir a categoria médica e oferecer oportunidade de atualização profissional. Depois de formada a associação, Adolfo Barbosa Góes foi seu primeiro presidente e Newton Leopoldo Câmara, o segundo.

Câmara foi um homem inquieto. Atuou na atividade empresarial, portanto fora do ‘campo médico’, construindo um hotel e uma indústria de óleos¹¹⁸. Também participou com entusiasmo da vida social, tendo sido sócio-fundador do Aero clube, Clube Canadá, Country, Ítalo-Brasileiro e Jóquei Clube. Mas, maior destaque teve em sua militância coletiva com a categoria médica. Era muito capacitado em sua especialidade e gozava de grande popularidade.

Em 1951 foi preso devido à militância política. A família ficou onze dias sem notícias e a casa cercada por soldados. Levado para a cadeia de Londrina, recebia romaria de visitantes, inclusive do prefeito, para espanto do capitão da escolta. Depois, chegou um recado das irmãs da Santa Casa: precisamos do Dr. Câmara... otorrinolaringologista da cidade, para extrair um feijão do pulmão de uma criança. Lá veio o médico escoltado por soldado de fuzil, que ficou postado na porta da sala de cirurgias. (BOLETIM DA AML, 1991, pág. 28).

¹¹⁷ “Dr. Câmara ser comunista ‘de corpo e alma’, como dizem rindo as irmãs na Santa Casa”. AML: Op. Cit., 1991. Pag. 28.

¹¹⁸ NOGUEIRA, A. e FRANCISCO, R.: Op. Cit., 2005, p. 28.

Sendo filho de um grande proprietário rural e industrial no Rio Grande do Norte, Jorge Fernandes Câmara, Newton seguiu, em Londrina, os passos do pai. Foi proprietário de glebas rurais e de diversos imóveis urbanos em Londrina. Todo esse respaldo financeiro possibilitou que sempre desse cobertura a seus companheiros nas horas difíceis. Em 1964, uma de suas propriedades rurais foi refúgio de militantes:

Por esses mesmos dias, o meu amigo Manoel Jacinto foi me fazer uma visita. Ele estava como administrador da fazenda do Dr. Câmara, em Londrina, e trouxe uma mensagem dele dizendo que, sabendo do perigo que eu corria alí, se quisesse ir embora para Londrina, para a fazenda dele, eu poderia ir.

Assim deixei o Rio e fui embora para Londrina. Foi toda a família [...] Saímos perseguidos pela polícia, para tomar conta da fazenda do Dr. Newton Câmara. (ADUM, 2002, pág. 111).

Newton Câmara faleceu aos 68 anos, em 28 de abril de 1985, internado no Hospital Evangélico, onde revelou que tinha medo de médicos e hospitais. Dizia ele sobre sua vida e militância: “a gente é mais gente se faz aquilo em que acredita”¹¹⁹. Evidentemente foi importante a contribuição de Câmara para a composição do denominado campo médico de Londrina, principalmente pela idéia da AML e pelo papel que exerceu para o fortalecimento da hierarquia de capital social interno do campo, tema que será tratado nos próximos capítulos.

O objetivo da detalhada exposição sobre primeiros médicos que se dirigiram para Londrina, e que terminaram por fundar a Associação Médica, foi com a intenção de destacar detalhes do processo da expansão do denominado campo médico brasileiro nas fronteiras agrícolas com suas peculiaridades. Outro objetivo é porque outras cidades criadas nas fronteiras do Estado de São Paulo e até de outras cidades do Estado do Paraná, viveram processos semelhantes.

2.4 – A Criação da Associação Médica de Londrina.

Aparentemente a criação da associação no oitavo ano de existência da cidade, com a presença de onze (11) médicos, foi prematura. Segundo uma abordagem sociológica do caso de Londrina¹²⁰, foi na década de 1950 que médicos começaram a criar suas associações no

¹¹⁹AML: Op. Cit., 1991, p. 29.

¹²⁰ TOMAZI, Zelma T.: Op. Cit, 1985.

interior do Brasil. Nesse período, convém lembrar, os IAPs começaram a fazer-se presentes no interior com a conseqüente implantação dos serviços de atendimentos médicos previdenciários¹²¹. Em Londrina, porém, a organização da associação ocorreu em 1941, quando ainda estava longe a perspectiva da organização dos IAPs na cidade. O referido estudo sociológico atribui a criação da associação em Londrina à experiência de médicos, adquiridas em sua vivência nos grandes centros urbanos. Historicamente, pelo que viemos afirmando, desde as descrições das primeiras décadas do século XX sobre o desenvolvimento do campo médico com a medicina científica brasileira, esta experiência de médicos em sua vivência nos grandes centros urbanos seria um critério que valeria também para médicos de outras cidades, não só para os de Londrina. Se médicos de outras cidades também tinham a mesma origem, isto é, foram formados nos grandes centros urbanos, por que em Londrina formaram uma associação em 1941 e em outras cidades criadas nas fronteiras agrícolas as associações foram fundadas somente na década de 1950?

A razão que nos ajuda a compreender historicamente a criação de associações médicas no interior, de forma mais intensa a partir da década de 1950, foi a necessidade de médicos assegurarem seus espaços, principalmente porque estava acontecendo diversificações de serviços médicos, como os previdenciários, e as associações seriam as organizações mais importantes (e legítimas) para a defesa dos interesses da categoria.

Se na década de 1950 houve, no interior paulista, a necessidade dos médicos organizarem-se para se protegerem, em Londrina, pela necessidade de defesas de interesses devido à maneira como foram sendo criadas instituições de serviços de atendimentos médicos desde 1933, fez com que, aparentemente de forma precoce, médicos fossem impulsionados a criar a AML, e, no entanto, só o fizeram em 1941. De acordo com o que a própria AML defende em sua publicação em 1991, na sua terceira assembléia, realizada em 20 de novembro de 1941, definiu-se que a associação seria orientada para a *defesa da classe médica*, para o interesse pela ciência, pela arte, e o interesse pelo doente¹²², entre outros objetivos. Portanto, organizaram-se também para a defesa.

Mas defenderem-se de que? E teriam sido bem sucedidos nessa defesa? A mesma publicação da AML, em sua introdução, menciona que “inicialmente com a Santa Casa” – que

¹²¹Para citar dois autores dos muitos que trabalham a questão da previdência no Brasil: COHN, Amélia: *Previdência Social e Processo Político no Brasil*. S. Paulo: Ed. Moderna, 1981; MALLOY, James M.: *Política de Previdência Social no Brasil*; Rio de Janeiro: Graal Ed., 1979.

¹²² AML.: *Op. Cit*, 1991, p. 44

foi inaugurada três anos depois da fundação da AML – os médicos criaram um sistema de serviços de saúde que “funcionou a contento”, por vinte anos, até 1964. Que sistema foi esse?

Para esclarecer essas questões, é necessário relatar alguns acontecimentos dos anos anteriores a 1941, e mesmo os de 1941, os quais permitem uma melhor compreensão da suposta precocidade da AML ou de que as experiências havidas nos grandes centros urbanos por médicos, foram importantes para o processo de criação da AML. Entendemos que a referência teórica de Bourdieu, onde ele afirmou que “a evolução das sociedades tende a fazer com que surjam universos (que chamo de campo) que tem leis próprias, são autônomos”, permite a percepção de que a criação da associação foi uma manifestação, ainda que formal, característica da constituição do campo social médico em Londrina.

O universo, ou campo social, com suas próprias leis adquire autonomia e se diferencia - como possuidor de uma especificidade, ou singularidade - do contorno social onde está inserido. A compreensão é de que a criação da AML em 1941, quando a cidade de Londrina estava sendo construída, a colonização da CTNP estava sendo implantada, e continuava a afluência de migrantes e também de médicos, foi uma maneira explícita de os médicos expressarem tautologicamente que médicos são médicos e são auto nomos, ou seja, se regulam ou se orientam pelas próprias leis, “irredutíveis aos outros universos” de possíveis outros profissionais existentes na cidade, ou até da Irmandade, que de alguma forma seria a proprietária do Hospital Santa Casa.

Dos médicos presentes na cidade, dois tiveram uma participação fundamental no processo de criação da AML. Curiosamente a atuação desses dois médicos pôs em evidência também os dois elementos até agora mencionados como fundamentais para que as associações fossem criadas no interior do Brasil. Ou seja, a experiência anterior de militância em grandes centros urbanos, por um lado, e, por outro, as experiências locais lhes apontavam a percepção da necessidade de se protegerem, de defenderem os capitais sociais conquistados e de promoverem atividades científicas e culturais, importantes para a atualização de médicos e para o maior crescimento do capital social, próprio da constituição do campo.

Um destes médicos foi Newton Leopoldo Câmara. Desde jovem foi militante político e estudou Medicina na cidade de Salvador, como já foi descrito. Ao decidir desenvolver a carreira em Londrina, trouxe materiais de regimento ou estatuto da Associação Médica de Salvador, com a intenção de, ao encontrar-se com outros colegas médicos, propor a criação de uma associação. Portanto, trouxe a experiência de uma associação de um grande centro urbano junto com uma prática de militância política, que exigia organização e hierarquia.

Newton Câmara encontrou-se em Londrina com Adolfo Barbosa Góes. Este médico chegou em 1936 e até 1941 desenvolveu o ideal de constituir uma sociedade científica-cultural entre médicos e outros profissionais da saúde. Esta sociedade teria a finalidade de promover estudos, palestras, debates entre os profissionais, trazendo, quando possível, especialistas de outros centros, para atualizações de conhecimentos científicos e outras atividades culturais.

Além desta preocupação particular, Adolfo Barbosa Góes contribuiu para o processo da criação da AML com a experiência vivenciada na implantação e construção dos serviços médicos em Londrina. Em seus depoimentos sobre os primeiros anos na cidade, ele menciona o desentendimento que havia dentro do campo médico e com a CTNP, proprietária do único hospital. O serviço hospitalar da Companhia não oferecia possibilidades a médicos que não fossem os contratados pelo hospital, para internarem seus pacientes. Se, por acaso, outro médico internasse um paciente no hospital, este paciente passava a ser cliente do médico do hospital. Por isso, segundo Adolfo, ele teve dificuldades nos primeiros anos para construir seu espaço e conquistar pacientes-clientes¹²³. Outros médicos também teriam tido as mesmas dificuldades, como Jonas de Faria Castro, que decidiu construir um hospital particular, “porque médicos que chegavam tinham dificuldades com o Hospital da Companhia”¹²⁴. Nos anos seguintes outros pequenos hospitais ou casas de saúde particulares da denominada medicina liberal foram construídos. Porém, em 1936, o diretor da CTNP, Arthur Thomas, propôs a construção de um grande hospital, chegando a doar uma quadra de terreno para esta finalidade. É que havia febre amarela selvagem, tifo, malária, hanseníase, tuberculose, além de outras doenças¹²⁵, que afetavam principalmente a população sem recursos financeiros e necessitada de atendimentos. Quem assumiria a responsabilidade dos atendimentos desta população? O impasse permaneceu por alguns anos. E em 1939 houve a proposta de constituição de uma irmandade para a construção e administração do grande hospital, que seria uma Santa Casa de Misericórdia. Mas até 1941, esta irmandade não foi constituída¹²⁶, havendo quem defendesse a idéia de que a administração municipal construísse o hospital,

¹²³ NOGUEIRA, A. e FRANCISCO, R. Op. Cit., 2005, p. 19.

¹²⁴ AML: Op. Cit., 1991, p. 23.

¹²⁵ ALVES, Jolinda de M.: História da Assistência Social aos pobres em Londrina-1940-1980. Tese. UNESP-Assis, 2002, p. 395.

¹²⁶ Paraná Norte, 13-04-1941, p. 1.

vindo ele a ser, então, um hospital público municipal. Naqueles anos, o prefeito era Willie Davids, um dos administradores da CTNP.

Estes fatos permitem inferir que havia apreensão entre médicos com relação ao grande hospital. Esta apreensão, em razão de experiências anteriores que Adolfo Barbosa Góes e outros médicos haviam vivenciado desde 1936, e mais as características do denominado campo médico de Londrina com o perfil de defesa da denominada, por médicos, medicina liberal¹²⁷, levou Newton Câmara e Adolfo Barbosa Góes a se reunirem com outros profissionais, em 1941, para planejar e propor um estatuto que seria apresentado em uma assembléia de médicos, odontólogos e farmacêuticos, constituindo-se em 22 de julho de 1941, com base nesses preliminares, a Sociedade Médica Odontológica e Farmacêutica da Comarca de Londrina. Esta sociedade foi transformada em Associação Médica da Comarca de Londrina no dia 18 de outubro de 1941, para poder filiar-se à Associação Médica Paranaense. Nesta assembléia de outubro foi eleita a primeira diretoria, cujo presidente foi Adolfo Barbosa Góes. Quando foi realizada a eleição para a segunda diretoria, foi eleito Newton Leopoldo Câmara.

Até aqui, de forma resumida, entendemos que experiências e expectativas anteriores, vivenciadas tanto em grandes centros urbanos como em Londrina nos primeiros anos de constituição do campo médico, estabeleceram condições para a criação da AML. Porém, há outros elementos históricos culturais que alimentaram ou enriqueceram o processo, com o envolvimento de segmentos da sociedade em organizar empreendimentos caritativos, chegando a construir um pequeno hospital de emergência; ou médicos construir seus próprios hospitais enquanto não se definia a construção do Hospital de Londrina. No próximo capítulo, com a análise da construção de instituições de serviços de atendimentos médicos que foram criados desde os primeiros anos da cidade, até à criação do Hospital Evangélico, planejado em 1946 e construído em 1953, com ampliação em 1955 e em 1970, será possível uma compreensão abrangente desta problemática.

¹²⁷ A medicina liberal desde a década de 1920, perceptível no congresso de médicos no Rio de Janeiro em 1922, com a defesa de posse e controle dos serviços de atendimentos médicos por membros do campo médico, é mais uma demonstração de dificuldades para incorporarem serviços criados por terceiros, devido às crises e tensões que surgiriam entre membros do campo, como os previdenciários.

CAPÍTULO III:-

INSTITUIÇÕES DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTOS MÉDICOS EM LONDRINA: DÉCADAS DE 1930 À DÉCADA DE 1950.

Uma das características culturais do denominado campo médico brasileiro com o advento da medicina científica baseou-se na necessidade de constituir instituições de serviços de atendimentos. Este fator permite a diferenciação qualitativa com a medicina tradicional que vinha do século XIX, na qual, de forma predominante o médico era a instituição que visitava os pacientes. Devido à necessidade de equipamentos ou à concorrência de outros profissionais ou ainda de outros médicos especialistas para os exames de diagnósticos e encaminhamentos terapêuticos, as instituições passaram a ser parte constitutiva da prática do médico moderno-contemporâneo.

Portanto, a medicina que se expandia para o interior do Brasil na década de 1920 e principalmente a partir da década de 1930, expandia-se com instituições, principalmente as hospitalares. Nesta perspectiva, como Londrina foi uma cidade planejada e construída na década de 1930, também um hospital fez parte do planejamento, porque culturalmente um bom planejamento e implementação de uma colonização levavam em consideração a necessidade de toda uma infra-estrutura de serviços em geral, incluindo uma instituição de serviços de saúde, que simbolizava a segurança necessária para que a colonização alcançasse seus objetivos.

Em pouco tempo o Hospital da Companhia de Terras ficou pequeno, tanto pela quantidade de pacientes para serem atendidos, como pela quantidade de médicos que, de alguma forma, necessitavam do hospital para internarem seus pacientes-clientes. Como era um hospital de uma companhia privada, os atendimentos eram remunerados pelos pacientes. E esta situação gerou desentendimentos e disputas concorrenciais, próprias do denominado campo médico que estava sendo constituído. Como o campo “se define como o lócus de luta concorrencial em torno de interesses específicos”, segundo Ortiz na definição transcrita acima, entendemos que a luta concorrenciais é pela apropriação dos atendimentos hospitalares, o que levou médicos construírem outros pequenos hospitais, ou casas de saúde a partir de 1937, para trabalharem com atendimentos remunerados. Esses atendimentos remunerados

pertenciam à medicina liberal, assim denominada por médicos¹²⁸, e não davam cobertura necessária aos atendimentos às populações não possuidoras de recursos financeiros que buscavam atendimentos na cidade de Londrina. Foi nesta situação que houve um resgate de uma forma culturalmente mais antiga de atendimentos a esta população que a denominada medicina liberal: os atendimentos caritativos. Ou seja, o processo da colonização, propalada como moderna e civilizatória¹²⁹, gerou para parcelas da população relacionadas com os trabalhos agrícolas, uma situação real de não terem nenhuma garantia de atendimentos médicos, e com poucos recursos financeiros, não poderem também remunerar os atendimentos da medicina liberal. No entanto, como estas pessoas necessitavam atendimentos, e eram muitas, foram mobilizadas as ações de caridade que terminaram criando em Londrina o que foi denominado ‘*serviços de indigentes*’.

Atraída pela justa fama de Londrina, muita gente humilde de poucos recursos pecuniários, aqui chega na visão de futuro melhor, de uma maior fatia de pão para a prole sem abastança. E essa gente luta, mourejando na gleba portentosa. Luta e vence. Mas há exceções dolorosas. Na gleba ou nas atividades da urbe, há os vencidos. Há os que foram surpreendidos pelas enfermidades traiçoeiras e que tombaram exaustos com o coração amargurado ao lado da esposa soluçante, dos filhinhos famintos...

...Pois bem, para estes vencidos, enfermos, desvalidos não há médicos nem remédio na cidade rumorosa, mesmo porque, onde não há possibilidade de remédio, a presença do médico se torna inútil.

A essa gente infeliz a sociedade deve auxílio. É muito triste, muito constrangedor a idéia de deixar alguém morrer de miséria, desamparada, caído por uma enfermidade, numa terra de tanta fartura, de tanta opulência. (GOMES: Paraná Norte, 07-06-1940, p. 1)

¹²⁸ Os atendimentos remunerados correspondiam ao ideário de médicos à prática da medicina liberal. Esta medicina, com esta denominação, surgiu no século XIX, Mas, segundo estudos de Karl Polanyi sobre o desenvolvimento da sociedade capitalista, já referido anteriormente neste trabalho, no século XX não corresponde mais a expressão ‘medicina liberal’, mas sim ‘medicina de mercado, Ou seja, a complexidade de empreendimentos capitalistas criou leis de mercado que limitam a idéia de liberal como sinônimo de livres, tanto para quem oferece, no caso, os serviços médicos como para quem consome estes serviços. Podemos entender como uma lei de mercado o próprio tabelamento de valores das consultas. Na clássica medicina liberal os valores - denominados de honorários - eram determinados nas relações individuais do médico com o paciente ou familiares. Mas segundo os relatos de Edmundo Campos Coelho (“As Profissões Imperiais”), devido à concorrência entre médicos, no Rio de Janeiro já havia tabelamento de valores para as consultas em 1870. Por estar sujeito a tabelas, o honorário passou a ser realidade de mercado, e por ser proveniente de uma prestação de trabalho, necessariamente é uma forma de salário. É a perspectiva também de Robert Castel em sua publicação “A Metamorfose da Questão Social- Uma Crônica do Salário”. Ed. Vozes, Petrópolis, 2001.

¹²⁹ Livro publicado pela CMNP em comemoração aos 50 anos do início da colonização. Em: “Colonização e Desenvolvimento do Norte do Paraná”. São Paulo, Ed. Ave Maria, 1977.

3.1- O Hospitalzinho dos Indigentes.

O serviço médico hospitalar criado em Londrina em 1933, em poucos anos tornou-se insuficiente. Devido à grande quantidade de pessoas que buscavam atendimento, e a pouca disponibilidade de serem atendidos na medicina liberal definida por médicos¹³⁰, mesmo considerando que o Hospital da Companhia atendia seus funcionários necessitados, e que médicos ofereciam alguns atendimentos a pessoas que não podiam pagar, a maioria da população sem recursos financeiros passava por grandes sofrimentos. Os trabalhadores nas florestas, nos desmatamentos, nos sítios para as plantações dos cafezais, estavam à mercê da epidemia da febre amarela. Havia pessoas que buscavam socorro nas ruas do centro da cidade, e o médico responsável pela saúde pública relatou a epidemia ao DNSP. A consequência deste relato foi que a Fundação Rockefeller instalou na cidade uma equipe para trabalhar com a febre. A situação foi de tal forma grave que Osvaldo Dias afirmou que, se não fizesse a notificação, poderia ter assinado o atestado de óbito da cidade¹³¹. Uma vez controlada a epidemia, a doença permaneceu latente como endemia, e os trabalhadores que viviam próximos à floresta, ou adentravam-na, eram os que mais sofriam.

Com esta experiência vivida em 1936, pessoas da sociedade solicitaram que a CTNP doasse um terreno para a construção de um hospital maior, com a finalidade de atender pessoas sem condições financeiras. Esta solicitação levou a uma reunião aberta convocada pelo diretor da CTNP, Sr. Arthur Thomas, em fevereiro de 1936:

Hospital de Caridade.

Um grupo de pessoas de relevante conceito social reuniu-se a semana passada e, sob a presidência do Sr. Arthur Thomas, assentou a fundação de um hospital de caridade nesta cidade.

Para tão humanitário quão oportuno desideratum, ficou resolvido, na citada reunião, se realizasse uma assembléia preliminar, a fim de eleger-se uma diretoria provisória que tomasse a seu cargo o estudo sobre o assumpto, planos, organização e quadro social, etc. Uma vez que o quadro social esteja organizado, e pagas as respectivas contribuições do primeiro mês e a consequente jóia de entrada, será imediatamente convocada uma assembléia geral dos sócios para eleição da diretoria definitiva e confecção de estatutos.

(PARANÁ NORTE, 16-02-1936, p.1)

A partir dessa reunião que teve por fim discutir a possibilidade de construção de um hospital de maior porte para a cidade, e definir quem administraria o hospital, promoveram-se

¹³⁰ Ver nota de rodapé n. 129, acima.

¹³¹ Declaração dos filhos de Osvaldo Dias: “Aos filhos, às vezes contava que assinou o primeiro atestado de óbito na cidade, sempre lembrando que, se deixasse de notificar a epidemia, poderia ter assinado o atestado de óbito da própria cidade.” In: AML, 1991, p. 20.

campanhas para angariar fundos¹³². Entretanto, as doenças continuaram complicando a vida da população que não podiam utilizar a denominada medicina liberal que os agentes do campo médico estava construindo na cidade.

Em 1938, ocorreu uma epidemia de tifo que agravou a situação¹³³. E como o Grande Hospital ainda era só assunto de discussão, o médico Gabriel Martins, delegado de Higiene, conseguiu um lugar cedido por Alexandre Razgulaeff e, com o apoio do Prefeito Willie Davids, organizou um hospital de emergência. Era uma casa de madeira situada na Rua do Comércio (hoje Benjamim Constante), na esquina com a Rua Mato Grosso, em frente ao Hospital da CTNP. A localização foi importante porque esse hospital de emergência, que passou a ser reconhecido como Hospitalzinho dos Indigentes, recebia materiais esterilizados e medicamentos de tal Hospital.

As despesas do Hospitalzinho foram custeadas por doações de caridade:

quando a epidemia de tifo foi controlada, passamos a atender outros tipos de pacientes como trabalhadores acidentados na derrubada das matas, pessoas com doenças contagiosas, com tuberculose, hanseníase e fogo selvagem. Com isso, os 15 leitos do Hospitalzinho viviam sempre lotados e as despesas aumentavam muito. Para piorar, não havia auxílio financeiro dos poderes públicos. Os recursos vinham dos donativos de comerciantes e da população em geral. O material cirúrgico esterilizado era trazido do Hospital da CTNP.(NINA BONIFÁCIO, In: Alves, 2002, p. 396).

Passando o tempo, o Hospitalzinho, que foi um recurso de emergência, passou a ser solução, e ao mesmo tempo ofereceu oportunidade para as pessoas realizarem culturalmente um dever de cristãos: a caridade. Gabriel Martins não esteve só, pois médicos amigos dedicaram algum tempo para atendimento no Hospitalzinho. E com esta prática foi criado o hábito da caridade na cidade, até por força da necessidade. E na inauguração do Hospital da Santa Casa de Misericórdia em 1944, o mesmo tipo de atendimento passou a ser rotina incorporada pelos agentes do campo médico de Londrina, que recebeu o título de “*atendimentos de indigentes*”.

É interessante observar que por ser esta uma região de colonização para onde afluíram muitos imigrantes, ninguém - nem mesmo médicos - lembrou de implantar um sistema de atendimentos socializados, por e para imigrantes, como o foram as Sociedades de Mútuo

¹³² No texto do jornal é possível perceber que seria formada uma associação que se encarregaria do hospital. Mas o processo da campanha demorou alguns anos, e só foi definido nos anos 40s. Na descrição da construção da Santa Casa, logo a seguir, o tema será esclarecido.

¹³³ Esta doença é resultante da baixa qualidade dos serviços sanitários e indica problemas de urbanização junto à população carente que mora em locais onde o esgoto não é canalizado, que corre a céu aberto.

Socorro, do Estado de São Paulo. Ou serviços oferecidos por empresários, porque Londrina já na primeira década (1930) contava com a Sociedade do Comércio, que agregava empresários de importações e exportações. Estes empresários, conhecidos como modernos, não criaram, por sua vez, formas mais modernas, do ponto de vista capitalista, de propiciar algum atendimento aos seus trabalhadores (carregadores, ensacadores, motoristas, etc.), como no final da segunda década do século XX já era praticado em grandes centros urbanos. Talvez, para os agentes do campo médico que estava sendo constituído, fosse melhor assim, porque estas formas de atendimento excluía o controle de membros do campo médico sobre os serviços, que, no entanto, membros do campo deveriam realizar. Nos atendimentos a *indigentes*, ditos também caritativos, segundo o historiador André de Faria P. Neto, referindo-se aos anos de 1920, médicos, demonstrando espírito cristão e amor à humanidade, trabalhavam e conseguiam, ao mesmo tempo, prestígio social (capital social), ou seja tornar-se conhecidos e conseguir junto a uma faixa da população que normalmente se valia de curandeiros e práticas populares de curas, criar hábitos de procura de atendimentos médicos. Algumas destas pessoas poderiam, com algum esforço, transformar-se em clientes¹³⁴.

Durante os anos de atendimento aos indigentes no Hospitalzinho foi que amadureceu a idéia de que o Grande Hospital deveria ser construído por uma irmandade. Entretanto, já eram realizadas campanhas para a arrecadação de fundos para a construção deste hospital desde 1936. Com esta irmandade, o hospital seria uma Santa Casa de Misericórdia¹³⁵. Portanto, culturalmente foi deixado de lado a oportunidade de construir um hospital para implementar atendimentos empresariais ou atendimentos socializados, que, reiteramos, era prática incorporada por agentes do campo médico brasileiro desde o início do século XX. Com isso, em Londrina foi prorrogado aquilo que havia sido emergencial: os serviços de caridade com atendimentos a indigentes¹³⁶.

Ao ser inaugurado o Hospital da Santa Casa em 1944, segundo a historiadora Alves, houve uma reunião no Hospitalzinho no dia 6 de setembro daquele ano para encerrar suas atividades, na qual estavam presentes médicos que prestavam atendimento aos indigentes.

¹³⁴ PEREIRA NETO, André de F.: Op. Cit. , 2001.

¹³⁵ Paraná Norte, 15-01-1939, pág. 1.

¹³⁶ Eram reconhecidos como indigentes pequenos agricultores, trabalhadores rurais ou trabalhadores urbanos que demonstrassem renda insuficiente para arcar com o atendimento da medicina liberal. Os pequenos agricultores contribuía com produtos agrícolas à Santa Casa e davam também sua contribuição os trabalhadores rurais, ou melhor, seus patrões. Os familiares dos fazendeiros eram clientes de médicos. Houve ano em que a Santa Casa era proprietária de tantas sacas de café nos depósitos do IBC, que chegaram a comercializar mais café que muitos produtores.

Foi lavrada uma ata onde se mencionaram todas as pessoas que foram as responsáveis diretas pelo funcionamento do hospital, especialmente Adolfo Barbosa Góes, Nelson do Rosário e Ricardo Scowroneck, médicos que foram seus diretores em épocas diferentes, e Gabriel Martins com Willie Davids, seus fundadores: “A mesma ata afirma que foram transferidos para a Santa Casa, 27 doentes do Hospitalzinho de Indigentes, o que demonstra a superlotação da época. O prédio foi devolvido ao seu proprietário, Sr. Alexandre Razgulaeff”¹³⁷. Todos os denominados indigentes internados no Hospitalzinho foram trasladados para o Hospital da Santa Casa de Misericórdia.

3.2- A Construção do Hospital da Santa Casa de Misericórdia.

No segundo ano da existência oficial da cidade de Londrina, ano de 1936, como já foi mencionado, a cidade e região tiveram um surto epidêmico da febre amarela selvagem. Na crise, os habitantes da cidade perceberam que o Hospital da CTNP, até então o único existente, não era suficiente para atender às pessoas que necessitavam atendimento médico. Esse ano, com a febre amarela, a vinda da Fundação Rockefeller e a nova administração com o primeiro prefeito, Willie Davids, que também era diretor da CTNP, foi um ano marcante para a cidade.

Nesse contexto, foi criada, no mês de março, uma comissão de pessoas responsáveis, sob a direção de Arthur Thomas, diretor geral da CTNP, para discutir e viabilizar a construção de um hospital. Esta comissão pró-hospital organizou uma série de festas, utilizando as dependências da prefeitura, com o objetivo de arrecadar fundos. A empresa de ônibus, que transportava as pessoas do setor rural para a cidade, empresa pertencente à CTNP, reduziu os custos das passagens em 50% nos dias de festas, para facilitar a participação da população em geral. É importante resgatar estes fatos porque demonstram o empenho da administração municipal e da administração da CTNP, pois, além de estarem comprometidas com a campanha da construção do hospital, ainda tentavam envolver os habitantes da cidade e região no projeto.

As edições do Jornal Paraná Norte dos dias 13 e 17 de setembro de 1936, destacaram o grande sucesso de três dias de festas pró-construção do “Hospital de Londrina”, como passou a ser denominado. Talvez por ser porta voz da CTNP, o jornal, com suas edições, não só

¹³⁷ ALVES, op cit, 2002, p. 406.

convocava a participação da população na campanha, como também prestava contas dos resultados. Na edição do dia 27 de setembro, por exemplo, foi publicada uma lista de nomes de pessoas que fizeram doações. Nessa lista constam desde nomes de pessoas que contribuíram com significativas somas de dinheiro, até das pessoas que contribuíram com uma dúzia de ovos para a confecção de doces.

Por tais envolvimento e pela extensa lista de doadores, podemos deduzir que a população estava de acordo com a construção do hospital. A febre amarela que obrigou a muitas pessoas afetadas a buscar socorro na cidade, sensibilizou a população e, com certeza, alertou o diretor da CTNP para tomar medidas a fim de que o processo da colonização não sucumbisse. Resultado: a Companhia doou um terreno correspondente a uma quadra, ainda coberto de matas nativas, para o Hospital de Londrina.

Conforme estava determinado, os dias 30 de abril, 1 e 2 do corrente, foram de festas beneficentes a favor do Hospital de Londrina.

Um grupo de senhoras e senhoritas da nossa sociedade, designadas pela associação do Club Londrinense e Lender Club e, bem assim, pelos funcionários das Companhia de Terras, muito se distinguiram no caridoso afan de dirigir os festejos.

As senhoras e senhoritas de Londrina se tornaram dignas de nossa admiração e da gratidão popular, pelo grande esforço em prol do Hospital. Inteligentemente dirigidas pela senhora Jamile Dequech, foram incansáveis em percorrer o município e os vizinhos angariando prendas para as tómbolas. (PARANÁ NORTE, 09-05-1937, p. 2)

Esta notícia do jornal permite-nos perceber como a campanha para o Hospital de Londrina ocupou um espaço importante da vida social da cidade. Foram três dias de festas, e houve a intenção deliberada de buscar recursos até nos municípios vizinhos, pois, com certeza, o hospital seria importante para toda a região.

O jornal relata que a próxima festa teria o nome de Festa das Rosas, com uma interrogação: “Quando?”. Este quando demorou um longo tempo até a resposta, pois o próprio jornal Paraná Norte voltou a publicar uma nota sobre o Hospital de Londrina, um ano e meio depois da edição de 09 de maio de 1937, ou seja, em novembro de 1938:

Há muito que não havíamos mais falar do Hospital de Londrina. No começo houve muito entusiasmo, muita fé, muita força de vontade... Depois, é isso que estamos vendo: uma dolorosa indiferença pelo assunto e... é pena. Nada, no momento que interessa o município deveria estar mais em foco, mais em evidência que essa palpitante questão que é o Hospital. (PARANÁ NORTE, 13-11-1938, p. 1).

Aqui temos de abrir um parêntesis para uma consideração. No ano de 1937, no auge das festas da campanha para o Hospital de Londrina, médicos começaram a construir hospitais e

clínicas particulares. Estes hospitais e clínicas somavam-se ao Hospital da CTNP, construído também para atendimentos particulares, ou seja, para pacientes que pudessem pagar.

Podemos inferir desses fatos que o comportamento da CTNP, em todo o processo da colonização, foi permitir que os serviços em geral que estavam sendo construídos na cidade e na região, fossem privados, de instituições de mercado, de livre iniciativa e de concorrência, coerentes com o momento do desenvolvimento da sociedade capitalista. Isso é concêntrico com o processo da venda de terras pela CTNP que atraiu pessoas que livremente decididas a investir e a envidar esforços na produção agrícola, visando a formação de um complexo comercial de serviços em geral¹³⁸. Todas as instalações comerciais da cidade e as pequenas indústrias que foram sendo instaladas, resultaram desse processo. O mesmo objetivo deveriam ter as instituições privadas de serviços de atendimentos médicos, que foram construídas a partir de 1937, as quais descreveremos nas próximas páginas.

Uma razão para entendermos o texto do jornal Paraná Norte de 1938, lamentando que parou a campanha do Hospital, pode ser atribuída à ausência do Sr. Arthur Thomas devido a interesses da CTNP¹³⁹. Foram nomeadas, então, outras pessoas para dirigir a campanha do Hospital. Porém, se ausentaram do processo:

Chega a não se compreender a razão pela qual todas as iniciativas em marcha para se dotar a cidade com um Hospital digno desse nome, estancaram e se envolveram num silêncio que traduz uma derrota em frente da inércia para que esta se aposse do campo já tão brilhantemente conquistado. (PARANÁ NORTE, 20-11-1938, P. 1)

Em resposta a este artigo do jornal que dava a entender que a campanha para o Hospital de Londrina chegara a um impasse, mas não explicava o porquê, o Sr. Arthur Thomas escreveu uma carta ao jornal em 04 de dezembro de 1938:

Sr. Redator. As suas referências sobre a Campanha pró-Hospital de Londrina... são justas e merecem atenção. A Campanha iniciada com tantas esperanças de êxito em 1936, não alcançou, infelizmente, o resultado desejado – fracassou - e fracassou por motivo que não será lícito especificar e discutir agora... Desde o ano passado nenhum novo esforço foi feito para alcançar o objetivo visando a construção do Hospital, salvo o acertadíssimo acto de nosso ilustre prefeito, decretando a taxa adicional sobre o imposto municipal destinado ao Hospital... Uma vez que se ache construído, servirá para mantê-lo... É de

¹³⁸ Ver: OBERDIEK, H.I.: Op. Cit., 1997.

¹³⁹ A CTNP estava construindo uma ferrovia que ligava o projeto da colonização ao porto de Santos. Os recursos para esta ferrovia provinham de um esquema montado pela CTNP e uma companhia de emigração de Berlim, envolvendo a emigração de judeus da Alemanha. Em 1938 a situação estava ficando difícil pelas dificuldades surgidas com o governo de Hitler, que não permitia a saída de judeus da Alemanha. Ver: OBERDIEK, H.I.Op. Cit, 1997.

esperar-se também que o governador de estado... não negue sua cooperação... e teremos bases sólidas para iniciar a construção. Mas isso somente se conseguirá conjugando esforços de pessoas de actividade e de bom coração... A.H.M. Thomas. (PARANÁ NORTE, 04-12-1938, p. 1).

O ano de 1938 terminou com a seguinte notícia sobre o Hospital de Londrina:

O anno de 1938 está terminando e nada se fez em benefício do Hospital. Ninguém tomou a dianteira para organizar a comissão directora. De balde temos, nesta folha, gritado aos quatro ventos a necessidade de se tomar providências para que se reinicie os trabalhos da campanha pró- Hospital. Não há quem se apresente para dirigir o movimento...

Mais uma vez appellamos para ao dr. Willie Davids, o digno e honrado governador do município, para que reorganize a comissão directora. É uma obra de caridade que sua excia. praticará e que terá êxito mais brilhante que se possa imaginar. (PARANÁ NORTE, 25-12-1938, p. 1)

Por mais que já tenha sido antecipado no capítulo anterior, em função desta reportagem do jornal Paraná Norte, cabe a seguinte reflexão: Até esse ano não estava definido de forma explícita que o Hospital seria uma Santa Casa de Misericórdia, e, por isso, de uma irmandade. Considerando-se os fatos que ocorreram, a saber: que o presidente da comissão foi o diretor máximo da CTNP; que a própria Companhia doou o terreno; que a Prefeitura, cujo prefeito foi diretor da CTNP, cedeu os espaços da Prefeitura para as festas da campanha; que o prefeito sobretaxasse os impostos municipais para aumentar os fundos pró-Hospital; e, ainda, que havia esperança de o governador do estado contribuir para a construção; tudo leva-nos a entender que o Hospital de Londrina estava tendo todas as características que deveria ter um Hospital ligado ao poder público, ou ao poder da CTNP. Seria esta conjuntura do processo da campanha, acrescida da criação da medicina liberal por agentes do denominado campo médico, um elemento complicador? Esta pergunta adquire importância porque em um depoimento sobre seus primeiros anos em Londrina, o médico Adolfo Barbosa Góes afirma ter tido dificuldades para formar seus clientes pelo fato de o Hospital da Companhia privilegiar os médicos do hospital. Se outro médico enviasse um paciente ao hospital, perdia-o como cliente!

No mesmo período dos anos de 1937 e 1938, enquanto a população menos favorecida sofria com a febre amarela, o que efetivamente se construía eram hospitais, ou casas de saúde, particulares, nos quais os pacientes deveriam pagar para serem atendidos. Para agravar a situação, no ano de 1938 surgiu uma epidemia de tifo. Esta doença, aparentemente, mobilizou ainda mais segmentos da sociedade para os atendimentos de caridade. Convém relatar dois motivos que nos levam a perceber a dúvida que surgiu com a construção do Hospital de Londrina: Primeiro, pessoas que defendiam um hospital caritativo, fizeram no dia 22 de

janeiro de 1939 uma assembléia, e deliberaram que o Hospital de Londrina deveria ser confiado a uma irmandade. Seria, portanto, um Hospital Santa Casa de Misericórdia¹⁴⁰. No entanto - e este é o segundo motivo -, a formação da irmandade não ocorreu, e o médico Gabriel Martins, com o apoio do prefeito e de outras pessoas, abriu o Hospitalzinho dos Indigentes, que deveria ser de emergência, conforme descrito acima .

No dia 24 de setembro de 1939, o jornal Paraná Norte publicou a seguinte nota:

O Hospital de Londrina:

Conhecedores da intenção do ilustre prefeito de Londrina, de tomar a si o encargo da fundação do Hospital Municipal, vimos mais uma vez, pedir a S.Excia., implorar mesmo, em nome dos necessitados, dos desfavorecidos da sorte .. Com estes entes infelizes... juntamos também as mãos como numa prece e pedimos ao digno e honrado prefeito que tome quanto antes a iniciativa da fundação do Hospital. Leve à realidade a sua grande idéia... (PARANÁ NORTE, 24-09-1939, p. 1).

Ou seja, o poder público de Londrina teve a possibilidade de construir um hospital público municipal, e esta seria talvez uma das razões por que as outras lideranças da cidade não se definiam sobre a formalização da irmandade e a construção da Santa Casa. O intrigante foi que membros do denominado campo médico pouco se manifestaram. Na verdade, ainda eram poucos médicos na cidade, pois em 1941, apenas onze (11) formaram a Associação Médica.

No entanto, a reunião que decidiu, no mês de janeiro, pela irmandade, e estabeleceu princípios básicos para que a irmandade formulasse os estatutos, foi convocada pelo médico Jonas Faria de Castro, por Arthur Thomas, da CTNP, pelos empresários David Dequech e José Bonifácio Silva e pelo jornalista H. Puiggard Coutinho, do Paraná Norte¹⁴¹. Foi a primeira vez, nas reportagens-artigos do jornal Paraná Norte, que apareceu um nome de médico envolvido com a comissão pró-Hospital de Londrina. Os empresários David Dequech, comerciante, e José Bonifácio, cerealista, foram também fiéis contribuintes do Hospitalzinho dos Indigentes, de Gabriel Martins¹⁴².

O instigante na busca de informações em notícias e reportagens do jornal no desenvolvimento de uma pesquisa, por parte dos historiadores, é descobrir como captar os elementos que estão ocultos nas informações. Um jornal pertence a um grupo e está envolvido

¹⁴⁰ Paraná Norte, 29-01-1939, p. 1.

¹⁴¹ Paraná Norte, 15-01- 1939. p. 1.

¹⁴² ALVES, J.de M.:Op. Cit, 2002, p.395.

com determinados interesses. No caso, o Paraná Norte estava envolvido com a CTNP e com a administração municipal. Em diversos artigos e reportagens, é possível perceber que tanto a CTNP como a prefeitura, poderiam ter tomado a decisão de construir um hospital maior do que o que a CTNP já possuía, ou um hospital público da administração municipal. Mas não o fizeram. Do ponto de vista da cultura da cidade, pelas festas, quermesses, bailes, etc., é válida a afirmação de que a população apoiava a construção do Hospital de Londrina, não importando quem o construiria e quem o administraria.

Em termos comparativos: na campanha do Jornal Paraná Norte, no início de 1939 foi publicada uma reportagem que defendia a necessidade de construir uma cadeia maior e mais segura, porque a que havia já não correspondia às necessidades da cidade. Também a capacidade hospitalar da cidade desde 1936 tornara-se insuficiente para atender às necessidades da cidade. Porém, em uma questão de meses, no mesmo ano de 1939 foi inaugurada a nova cadeia, construída com dinheiro público¹⁴³, e a construção do hospital prorrogava-se indefinidamente. A cadeia era questão de segurança, urgia enfrentar roubos de patrimônios, etc.. Um hospital pertencia a outra esfera relacionada com a vida das pessoas. No entanto, a campanha para sua construção vinha desde 1936, e em 1939 ainda não havia começado.

Outra questão intrigante, nas pesquisas em notícias do Jornal Paraná Norte, é que as notícias dão a entender que o jornalista e os diretores do jornal sabiam o que ou quem impedia que o Hospital de Londrina fosse construído. Mas conseguiam não revelar, e deveriam ter seus motivos. O máximo que o jornal afirmou foi o seguinte: “Nossa campanha pelo estabelecimento de um hospital em Londrina... não esmorecerá... no que pese às opiniões contrárias, vindas da dureza de corações de muita gente sem fé, sem caridade”¹⁴⁴. Sem detalhes, o texto é explícito em afirmar que havia “muita gente” que impedia que o Hospital de Londrina fosse construído.

Esta problemática vivenciada nos primeiros anos pela cidade de Londrina, envolvendo muitas pessoas que necessitavam atendimento, mais os serviços de saúde que estavam sendo construídos, deu-se no momento histórico que identificamos como o da constituição do denominado campo médico, portanto ainda não de todo definido. Para um pesquisador, há poucas fontes de informação, Os arquivos e publicações da Santa Casa, a respeito do Hospital de Londrina, indicam que tudo começou em 1940, quando houve a decisão da formação de

¹⁴³ Paraná Norte, 24-09-1939, p.6 e 23-10-1939, p.1.

¹⁴⁴ Paraná Norte, 09-10-1939, p.1.

uma irmandade para ser a responsável pelo hospital. Em documentos da AML é compreensível que não encontrássemos nada, porque ela passou a existir a partir de 1941, quando a construção da Santa Casa já estava em andamento. No entanto, nenhuma memória de médicos que viveram em Londrina na década de 1930 menciona alguma coisa da mobilização da população da cidade para a construção do “Hospital de Londrina”.

Para a percepção do momento cultural que se vivia em Londrina naqueles anos da década de 1930, o jornal Paraná Norte, em suas reportagens sobre a campanha para a construção do “Hospital de Londrina”, transmite em um artigo, em 1939, o que segue:

TODAS AS NOSSAS CLASSES SOCIAES
Empenhadas na fundação do hospital de Londrina

Vem causando, como é natural, extraordinário eco na opinião publica os commentários feitos pelo “Paraná-Norte” a proposta da necessidade extrema, em que nos encontramos, de possuir um hospital municipal.

Pode-se mesmo dizer que a fundação desse hospital é o assumpto do dia em Londrina, pois que todos, mesmo os que particularmente não têm o menor interesse na existência de um estabelecimento dessa natureza sentem a necessidade social que o mesmo representa, dado elevado numero de doentes, desprotegidos da fortuna, que arrasta seus padecimentos em Londrina, como em todos os centros populosos.

Ainda hontem, “Paraná-Norte” teve oportunidade de anotar duas incisivas opiniões sobre a campanha que vimos fazendo naquele sentido e que se revestem de singular importância, dado do conceito que desfructam em nosso meio as pessoas que as emittiram :- os senhores David Dequech, presidente da Associação Commercial. E José Bonifácio e Silva, elementos representativos do alto comércio e da sociedade londrinense.

Estão ambos accordes em que a não existencia de um hospital municipal em Londrina é uma grave lacuna em nosso meio, uma falha social injustificável, numa cidade adeantada como esta – sendo o facto de causar maior extranheza, ainda, por já termos um terreno para a sua construcção, bem como algum capital já reunido para esse fim e a manifesta boa vontade do Prefeito do município, no sentido de subvencionar a necessária e utilíssima instituição.

Renovamos, pois, aqui, o nosso appello ao dr. Willie Davids, para que inicie quanto antes a phase pratica de fundação do hospital municipal de Londrina, indo ao encontro, assim, não só dos reclamos angustiosos de uma legião de enfermos infelizes, que anda ahí, mão estendida, a implorar caridade, da porta da Prefeitura aos consultórios médicos, como também da opinião expressa de todas as nossas classes conservadoras, empenhadas, como nós, na consecução daquelle objectivo altamente humano, superiormente christão.

E esperamos ser attendidos. Londrina sem um hospital, desmente tudo quanto se possa dizer do seu progresso, do seu desenvolvimento, de sua cultura, dos sentimentos de humanidade dos seus habitantes. (PARANÁ NORTE, 15-10-1939, p. 1).

A Associação Comercial, uma das instituições representativas de Londrina naqueles anos, por ser muito forte o comércio, e também o representante dos empresários, que comercializavam cereais produzidos na região, estavam de acordo quanto a que a falta de um hospital municipal significava um descompasso diante do nível sociocultural já alcançado

pela cidade. As propagandas da CTNP mostravam que a colonização representava um processo de civilização, e um hospital à altura desse processo correspondia aos projetos da colonização. Também estariam de acordo com o que a constituição do denominado campo médico entendia desde os inícios do século XX, ou seja, que as instituições médicas hospitalares eram importantes para as práticas científicas da medicina, apresentados no primeiro capítulo.

O artigo termina destacando que as classes conservadoras estavam empenhadas no objetivo ‘superiormente cristão’, melhor diríamos, lidimamente cristão. É possível que esta orientação tenha sido o elemento determinante para que o gerenciamento do Hospital fosse de uma Irmandade da Santa Casa¹⁴⁵, segundo o espírito que norteou a criação do Hospitalzinho dos Indigentes introduziu na cidade e região a prática de atendimentos médicos de indigentes, deixando-se de lado formas mais modernas de práticas, que já faziam parte de alternativas de trabalho de agentes do denominado campo médico brasileiro¹⁴⁶.

O período de outubro de 1939 a maio de 1940 foi tempo de silêncio a respeito do Hospital de Londrina. Em maio de 1940, porém, foi publicada uma reportagem intrigante:

PRÉDIO DA SANTA CASA.

A comissão pro hospital, que, como todos sabem, é composta das diretorias da Associação de Escoteiros e de Bandeirantes de Londrina, tendo a em frente o ser tenente Luiz dos Santos, figura máxima dessa campanha nobilíssima, esta trabalhando activamente ao sentido de serem as obras iniciadas impreterivelmente no mês de junho p. vindouro.

...donativos à tesouraria da mesma comissão, a cargo do pharmaceutico sr. Orestes Pulin .(PARANÁ NORTE, 19-05-1940, P. 1).

¹⁴⁵ O modelo de irmandade teve origem em Portugal no século XV, e foram implantadas em todas as colônias do Império Português, nos diversos continentes. Quem poderia imaginar que, no regime republicano, no século XX, em pleno desenvolvimento econômico capitalista, e no Norte do Paraná, uma companhia inglesa, ao desenvolver um projeto de colonização, favorável aos avanços das relações capitalistas, comercializando terras para pequenos e médios produtores, estivesse retomando a idéia de fins da Idade Média. Na Idade Média não havia serviços de atendimentos médicos à população, nem privados, nem públicos. Os médicos existentes eram predominantemente da corte ou de corporações, como os militares. Para o povo comum, ou seja, os agricultores, restava o recurso aos curandeiros. E os atendimentos caritativos como os prestados pelas Santas Casas, destinavam-se aos pobres e estrangeiros que eram socorridos por religiosos que recolhiam as pessoas pobres e miseráveis, e sem médicos. (Ver: ROSEN, G: Op. Cit , 1980).

¹⁴⁶ A prática a partir da medicina científica, que começou a ser desenvolvida no século XIX e se difundiu amplamente no Brasil do século XX, havia criado, em benefício da população, serviços médicos, públicos e privados, com hospitais atendidos por profissionais, deixando para a ‘memória’ histórica os serviços de ‘misericórdia’. Porém, o que se pode compreender do processo em Londrina, as saídas encontradas para os diversos impasses criados como vimos nas notícias do jornal Paraná Norte, durante os quatro anos de campanhas e discussões pela construção do Hospital, foi a opção embasada na percepção cultural mais conservadora de recriar os serviços de misericórdia que, contraditoriamente, o campo médico de Londrina terminou incorporando.

Os escoteiros tomaram a iniciativa da construção do Hospital de Londrina. Havia o projeto, o terreno doado pela CTNP e recursos financeiros arrecadados em longos anos de campanhas. Chama a atenção na notícia a participação de um farmacêutico, que foi o tesoureiro, pois participou ativamente em 1941 no planejamento e criação da Associação Médica de Londrina: Orestes Pulin. O edital da concorrência para a mão-de-obra, publicado no dia 25-05-1940, foi assinado por Adriano Mariano Gomes, primeiro secretário da Associação de Escoteiros de Londrina.¹⁴⁷

Para quem analisa a constituição do denominado campo médico de Londrina, o fato de Escoteiros terem participado ativamente no processo de construção de serviços médicos é mais uma confirmação do dinamismo cultural e social da cidade. É sabido que eram relativamente poucos os médicos para os muitos trabalhos de atendimentos à saúde, ainda mais pela existência das epidemias e endemias daqueles anos. Em tal circunstância, foi bem-vinda e também muito útil para o processo da construção do Hospital de Londrina a participação efetiva dos Escoteiros e Bandeirantes, organizações bem estruturadas, em resposta aos constantes apelos do jornal Paraná Norte.

A atuação dos Escoteiros mobilizou as pessoas que estavam envolvidas durante anos no processo da campanha para o Hospital de Londrina, motivando-as a formar uma diretoria para oficializar a irmandade que ficou assim constituída: Presidente: Sr. Antonio Camargo C. Ferraz; Secretário: Mario C. Miranda; Tesoureiro: Orestes de Medeiros Pulin.¹⁴⁸ No mês de abril de 1941 foi publicado o nome das sessenta (60) pessoas, primeiros membros da Irmandade¹⁴⁹, para uma cidade de 13.000 habitantes urbanos e 82.000 rurais. Segundo o depoimento de Adolfo Barbosa Góes, os principais membros da Irmandade foram do Rotary Clube, entre os quais se destaca Gabriel Martins¹⁵⁰. A lista publicou os nomes das pessoas que participaram da assembléia geral, realizada no dia 24 de março de 1941.

No mês de junho deste mesmo ano de 1941, foi criada a AML, conforme relatamos acima. Portanto, no que se refere à constituição do denominado campo médico de Londrina, este foi um ano decisivo. Entendemos que a criação da AML correspondeu a uma manifestação inequívoca do que denominamos campo médico da cidade, e ocorreu no mesmo momento em que se consolidou a existência da Irmandade da Santa Casa e se teve certeza da

¹⁴⁷Paraná Norte, 26-05-1940, p. 3.

¹⁴⁸ Caderno Comemorativo dos 50 anos da Santa Casa. Folha de Londrina, 07-09-1994.

¹⁴⁹ Paraná Norte, 13-04-1941, p. 1.

¹⁵⁰ NOGUEIRA, A; FRANCISCO, F.: Op. Cit., 2005. p.21.

continuidade da construção do Grande Hospital destinado a atendimentos caritativos. Como os atendimentos médicos são eticamente de responsabilidade médica, eles deveriam se encarregar dos atendimentos caritativos no novo hospital, e decidiram organizarem-se.

Considerando o ambiente cultural que se vivia na época, de acordo com a visão do jornal Paraná Norte, foi importante para que as experiências de Newton L. Câmara e Adolfo Barbosa Góes ganhassem expressão e ajudassem a levar à frente a idéia da criação da Associação Médica de Londrina. Diante da importante instituição hospitalar que estava sendo construída, e do apoio que dava a população ao processo de sua construção, os serviços médicos que seriam requisitados na instituição hospitalar legitimaram a criação da Associação Médica, que pareceria prematura frente às realidades do interior do país. Sintetizando: desde 1933 havia o Hospital da Companhia e, nos anos seguintes, médicos construíram outros pequenos hospitais e casas de saúde para atendimentos privados. Em 1939 foi constituído um hospital de emergência que criou a alternativa (ou recriou historicamente) de atendimentos de caridade a indigentes. O Hospital da Santa Casa prorrogaria esta alternativa de atendimentos que foram, por sua vez, assumidos por agentes do denominado campo médico, através de ações concretas da AML, a partir de 1944.

Os fatos ocorridos: a criação da Irmandade da Santa Casa em 1940; a criação da AML em 1941, e a inauguração da Santa Casa em 1944, levaram a própria AML a afirmar, no Boletim de 1991, “médicos de Londrina criaram um sistema próprio, primeiro com a Santa Casa, e que funcionou a contento por 20 anos”. A análise da criação da AML em 1941, no contexto dos acontecimentos nesses anos, permite que avaliemos a importância desta afirmação. A criação de um hospital da envergadura da Santa Casa e a constituição mais perceptível do denominado campo médico, visualizado em uma associação, importante para defesa de interesses de seus agentes, permitiram a negociação de um plano que se tornou, no decorrer dos anos, o que a AML definiu como ‘um sistema próprio’. Isto pelo fato da Santa Casa tornar-se de fundamental importância em vista da campanha para a arrecadação de fundos para a construção, destinada aos atendimentos caritativos de indigentes.

Em 1943, um ano antes da inauguração da Santa Casa, a AML apresentou à diretoria da Irmandade um sistema de atendimentos médicos, que foi o seguinte:

Proposta da Sociedade Médica da Comarca de Londrina interpretando a resolução de vários senhores médicos, oferecendo ao hospital o seguinte:

1.- Aparelhamento integral de alguns quartos particulares para uso dos clientes dos referidos médicos, auferindo à Santa Casa a renda total dos referidos quartos.

- 2.- Transporte para o Hospital dos respectivos arsenais cirúrgicos que serviriam nas mãos deles, médicos, para intervenções em doentes particulares e indigentes, remetendo a renda hospitalar desse uso, integralmente, para a Santa Casa.
- 3.- O mobiliário e material cirúrgico referidos, seriam cedidos à Santa Casa a título precário, até que a Irmandade pudesse substituí-lo por material próprio.
- 4.- A Irmandade, por seu lado, contribuiria com o pessoal e as instalações necessárias ao funcionamento do Hospital.
- 5.- No caso da proposta interessar a Irmandade e for devidamente aceita, os demais detalhes seriam discutidos e combinados oportunamente. (TOMASI, Z.: 1985, p 43 e 44).

Em nenhum relatório consta que a Irmandade da Santa Casa não tenha aceito a proposta. Ao contrário, a AML afirmou que com a Santa Casa, ‘tudo funcionou a contento’. Na inauguração do Hospital da Santa Casa, médicos fundadores da AML ocuparam postos-chaves na direção do Hospital: diretor hospitalar: Anísio Figueiredo, que havia sido diretor do Hospital da CTNP; diretor clínico: Adolfo Barbosa Góes, primeiro presidente da AML; diretor cirúrgico: Jonas de Faria Castro Filho, que fechou o Hospitalzinho de seu pai para exercer esta função.

Portanto, foi fundamental a construção do Hospital da Santa Casa e o acordo com a AML. Ambos determinaram o processo de consolidação do que denominamos campo médico brasileiro em Londrina. Afinal, a Santa Casa foi uma instituição na época que facilitou a incorporação de especialidades, tecnologias e pesquisas, próprias do trabalho de agentes do campo médico que teve origem com a medicina científica brasileira. A autonomia ética responsável na relação entre médico e paciente, no entanto, permanecia intocada. E a autonomia de trabalhar ou não no hospital com os indigentes, também. Ressalta-se que, o acordo da AML com a Santa Casa possibilitou aos médicos ampliar seus espaços, pois, ao conservarem seus consultórios particulares, é bem provável que os atendimentos na Santa Casa lhes proporcionariam conquistas de mais pacientes-clientes. Ademais, a Santa Casa, ao assumir todos os atendimentos não remunerados, aliviaria os médicos desse compromisso. Ao dedicarem-se, parte de seus tempos, atendendo indigentes na Santa Casa, os médicos conseguiriam ser mais conhecidos, importante fator para a conquista de capital social dentro do denominado campo médico, pois ampliaria as possibilidades de serem livremente escolhidos por potenciais pacientes. Esta questão é importante, porque a conquista de pacientes particulares veio a ser um forte argumento do Movimento da Livre Escolha na década de 1960.

A inauguração da Santa Casa deu-se no dia 7 de setembro de 1944. Na cerimônia de inauguração, os Escoteiros se postaram em sentinelas na porta de entrada do Hospital. Nos discursos da inauguração, no entanto, eles não foram mencionados. E em duas publicações

encomendadas de encartes especiais do jornal Folha de Londrina, em 1994 e 2006, que reproduzem versões do processo da construção da Santa Casa, relata-se que tudo começou em 1940-41, ocasião em que foi decidida, de forma definitiva, a criação da irmandade. Não se mencionam os Escoteiros e seus trabalhos a partir de 1940, e também não se fez referência à campanha desde o ano de 1936.

Os Escoteiros e Bandeirantes iniciaram a construção efetiva do Hospital. Culturalmente entendemos como importante resgatar a participação deles para a história do Hospital de Londrina, primeiro nome do Hospital da Santa Casa de Misericórdia. A participação dos Escoteiros e Bandeirantes contribuiu, no mínimo, para que se tenha uma percepção mais ampla do momento cultural que vivia a cidade naqueles anos, ou seja, a participação, nesse empreendimento, de organizações como a dos Escoteiros, que aparentemente não teriam nenhuma relação com uma obra de responsabilidade do poder público, mostra que amplos segmentos da sociedade participaram do processo. O Sr. EufRASINO Santiago, em 10 de setembro de 1944, publicou no jornal Paraná Norte, a este respeito, um texto que transcrevemos a seguir:

A SANTA CASA E OS ESCOTEIROS

Esta satisfeito um justo aneio da população deste município e seus vizinhos pois foi inaugurada a Santa Casa.

Convidados, comparecerem a todas as solenidades e deixamos de transcrever os discursos pronunciados pois todos foram re-tramitados pela ZYD 4 a emissora local que desde o inicio de seu funcionamento, mesmo durante seu período de experiências emprestou todo o seu apoio em prol da conclusão do Hospital.

Esta folha também sempre prestou todo o seu apoio a tão útil instituição porem, hoje, na defesa dum direito que nos parece sagrado vimos lembrar a Irmandade da Santa Casa que foi esquecida completamente a colaboração dos Escoteiros.

Quem iniciou a Santa Casa de Londrina?

É preciso que se faça justiça e não sejam esquecidos nomes de pessoas e entidades que tudo fizeram para que a Santa Casa de Londrina fosse, como hoje é, uma realidade.

Assistimos as solenidades inaugurais e não ouvimos uma vês sequer pronunciado o nome de Maria G. Vicente que tanto auxilio prestou as obras da Santa Casa, chegando até a ser coroada rainha da caridade.

Premência de tempo?

Atropelos?

Porque não foram feitas referencias aos Escoteiros e Bandeirantes?

Nada fizeram?

Quem desfilou pelas ruas desta cidade com um dístico: “Os Escoteiros e as Bandeirantes construirão a vossa Santa Casa”?

Apelamos à nobre Irmandade da Santa Casa de Londrina para que seja feita justiça.

Apelamos a nobre Irmandade da Santa Casa de Londrina no sentido de que faça imprimir um folheto no qual sejam citados todos os fatos que antecederam a inauguração do Hospital.

De forma alguma podemos concordar em encontrar na porta principal da Santa Casa de Londrina, no dia de sua inauguração, dois escoteiros como sentinelas. Quando eles ali foram para serem homenageados. Nem sequer um muito obrigado lhes foi dito. (PARANÁ NORTE, 10 -09-1944, p. 1).

A transcrição deste artigo do jornal Paraná Norte, para terminar a narração sobre a construção do Hospital da Santa Casa de Londrina, é uma homenagem muito tardia aos Escoteiros e Bandeirantes, cuja atuação foi importante, como já mencionamos. As publicações especiais da Santa Casa dos anos de 1994 e 2006, reiteramos, não mencionam os Escoteiros e as Bandeirantes, nem a participação da população no processo de construção do Hospital.

3.3 - Instituições criadas por médicos.

Enquanto se fazia a campanha para a construção do Grande Hospital de Londrina, médicos que estavam na cidade e outros que iam chegando foram criando instituições particulares de serviços de atendimentos médicos, denominados por eles de medicina liberal. Havia na cidade pessoas possuidoras de recursos financeiros, entre as quais produtores rurais, que se utilizavam dos serviços oferecidos por médicos. Havia, no entanto, pessoas de poder econômico mais elevado que se dirigiam a centros urbanos maiores, como São Paulo, às vezes por recomendação dos próprios médicos da cidade, porque nos centros maiores havia recursos mais amplos, pelo menos os de complexidade cirúrgica.

Convém lembrar que em 1938 a cidade passou a contar com eletricidade e assim foram criados os primeiros laboratórios que otimizaram os atendimentos dos hospitais ou casas de saúde. E em 1940 construiu-se um hospital que, de acordo com o que se publicou em jornais, foi considerado como de alto nível tecnológico e científico, no qual até um especialista em câncer prestou atendimentos.

Em 1937 Jonas de Faria Castro decidiu criar um hospital como alternativa para médicos, pois, de acordo com os relatos, havia restrições quanto à utilização do Hospital da CTNP. E o hospital que ele criou era bem completo para a época. Nele, médicos recém chegados tinham chance de iniciar seu currículo, podendo construir seus espaços no campo médico, como Justiniano Clímaco da Silva, por exemplo.

O Hospitalzinho do Dr. Jonas, como ficou conhecido foi, graças ao funcionamento da usina elétrica em 1938, ampliado com um laboratório de análises clínicas. Este fato foi uma

demonstração de que os serviços de atendimentos médicos que foram sendo criados seguiam os critérios implementados pela medicina científica: diversidade de procedimentos, pesquisa e tecnologia para a otimização dos diagnósticos e encaminhamentos terapêuticos. A medicina deixava de ser uma prática isolada de um médico: o centro dos atendimentos passava a dispor de equipamentos e tecnologias e a favorecer o relacionamento entre os profissionais, como o médico e o bioquímico do laboratório, e ajudar no diagnóstico.

O Hospitalzinho do Dr. Jonas, durante as epidemias em Londrina, como a de tifo em 1938, oferecia uma hora de consultas gratuitas, em horário preestabelecido, das 13 às 14 horas. Não há como avaliar o que essa hora disponibilizada pelo hospital ao atendimento a pessoas sem recursos representava para elas. E no ano seguinte foi criado o Hospitalzinho dos Indigentes como tentativa emergencial para fazer frente às dificuldades que se apresentavam, no contexto de indefinições da construção do Hospital de Londrina. O Hospitalzinho do Dr. Jonas foi desativado pelo seu filho, Jonas de Faria Castro Filho, depois de inaugurado o Hospital da Santa Casa. No acordo da AML com a Santa Casa, os atendimentos privados, como os do Hospitalzinho do Dr. Jonas, passariam a ser realizados na Santa Casa que era maior e dispunha de maiores recursos de cujo setor cirúrgico o Dr. Jonas Filho assumiu a direção.

No mesmo ano de 1937, o médico Ernesto Cavalcanti criou uma clínica médico-cirúrgica e de partos onde outros médicos também podiam atender seus pacientes-clientes. O importante desta clínica foi não só haver ampliado os atendimentos privados, a denominada medicina liberal, mas também o fato de em 1938 ter sido disponibilizado o serviço de um aparelho de Raio X, que ajudava outros profissionais a melhorar seus diagnósticos, revolucionando as atividades cirúrgicas na cidade¹⁵¹.

O Hospitalzinho do Dr. Jonas oferecia análises laboratoriais e a clínica do Dr. Ernesto Cavalcanti prestava os serviços de radiografia. Os médicos completavam o que era mais importante naqueles anos, em relação aos diagnósticos, equiparando-se os atendimentos aos que eram realizados nos grandes centros urbanos.

Diante da descrição desses dois hospitais da medicina liberal, cabem as seguintes reflexões: Estes dois hospitais, ou casas de saúde, foram criados no momento de crise da medicina social, quando grassava a febre amarela, o tifo, a tuberculose, a hanseníase e o fogo selvagem¹⁵². Naqueles anosurgia a construção de um grande hospital para atender as

¹⁵¹ Paraná Norte, 17-09-1938, p. 6.

¹⁵² ALVES, J. de M.: Op. Cit., 2002, p. 396.

necessidades da cidade e região. Porém, o que houve foi a construção destes dois hospitais particulares que não foram suficientes que coincidiu com a interrupção na campanha para o Grande Hospital. O entendimento é que o maior número de atendimento no Grande Hospital seria para pessoas sem recursos financeiros, que não interessava de forma imediata a agentes do campo médico. No entanto, não haveria concorrência com a denominada medicina liberal e aportaria capital social a membros do denominado campo médico. Esses eram acontecimentos que precediam a chegada dos IAPs no interior com os atendimentos previdenciários, por mais que os maiores necessitados fossem trabalhadores rurais e pequenos proprietários. E também não houve incentivos, qualquer incentivo, para empresários comerciantes ou importadores e exportadores, que já estavam instalados na cidade, para criarem algo semelhante ao que, na segunda década do século XX era realizados nos grandes centros urbanos: serviços de atendimentos médicos aos trabalhadores. Ou ainda, não houve na cidade e região a idéia de criação semelhante às Sociedades de Mutuo Socorro, como ocorreu no Estado de São Paulo desde o início do século XX, para atendimento de imigrantes. Por outro lado, levando-se em consideração a conjuntura sociocultural resultante da colonização implantada pelos ingleses, ela favorecia a livre iniciativa, o desenvolvimento de empreendimentos conforme a perspectiva capitalista de investimentos para a obtenção de lucros. Com essa perspectiva, não houve desde o início da colonização a preocupação, apesar de haver sido construído o Hospital da Companhia, de providenciar serviços de atendimentos a pessoas sem recursos financeiros e que não poderiam usufruir da denominada medicina liberal. Como era grande o número de pessoas nessas condições, foi necessário organizar os atendimentos caritativos, dando margem às *classes conservadoras* organizarem estes atendimentos, os quais terminaram por criar os *serviços a indigentes*, anacrônicos em relação ao capitalismo moderno, diante das experiências que já faziam parte dos atendimentos médicos, realizados por agentes do campo da medicina brasileira já desde inícios do século XX, como foi descrito no primeiro capítulo.

Esta característica da identidade sociocultural fez parte do processo da construção do campo médico de Londrina, e foi fundamental para a criação da AML. Esta associação planejou, junto ao Grande Hospital que foi construído, um sistema no qual as duas instituições cooperavam, até que foram sendo criadas outras alternativas de atendimentos que já faziam parte do campo médico brasileiro, como os previdenciários, a partir da década de 1950.

No ano de 1940, quando os Escoteiros decidiram tomar a iniciativa da construção do Hospital de Londrina, o médico Ângelo Decâneo decidiu construir a Casa de Saúde Santa

Cecília, na Rua Belo Horizonte: “Ali está tudo o que a ciência determina e a prática aconselha... que a gente tem até vontade de ficar doente”¹⁵³.

Enquanto se erguia a construção desse hospital-casa de saúde, nos anos de 1941 e 1942, houve uma epidemia de malária, mais uma onda de sofrimentos para os trabalhadores rurais e pequenos proprietários.

Foi quando o jornal publicou uma reportagem com a manchete exigindo das autoridades federais e estaduais, que municiassem socorro urgente, na forma de medicamentos, alimentos e até médicos para centenas de enfermos e de desamparados que não podiam ser atendidos no Hospitalzinho (de Indigentes). (ALVES, 2002,p. 401)

Os rios que circulam e correm nesta zona, espalham a malária nas populações rurais. A gente pobre, a gente produtiva da gleba, morre sem recursos, desamparados, numa miséria comovente. As crianças, os pequeninos entes indefesos, sucumbem de fome quando os seios maternos secam, se esterilizam pela ardência escaldante da febre.

E nós, cuja função pública é essa de denunciar o governo os males que infelicitam o povo, vimos denunciar esse, afirmando ao benemérito Sr. Presidente da República, ao Sr. Interventor Federal, que nesta região há gente que morre na miséria, creanças que morrem de fome, todos flagelados pela malária.

..... O hospitalzinho de Londrina não tem mais medicamentos, nem dieta, nem couza alguma. Dali são dispensados diariamente inúmeros flagelados sem o menor socorro, de mãos vazias. Só lhes acompanham a comizeração do médico e uma lágrima furtiva da enfermeira... (PARANÁ NORTE, 02-03-1941, p. 1)

O irônico desse contexto é que a reportagem-propaganda da Casa de Saúde Santa Cecília divulgava que os hospital era tão bom que “dava *vontade de ficar doente*”. Era a realidade para quem podia pagar pelos atendimentos da denominada medicina liberal.

Continuando com as construções de mais hospitais ou casas de saúde particulares, da família Rocha Loures chegaram quatro médicos nas primeiros anos da década de 1940, provenientes da cidade de Curitiba. Esses médicos criaram a Casa de Saúde e Maternidade Rocha Loures, equipado com raio X. No ano de 1947 as propagandas desta casa de saúde afirmaram que passaria a atender moléstias nervosas e mentais. E no mês de janeiro de 1948, o texto da propaganda foi o seguinte:

Cura rápida e eficaz das doenças nervosas por meio de choques elétricos.
Uma lacuna finalmente preenchida na organização dos serviços da Casa de Saúde e Maternidade “Rocha Loures”.
Não se precisa mais fazer viagem dispendiosa para São Paulo para fazer isso.
(PARANÁ NORTE, 01-01-1948, p.1).

¹⁵³ Paraná Norte, 04-01-1942, p. 1.

O preenchimento desta lacuna significou que os serviços das práticas da medicina científica continuaram sendo implantados por agentes do denominado campo médico que se constituía em Londrina. E já no fim da década de 1940 esta Casa de Saúde inaugurou um pavilhão especialmente construído para doenças mentais¹⁵⁴.

O destaque que se dá nesta narrativa à Casa de Saúde Rocha Loures tem dois objetivos. O primeiro é a evidência de que membros do denominado campo médico continuaram criando a alternativa da denominada medicina liberal, e diversificando os atendimentos médicos com práticas cada vez mais científicas, e empenhando-se em corresponder a estes avanços que se faziam em âmbito nacional.

O segundo motivo é que esta Casa de Saúde foi adquirida pelo médico Adolfo Barbosa Góes, em consórcio com outros colegas médicos, que a transformaram em um moderno hospital privado com sessenta e três (63) leitos, no ano de 1952. Foi, até então, o segundo maior hospital de Londrina. O primeiro foi o Hospital da Santa Casa, que possuía 200 leitos. Este hospital passou a denominar-se Casa de Saúde São Leopoldo S/A, que no decorrer dos anos passou por diversas modificações, já descrito anteriormente.

3.4 – O Hospital Evangélico.

Dois anos depois da inauguração do Hospital Santa Casa houve a primeira manifestação das intenções de construir o que seria denominado Hospital Evangélico. Foi um hospital que se integrou nos atendimentos a *indigentes*, no mesmo esquema da AML com a Santa Casa. Porém, quando se tornou um hospital significativo, já estavam sendo implantados os serviços de atendimentos previdenciários em Londrina, em 1955.

A construção do Hospital Evangélico é significativa porque revela um aspecto importante da história cultural da cidade, que compartilha traços comuns com as regiões Sudeste e Sul, no que diz respeito ao surgimento das igrejas evangélicas provenientes principalmente das missões religiosas do exterior. Trata-se das igrejas evangélicas provenientes de missões - Presbiteriana, Batista e Metodista - e de igrejas de imigração - Luterana e Anglicana -, denominadas históricas, para diferenciar das novas igrejas evangélicas criadas no Brasil, principalmente nas décadas da segunda metade do século XX, até aos dias de hoje.

¹⁵⁴ Paraná Norte, 11-04-1949, p.1.

Desde o início da colonização de terras da região Norte do Estado do Paraná chegaram a Londrina muitas famílias, membros destas igrejas, tornando-se, aos poucos, instituições importantes na cidade. Por exemplo: a Igreja Metodista adquiriu um terreno a uma quadra e meia da Igreja Católica do centro da cidade, e permanece nesse lugar até aos dias de hoje, com seu templo e centro de estudos.

Um costume muito arraigado entre os cristãos não-católicos daquela época era que algum membro das famílias que chegasse a um novo lugar, a Londrina, por exemplo, se dirigisse à casa pastoral de sua igreja para ser recebido pelo pastor¹⁵⁵.

Este foi um hábito criado pelos missionários para promover a união entre os “irmãos da fé”. No entanto, na década de 1940, esta prática começou a trazer complicações: a malária e outras doenças afetavam muito as pessoas do meio rural. E os evangélicos desse meio se dirigiam às suas igrejas, pedindo ajuda para se internarem. É possível que também a maioria deles não conseguiria, financeiramente, internar-se nas casas de saúde particulares.

Depois de 1944 já havia o Hospital Santa Casa, franqueando aos destituídos de recursos. Mas havia um porém: o seu funcionamento dependia dos serviços de enfermagem que eram executados por membros de uma ordem religiosa católica, com práticas de orações católicas. Em vista disso, pode-se inferir que os crentes evangélicos enfermos não gostassem de se internarem nesse hospital, por sentirem-se constrangidos de serem atendidos por membros de uma congregação religiosa católica. Além disso, apesar da Santa Casa ser um hospital grande o suficiente para atender as necessidades da região, não estava em condições de atender as emergências epidêmicas, dando-se o internamento só em casos graves.

Por outro lado, as casas pastorais, normalmente construídas junto ao templo, também não estavam em condições de atender aos irmãos da fé. Então surgiu a idéia de construir uma casa de saúde para o atendimento destas pessoas, um hospital evangélico, que atendesse também a não evangélicos, pelo fato de que havia muitas pessoas carentes na cidade, principalmente provenientes da região rural¹⁵⁶.

Em 17 de abril de 1946 aconteceu a primeira reunião entre lideranças evangélicas, dirigidas por Zaqueu de Mello e Darcírio Egger, para criarem o que veio a ser a Sociedade

¹⁵⁵ Estas informações específicas sobre o comportamento cultural dos evangélicos mencionados, fazem parte da experiência vivenciada pelo próprio autor desta pesquisa, pois pertenceu a uma destas igrejas até aos anos de 1970.

¹⁵⁶ Fonte: Publicação especial da Sociedade Evangélica Beneficente de Londrina, comemorando os 45 anos da fundação do Hospital Evangélico. Ano de 1992, p. 16 e 17.

Evangélica Beneficente de Londrina, da qual foi diretor provisório Zaqueu de Mello, secretário, Joaquim Petróleo e tesoureiro, Darcirio Egger¹⁵⁷.

Quando se falava em construir obras em benefício de necessitados, como a Santa Casa, parece que todas as dificuldades apareciam. A construção da Santa Casa levou nove anos desde a primeira idéia até a inauguração. Com o Hospital Evangélico, também não foi nada diferente.

Dois anos depois da primeira assembléia dos representantes das igrejas, em setembro de 1948 é que foram retomadas as discussões e organizada a Sociedade Evangélica Beneficente de Londrina. Um mês depois, em outubro de 1948, foi nomeada outra diretoria: presidente: Alvaro Brasiliense Fernandes; vice-presidente: Luiz Pereira Boaventura; 1ª secretária: Eleonora Rocha Loures; segunda secretária: Rui Carneiro Girardes e tesoureiro: Carlos Stauberg.

Diferentemente do que aconteceu com a Santa Casa, para cuja construção ficou decidido que seria criada, através de uma irmandade, aberta a doações, para o Hospital Evangélico foi decidido que os recursos seriam providenciados em nome de cada igreja; cada uma com determinadas cotas que trataria de conseguir de cobrir com doações, ofertas e promoções. O primeiro terreno foi um terreno doado fora da cidade, ainda com mata nativa. Como ficava muito distante, foi vendido, e os recursos entraram para o fundo comum. Houve outra doação de um terreno no bairro Shangri-lá, próximo da cidade, que também foi à venda. Com os recursos dos dois, foi adquirido uma propriedade no centro da cidade, na Rua Pernambuco. Esta compra foi viabilizada porque os pastores saíram por todas as cidades vizinhas, com a finalidade de conseguir doações dos membros das igrejas. O que faltou foi financiado pela Caixa Econômica Federal.

Na propriedade, a Igreja Metodista constituiu um ambulatório em 1950. O nome do Ambulatório foi São Lucas¹⁵⁸, administrado por Darcirio Egger, no qual trabalhavam gratuitamente os médicos Eulalino de Andrade, Valdir Rodrigues e Jurandir Vasconcelos.

O que é possível perceber de diferente neste Hospital Evangélico, em comparação com a Santa Casa, foi o envolvimento mais explícito de médicos no processo de construção. Nos

¹⁵⁷ O Prof. Zaqueu de Mello foi proprietário e diretor do Colégio Londrinense que havia sido fundado pelo médico Jonas de Faria Castro. Darcirio Egger também foi proprietário-sócio deste colégio, e candidato a prefeito na eleição de 1947, pelo PTB. Este partido liderou as lutas políticas dos IAPs e atendimentos médicos previdenciários, a partir da década de 1950, principalmente.

¹⁵⁸ São Lucas é o terceiro evangelho do Novo Testamento. O nome do ambulatório foi São Lucas por este foi um médico, e porque as análises da linguagem de que ele se serve em seu evangelho demonstra conhecimentos médicos da época.

primeiros anos, e enquanto o hospital ainda era de pequeno porte, os médicos eram geralmente pertencentes às igrejas sócias. Em 1948, por exemplo, o pastor Luiz Pereira Boaventura, que foi vice-presidente da Sociedade, conversou com um estudante de Medicina, em São Paulo, membro de sua igreja evangélica, para que, ao formar-se, se dirigisse a Londrina a fim de trabalhar no Hospital Evangélico, cuja construção estava ainda em planejamento. Este médico foi João Henrique Steffan Jr., que se tornou, posteriormente, diretor do Hospital. Ele conta que no ambulatório São Lucas, que depois foi incorporado ao Hospital, eram atendidas sessenta (60) pessoas por dia. E era uma tarefa exaustiva pelos poucos recursos disponíveis.

No ano de 1953 foi construído, finalmente, o Hospital Evangélico, sendo inaugurado em 30 de julho. Dois anos depois, ao ser adquirido um edifício na esquina da Rua Pernambuco com a Rua Alagoas, foi constituído e inaugurado um hospital de maior porte, em 1956, com a presença do governador do Estado do Paraná. O edifício havia passado por uma remodelação, sendo criadas duas enfermarias e uma sala de cirurgias. Os atendimentos foram tantos que muitos pacientes, depois dos atos cirúrgicos eram internados no Hospital Santa Casa, em um acordo com esse nosocômio, até a alta hospitalar. As grandes epidemias que ocorreram na década de 1940 já haviam passado. Porém, estes fatos demonstram que, mesmo com os dois hospitais beneficentes, as atividades médicas e cirúrgicas ocorriam com certas dificuldades e limitações. Pelo menos as caritativas.

No ano de 1962, a Sociedade Beneficente Evangélica entrou em contato com a Central Evangélica da República da Alemanha, com a finalidade de conseguir recursos para a construção de um edifício de grande porte, o Hospital Evangélico. Estes recursos da Alemanha foram aprovados com a exigência de que as igrejas locais contribuíssem com 25% do total dos custos. Isto foi possível com a aquisição do terreno, e finalmente em 30 de janeiro de 1971, com um total de 11.206,99 metros quadrados de construção, foi inaugurado o edifício do atual Hospital Evangélico, na Av. Bandeirantes, com 247 leitos.

O edifício da Rua Pernambuco com a Rua Alagoas passou a ser a primeira sede do Hospital Universitário para o curso de Medicina que iniciou no ano de 1967. Este curso foi, em 1970, incorporado à Universidade Estadual que foi criada em Londrina.

Com esta abordagem sobre o Hospital Evangélico, a intenção foi demonstrar ao leitor como o processo de construção dos serviços de atendimentos médicos estava intimamente relacionado com a busca de soluções para as emergências por parte das comunidades, e que não necessariamente foram iniciativas de médicos, de agentes do campo médico. E os habitantes de Londrina e região o fizeram com todas as possibilidades socioculturais

compartilhadas. O denominado campo médico de Londrina sendo uma extensão do campo médico instituído com a medicina científica brasileira nos grandes centros urbanos, na nossa compreensão, foi também sendo implantado em sintonia com as características socioculturais dos médicos que provinham dos grandes centros urbanos, e trataram de implantar, nos serviços, a formação que receberam. Por exemplo, trataram de se organizarem o mais adequadamente possível para satisfazer as necessidades concorrenciais, próprias do campo médico: organizar os trabalhos de atendimentos de tal maneira que as questões hierárquicas de capital social internas do campo fossem respeitadas pelos seus membros. Esta questão entrou em crise quando, na década de 1950, os Institutos de Previdência começaram a credenciar ou contratar médicos para atender a seus associados. Médicos foram aceitando individualmente sem respeitar a ordem interna do campo e suas hierarquias. É o tema da segunda parte, capítulos quatro e cinco desta narrativa.

Rev. Semanario

ADMINISTRAÇÃO
No. 1000 - 2000
P. 10000 - 12000

Paraná - Norte

— Direção — Proprietário: E. PIZZANI (LONDINA) —

Dir. 1000 400
Cont. 1000 400
Ex. 1000 400
P. 1000 400
1000

Clínica Médico Cirúrgica e de Partos

— DO — *Dr. Ernesto Cavalcanti*

Especialista em todas as partes de hospitais de Rio de Janeiro.

Coração, pulmões, aparelho digestivo, rins.

PELLE, SYPHILIS, VIAS URINARIAS

LONDINA — Rua Sergipe 423 — 26-3

Programa geral de 1938. O dia da inauguração oficial.

Programa geral de 1938. O dia da inauguração oficial.

Programa geral de 1938. O dia da inauguração oficial.

Programa geral de 1938. O dia da inauguração oficial.

RAIO X

Radiodiagnóstico
Radiographia
Raio Ultra-violeta

Dr. Ernesto Cavalcanti

Molestias das senhoras e crianças. Pelle, syphtis, vias urinarias.

LONDINA — Avenida Paraná, 996

Dr. Ernesto Cavalcanti

Localiza o ponto a ser atingido. É um aparelho sofisticado, serve à maioria de casos de "Wife Death", permite radiografar e fazer exames de pele.

DR. CAIO DE MOURA RANGEL

MÉDICO

Clinica Geral e Operações

MOLESTIAS DAS CRIANÇAS — MOLESTIAS DAS SENHORAS

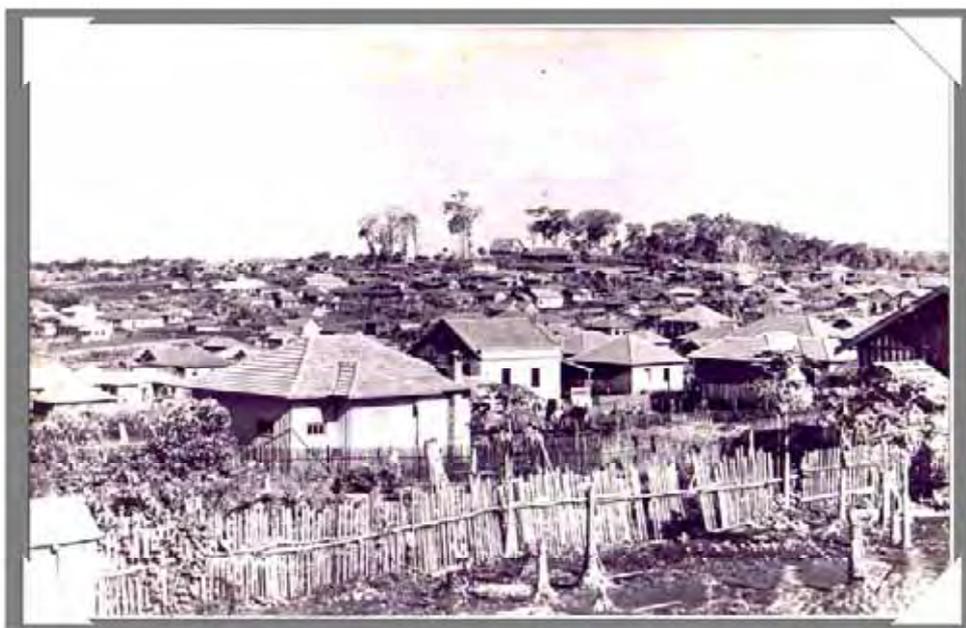
ATENDE A CHAMADOS A QUALQUER HORA

Consultório e Residência:
Avenida Paraná, 954-LONDINA

Localiza o ponto a ser atingido. É um aparelho sofisticado, serve à maioria de casos de "Wife Death", permite radiografar e fazer exames de pele.

Localiza o ponto a ser atingido. É um aparelho sofisticado, serve à maioria de casos de "Wife Death", permite radiografar e fazer exames de pele.

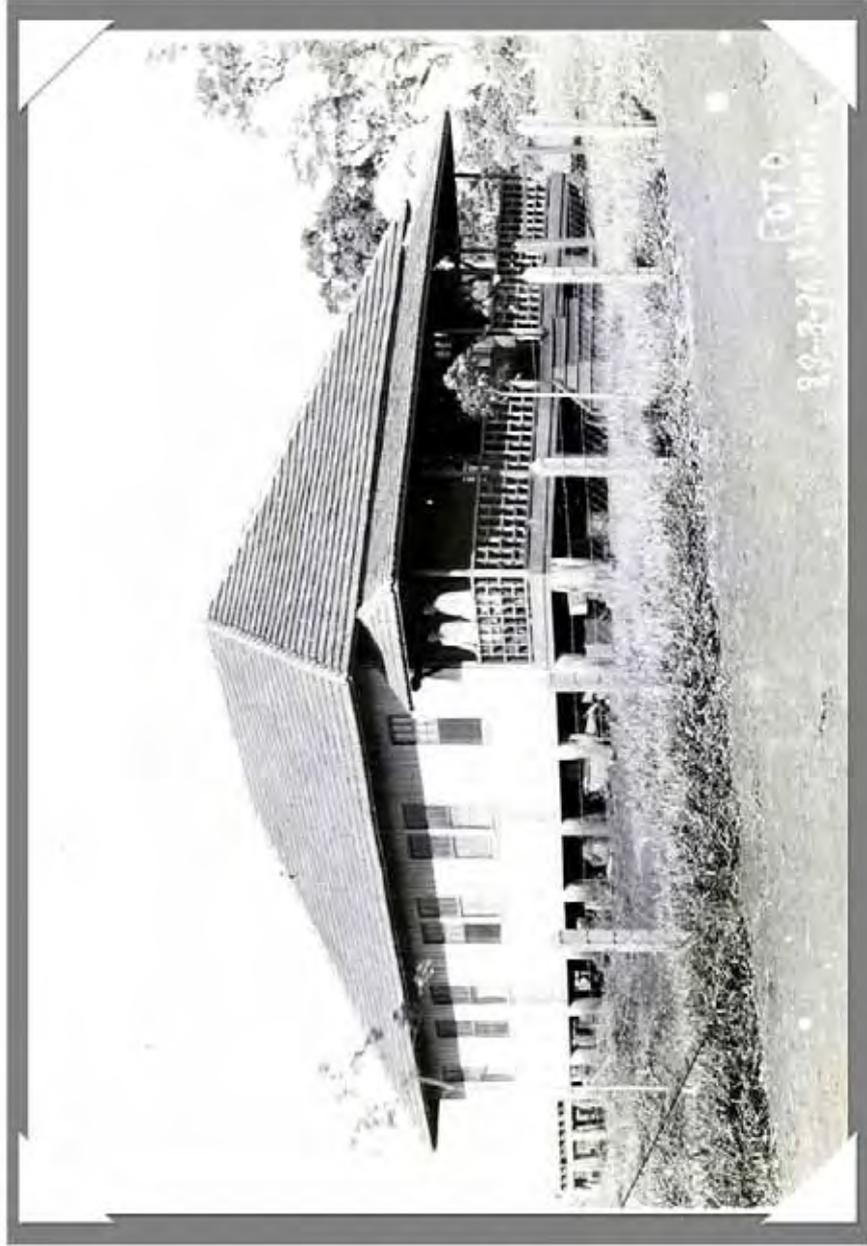
Propaganda de Clínicas e Médicos publicadas em 1938. Jornal Paraná Norte. CDPH-UEL.



A cidade de Londrina em 1938. Foto: Jose Juliani. Museu Histórico de Londrina-UEL.



A cidade de Londrina em 1969. Museu Histórico de Londrina-UEL.



Hospital da Companhia, 1936. Foto José Juliano. Museu Histórico de Londrina - UEL.



Santa Casa de Misericórdia, 1944. Foto José Juliani. Museu Histórico de Londrina - UEL.



Casa de Saúde Rocha Loures, 1947. Museu Histórico de Londrina-UEL.



Hospital Evangélico década de 1950, Museu Histórico de Londrina-UEL.



Hospital Evangélico, 1969. Foto Osvaldo Leite. Museu Histórico de Londrina-UEL.

II PARTE:

CRISES E MUDANÇAS

CAPÍTULO IV:

OS SERVIÇOS PREVIDENCIÁRIOS E O MOVIMENTO DA LIVRE ESCOLHA.

Da cultura africana de Tizangara¹⁵⁹ temos algumas frases enigmáticas. Uma delas é simbólica para este capítulo da narrativa: “O mundo não é o que existe, mas o que acontece”.

O que os médicos criaram e por vinte anos funcionou a contento corresponde, no entender da AML, ao que existia antes de 1941, mas, ao ser o mundo o que acontece, movimentos e mudanças são necessários. E o que foi criado na década de 1940 já não era igual na década de 1950. Portanto, a afirmação da AML é a expressão da vontade de que aquilo que foi criado deveria permanecer. Na verdade, a percepção é de que, o denominado campo médico de Londrina, a partir da criação da AML e o estabelecimento do acordo com a Santa Casa para que fossem prestados os atendimentos sob o controle de membros do denominado campo, sofreu alterações nos anos seguintes. Na verdade, todo o contexto da colonização promovida pela CTNP sofreu alterações.

A CNTP, ao ser vendida para um grupo paulista e transferida para este grupo em 1944, passou a denominar-se Companhia Melhoramentos Norte do Paraná (CMNP). Até o título da nova administração indicava algo diferente: Companhia Melhoramentos. Melhorar aquilo que já havia sido realizado, mudar, quem sabe redimensionar. Na verdade, do ponto de vista da colonização, havia ainda muito a ser feito, porque até 1943 a CTNP havia vendido 84.622,37 alqueires de terras de um total de 544.017 de sua propriedade, colocados à venda. Com a nova companhia, a CMNP, até 1952 foram vendidos 225.341,74 alqueires. Portanto, quase dois terços a mais que na administração inglesa. Isto significou mais pessoas em circulação, mais comércio, e mais necessidades de serviços de atendimentos médicos.

Opinião de um articulista em uma revista da época:

... por mais absurdo que pareça, o norte do Paraná não começou ainda... Não começou, porque é imenso, ainda, a quantidade de café a produzir. Noventa por cento de suas lavouras cafeeiras esperam, ainda, a primeira florada para o milagre extraordinário de sua fecundação. Depois sim, depois será então na ordem econômica, verdadeiramente, o seu começo... Diariamente, homens de todas as latitudes aqui aportaram... Esta peregrinação tem muito de parecido com a penetração e conquista do Oeste Americano. Vem todos eles à procura de riqueza da qual a terra é, sempre, a maior depositária... (ROCHA: Revista Pioneira, 1949, pág. 72).

¹⁵⁹ Extraído do livro “O Último Vôo do Flamingo” de COUTO, Mia. São Paulo: Cia das Letras, 2005, pág.13

De outro articulista:

De fato, até 1947, o progresso no norte foi seguindo seu caminho normal, sem agitação. Mas, aberta a porteira... a boiada estoura. Uma verdadeira avalanche humana, saindo de todos os recantos do Brasil e até do estrangeiro, precipitou-se sobre o norte, na faina de adquirir terras e se enriquecer de um dia para outro... (BARROSO, 1956: págs.: 29 e 30).

Estes articulistas falam de muita gente, de plantações de café, de muita riqueza em circulação. Todos foram elementos suficientes para mudar a configuração desta região. E se tomarmos como ponto de partida o ano de 1945, final do governo de Getúlio Vargas e das intervenções estaduais, e levarmos em conta a criação de partidos políticos, as organizações e realizações de eleições, percebemos que outras mudanças qualitativas se processaram no âmbito da cidade de Londrina e região. Médicos militaram em partidos políticos, foram candidatos, alguns foram eleitos. Este fato trouxe a possibilidade de que as relações internas entre agentes do denominado campo médico fossem passíveis de conflitos políticos e alterações substanciais, pois havia médicos militantes do Partido Comunista – Newton Leopoldo Câmara - médicos militantes no Partido Republicano – Jósimo da Rocha Loures – e médicos militantes no partido da UDN. Sem falar do PTB e PDS. A UDN foi conhecida como um partido conservador que se opunha às políticas do PTB e PDS, criados no governo de Getúlio Vargas. O PTB foi, até os anos de 1960, o partido de fortes influências em sindicatos e nos IAPs que implantaram os serviços de atendimentos médicos previdenciários no Brasil e em Londrina (1950 e 1960).

O partido da UDN foi fundado em Londrina com a participação de membros dos três campos organizados em associações na cidade: os médicos, com a AML; os produtores rurais, com a Sociedade Rural de Londrina e os Comerciantes, com a Associação Comercial:

Os cafeicultores associados, profissionais liberais (médicos, engenheiros e advogados) e comerciantes, assumiram o controle político no município... Foram eles os fundadores da UDN em Londrina, partido através do qual mantiveram longa hegemonia... dentre os anos de 1947 e 1968. (ARIAS NETO, 1993, p. 78)

Convém destacar que médicos poderiam participar das três associações: como associados à AML, por serem médicos; como associados à ACL, por terem propriedades comerciais, como hotel, etc.; e como associados à ARL, por serem produtores rurais como proprietários de fazendas.

Fazendo parte das mudanças ocorridas em todos estes processos, a própria cidade passou a ter outra configuração na década de 1950. Houve a multiplicação de loteamentos

urbanos, nos quais surgiram vilas ao redor do núcleo central da cidade. Foram sendo construídas muitas casas luxuosas, multiplicando-se também os casebres, a pobreza com o aumento do custo de vida¹⁶⁰; circulavam muitos vadios, malandros; havia casas de jogos e prostituição; a água tratada era insuficiente, os problemas sanitários, muitos...¹⁶¹.

Do ponto de vista sociocultural, a configuração da cidade e região alterou-se significativamente. A princípio, para o denominado campo médico, os serviços articulados na década de 1940, ‘funcionavam a contento’, e mais hospitais particulares foram sendo criados, como, por exemplo, a transformação da Clínica Rocha Loures em um hospital, o Hospital São Leopoldo, com sessenta e três leitos. Também houve a criação do Hospital Evangélico, outro hospital que se somou às características da Santa Casa, instituições franqueadas a agentes do campo médico, onde médicos realizavam atendimentos tanto caritativos quanto da denominada medicina liberal. O Hospital Evangélico disponibilizava vinte leitos para médicos internarem seus pacientes da denominada medicina liberal, e outros vinte leitos para atendimentos filantrópicos.

Opinião de um médico que participou do processo de atendimentos filantrópicos da época:

Eu atendia um dia por semana, 24 horas atendendo indigentes. Porque nós sabíamos que aqueles eram realmente indigentes. E os fazendeiros nos ajudavam através de ajudas à Santa Casa, davam feijão, carne, tudo. Porque nós atendíamos o colono dele também.

O dia inteiro atendíamos os corredores cheios da Santa Casa, e às 4 horas, quando íamos ao consultório estava cheio de clientes particulares.

Nos dávamos ao luxo de atender muito bem e nos fins de semana descer de avião para São Paulo para uma boa boate. No domingo voltava para trabalhar na segunda. (ENTREVISTA com Campanelli em 11-04-1983. Arquivo Zelma, CDPH-UEL).

Pela quantidade de vadios, malandros, prostitutas, de problemas sanitários e de favelas, havia de fato muitos indigentes. Porém, na entrevista percebe-se que os trabalhadores rurais, os pequenos agricultores, por não terem recursos para os atendimentos particulares, também foram considerados indigentes. A entrevista revela ainda uma mão dupla entre médicos e fazendeiros: os médicos atendiam os trabalhadores rurais como indigentes, e em troca recebiam as benesses dos fazendeiros.

Outro documento da AML menciona:

¹⁶⁰ ADUM, S.M., Op. Cit., 1991: “As notícias eram de muita carestia nos produtos básicos de alimentação geral. Uma das razões era que se exportava muito o produzido e os preços ficaram maiores internamente”

¹⁶¹ ARIAS NETO, Op. Cit., 1993. p. 102

Os proprietários rurais fazem um acordo não escrito com a Santa Casa e os médicos: os seus empregados, parceiros ou meeiros, ao precisarem de assistência médica-hospitalar, seriam atendidos ou internados no hospital como indigentes, conforme a ficha de controle, mas na verdade pagarão o próprio atendimento com o rápido retorno ao trabalho, enquanto que os patrões enviarão ao hospital donativos em dinheiro ou mercadorias de consumo. (AML: 1991, p. 32).

Em certa medida, o esquema montado de comum acordo por médicos, Santa Casa e fazendeiros obedecia a um critério diferente do que havia nos atendimentos médicos que os empresários propiciaram a seus trabalhadores, conquanto estes lhes fossem fiéis. De alguma forma, o patrão, no caso, o fazendeiro, fazia saber aos seus empregados que os atendimentos médicos eram possíveis devido às boas relações dele, fazendeiro, com os médicos e a Santa Casa. De sua parte, médicos conseguiam, graças às boas relações com os fazendeiros e seus familiares, conquistar clientes particulares, aumentando seu capital social. Como consequência do mecanismo da livre escolha, só podia ser escolhido o médico que fosse conhecido por seus méritos. À medida que o médico fosse adquirindo capital social, ou seja, sendo conhecido e procurado por um maior número de pessoas, mais nível hierárquico adquiria dentro do denominado campo.

Apesar das mudanças socioculturais ocorridas na cidade, e até por causa destas mudanças, a década de 1950 começou com a relativa continuidade do que vinha realizando, enriquecido com o Hospital São Leopoldo e o Hospital Evangélico para os agentes do denominado campo médico que estava sendo constituído em Londrina. O que já havia sido estruturado e mais as novidades hospitalares, estava em pleno funcionamento. Porém, com a mobilização da população da cidade, principalmente com o surgimento dos sindicatos, foram surgindo os serviços de atendimentos médicos previdenciários. E para a compreensão destas mudanças, é necessária a reflexão que leve em consideração o aspecto cultural daquilo que estava ocorrendo no Brasil, para podermos compreender o que começava a ocorrer, em meados da década, na cidade de Londrina.

4.1 – Mudança Cultural.

No pensamento sociológico, a afirmação de que a medicina particular, denominada liberal pelos médicos, convive com a medicina filantrópica, denominada de medicina de indigentes, é própria da visão sociocultural da relação do eixo doença - pobre - doente. Esta visão foi importante para o higienismo, pelo menos desde fins do século XIX e começos do

século XX, quando o Estado brasileiro investiu no processo de controle e eliminação de doenças. Como já foi descrito, o exemplo clássico da literatura de Monteiro Lobato, “*O Jeca Tatu*”, foi típico dessa visão cultural. As campanhas de higiene, educação sanitária, controle de mosquitos (febre amarela), de ratos (peste bubônica), faziam parte desta visão sociocultural da relação doença - pobre - doente. Uma vez que existia a doença e o pobre ficava doente, eram necessários atendimentos médicos. Portanto, esta visão favorecia a prática filantrópica, o atendimento a indigentes, como foi denominada em Londrina¹⁶².

Para o que nos interessa nesta narrativa, com relação aos serviços de atendimentos médicos previdenciários em Londrina, os estudos a respeito das circunstâncias do avanço da previdência social para o interior do país¹⁶³ trazem uma relativa concordância, a saber, a implantação teve um processo lento. Inicialmente, na década de 1920 os serviços de atendimentos médicos previdenciários foram implantados de forma limitada, quando foi promulgada a Lei Eloy Chaves. Esta lei foi modificada na década de 1930 por Getúlio Vargas, permitindo que os serviços médicos previdenciários fossem, pouco a pouco, implantados pelo interior. A lei de 1923, de Eloy Chaves, criou as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), restritas às empresas. Na década seguinte foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que beneficiava as categorias de trabalhadores, não mais por empresas, e foram se estendendo para todo o território nacional. Porém, até 1945 a previdência social funcionou mais como poupança forçada, sendo seus recursos utilizados mais para a infraestrutura econômica. Só a partir desta data é que a assistência médica previdenciária foi sendo sensivelmente ampliada ou implantada pelo interior, extrapolando o âmbito das capitais ou dos grandes centros urbanos, onde havia mais indústrias e sindicatos.

¹⁶² Quem sabe esta prática foi exercida desde a época colonial no Brasil, e até no século XIX, ao serem criadas as Santas Casas, quando praticamente estas não eram atendidas por médicos. Elas persistiram no século XX porque no interior do país ainda foram criadas para atendimentos filantrópicos, como em Londrina. Com uma diferença do que ocorria nos séculos anteriores: as Santas casas do século XX foram criadas para que médicos atendessem, com um detalhe: a terminologia “indigente” vinha de séculos anteriores. Tudo foi adaptado.

¹⁶³ Para citar alguns dos estudos da previdência, consultados para a realização desta narrativa:
 COHN, Amélia: *Previdência Social e Processo Político Brasileiro*.
 POSSAS, Cristina de A.: *Saúde e Trabalho: a crise da Previdência Social*.
 FALEIROS, Vicente de P.: *A Política Social do Estado Capitalista*.
 MERHY, Emerson E.: *A Saúde Pública como Política*.
 MALLOY, James M.: *Política de Previdência Social no Brasil*.
 SOUSA BRAGA, José C, e PAULA, s.g. de: *Saúde e Previdência: estudo de política social*.
 COSTA, Nilson do R.: *Lutas Urbanas e Controle Sanitário*.
 IYDA, Massako: *Cem anos de Saúde Pública: a cidadania negada*.

A data de 1945 é simbólica no sentido de que, com o fim da Segunda Guerra Mundial, o direcionamento de políticas internacionais de industrialização chegou ao Brasil. Por exemplo, na década de 1950 a industrialização no país foi, cada vez mais, adquirindo caráter internacional, principalmente com o governo de J. K.¹⁶⁴. E o país foi mudando, levado pela necessidade. Com o aumento da industrialização aumenta o número de sindicatos de trabalhadores e de lutas políticas. Em vista disso, foi necessário aumentar os serviços públicos, como os serviços de atendimentos médicos previdenciários com os IAPs, que foram sendo expandidos¹⁶⁵. À medida que com os sindicatos, chegavam os atendimentos médicos, os trabalhadores filiavam-se cada vez mais, aumentando os recursos arrecadados e possibilitando a expansão dos IAPs.

Nesse contexto, a visão sociocultural do processo da saúde e doença, mudou. Antes a relação foi doença-pobre-doente. Nesse período passou a ser pobreza-doença-pobre. Antes, o Estado se preocupava com as doenças (principalmente as epidemias e endemias), e criava condições para denominado campo médico brasileiro constituído se expandir. Nesta expansão, agentes do campo foram criando a denominada medicina liberal, cuidando dos doentes que de alguma forma procuravam seus serviços remunerados, e caritativamente atendendo aos que denominavam indigentes. Na nova percepção, o Estado passou a ocupar-se mais do trabalhador, e os atendimentos médicos previdenciários passaram a ser vistos como um ganho, como um direito dos trabalhadores. Como vimos, em Londrina os atendimentos filantrópicos, denominados atendimentos de indigentes, eram estendidos aos trabalhadores rurais, ou aos trabalhadores cujas rendas não permitiam que participassem da, denominada por agentes do campo, medicina liberal. Nesses casos, o trabalhador tinha duas opções: uma, economizar ou endividar-se, gastando sua poupança, seu pecúlio, com o médico de sua escolha. A segunda, era submeter-se à qualificação de indigente¹⁶⁶. Culturalmente, no entanto, não ser qualificado de indigente já era um ganho significativo para o trabalhador. E essa condição passou a ser real com os atendimentos previdenciários.

¹⁶⁴ Fazia parte de um processo de entendimentos do governo norte-americano com o governo brasileiro o incremento de um processo de substituição de importações, o que acarretou um aumento de indústrias, aumento de sindicatos, aumento da previdência, etc.. Ver: MOURA, Gerson: Tio Sam Chega ao Brasil – a penetração cultural americana. São Paulo, Ed. Brasiliense, 1986.

¹⁶⁵ Em 1949 os gastos com atendimentos médicos eram de 7,3% da despesa total da previdência; em 1960 passaram para 19,3%; em 1966 para 24,7% e em 1967, quando todos os Institutos foram unificados no INPS, passaram para 29,7%. In: TOMASI, Zelma: Op. Cit., 1985, p.77.

¹⁶⁶ “Metade dos leitos da Santa Casa eram de indigentes: estes indigentes eram qualquer pessoa que não podia pagar médico particular. Era muita gente” (Entrevista com Van Der Berg em 09-04-83. Arquivo Zelma, CDPH-UEL).

Historicamente esta mudança da percepção do eixo doença-pobre-doente para pobreza-doente-pobre, possibilitou o entendimento que os atendimentos médicos passaram a ser, como foi afirmado, um direito do trabalhador, não uma obra de caridade. A doença passou a ser percebida como consequência, e não como causa da pobreza. E para a industrialização, trabalhador doente não é negócio. Este sentido cultural não foi percebido por agentes do campo médico de Londrina, que estava muito preocupado com o desenvolvimento da denominada medicina liberal, e por todo o Movimento da Livre Escolha que teve seu início no interior do Estado de São Paulo. É possível que este fato ocorreu porque, no sistema caritativo, agentes do campo médico detinham o controle dos atendimentos em razão dos acordos estabelecidos com as instituições de serviços (principalmente os hospitais). O sujeito era o médico. Com os atendimentos previdenciários, os institutos detinham o controle dos serviços, e o sujeito passou a ser o usuário, no caso, os trabalhadores.

Fazendo uma reflexão com base no parágrafo da AML destacado nesta narrativa, onde está implícita a defesa de uma percepção de autonomia dos atendimentos médicos, entendida dentro da perspectiva ideológica da denominada medicina liberal, percebemos, no entanto, que é possível a percepção de outras duas características da autonomia. A primeira, a autonomia ética responsável: o médico é autônomo e responsável pelo diagnóstico e encaminhamentos terapêuticos de toda pessoa necessitada de atendimentos que o busca ou lhe é confiada para ser atendida. Esta autonomia também lhe confere o reconhecimento por outros agentes do denominado campo médico, como médico. A partir desta autonomia, manifesta-se a segunda característica, ou seja, todo médico decide exercer conscientemente a autonomia ética em serviços nos quais ele assume o compromisso de prestar atendimentos. Estes serviços podem ser particulares (da denominada medicina liberal) ou públicos; por salário ou credenciamento. Ele é autônomo, e uma vez que assume o compromisso, é responsável e deve exercer a autonomia ética do diagnóstico e terapias, para o bem do paciente. Esta é a essência cultural de ser médico, que está no Voto Ético Hipocrático que todo aluno de Medicina faz para tornar-se médico reconhecido.

4.2 – O Movimento da Livre Escolha.

Nesta narrativa, a compreensão é de que o Movimento da Livre Escolha ocorreu porque teve como principal causa problemas de conflitos internos do campo médico, relacionados com prestígios hierárquicos, de capital cultural e capital social, que acarretaram perdas e

conquistas para médicos - a - b ou c - de pacientes-clientes no processo de apropriação do que o campo produz, que são atendimentos médicos. No entanto, convém que destaquemos outras questões que podem ser colocadas para facilitar uma maior abrangência da percepção do movimento.

Começamos com o contexto geral da região de Londrina que facilita a percepção de predisposição a frustrações e conflitos, que propiciaram as reações conservadoras, pois o Movimento da Livre Escolha foi identificado, em estudo sociológico, como uma expressão cultural conservadora ¹⁶⁷, pelo menos no sentido de permitir preservar ou manter o que se tinha aparentemente conquistado.

Até os primeiros anos da década de 1950, vivia-se a euforia do café:

No mundo inteiro, certamente não existe uma cidade situada no meio de uma MINA DE OURO, como é o caso de Londrina. Quando o avião começou a sobrevoar o estado do Paraná, se aproximando de Londrina, aos meus olhos se apresentou um panorama único no mundo. Uma imensa gleba de terras com pequeninas árvores plantadas simetricamente que não termina nunca... O comandante...sorridente...me explicava que aquelas arvorezinhas, que não tinham mais de dois metros e meio de altura, eram plantações de café. (FOLHA DE LONDRINA,10-01-1953)

Esta opinião foi publicada em janeiro de 1953. E no mês de junho houve uma grande geadada que queimou os cafezais, justamente no mês em que se dava início à colheita de café, causando prejuízos na qualidade dos frutos. Para salvar a plantação, era necessário uma imediata poda seja das plantas, desde o tronco, seja das ramas queimadas, para propiciar um rebrote e uma recuperação mais rápida para outras safras. Este fenômeno causou uma significativa quebra na produção, cujo resultado foi uma menor quantidade de recursos financeiros em circulação na economia da cidade. Como havia médicos proprietários de cafezais¹⁶⁸, não se pode descartar que também tiveram prejuízos. Por outro lado, com a diminuição de dinheiro em circulação, com a contenção de gastos por parte dos produtores, podemos supor que este fato repercutiu nos consultórios médicos e no esquema da ‘medicina de indigentes’, criado por médicos em conjunto com a Santa Casa com as contribuições de fazendeiros.

¹⁶⁷ Dissertação de Mestrado na USP da socióloga Zelma T. Tomasi: “Da Medicina Liberal à Medicina Previdenciária”. USP, 1985.

¹⁶⁸ Muitas pessoas, inclusive médicos, se dirigiram para Londrina devido à possibilidade de “ficarem ricos”. Duas opiniões: “Vim para Londrina para prosperar na vida (Adolfo Barbosa Góes: entrevista do dia 15-07-1980), e: “Em Londrina se falava muito que se podia ficar rico, mas as possibilidades eram muitas, inclusive de ficar rico. Mas isso é coisa excepcional. Ficava rico se, com bom senso, aplicava seu dinheiro fora da medicina (em cafezais, por exemplo) “(Vander de Carvalho: entrevista do dia 11-04-83. Arquivo Zelma, CDPH- UEL).

Em 1955, dois anos depois, quando possivelmente os cafezais ainda não estavam bem recuperados da geada de 1953, houve outra geada. Esta foi devastadora. Depois de alguns dias de chuva houve um frio intenso e a geada foi denominada de “geada negra”: matou as plantas até às raízes.

Os cafeicultores, sem créditos, recorreram ao Governo federal, no Rio de Janeiro, reivindicando apoio para a cafeicultura. Não conseguiram, porque havia uma superprodução de café no Brasil¹⁶⁹. Em contrapartida, o resultado dessas perdas de cafezais fez com que muitos pequenos produtores, por terem perdido suas plantações, se viram obrigados a vender suas propriedades e a buscar outras alternativas de vida na cidade¹⁷⁰, resultando o fenômeno de concentração de propriedades rurais e o aumento de trabalhadores na área urbana. Nesse contexto foram sendo criados os sindicatos (para os trabalhadores defenderem seus direitos e também fazerem as reivindicações). Na década de 1950 foram criados os seguintes sindicatos: dos Bancários, em 1954, ligado ao IAPB; dos Empregados do Comércio, em 1955, ligado ao IAPTC; dos Condutores de Veículos Rodoviários, em 1957, ligado ao IAPTC; dos Trabalhadores de Indústrias Metalúrgicas, Mecânica e Materiais elétricos, em 1957, ligado ao IAPI; dos Empregados de Hotéis e Similares, em 1959, ligado ao IAPC; de Servidores do Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos, em 1957, ligado ao IAPC¹⁷¹.

À medida que os IAPs iam sendo ampliados para o interior, de acordo com a tendência geral no Brasil, os atendimentos médicos previdenciários foram sendo implantados¹⁷². Como os IAPs eram centralizados em âmbito federal, os médicos eram contratados ou credenciados por decisões centrais, de acordo com as demandas. Cada IAP tinha uma realidade financeira

¹⁶⁹ ARIAS NETO: Op. Cit., 1993, p. 138.

¹⁷⁰ A população urbana de Londrina, de 1950 para 1960 passou de 34.230 para 77.382 habitantes. Mais que duplicou. De 1960 para 1970, passou para 163.528. FONTE: IBGE, citado por TOMASI, Zelma. Op. Cit., 1985, p.159;

“Nestes anos, todo tipo de negócio havia em Londrina: hotéis, bares, pensões, casas comerciais... Na produção: serrarias, máquinas de beneficiamento de arroz, milho, algodão, café; ateliers de alfaiates; cerâmicas, marmorarias, carpintarias, torrefação a moagem.Comerciais: açougues, peixarias, bares, quitandas, dentistas.” Fonte: ARIAS NETO. Op. Cit., 1993, p. 99.

¹⁷¹ Fonte: IBGE. Citado por: TOMASI, Zelma.Op. Cit., 1985. p. 163.

¹⁷² “...começou a crescer (o assalariamento médico) e os sindicatos começaram a pressionar os Institutos para das assistência médica. Os médicos que atendiam eram os que precisavam. Os das clínicas particulares nem tomavam conhecimento disso...”; Fonte: Entrevista com Arthur Van Der Berg em 09-04-1983. Arquivo Zelma, CDPH-UEL.

diferente, também os pagamentos eram, portanto, diferentes¹⁷³. Mesmo assim, vários médicos começaram a trabalhar com os institutos em Londrina, num total de quinze médicos na década de 1950¹⁷⁴.

Analisando cópias de atas de reuniões da segunda metade da década de 1950, tanto da diretoria como de assembleias da AML, percebemos que havia uma preocupação mais acentuada com relação às questões de honorários médicos, destacando-se uma discussão, de caráter interno entre agentes do denominado campo médico, relacionada com a grande diferença de remuneração entre os atendimentos clínicos e os atendimentos cirúrgicos¹⁷⁵. Nas atas seguintes, a categoria manifesta preocupação com relação a concorrentes de determinados tipos de atendimentos, como as parteiras e colegas que se utilizavam do charlatanismo, ou ainda com pessoas que exerciam a medicina sem credenciamento comprovado¹⁷⁶.

Em 1956, os atendimentos previdenciários começaram a incomodar médicos, principalmente os membros da diretoria da AML. A Santa Casa passava a internar pacientes conveniados com os institutos, o que significava um possível descompasso entre os serviços da denominada medicina liberal e os da medicina de indigentes, firmados entre a AML e a direção da Santa Casa. Para resolver esta questão, a AML solicitou a contratação de residentes ou internos, alunos de Medicina (internos), ou recém- formados com pouco capital social interno no denominado campo médico (residentes), para montarem o fichário da Santa Casa, elaborando as fichas de controle dos indigentes, com a finalidade de saber quem poderia pagar ou quem não poderia pagar pelos atendimentos¹⁷⁷. Nesse mesmo ano, a diretoria da AML nomeou uma comissão para elaborar um estudo com a finalidade de discutir em assembleia a respeito dos honorários médicos.

Duas assembleias foram convocadas e não houve *quorum* para o debate. Só em uma segunda convocação foi efetivada a reunião com os presentes, em que o presidente da

¹⁷³ “... tinha um Instituto no meio como se fosse um oásis que nós tínhamos muito prazer em atender. O IAPB atendíamos muito bem porque pagava em cima, direitinho”.Fonte: entrevista com Elias Campanelli em 11-04-1983. Arquivo Zelma, CDPH -EL.

¹⁷⁴ Cópia de documento “A”, em anexo, de 05 de março de 1960. Fonte: Arquivo Zelma, CDPH-UEL.

¹⁷⁵ Ata de 18-05-1954. Fonte: Cópia Arquivo Zelma, CDPH-UEL.

¹⁷⁶ Atas dos dias 15-02-1955 e 29-03-1955. Fonte: Cópias do Arquivo Zelma, CDPH-UEL

¹⁷⁷ Ata de 23-06-1956. Fonte: Cópia do Arquivo Zelma, CDPH-UEL.

assembléia lamentou o desinteresse da categoria¹⁷⁸. A intenção foi estabelecer valores a serem cobrados de todos os institutos por igual, apesar das suas diferentes capacidades financeiras.

O que podemos interpretar nos documentos produzidos nesse período é que à direção da AML incomodava a perda do controle por parte da categoria sobre instituições de serviços de atendimentos médicos, por não aceitarem a modalidade de assalariamento ou pela possibilidade de que esta modalidade de remuneração se efetivasse, principalmente quando se propalou a notícia de que haveria a possibilidade de ser construída uma policlínica por um dos institutos. Esta possibilidade nunca se efetivou, principalmente por causa da formalização do Movimento da Livre Escolha. No entanto, o incômodo da situação fez com que fossem alterados os estatutos da AML, nos quais foi incluída a constituição de uma Comissão de Defesa da Classe¹⁷⁹.

A reação de agentes do campo médico em vista da situação dos acontecimentos, porém, não foi homogênea. Como foi referido acima (ver nota de rodapé n.173), médicos que aceitavam trabalhar com os institutos, dependiam desse trabalho para completar seu orçamento. Os das clínicas particulares não se sentiram ameaçados no início. Era um problema de hierarquia de capital social dentro do campo. Mas quando membros da hierarquia mais elevada acusaram a situação, houve reação:

...em 55,56,57, uma parte da classe médica começou a reagir contra os Institutos”(Dr. Queirós em 29-03-83). “Era um movimento de uma minoria que se impunha,... começou a crescer (o assalariamento) e os sindicatos começaram a pressionar os Institutos para dar assistências médicas. Os médicos que atendiam eram os que precisavam...(ENTREVISTA: Van Der Berg, 09-04-83)

Podemos fazer uma leitura dos acontecimentos dos últimos anos da década de 1950, comparando o que médicos agentes do campo médico de Londrina realizavam com o que acontecia nas capitais e grandes centros urbanos. Em Londrina, os serviços médicos que foram sendo criados, correspondiam, de certa forma, ao que já era realizado por médicos com prática científica a partir da constituição da medicina científica brasileira nas primeiras décadas do séc. XX. Ou seja: naqueles anos, médicos passavam a prestar atendimentos em virtude de alguma forma de contrato, em instituições de serviços como as Associações de Mútuo Socorro, ou ainda as dos serviços criados por empresários para seus operários. Também prestavam atendimentos nos incipientes serviços de atendimentos previdenciários criados pela lei Eloy Chaves, em 1923. Portanto, para o denominado campo médico brasileiro,

¹⁷⁸ Atas de 07-08-56, 13-10-56 e 27-11-56. Fonte: Cópia Arquivo Zelma, CDPH-UEL

¹⁷⁹ Ata do dia 06-11-1956. Fonte: Cópia Arquivo Zelma, CDPH-UEL.

ao qual se agregava o campo de Londrina como uma extensão, não eram novidades as formas diferentes de atendimentos não controlados, ou de não propriedade de agentes do campo, com a alternativa de assalariamento de médicos. No entanto, para a AML que havia criado, em 1944, um *'sistema que funcionou a contento'* com a Santa Casa, as diferentes modalidades de serviços de atendimentos (como os previdenciários), causavam, no mínimo, algum incômodo, exatamente por causa do assalariamento que provocava a quebra da hierarquia entre agentes do denominado campo médico.

A bandeira da reação de agentes do campo médico de Londrina foi intitulada de Livre Escolha do Médico pelo Paciente.

Embora, já no final da década de 1950 tivesse havido manifestações sobre este problema, é somente na década de 60 que o mesmo tomará corpo em diferentes graus de manifestação e organização, em diferentes pontos do país. A partir de 1956 quando médicos de S.Paulo se reuniram em Presidente Prudente, organizaram uma tabela própria de honorários e tentaram impor o regime de Livre Escolha à Previdência Social, o movimento se alastrou por outras cidades do estado de S.Paulo, tais como Taubaté, Jaú, Ribeirão Preto, Assis, além de Londrina, no estado do Paraná”.

Entretanto, foi somente na década de 60 que esse movimento passou a ter um peso maior na medida em que a Associação Paulista de Medicina e, em seguida, a Associação Médica Brasileira resolveram assumir oficialmente as reivindicações das Associações Médicas do interior do estado. (TOMASI, 1985, 92).

Nessa citação é importante notar que o interior do Estado de São Paulo e o Norte do Estado do Paraná, onde, na interpretação desta narrativa, teriam sido desenvolvidas as fronteiras agrícolas do cultivo do café e a expansão do campo médico brasileiro, foram as regiões onde ganhou importância o Movimento da Livre Escolha. Este movimento consistia, basicamente, em homogeneizar os atendimentos médicos previdenciários com os seguintes critérios basilares:

- 1.- Todos os médicos do campo local seriam credenciados a atender os previdenciários, desde que o paciente escolhesse o médico para o atendimento.
- 2.- O pagamento deveria ser por unidade de atendimento.
- 3.- O pagamento deveria ser uma remuneração condigna, estabelecido, em Londrina, pela AML¹⁸⁰.

Estes três critérios básicos, no caso de Londrina, apontava para a continuação, na essência, do sistema anterior acordado entre a AML e os hospitais filantrópicos com a medicina de indigentes. Uma dedução que podemos fazer do acordo entre AML e Santa Casa

¹⁸⁰ Ata da AML de 28-03-1960. Fonte: Cópia do Arquivo da Zelma, CDPH - UEL

era que os médicos trabalhariam prestando atendimentos a indigentes e buscariam conquistar clientela, sendo os atendimentos a indigentes, no nosso entender, uma importante fonte para a aquisição de capital social - tornar-se conhecido pela população e formar a própria clientela. A partir dessa dedução, inferimos o seguinte: para a nova situação com os atendimentos previdenciários, cada médico que tivesse conquistado seus pacientes-clientes por méritos de seu capital cultural e social dentro do campo, pelos critérios basilares acima citados, teria o direito de continuar sendo escolhido pelos seus pacientes para os atendimentos previdenciários, não os perdendo para o instituto a, b ou c, caso o instituto pretendesse confiá-los a outro médico.

A segunda dedução que podemos destacar dos três critérios do movimento existente em Londrina é que o movimento devolveria à AML o controle dos serviços de atendimentos médicos que se ofereciam na cidade. Estas deduções fazemo-las pelo fato de que foi estabelecido um protocolo que todos os médicos do campo de Londrina, filiados à AML deveriam assinar. Na verdade, eram três os protocolos propostos pela AML:

Um protocolo dirigido para médicos:

Determinar as assinaturas do referido protocolo em que todos seus associados (acima de 90% dos médicos da cidade) se comprometem a não aceitar claramente, nenhum cargo, “credenciação” ou função em troca de salário fixo. (OFÍCIO CIRCULAR 56/60 - 22-03-1960.).

Quinze médicos sócios da AML eram nomeados, credenciados ou assalariados pelos institutos. Eles deveriam, também, assinar o protocolo e renunciar a sua relação contratual com o instituto no qual prestavam atendimentos. Um deles não assinou e foi suspenso pela AML, impedido, até, de realizar atendimentos particulares, porque os hospitais, particulares e filantrópicos, não podiam atender pacientes de médicos que a AML não recomendasse, de acordo com o protocolo dos serviços de atendimentos.

Houve reação a essa restrição que interdizia ao médico encaminhar seus clientes particulares aos serviços hospitalares e a exames laboratoriais:

A atitude da AML violou inadvertidamente princípios fundamentais da constituição brasileira. Atentou contra um princípio básico das constituições modernas que é a livre empresa. Só na Idade Média, quando havia corporações se usava ditar sanção ao livre exercício profissional. A abolição deste delito está consagrado em todos os códigos jurídicos e constitucionais modernos como uma das maiores conquistas da civilização moderna....(ISAC B., 21-04-1960.).

Devido à seriedade da situação criada, a AML reconheceu que aqueles médicos nomeados tinham direito adquirido como servidores públicos estatutários. Em acordo com os

institutos, estabeleceu-se que eles continuariam trabalhando vinculados à previdência, como triadores, ou seja, fariam uma avaliação do paciente e recomendariam o paciente ao médico de sua preferência ¹⁸¹.

O primeiro protocolo na ordem da AML foi o seguinte:

Promover a lavratura de um Primeiro Protocolo Inter Profissional em que os Diretores de Hospitais de Londrina se comprometem a só admitir em seus quadros clínicos a membros da AML; e comprometem-se ainda, a suspender ou restringir as prerrogativas dos médicos que sob eles trabalharem sempre que a AML solicitar (IDEM, Ofício Circular 56/60).

Deste protocolo é que derivou a proibição do médico trabalhar no hospital com seus pacientes, porque não assinou a renúncia ao Instituto.

O terceiro protocolo foi para os auxiliares:

Promover a assinatura de um terceiro Protocolo em que os colegas que prestam serviços auxiliares (radialistas, analistas, fisioterapêutas e trans profissionais) se comprometem a só atender pedidos dos sócios da AML e a suspender ao restringir estes serviços, sempre que a AML solicitar. (IDEM, Ofício Circular 56/60).

Uma primeira leitura que fizemos destes protocolos é que a AML, naqueles anos, confirmava que assumia a direção e controle do campo médico de Londrina, de acordo com as afirmações no segundo capítulo desta narrativa.

Temos assim universos sociais (campo médico) com uma lei fundamental, um *nomos* independente de outros universos (o estatuto da AML, e, no caso, os protocolos), que são *auto-nomos*, que avaliam o que se faz aí, as questões que aí estão em jogo (os atendimentos médicos), de acordo com princípios e critérios irredutíveis aos de outros universos (hospitais e serviços auxiliares). (BOURDIEU, 1996. p. 148).

Nos três primeiros anos do Movimento da Livre Escolha, a AML conseguiu, ora com um instituto, ora com outro, chegar a acordos, conforme seus próprios critérios. Mas nunca conseguiu que todos os institutos concordassem unanimamente.

Em razão do quadro não sofrer alterações, e mais sindicatos terem sido criados ¹⁸², significando isso mais pressões por atendimentos previdenciários através dos institutos, a

¹⁸¹ Documento de 11-10-1963, Arquivo Zelma, CDPH - UEL. Cópia em anexo de letra “E”.

¹⁸² Sindicato de Trabalhadores da Lavoura, 1962, com 3.726 associados
 Sindicato Rural de Londrina, 1967, com 382 associados.
 Sindicato de Trabalhadores da Indústria de Energia Elétrica, 1964, com 491 associados.
 Sindicato dos Carregadores e Ensacadores de Café e Arrumadores, 1961, com 652 associados.
 Sindicato de Comércio Varejista de Londrina, 1969, com 837 associados.

AML, em maio de 1963, elaborou outro protocolo¹⁸³, que serviu de orientação para todas as Associações Médicas Federadas no Brasil, porque a AMB publicou-o interpretando que ele significava a legitimidade do Movimento da Livre Escolha, visto que a AML manteve o movimento com ele.

Os médicos abaixo assinados, reconhecendo neste protocolo a codificação das normas de prestação de serviços às organizações assistenciais oficiais (Institutos de Previdência) ou particulares (as outras instituições de hospitais e clínicas, por exemplo), concordamos na observação de sua observância.

Reconhecemos a autoridade da AML, em supervisionar estas atividades, velando acima de tudo pelo interesse da classe médica... (PROTOCOLO- 1963, p. 1).

Essa é uma expressão clara de que a AML não só assumia o comando organizador do constituído campo médico de Londrina, mas também fazia valer todos os interesses dos agentes médicos dentro do campo. Ao assumir a supervisão das atividades de atendimentos médicos nas organizações assistenciais oficiais, instituídas pelo Estado Brasileiro - os IAPs -, mostra-se irredutível quanto a ceder espaço do campo médico a outros universos ou campos, dos Institutos ou sindicatos.

Dois foram os princípios básicos do segundo protocolo:

- 1.- Livre Escolha do médico pelo paciente;
- 2.- Remuneração por unidade de trabalho executado.

O primeiro princípio reafirma o que já foi descrito acima, ou seja, todo médico que tem seu determinado capital social dentro do denominado campo, por ser mais conhecido pela população e ser buscado para atendimentos, não deveria ser prejudicado por um membro do campo que viesse a ser assalariado, e que por ser assalariado passasse a ter mais paciente para atender que o instituto lhe dispusesse, diminuindo os pacientes dos médicos não assalariados. A partir deste entendimento, o segundo princípio é inseparável do primeiro, pois a remuneração por unidade seria a única forma (aparente) de não haver assalariamento. Um dos receios em relação ao assalariamento seria pela possibilidade de que o controle dos pacientes ligados às organizações oficiais passariam ao médico contratado, e não estariam mais livres para buscar outros médicos. Esta situação seria semelhante ao que ocorreu no Hospital da Companhia, na década de 1930, no qual todo paciente que fosse atendido no nosocômio seria paciente do médico contratado pelo Hospital, e não do médico que o havia encaminhado.

Sindicato de Condutores de Veículos Rodoviários, 1964, com 830 associados.

Sindicato dos Corretores de Café, 1962, com 180 associados.

Sindicato dos Enfermeiros e Empregados Hospitalares, 1963 com 423 associados.

¹⁸³ Cópia do Protocolo em anexo.

Esta interpretação permite-nos entender que o Movimento da Livre Escolha teve um forte, senão determinante componente, para manter o controle e a hierarquia entre agentes do campo, porque se entendia que a contratação de médicos pelos Institutos não consideravam a possível organização interna, que era hierárquica, da categoria médica. No entanto, segundo a opinião de médicos¹⁸⁴, os que atendiam previdenciários por assalariamento eram os médicos que precisavam, principalmente por dois fatores: ou não tinham remuneração suficiente, ou não eram suficientemente conhecidos, sendo causa de baixo capital social dentro do denominado campo.

Este entendimento segundo o qual o Movimento da Livre Escolha teve como seu componente determinante a busca da manutenção da hierarquia e controle, próprios do campo, também transparece na opinião de outro médico que afirma: “o povo, quem sabe uns 20% ou 30%, tem alguma idéia do médico que o atende. Eles querem ser atendidos na sua situação, no seu tempo. Não importa qual é o médico”¹⁸⁵.

Este fato evidencia ainda mais que houve falta de compreensão de agentes do campo médico de Londrina¹⁸⁶ com relação à realidade da população mais simples, postura irredutível de abrir-se ao universo circundante e às transformações que estavam ocorrendo em Londrina e região Norte do Estado do Paraná:

Calcula-se que o processo de transformação no setor agrícola paranaense haja sido responsável, desde 1963, pelo êxodo de um milhão e 235 mil trabalhadores. Nestes fluxos estão pequenos proprietários, meeiros, parceiros, arrendatários que não tiveram condições de permanecerem no processo produtivo agrícola. Estas populações serão, em parte, absorvidos como assalariados urbanos... (NESTOR REZENDE, in: Tomasi, 1985, p. 158).

Esta transformação agrícola no norte do estado do Paraná foi decorrente da necessidade de mudanças de rumo na agricultura, requeridas principalmente pela superprodução do café. Em poucos anos foram erradicados 578 milhões de pés de café¹⁸⁷.

Os agricultores obrigados a se tornar mão-de-obra na área urbana, passaram a demandar atendimentos previdenciários, amparados pela presença dos Sindicatos e dos IAPs. Sendo essa

¹⁸⁴ Entrevista com Arthur Van Der Berg: “os médicos que atendiam (aos Institutos) eram os que precisavam”. Entrevista em 09-04-1983. Arquivo Zelma, CDPH - UEL.

¹⁸⁵ Entrevista com Vander de Carvalho em 11-04-1983. Fonte: Arquivo Zelma, CDPH-UEL.

¹⁸⁶ Para se ter uma idéia mais acabada da insensibilidade, ver o documento em anexo: M2.Cópia Arquivo Zelma, CDPH -UEL

¹⁸⁷ TOMASI, Zelma: Op. Cit., 1985, p. 158.

a realidade, o controle da AML que exigia a Livre Escolha se mostrava irreal, pois a possibilidade dos ex-agricultores conhecerem os médicos, para livremente escolherem, era algo hipotético, principalmente por provirem do mundo rural, em razão do que eram qualificados como indigentes, atendidos por médicos de turno, e não pela Livre Escolha. A porcentagem dos que foram denominados ‘indigentes’ aderirem antes aos atendimentos da medicina liberal, assim intitulada pelos médicos, para livremente escolher seu médico, era pequena. Até porque os de trabalhadores rurais eram encaminhados pelos fazendeiros à Santa Casa. Portanto, para a grande maioria, os atendimentos previdenciários era um ganho, e não importava que médico atendesse, segundo Vander de Carvalho, citado acima.

A AML, ao publicar o texto destacado no início desta narrativa, de 1991, afirmou que o sistema criado e que “funcionava a contento durante duas décadas” foi ‘atropelado’ em 1964 quando os sindicatos foram fechados em pleno processo de negociação com a Associação. De fato, negociar até que se negociava. Porém, convém observar que o texto do protocolo dizia que os atendimentos que os médicos podiam prestar só deveriam ser de acordo com o estabelecido pela Associação, o que não quer dizer a mesma coisa que negociação. Tanto é assim que o aumento de sindicatos ligados ao IAPETC, com o correspondente aumento do número de associados com direito a atendimentos médicos, fez com que este Instituto nomeasse seis médicos: ‘O conflito entre a AML e o ... IAPETC ... emergiu a partir da nomeação em 1963 de 6 (seis) médicos para este Instituto, sendo três deles de outras cidades. Este fato levou a AML a suspender, de imediato, os atendimentos médicos aos beneficiários do IAPETC’¹⁸⁸.

Como a AML comandava agentes do campo médico em Londrina em defesa de seus integrantes, podemos também considerar que os Institutos, como organizações do campo dos trabalhadores sindicalizados, agiam em defesa dos interesses de suas categorias. Como o campo médico mostrava-se irredutível aos outros campos, a irredutibilidade também seria válida a outros campos.

O conflito em 1963, entre a AML e o IAPTEC teve repercussão na cidade, pois os trabalhadores fizeram protestos na praça em frente à sede da AML. E houve tentativas de agressão, o que gerou denúncias à polícia para que se tomassem medidas preventivas¹⁸⁹.

Para evitar semelhantes conflitos, autoridades federais do Ministério do Trabalho e Previdência Social e da Diretoria do Departamento Nacional de Previdência Social, tomaram

¹⁸⁸ TOMASI, Zelma, op. cit. 1985, p. 129.

¹⁸⁹ Carta da AML ao delegado da polícia em 06-12-1963. Cópia Arquivo Zelma, CDPH - UEL.

a decisão de construir um Hospital da Previdência Social em Londrina, à semelhança da existência de outros hospitais nos grandes centros urbanos do país, destinados à mesma finalidade.

Esse hospital foi realmente construído. Porém, devido aos acontecimentos dos meses de março e abril de 1964, ocasião em que os militares assumiram o poder no país, não entrou em funcionamento. Ele funcionaria como um hospital-ambatório, com um corpo médico próprio da instituição, e não estaria subordinado à AML¹⁹⁰. A existência de médicos não subordinados ao controle da AML não seria novidade em Londrina, porque, durante todo o processo do Movimento da Livre Escolha, havia médicos não sócios da AML (a AML afirmava que 90% dos médicos em Londrina estavam com ela) que prestavam atendimentos previdenciários. É o caso da médica Maria José de Queirós, que trabalhava no SAMDU (Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência)¹⁹¹.

Com as manifestações dos sindicatos no início de fevereiro de 1964, e antes das ações dos militares no governo brasileiro em março-abril, em uma ata de uma reunião da AML há alguns itens que manifestam o clima preocupante para o Movimento da Livre Escolha:

Ordem do dia:

- 1.- Relatório da situação atual.
- 2.-Poderes à diretoria de suspender, transigir ou excluir de seus quadros, colegas em conflito com o protocolo.
- 3.- Poderes à diretoria para discutir, transferir, acordar ou romper conversações com a Previdência Social.

Discute-se o fato de vários médicos não estarem respeitando o protocolo que assumiram,... A discussão é que a diretoria deve ter todos os poderes para fazer cumprir integralmente o protocolo. Aprovado. 1.- Autorização para a diretoria estabelecer com a previdência a prestação de serviços segundo o protocolo. (ATA DA AML de 06-02-1964)

Conquanto o ambiente de tensão não propiciasse um relacionamento de alto nível, a AML e a maioria dos membros do campo médico de Londrina tomaram decisões unânimes. Não se descarta, porém, que tivesse havido conflitos interno, porquanto fazem parte da própria natureza de um campo social, como afirmou Ortiz: “O campo se define como locus onde se trava uma luta concorrencial entre os atores em torno de interesses específicos que caracterizam a área em questão”, (que entendemos, no caso, interesses pelos atendimentos médicos)¹⁹².

¹⁹⁰ TOMASI, Zelma.Op. Cit., 1985, p. 130.

¹⁹¹ Órgão de serviço criado em nível nacional pelo Governo Federal e implantado em municípios por convênios com as prefeituras. Em Londrina foi implantado no final do ano de 1959. Cópia Arquivo Zelma, CDPH - UEL.

¹⁹² ORTIZ, R.: op cit, 1994, p.19.

O movimento dos militares brasileiros nos meses de março e abril de 1964, de alguma forma trouxe conseqüências para o andamento do Movimento da Livre Escolha.

4.3 - Epílogo do Movimento da Livre Escolha.

O ano de 1963 foi decisivo para o Movimento da Livre Escolha em Londrina conforme já foi descrito. Em 1964, os acontecimentos de março e abril trouxeram alterações; o movimento, porém, continuou buscando a Livre Escolha como fundamento dos atendimentos médicos. No entanto, é importante notar o que acontecia com os institutos para compreender aspectos importantes do Movimento em Londrina até seu encerramento, com a unificação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social).

Os principais institutos implantados em Londrina, com os quais a AML se envolveu durante todo o processo, foram: o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados de Transportes de Cargas (IAPETC), o primeiro a ser implantado devido às características da cidade e região, com intensas atividades de transportes agrícolas e de mercadorias em geral; o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes e o dos Bancários (IAPC e IAPB), duas atividades de rápido desenvolvimento na cidade; e o IAPI ligado aos empregados de indústrias, foi o último a ser implantado em Londrina. Não foi só em Londrina, a assistência médica do IAPI foi a que se implantou mais tardiamente no Brasil¹⁹³.

Em Londrina havia também a CAPSML (Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Servidores Municipais de Londrina). De características semelhantes as das CAPs criadas pela Lei Eloy Chaves de 1923, ela destinava-se ao atendimento e de uma só instituição: os funcionários da Prefeitura Municipal.

Os institutos foram mais importantes que as caixas, e para a maior eficácia da previdência, em 1960 foi promulgada a LOPS (Lei Orgânica da Previdência Social) que unificou os índices percentuais para os institutos manterem a arrecadação, em termos de contribuições dos associados¹⁹⁴, embora cada instituto mantivesse sua autonomia, com

¹⁹³As desigualdades existentes entre os IAPs (até à Lei Orgânica da Previdência Social de 1960, que unificou a arrecadação dos Institutos), conforme depreendemos dos comentários de James A. Malloy foram grandes. In: MALLOY, J.A.: "política da Previdência Social no Brasil", S.P., Graal Ed., ps. 110 a 118.

¹⁹⁴ A Lei Orgânica da Previdência Social foi aprovada em 1960, Lei n. 3807, estabelecendo a unificação do Regime Geral da Previdência Social, destinado a abranger todos os trabalhadores sujeitos à Consolidação das Leis Trabalhistas. Foram excluídos os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e, naturalmente, servidores civis e militares da União, dos Estados, dos Municípios e Ferroviários, bem como os das respectivas

maiores ou menores poderes financeiros relativos à quantidade de sócios e níveis salariais. Por exemplo, antes de 1960, o IAPB era o que detinha os maiores recursos com seu sistema de arrecadação, fundamentalmente devido ao nível salarial de seus associados.¹⁹⁵

Em Londrina o IAPETC foi o maior e o IAPI, o menor. O IAPETC foi maior por ter o maior número de associados no município, “tinha maior infra-estrutura própria de atendimento médico e mantinha assistência de ambulatório médico-cirúrgico, inclusive para membros da familiares dos contribuintes”¹⁹⁶.

Os médicos, que no primeiro protocolo foram reconduzidos como ‘assalariados’ na função de triadores, por terem tempo de serviço e, devido à legislação, não poderem assinar documentos contra as ordenações federais, foram deste Instituto. Referimo-nos a Ricardo Skowronek, Vander de Carvalho e Milton Guimarães, conforme documentos já citados.

O IAPB, o IAPC e o IAPI, inicialmente mantinham serviços médicos comprados, ou seja, serviços prestados inicialmente por médicos autorizados na cidade por estes institutos (não contratados pelas centrais dos institutos). Estes trabalhavam em seus consultórios e no setor hospitalar. Estes médicos, não sendo funcionários dos institutos, recebiam pelos trabalhos realizados. Deste fato pode-se inferir que com estes institutos a AML conseguiu fazer acordos que implicavam os triadores e a Livre Escolha quanto aos procedimentos médicos, de conformidade com os encaminhamentos da AML.

Contudo, desde a década de 1950 o IAPC teve pretensões de construir um ambulatório, porém não o conseguiu. Em 1963 chegou à cidade um médico da central do IAPC para estudar o problema da assistência médica aos associados e a questão do ambulatório cuja construção o Movimento da Livre Escolha impedia. Com o ambulatório e conseqüente conquista de serviços próprios, o Instituto buscava livrar-se das regras do protocolo da AML que controlava os hospitais:

O que interessa ao comerciário é que o ambulatório funcionasse a fim de evitar que os empregadores sejam frequentemente chamados aos hospitais para garantirem serviços médicos e hospitalares, pois tais serviços seriam gratuitos se instalada aquela dependência do IAPC, de acordo como estabelece a lei. (FOLHA DE LONDRINA, 21-06-1963).

autarquias, que estivessem sujeitos a regimes próprios da previdência. In: TOMASI, Zelma.Op. Cit., 1985, 149-150 .

¹⁹⁵ “...no meio, como se fosse um Oasis, que nós tínhamos muito prazer em atender, estava o IAPB. Atendíamos muito bem porque pagava em cima, direitinho. Entrevista em 11-04-1983. Cópia Arquivo Zelma. CDPH -UEL.

¹⁹⁶ TOMASI, Zelma.: op. cit., 1985, p. 81.

De um dos textos da revista da AMB publicada em 1964, pode-se ler que a LOPS (publicada em 1960), em seu artigo 121, item 4, considerava, como preferencial, a livre escolha . No entanto “os Institutos montarão os serviços próprios de ambulatórios, hospital e sanatório que são essenciais para os beneficiários que não quiserem valer-se dos serviços de Livre Escolha para os casos em que essa forma não for possível ou aconselhável de adotar-se”¹⁹⁷.

De acordo com esse texto, eram legítimas as intenções do IAPC quanto a construir seu ambulatório. Porém, “durante todo o ano de 1963 as negociações, distensões e propostas sobre o funcionamento das assistências médicas do IAPC foram discutidas, mas não se chegou a um acordo sobre a questão”¹⁹⁸.

Para completar o ano de 1963, muito conturbado para a AML e de muita atividade com o Movimento da Livre Escolha, surgiu um problema com o IAPETC, já referido. Como o ministro do Trabalho e Previdência Social, Amaury da Silveira e Silva, e o diretor do DNPS, Dante Pelacani, deixaram seus cargos em razão do movimento dos militares iniciados em março e abril de 1964, os ‘desentendimentos’ cessaram. Pois, “em abril a polícia local fechou cinco sindicatos: o dos metalúrgicos, o dos Bancários, o dos Oficiais Marceneiros e Trabalhadores da Indústria e Construção Civil e o dos Empregados do Comércio”¹⁹⁹.

A AMB e a AML apoiaram imediatamente os novos rumos que se pretendia dar ao Brasil, em razão de entenderem que o governo militar, que assumiu para “pôr ordem no Brasil”, poria ordem também na Previdência. Foi grande a esperança de que se fortalecesse a ideologicamente denominada medicina liberal, e que a livre escolha fosse definitivamente implantada para os pacientes terem acesso aos serviços médicos previdenciários.

Ledo engano. O governo militar decidiu pela unificação da previdência, criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que passou a funcionar em todo o território nacional a partir de janeiro de 1967. Porém, mesmo com este desfecho, a luta da AML, que se sustentou em 1964, 65 e 66, persistiu em 1967 e 68, quando já estava unificada a previdência: “A AML continuava tendo a preocupação de garantir a assistência médica nos moldes por ela desejada”²⁰⁰.

¹⁹⁷ Revista da AMB, 1964, p. 48.

¹⁹⁸ TOMASI, Zelma.: op. cit., 1985, p. 129.

¹⁹⁹ TOMASI, Zelma : ibidem, p. 137.

²⁰⁰ TOMASI, Zelma. op. cit, 1985, p. 139.

A AML tentou manter contato com o novo ministro da Saúde desde abril de 1964, ao qual escreveu uma carta referindo:

após uma longa noite, assistimos o alvorecer de uma nova era de esperança e brasilidade; porque cessaram as lutas de uma classe contra a outra; porque só agora temos acesso à cúpula previdenciária; porque pela primeira vez falamos com dirigentes que falam a mesma linguagem que nós, que não nos ameaçam... que querem o mesmo Brasil que nós queremos. (CARTA de 17-07-1964, Arquivo Zelma, CDPH-UEL).

Esta carta confirma que a AML e agente do campo médico não foram surpreendidos pelo golpe militar que desativou sindicatos e impediu que as negociações e entendimentos prosseguissem, desativando o sistema que havia sido criado em Londrina, terminando por unificar a previdência. O golpe militar foi bem recebido pelo Movimento da Livre Escolha e pela AML em particular.

A AML continuou com o movimento, e suspendeu em 1966 atendimentos médicos ao IAPB, um pouco antes da unificação do INPS. Isso ocorreu porque os médicos, à revelia da AML, começaram a cobrar valores outros que não os acordados, violando o acordo estabelecido. Com esta violação, o IAPB impedia que os médicos atendessem aos seus sócios. A resposta da AML foi o reajuste dos valores acordados com o IAPB, tornando-os equivalentes aos valores que os médicos estavam cobrando, Criou-se, assim, um impasse, pois o IAPB queria a tabela do DNPS, de menores valores²⁰¹.

Para completar, a Santa Casa, independente da AML, começou a aceitar atendimentos diretos de associados do IAPETC, internando-os como pacientes particulares em desacordo com o estabelecido pela AML e Santa Casa. Porém, na saída do paciente, a Santa Casa aceitava as guias do Instituto. Esta situação gerou um contrato direto da Santa Casa com o IAPETC, isso já em 1965, violando-se com isso o protocolo de 1963. Por essa razão, também o Hospital Evangélico quis sair do protocolo²⁰².

Com a não-vigência, na prática, do protocolo, o ano de 1967 foi fatal para o Movimento. Primeiramente entrou em vigor o INPS centralizado em Brasília, com a unificação da previdência. Segundo, nesse ano de 1967 foi criado o curso de Medicina em Londrina e, para a constituição do corpo docente, foi indispensável a vinda de novos profissionais médicos. Com isso, tornou-se difícil um controle rígido da AML sobre o campo médico:

²⁰¹ TOMASI, Zelma: *Ibidem*, 1985, p. 140.

²⁰² TOMASI Zelma: *Ibidem*, p. 140 a 142.

Mas vinham chegando novos médicos recém formados, sem condições de fazer clientela imediata. Na verdade ele tem que se assalariar. Com o crescimento... Enquanto era muito restrito, foi fácil organizar o movimento, mas depois foi crescendo... e principalmente depois da Faculdade de Medicina, todo esse pessoal que veio de fora, São Paulo, Curitiba... viver de salário, do ordenado de professor não dava. Eles tinham que arranjar ou uma função pública, na saúde pública, daí não haver mais condições, e a AML não teve mais força de resistir.(BARBOSA GÓES, entrevista 15-07-1980).

Lendo esta entrevista podemos deduzir que houve uma sensível alteração no interior do denominado campo médico de Londrina, pela existência, tanto de médicos novos, portanto com pouco capital social, necessitavam de emprego para poderem sobreviver e começar a constituir sua clientela, como de médicos que chegaram à cidade para serem professores. Estes certamente tinham capital cultural elevado, mas precisavam construir também sua clientela, seu capital social ao tornar-se conhecidos, e o conseguiriam com empregos.

Por outro lado, esta entrevista mostrou ainda elementos importantes do Movimento da Livre Escolha em Londrina. Como já vem sendo descrito nesta narrativa, na sociedade brasileira, desde o início do séc. XX, principalmente em regiões específicas de grandes centros urbanos, como no estado de São Paulo, por exemplo, já haviam sido criados distintos serviços de atendimentos médicos que não estavam sob o controle de membros do campo médico. E membros do campo prestavam os atendimentos até como forma de conquistar mais capital social para adquirir posições hierárquicas dentro do campo. Em outras palavras: médicos sempre prestaram atendimentos também com a finalidade de se tornarem mais reconhecidos, e constituírem uma clientela de pacientes que se ligassem a eles e os preferissem quando precisassem de atendimentos. Dentro deste raciocínio, o campo médico de Londrina foi construindo, aos poucos, a hierarquia no campo. E o que fez o Movimento da Livre Escolha foi reafirmar a hierarquia de capital social construída, para que cada médico mantivesse sua clientela, o que aparentemente os serviços previdenciários não respeitavam.

Na verdade, os serviços de atendimentos previdenciários introduziram mudanças por todas as razões expostas. Membros do campo médico é que não souberam interpretar e modificar suas posições, até pela rigidez hierárquica. Com a ampliação do campo, com médicos novos e com os que vieram para serem professores, as mudanças tiveram que ser incorporadas, porque a hierarquia foi modificada. Nesse sentido, o Movimento da Livre Escolha foi um movimento conservador, de acordo com a conclusão da pesquisa sociológica, e coerente com a teoria de campo social de Bourdieu. A não percepção de que a Livre Escolha só era possível para médicos já consagrados no mercado, foi uma contradição interna do movimento, pois os atendimentos previdenciários davam condições para que médicos de

pouco capital social pudessem ser mais reconhecidos, obter uma melhoria em suas rendas, e conquistar um grau hierárquico mais elevado dentro do campo. Mas, por outro lado, pelas definições do campo social, a forte concorrência interna fez com que a hierarquia interna propiciasse a postura conservadora.

A entrevista acima, de Barbosa Góes, menciona o crescimento dos serviços de atendimentos médicos na cidade, e por isso a única possibilidade de médicos recém- formados (sem capital social) era o assalariamento. Também, os novos médicos, contratados para o curso de Medicina, necessitavam complementar suas rendas. Essas duas razões evidenciaram que os serviços de atendimentos médicos previdenciários não se opunham ao constituído campo médico, em princípio, e que o problema era um problema interno, porque agentes do campo médico não souberam incorporar as mudanças que aos poucos reverteram ao seu favor, ou seja: os serviços de atendimentos previdenciários se tornaram mais uma alternativa de mercado para a realização do que era específico de interesse de agentes do denominado campo médico que, entendemos, são os atendimentos.

Ademais, na opinião de um médico:

A unificação da previdência não veio ao encontro da Livre Escolha... (A unificação) só contratou e habilitou alguns. Se a previdência se abrisse totalmente para a Livre Escolha (como o movimento queria) do médico e do Hospital, não agüenta: quebra. (ENTREVISTA do dia 29-03-1983, Arquivo Zelma)

A respeito da questão, vejamos ainda a opinião de um dos dirigentes do Movimento da Livre Escolha:

Se fosse hoje, jamais implantaria o protocolo... Porque foi uma determinação muito ditatorial. Depois nós fomos chegando à conclusão que nós também temos nossos erros. Não é só a previdência. Então eu hoje jamais faria isso. Se você quiser trabalhar na previdência, trabalhe. Hoje (penso) assim. Mas foi preciso vinte anos para eu poder mudar essa cabeça. (ENTREVISTA com Campanelli em 11-04-1983. Arquivo Zelma)

Neste depoimento transparece como o contexto cultural foi determinante para o processo histórico do Movimento da Livre Escolha. Médicos haviam constituído o campo médico em uma zona de fronteira agrícola, que lhes dava segurança. Entenderam que algo novo, e, portanto, diferente haviam realizado e quiseram mantê-lo. Mas a cultura política sindical e dos trabalhadores nas demandas por atendimentos médicos, mais interessados no direito de serem atendidos, trouxe para denominado campo médico local aquilo que já era realidade na medicina brasileira desde o início do século XX. Ou seja, os atendimentos

médicos previdenciários eram de competência de médicos, respaldados pela autonomia ética responsável da relação entre médico e paciente, que todo médico deve ter em mente ao assumir o compromisso. Não importa que o serviço esteja sob o controle ou não de agentes do campo social dos médicos, situação na qual não se encontravam os previdenciários.

Para concluir este capítulo, fazemos referência a citação de um estudo sociológico que contribui para a reflexão histórica, ao detalhar suas conclusões sobre as conseqüências da unificação dos serviços médicos previdenciários, com a unificação do INPS:

Com o advento do Golpe Militar de 64, os médicos acreditaram que poderiam, a partir daí, conquistar com maior facilidade seus objetivos. Entretanto, pelo fato de o golpe militar ter sido feito muito mais em função dos interesses dos grandes grupos econômicos internacionais e menos em função dos ideais liberais (como da medicina liberal) e nacionalistas, a tendência que se verificou no setor da previdência social foi no sentido de tornar o Estado o grande comprador de serviços e bens produzidos de forma privada. Essa tendência foi garantida pela unificação dos Institutos de previdência no INPS que estendeu e generalizou a assistência médica para todo trabalhador urbano, ampliando, assim, significativamente, o mercado consumidor de serviços e bens de saúde.(TOMASI, 1985, p. 172).

A partir desta ampliação incentivou-se a construção de uma infra-estrutura de serviços para disponibilizar em todo o território nacional atendimentos previdenciários unificados. Junto a este processo de construção de serviços pelo interior do Brasil, membros do denominado campo médico tiveram reações diferentes sobre como encaminhar a organização da categoria médica ante esta nova situação. Em diversas cidades foram surgindo empresas médicas para prestar atendimentos à previdência e à sociedade, as quais, fazendo uma análise do ponto de vista conservador - porque todo campo social é conservador -, estariam violando a hierarquia do campo. Mas, do ponto de vista histórico, daquilo que *'acontece'*, as alterações e mudanças contribuem para a ampliação do campo, e não para a negação dele. Foi em reação a essas ocorrências das novas empresas que membros do campo reagiram e procederam a mudanças nos serviços que, na época, foram consideradas alternativas em lugar das empresas, ou seja, as cooperativas médicas, na tentativa de preservar o princípio da livre escolha. No próximo capítulo consideraremos o caso da cidade de Londrina.

CAPÍTULO V:

AS MUDANÇAS E AS CRIAÇÕES COLETIVAS.

Uma das conclusões do estudo sociológico sobre o Movimento da Livre Escolha do constituído campo médico de Londrina, liderado pela AML, foi agentes do campo não terem considerado os atendimentos médicos previdenciários como um direito dos trabalhadores, assegurados nas conquistas históricas havia algumas décadas²⁰³. Nas decisões da AML pelo controle do Movimento da Livre Escolha, está implícita a percepção de que os atendimentos médicos eram bens pelos quais os indivíduos deveriam pagar, insistindo da denominada medicina liberal. A evidência deste fato está nos reiterados registros em atas e documentos, nos quais há as afirmações de que os IAPs deveriam pagar de acordo com a tabela estabelecida, e não assalariar médicos para os atendimentos. Ou, ainda, permitir que os associados dos IAPs pagassem a diferença que havia entre a tabela da AML e o estipulado pelo IAP. Com este critério, qualquer médico do campo poderia prestar os atendimentos, porque o pagamento era definido pela AML descartando-se o assalariamento de contratados dos IAPs. Se fossem assalariados os médicos, teriam a exclusividade de atendimentos dos associados dos Institutos, fator que desequilibraria a distribuição de clientes entre os agentes do denominado do campo médico, conquistados por cada um.

Havendo-se decidido que todos os atendimentos médicos previdenciários deveriam ser remunerados por uma tabela, dentro da livre escolha, a AML transferiu problemas de conflitos hierárquicos internos do campo médico como se fossem problemas de fora do campo. Ou seja, passava a ser dos IAPs, o problema que eles deveriam resolver com seus associados, limitando, por exemplo, o número de consultas, pelo fato dos valores definidos pela AML estarem acima da capacidade de cada instituto. Caso contrário, os institutos não teriam valores suficientes para os pagamentos a médicos, devido os pagamentos serem de maiores valores que os repasses da folha de salários a médicos estabelecidos pelas administrações centrais dos institutos.

Com o governo militar, a partir de março e abril de 1964, a AML e a AMB imaginaram que a livre escolha poderia ser adotada como padrão para o direcionamento dos serviços de atendimentos médicos previdenciários. Os médicos não seriam mais assalariados ou credenciados, pois os serviços previdenciários poderiam emitir guias de atendimentos para

²⁰³ TOMAZI, Zelma.Op. Cit., 1985, p. 180.

seus associados. Assim cada médico que realizasse um atendimento receberia a guia e cobraria de acordo com a tabela estabelecida pela associação médica. Porém, concordando com o texto citado na parte final do capítulo anterior, em razão do golpe militar ter-se dado por pressão de grupos econômicos internacionais e não em defesa de ideais liberais - como os da denominada medicina liberal - e nacionalistas, os serviços de atendimentos médicos previdenciários não seguiram os rumos da livre escolha. O governo, ao transformar o Estado brasileiro em administrador do INPS que foi criado, equiparou os atendimentos médicos para todos os trabalhadores do país. Para viabilizar estes atendimentos, o Estado passou a ser um comprador de serviços médicos. Com esta medida, a problemática da competição e dos conflitos hierárquicos nas concorrências por aquilo que o campo médico produz - os atendimentos médicos -, e que a AML tentou desviar como sendo um problema para os IAPs, voltou para os agentes do campo médico, liderados pela AML.

A explicação sociológica que se dá no texto acima referido, é que houve um incentivo a um *'mercado consumidor de serviços e bens de saúde'*²⁰⁴. A confirmação desta afirmação é encontrada em um estudo que a Fundação Oswaldo Cruz realizou e publicou com o título: "Os Médicos no Brasil, Um Retrato da Realidade"²⁰⁵.

O quadro geral dos atendimentos médicos,

de um lado, uma rede ambulatorial predominantemente pública, constituído de postos, centros de saúde e postos de assistência médica (PAMs), destinados à prestação dos serviços em clínicas básicas (esclarecimento: ginecologia, pediatria e clínica geral). De outro lado, a hegemonia do setor privado, que responde por mais de 70% dos hospitais e por quase 80% de todos os leitos existentes no país. (MACHADO: 1997, p. 85).

Interpretando o texto, os serviços que possibilitam maiores retornos financeiros estão, hegemonicamente, com o setor privado. Nos hospitais estão as maiores concentrações de equipamentos tecnológicos, tanto de diagnóstico como terapêuticos, clínicos e cirúrgicos. E também são os lugares para os quais as indústrias farmacêuticas direcionam seus interesses.

Outros dados estatísticos: em 1992, segundo o mesmo estudo da Fiocruz, enquanto o setor público detinha 135.080 leitos hospitalares, o setor privado detinha 409.277. Empregos de médicos: setor público, 148.035: setor privado, 159.917. Enfermeiros: setor público,

²⁰⁴ TOMASI, Zelma: Op. Cit., 1985, p. 172.

²⁰⁵ MACHADO, M.H.: Op. Cit., 1997.

27.081; setor privado 14.420. Técnicos e auxiliares de enfermagem: setor público 119.963; setor privado, 92.708²⁰⁶.

Podemos inferir desses dados que, além das atividades de maiores retornos financeiros estarem concentradas no setor privado - porque trabalha fundamentalmente com as especialidades médicas e com as tecnologias, cujo uso, pelos pacientes, são de altos custos -, é nesse setor que se auferem maiores lucros (a mais valia) através de um controle de empregos para médicos, enfermeiros e auxiliares. Por ser o setor que detém o maior número de hospitais, leitos e equipamentos, relativamente emprega menos que o setor público.

Esses dados estatísticos de um momento histórico mais recente do que o estudado nesta narrativa confirma as afirmações de diversos autores já citados²⁰⁷. Reiterando: a reforma da previdência, e junto com ela a da assistência médica, assegurou uma ampla predominância de empresas privadas, tecnificação do ato médico, principalmente em hospitais. Estas passaram a vender serviços para a previdência, assalariando profissionais da medicina, ou seja, médicos, enfermeiros e auxiliares, principalmente.

Esta percepção do que foi criado com a reforma da previdência, a partir de 1967, possibilita a compreensão da reação de membros do denominado campo médico de Londrina com o Movimento da Livre Escolha. Eles não aceitaram de imediato a situação que se criou e buscaram saídas para o princípio da livre escolha, reagindo à criação de empresas formadas por médicos e instituições hospitalares para vender serviços à previdência.

Antes da descrição da alternativa encontrada para a livre escolha, relativa à oposição às empresas médicas que foram surgindo, é importante considerar alguns fatos que aconteceram enquanto o Movimento da Livre Escolha estava em sua fase de reafirmação de seus objetivos, que foi a partir do segundo protocolo de 1963.

5.1.- Mudanças hierárquicas no interior do Campo Médico e iniciativas de empreendimentos.

A partir de 1963, com a elaboração do segundo protocolo que terminou sendo adotado pela AMB como modelo para o Movimento da Livre Escolha de todo o país, aparentemente, o campo médico de Londrina, que se expressava pela associação, a AML, encontrava-se em

²⁰⁶ MACHADO, M.H. op. cit., 1997, ps. 85 a 89.

²⁰⁷ SINGER, P.: 1998; DONNANGELO, M.C.: 1976; BRAGA e PAULA: 1981; MALLOY: 1986; CAMPOS, 1988, dentre outros

condições de fazer valer seus propósitos de não se deixar determinar por decisões de agentes de outros campos, principalmente os sindicatos e os IAPs. Tanto que o IAPETC contratou médicos em 1963, recorrendo à sede central no Rio de Janeiro, e o movimento imediatamente bloqueou os serviços de atendimentos que prestava a este Instituto em Londrina. E com o novo governo, em 1964, houve uma relativa esperança de que os serviços de atendimentos médicos previdenciários pudessem ser encaminhados com maior participação da categoria médica, e que a livre escolha pudesse vir a ser implementada. Mas em Londrina, bem como em pequenas e médias cidades, principalmente do interior do Estado de São Paulo, era diferente a estrutura de implantação e organização dos serviços médicos previdenciários, comparados com os grandes centros urbanos. Nestes, geralmente os institutos construíam seus próprios ambulatórios, e até hospitais, onde médicos trabalhavam de forma assalariada ou credenciada. Fazia parte, portanto, da constituição da hierarquia do campo médico dos grandes centros urbanos, o médico previdenciário e outras formas de assalariamento médico em hospitais ou clínicas. Entretanto, quando os serviços de atendimentos previdenciários chegaram a cidades como Londrina, foram recebidos como corpos estranhos, como uma invasão de território. Uma das causas, e esta seria nossa interpretação, é que estes atendimentos trariam modificações sensíveis à hierarquia interna do constituído campo médico de Londrina, no que concerne ao capital social de médicos, porque só buscava implantar a denominada medicina liberal.

Porém, considerando a semelhança de constituição de campos médicos de diversas cidades das fronteiras agrícolas, o campo de Londrina estava em um processo de crescimento. E um dos motivos deste crescimento foi o fato de médicos recém formados buscarem estas localidades no interior, é porque nelas havia mais oportunidades de se estabelecerem, desenvolverem suas carreiras. Com estes novos médicos, ficou difícil ao Movimento da Livre Escolha controlar o processo de assalariamento pela previdência, e essa foi a causa das modificações internas no campo médico local.

Apesar de já transcrito anteriormente, recorremos novamente ao texto abaixo, neste momento, para enriquecer as reflexões:

Mas vinha chegando novos médicos, recém formados, sem condições de fazer clientela imediata. Na verdade ele tem que se assalariar..., Enquanto era muito restrito, foi fácil organizar o movimento, mais depois foi crescendo...e principalmente depois da Faculdade de Medicina, todo este pessoal que veio de fora,... viver de salário, do ordenado de professor, não dava, Eles tinha que arranjar, ou uma função pública, na saúde pública, daí não houve mais condição, e a AML não teve mais forças de resistir” (BARBOSA GÓES. entrevista 15-07-1980).

“Os sindicatos queriam a assistência médica, Como os trabalhadores exigiram e muitos médicos novos queriam, começaram a credenciar. Com a criação da Faculdade vinham novos médicos de fora.... (VAN DER BERG, entrevista 09-04-1983).

Nestas entrevistas fica claro que o denominado campo médico de Londrina se modificava com a presença desses médicos recém-formados. Eles necessitavam construir seus capitais sociais e, ao serem conhecidos, conquistarem clientes. Só assim poderiam ser livremente escolhidos, por via da livre escolha. Porém, estas entrevistas mencionam outro fato criado pelo próprio empreendimento de agentes do campo médico local que modificou a hierarquia interna de forma decisiva. O fato foi a criação de um curso de Medicina, sendo a modificação hierárquica entre os agentes provocada pelos médicos doutores e especialistas que vieram compor o corpo docente do curso, e ao mesmo tempo, buscaram conquistar clientes para formar seu capital social.

Para compreender o motivo que levou à criação de um curso de Medicina em Londrina, fazem-se necessárias algumas reflexões conjunturais sobre o que estava ocorrendo no país, no que tange à formação de recursos humanos médicos.

Em capítulo anterior, expusemos que, para o atendimento das fronteiras agrícolas, foi necessária a formação de recursos humanos médicos. Com esta finalidade, na década de 1920 chegou-se a um total de 10 (dez) cursos de Medicina no país. Portanto, a criação desses cursos coincidiu com o momento em que o Estado brasileiro voltou-se mais para as necessidades dos trabalhadores das fronteiras agrícolas, principalmente devido à grande presença de imigrantes.

Os trabalhadores, em um sentido amplo, tanto os urbanos que promoviam greves, como os das fronteiras agrícolas - imigrantes com as doenças endêmicas e epidêmicas - reivindicavam assistência médica curativa. Como as condições sanitárias exigiam atendimentos preventivos, o movimento sanitarista, ligado à Saúde Pública, dava especial atenção à medicina preventiva. E para as demandas curativas, o Estado brasileiro autorizou a criação dos cursos de Medicina a fim de que houvesse recursos humanos médicos para satisfazer as demandas.

Como foi afirmado, até 1930 eram dez os cursos existentes. De 1930 a 1949, quinze anos do governo de Getúlio Vargas e quatro anos do governo de Gaspar Dutra, apesar da ampliação da previdência em 1934 com a criação dos IAPs, os atendimentos médicos tiveram pouca expansão, principalmente pelo interior do país. Porquanto, neste período, houve a criação de apenas mais três cursos para a formação de médicos: o da Escola Paulista de

Medicina, o da Faculdade de Ciências Médicas do Estado do Rio de Janeiro, e o da Universidade Federal do Ceará²⁰⁸.

Segundo as publicações de autores que estudaram o processo da implantação dos serviços médicos previdenciários no Brasil, por mais que tenham sido criado os atendimentos previdenciários com as CAPs, foi com os institutos que, a partir da década de 1930, houve a possibilidade da extensão, cobertura e universalização dos atendimentos pelo território nacional.²⁰⁹ Os institutos exigiam maior organização dos trabalhadores, com sindicatos mais fortes e atuantes. Por essa razão, nos primeiros tempos, os institutos estavam mais circunscritos às capitais e aos grandes centros urbanos. Depois de 1945 foi que começaram as expansões mais sensíveis para o interior do Brasil. E finalmente chegaram a Londrina na década de 1950.

Em vista disso, ou seja, coincidindo com a ampliação da implantação de serviços de assistência médica previdenciária, houve a oficialização de mais 14 (quatorze) cursos de Medicina até o ano de 1959, pelo Governo Federal²¹⁰. Com os novos cursos e com mais médicos para o mercado e, em consequência, para a composição do campo médico brasileiro em expansão, ampliava-se a concorrência entre os agentes dos campos médicos locais. Este fato tornou-se evidente na década de 1960, em plena ação do Movimento da Livre Escolha, que foi entendido, nesta narrativa, como um movimento de proteção à hierarquia entre os agentes do campo médico com a finalidade de manter sob controle os serviços de atendimentos previdenciários. Os depoimentos transcritos acima, de médicos que participaram do movimento, dão testemunho desta realidade. Os novos médicos necessitavam mostrar-se dedicados para serem conhecidos, tanto pessoalmente como em seu trabalho, e dessa forma serem livremente escolhidos. E nada mais que um emprego na previdência para começar. Em vista disso e principalmente com a implantação do INPS em 1967, o movimento não pôde mais controlar os atendimentos previdenciários.

Na década de 1960, portanto em plena ação do movimento empenhado em controlar a hierarquia concorrencial da Livre Escolha interna do campo médico, foram autorizados mais 36 (trinta e seis) novos cursos de Medicina pelo Estado brasileiro²¹¹. E agentes do próprio

²⁰⁸ MACHADO, M.H.: Op. Cit., 1997, p. 76.

²⁰⁹ BRAGA e PAULA: Op. Cit., 1981, p. 65.

²¹⁰ MACHADO, M.H.: Op. Cit., 1997, p. 76.

²¹¹ MACHADO, M.H.: Ibidem., 1997, p. 77 a 78.

campo médico brasileiro é que viabilizou a criação destes cursos com os recursos humanos médicos necessários. É importante destacar esta referência, porque com esses cursos e conseqüente aumento do número de médicos, aumentou a concorrência entre agentes do campo. Isso explica que, nos depoimentos acima, este fato aparece como um importante elemento que desestabilizou o Movimento da Livre Escolha em Londrina.

O aumento do número de médicos no mercado coincidiu com um aumento significativo de atendimentos médicos previdenciários no Brasil. Basta ver que os gastos com atendimentos médicos dos Institutos, que em 1949 eram de 7,5%, passaram para 24,7% em 1966, quando foi implantado o INPS²¹².

Em vista de tais fatos aparentemente contraditórios ocorridos em plena vigência do Movimento da Livre Escolha, a AML, mediante ações de proteção da hierarquia interna da composição do campo médico, ‘inventou’ um fato novo, criando um curso de Medicina na cidade.

Sob o título “A Arte de Criar”, a AML publicou um texto no qual afirma que “as campanhas para a criação da Faculdade de Medicina e depois da Universidade de Londrina, foram lideradas pela AML”²¹³. O que se queria é que o curso de Medicina e os demais cursos da Universidade se estabelecessem sob o regime de fundação, com participação privada, principalmente da AML. Porém, na visão da Associação, foi cometido um equívoco: “Atrelou-se a Universidade ao Estado, sem efetivar sua concepção original de fundação em vez de autarquia, como acabou se tornando”²¹⁴. E continua a publicação:

Um mutirão ajudou a funcionar o curso sem instalações próprias em 1967: a diocese cedeu os fundos da catedral, onde a Faculdade de Odontologia já funcionava provisoriamente, enquanto os hospitais forneciam condições para o ensino prático. O Conselho de Curadores da Fundação de Ensino Superior de Londrina, FESULON, administrava e mantinha o curso com recursos de alunos (mensalidades), do Estado, convênios, etc.. No Conselho da FESULON participavam representantes do Estado, do Município, da comunidade, da AML e do Curso de Medicina. (AML, 1991, p. 42).

²¹² Estes índices refletiram pressões crescentes da demanda por cuidados médicos, decorrentes do intenso processo de urbanização das décadas de 40 e 50, que colocou nas cidades uma grande massa assalariada, mantida geralmente em má condições de trabalho, e baixa remuneração, que encontrava no esquema previdenciário um complemento indispensável às suas rendas e consumo básico, do qual faziam parte os atos médicos destinados a recuperar sua saúde, isto é, sua própria capacidade de trabalho.” BRAGA e PAULA, Op. Cit., 1981, p. 77 e 78.

²¹³ AML, op cit., 1991, p. 41.

²¹⁴ AML: Ibiem, 1991, p.41.

A criação do curso de Medicina em Londrina, representou, portanto, um grande esforço da AML na década de 1960. Ela tentou imprimir uma característica própria ao curso, e depois à Universidade, para que, tanto o curso como a Universidade “usassem a autonomia no sentido de ter a grande maleabilidade administrativa”²¹⁵, que aparentemente a administração pública não tem. A percepção de autonomia da AML estava ligada à sua interpretação de autonomia do trabalho médico, ou seja, poderes externos, principalmente o público, não deveriam controlar ou serem proprietários de serviços de atendimentos médicos. Para ela, o que deveria predominar na assistência médica à população da cidade de Londrina e região, era a denominada medicina liberal, defendida pelo Movimento da Livre Escolha. E o curso de Medicina, e até a Universidade, deveriam ser regidos pelos mesmos princípios liberais.

Adolfo Barbosa Góes foi um dos principais líderes da AML neste processo todo. Em um depoimento afirma:

Em 1966, pela primeira vez, na presidência da AML, tive a honra de dar um importante passo para a caracterização da sonhada Faculdade de Medicina do Norte do Paraná, já criada por lei e sancionada pelo então governador Ney Braga, em 1964²¹⁶. Coube à diretoria da Associação a determinação de como seriam escolhidos os curadores, que iriam tirar do papel a idéia da Faculdade, transformando-a no que é hoje. Poderíamos simplesmente indicar os nomes. Entretanto, optei pela escolha dos curadores pelo método da eleição, que se processou ainda em nossa gestão. (GÓES, in: NOGUEIRA, 2005, p.22)²¹⁷

Com a instalação de fato da Faculdade de Medicina, foi criada uma nova situação para o Movimento da Livre Escolha:

Chegaram à cidade dezenas de profissionais convidados para assumirem as diversas disciplinas básicas e clínicas. Inicialmente trabalhavam em dedicação exclusiva e em tempo integral. Logo passaram a atender clientes e freqüentar a Santa Casam criando-se um tenso clima na convivência entre os aqui radicados médicos e os recém-chegados...(GOÉS, in: NOGUEIRA, 2005, p. 22 e 23)

Se não bastasse o argumento até aqui apresentado, qual seja, que o Movimento da Livre Escolha foi um movimento criado por motivos internos entre agentes do campo médico de Londrina, devido às concorrências hierárquicas pela apropriação dos atendimentos médicos, este depoimento de Adolfo Barbosa Góes oferece um argumento mais claro. Ele não deixa

²¹⁵ AML, op. cit., 1991, p. 43.

²¹⁶ NOTA: 1964 foi o ano do golpe militar, edição do segundo protocolo do M. da L.E., e Ney Braga foi um dos governadores que apoiou o golpe militar, mais tarde tornando-se Ministro da Educação.

²¹⁷ As atas da AML confirmam que em 28-10-1965 foi eleito Adolfo Barbosa Góes como presidente da AML, e a ata de 19-02-1966 menciona a eleição de curadores da Faculdade de Medicina de Londrina. Cópia, Arquivo Zelma, CDPH -UEL.

dúvidas de que os médicos que já estavam instalados, com capital social que lhes permitia apropriar-se dos atendimentos médicos, sentiam-se ameaçados pelos novos médicos que iam chegando, e afluíam, em maior parte, porque o próprio campo médico, liderado pela AML, criou o curso de Medicina.

Assencio Garcia Lopes, que foi o primeiro reitor da Universidade Estadual de Londrina, à qual incorporou o curso de Medicina, afirmou: “...a Faculdade de Medicina é um produto 99% da Associação Médica,. Toda a parte executiva, de planejamento, e de tudo de novo que se queria implantar, foi absorvido pela Associação”²¹⁸.

Portanto, a dinâmica interna entre os agentes do próprio campo médico que, por ser histórico e cultural e não podendo ficar estático e imutável, foi criando condições que inevitavelmente levaram à transformação do próprio campo constituído, ao mesmo tempo que houve o desenvolvimento crescente dos atendimentos médicos previdenciários. Com esta transformação entre os agentes do campo médico, houve, no decorrer do tempo, incorporação dos atendimentos previdenciários sem o seu controle, como já ocorria com os atendimentos realizados por agentes do campo constituído nos grandes centros urbanos.

Mas as modificações não ficaram restritas a estas questões levantadas, pois membros do campo médico de cidades do interior do país continuaram reagindo e buscando salvar o princípio da livre escolha.

5.2.- A busca da preservação da livre escolha.

Seguindo a tendência nacional²¹⁹, depois que o Movimento da Livre Escolha praticamente desapareceu, a partir de 1968, em Londrina, duas empresas foram constituídas para os atendimentos de ‘medicina de grupo’, relacionadas com os grandes hospitais da cidade: a SAMCIL, com os médicos ligados à Santa Casa, e a SANITAS, com os médicos do Hospital Evangélico²²⁰.

²¹⁸ NOGUEIRA, A.T. e FRANCISCO, R. op. cit, 2005, p. 53.

²¹⁹ “A prestação dos serviços de assistência é, cada vez mais, feita por instituições privadas. Os padrões seguidos são os das sociedades industrializadas, ou seja, centram-se no sistema hospitalar, com grau elevado de utilização de equipamentos e fármacos; no que diz respeito à mão-de-obra utilizada, ocorre crescente tecnificação e especialização” In: BRAGA e PAULA, Op. Cit., 1981, p. 74.

²²⁰ PELEGRINI, Domingos: “A Luta Sem Fim: História da UNIMED em Londrina. UNIMED, Londrina, 2003, p. 104.

Estas duas empresas surgiram com a racionalidade do mercado, disputando contratos com as empresas comerciais e industriais da cidade e região, para venderem serviços de atendimentos médicos previdenciários a seus funcionários. Estas empresas não respeitavam a hierarquia concorrencial entre os agentes do campo médico de Londrina. Como podemos perceber no depoimento de Adolfo Barbosa Góes, acima citado, o relato de que vieram para o curso de Medicina médicos especialistas dos grandes centros urbanos, e logo começaram a trabalhar na Santa Casa, criando um *'outro clima'* de convivência com os médicos que já estavam na cidade, é de supor que estes novos médicos, por terem sido agentes de campos nos quais já estavam incorporadas as diversas formas de atendimentos previdenciários, influenciaram na constituição das empresas médicas.

No entanto, as lideranças de médicos na AML não deixaram de criticar esta nova fase que estava sendo implantada, pois sempre defenderam que o médico deveria ser um profissional independente, o denominado ideologicamente profissional liberal, segundo a interpretação de autonomia do Movimento da Livre Escolha.

As duas empresas criadas em Londrina tiveram vida curta, porque foram desativadas em 1971 quando foi constituída a UNIMED de Londrina. E este foi mais um fato *'inventado'* pela AML com a intenção de fazer valer a perspectiva da denominada medicina liberal, com a idéia do médico como um profissional independente, autônomo, resgatando a Livre Escolha, como se o advento da medicina científica não trouxesse, necessariamente, a perspectiva da interdependência entre profissionais médicos, e a dependência com relação a outros profissionais, com as especialidades, laboratórios e indústrias de equipamentos e de fármacos.

A UNIMED no Brasil teve sua criação na cidade de Santos, Estado de São Paulo, com a liderança do médico Edmundo Castilho. Tudo começou com as empresa privadas de serviços de atendimentos médicos que buscavam vender assistência às empresas do mercado²²¹.

A COSIPA (grande empresa da baixada santista) acabou fazendo convênio com uma empresa de medicina de grupo. Mais de 30 mil funcionários seus eram clientes de nossos consultórios, fatia importantíssima de clientela. Reagimos tão fortemente, através da associação e do conselho regional dos médicos, além de hospitais, que a COSIPA desistiu do negócio com a empresa. (PELEGRINI, 2003.p. 81 E 82).

²²¹ “A solução para ao problema surgiu com a criação, pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, do convênio-empresa, pelo qual os empresários retinham, do devido à Previdência, 5% do maior salário mínimo regional, existente por empregado, e assistia também os seus dependentes. O empresário fazia um contrato com o INPS para garantir a assistência médica-hospitalar aos seus empregados e dependentes, tomando a si este encargo enquanto o Instituto se desobrigava. Com esta medida, foi criada a chamada medicina mercantilista” In: MOREIRA, J. M. S. ,Op. Cit., 1999, P. 52.

Se o contrato que a COSIPA havia realizado não fosse rompido, 30 mil clientes-pacientes dos consultórios que faziam parte da apropriação hierárquica do constituído campo médico da cidade de Santos passariam a pertencer a uma empresa pertencente a alguns médicos, o que significava um desrespeito à hierarquia do capital social. Os contratos que as empresas realizavam com as empresas de medicina de grupo tinham o mesmo efeito daquele que se conseguiu nas décadas de 1950 e 1960 com a implantação dos serviços de atendimentos médicos previdenciários em Londrina, ou seja, agentes do campo médico perdiam de forma significativa os pacientes-clientes dos consultórios médicos particulares já estabelecidos, “representando um golpe de morte sobre a clientela particular”²²².

Castilho assumiu a presidência do Sindicato Médico de Santos em 1967. Porém, foi militante, desde estudante, contra a mercantilização da medicina e não poderia ter ficado alheio à medicina de grupo quando se implantara:

Havia comentário de que nós perderíamos nossos consultórios, porque o usuário passaria a ser atendido da mesma forma que a medicina de grupo: no ambulatório. O problema é que esse atendimento era feito por médicos residentes e estudantes, com salários aviltados. A qualidade do serviço médico ficaria limitado ao lucro. Por exemplo, se recebo “X” por mês, eu estabeleço que vou gastar “Y”, de modo que “X-Y” seja meu lucro. A medicina passou a ser desqualificada, já que tudo era limitado pelo lucro. (CASTILHO, in: MOREIRA, 1999, p. 56).

Com o grande número de cursos de Medicina que foi sendo criado nas décadas de 1950 e 1960, havia muitos alunos na fase de prática (internato) e de especializações (residência), os quais necessitavam trabalhar supervisionados para se aprofundarem no conhecimento de sua especialidade, o que abria espaço para as empresas médicas de grupo. Só no Estado de São Paulo criaram-se onze (11) cursos de Medicina, dos cinquenta (50) criados no Brasil. Este detalhe é importante porque os alunos de residência - que já são médicos graduados - têm a liberdade de escolher prestar concurso em qualquer hospital habilitado para as práticas de residência. Como a maioria dos hospitais eram privados, as relações com empresas de grupo foram facilitadas para os residentes.

Outro elemento importante, historicamente falando, com referência à fala de Castilho, acima citado por Moreira, é o aparecimento do “lucro” como vilão. Porém, com a medicina de mercado, criada por agentes do campo médico de Londrina, por exemplo, desde 1934, criando instituições, fazendo propaganda, conquistando clientes, etc., requeria investimentos, ou seja, havia custos. Se havia investimentos, o lucro era o que se buscava, pois não existe

²²²MOREIRA, J.M.S, Idem. Ibid. 1999, p. 57.

capitalismo sem o lucro. O problema é que a medicina de grupo, através das empresas médicas, além de quebrar a ordem hierárquica entre os agentes do campo médico, ao retirar também os clientes dos consultórios tradicionais, reduziria os lucros destes.

Edmundo Castilho, dirigente do sindicato médico, não aceitava a nova situação. O caso da COSIPA com a empresa de medicina de grupo do Hospital Ana Costa, em Santos, foi o detonador da reação. Uma das características que distinguia esse Hospital era seu amplo ambulatório para consultas. Esta modalidade de ambulatório foi utilizada em hospitais filantrópicos, como as Santas Casas, no período dos atendimentos a indigentes. Depois, os ambulatórios foram sistematicamente implantados pelos serviços de atendimentos médicos dos IAPs, que construíram ambulatórios próprios, não necessariamente em hospitais. Este tipo de atendimentos ambulatoriais, com grande afluxo de pacientes, foi algo que o Movimento da Livre Escolha não aceitava, por mais que agentes do campo médico local de Londrina, por exemplo, tenha utilizado anteriormente esse sistema nos atendimentos a indigentes, pelo acordo da AML com a Santa Casa. Nesta nova situação, os atendimentos ambulatoriais dos IAPs retiravam do controle de agentes campo médico o (sic) controle dos atendimentos. E os agentes do campo médico a insistir nos consultórios particulares, mais porque eles caracterizavam melhor a idéia da Livre Escolha. Com a implantação do INPS, os ambulatórios passaram a ser lugares comuns de consultas médicas, de preferência, sempre ligados a hospitais, tanto públicos como privados, notadamente se estes fossem credenciados para atendimentos previdenciários.

Continua o depoimento de Edmundo Castilho:

e nós não nos unirmos, não criamos alguma coisa para combater esta medicina mercantilista, que avilta os ganhos dos médicos e transforma a atividade liberal em assalariados, vamos acabar empregados desses grupos. E, agora com a inauguração do Ana Costa, em três anos vaia haver dois tipos de médicos aqui na Baixada Santista: os patrões e os empregados, sendo os primeiros, os donos do Ana Costa, e os segundos, todos os médicos de Santos. (CASTILHO, in: MOREIRA, 1999, p. 60 e 61).

O medo dos médicos era tornarem-se assalariados, medo esse já manifesto no Congresso de Médicos em 1922, no Rio de Janeiro. Essa atitude, como já vimos, foi arraigada entre os agentes dos campos constituídos em cidades médias e pequenas, principalmente com os avanços das fronteiras agrícolas, e nas cidades que passaram a beneficiar-se de atendimentos médicos, como a cidade de Santos, principalmente a partir do desenvolvimento da medicina científica das primeiras década do século XX. Apesar de o assalariamento já ser uma prática presente nos grandes centros urbanos.

Para tentar fazer algo alternativo, Castilho e um grupo de médicos adquiriram 51% das ações da Casa de Saúde de Santos e se constituíram em empresa, a EMESAL, transformando o corpo clínico em uma cooperativa. Foi o embrião do que veio a ser a UNIMED. Porém, até efetivar a idéia de união dos médicos, a luta foi árdua. Deveriam lutar para conseguir que as empresas da cidade buscassem atendimentos médicos juntos a este tipo de cooperativa, sendo, todavia, facultada aos pacientes escolher livremente médicos cooperados, livrando-se dos atendimentos massivos dos ambulatórios previdenciários.

Em 1967, quando foi adquirida a Casa de Saúde de Santos e constituída a EMESAL, o sindicato de Santos, a AMB, o CRM e a Associação Médica de Santos, foram aos poucos apoiando-a, apoio que foi sendo retirado a partir da a polêmica ser implantada no meio médico da cidade, ocasionada, fundamentalmente, pelo contrato da COSIPA com a SANCIL²²³. Castilho ficou praticamente só, na luta, mas não desistiu de criar uma instituição

que fosse uma sociedade civil sem fins lucrativos, totalmente aberta em consultórios, numa relação personalizada, com todas as prerrogativas de clientes particulares,... A partir destas metas, nós concluímos que essa sociedade civil que eu tinha definido era, na verdade, uma cooperativa(CASTILHO, in: MOREIRA, 1999,p. 61.

Aos poucos, a idéia da empresa-cooperativa foi sendo aceita e foi sendo adotado o nome UNIMED, por ser união de médicos. A primeira UNIMED, a União de Médicos de Santos, começou com 23 associados “em oposição à medicina de grupo que o Hospital Ana Costa (SANCIL) estava praticando”²²⁴.

Esta longa descrição do processo de Santos tem como objetivo demonstrar como a ‘*invenção*’ do fato UNIMED tem relação direta com o Movimento da Livre Escolha, e com o que representou, no que concerne a atendimentos médicos previdenciários, a criação do INPS, ao negar a luta dos agentes do campo médico, durante praticamente dez anos pela livre escolha. E também porque o que aconteceu em Santos teve estreita relação com os acontecimentos vividos na cidade de Londrina e região.

O médico Edmundo Castilho, oriundo do interior paulista, na década de 1950 estudou Medicina na cidade de Curitiba, capital do Estado do Paraná. Concluindo o curso em 1957, tornou-se, na década de 1960, médico proprietário de um hospital na cidade de Arapongas, próxima a Londrina. Com Castilho, havia trabalhado o médico José Maria Rezende, no início de sua carreira, justamente nos anos de maior acirramento do Movimento da Livre Escolha,

²²³ MOREIRA, J.,M.S., Op. Cit., 1999, p. 61.

²²⁴ MOREIRA, J.M.S.,: Ibidem,1999, p. 63.

ou seja, os primeiros anos da década de 1960²²⁵. Por outro lado, José Maria Rezende, em Londrina, foi amigo de Carlos Costa Branco, militante da Livre Escolha, e sempre preocupado com os rumos que estavam sendo dados à medicina com a criação das empresas médicas, da medicina de grupos.

A partir de encontros entre Rezende e Costa Branco, surgiu a idéia de estudar a cooperativa criada em Santos, com a finalidade de encontrar uma alternativa para Londrina. Como foi amigo de Castilho, Rezende foi a Santos presenciar o que lá se construía, e buscar uma cópia do estatuto da UNIMED, e ao mesmo tempo convidar Castilho a visitar Londrina. Esta visita de Castilho tinha a finalidade de estender as discussões envolvendo mais colegas, com vistas a criar possivelmente uma unidade da UNIMED em Londrina. Nessa visita decidiu-se que

“Edmundo Castilho viria várias vezes de Santos para dar orientações. Era preciso convencer os médicos da Santa Casa (que haviam criado a SAMCIL em Londrina), depois do Hospital Evangélico (que também haviam criado outra empresa médica de grupo) e de hospitais menores, grupo a grupo em reuniões intermináveis que varavam a madrugada”(PELEGRINI, 2003, p. 95).

Os esforços não foram em vão. Em 11 de março de 1971 foi constituída a UNIMED de Londrina, em uma assembléia da AML, e mais de 50 (cinquenta) médicos assinaram a ata da formação. As empresas SAMCIL, ligada à Santa Casa, e a SANITAS, ligada ao Hospital Evangélico, encerraram suas atividades, pois todos os médicos passaram a fazer parte da UNIMED. Até o advogado da SANCIL, Abraão Jorge, passou a trabalhar para a UNIMED²²⁶.

Com o aparente fracasso do Movimento da Livre Escolha, a AML conseguiu finalmente uma importante vitória, ajudando de forma decisiva na criação da UNIMED de Londrina. O médico Carlos Costa Branco, seu primeiro mentor, foi seu primeiro presidente, até o ano de 1976, quando faleceu aos 51 anos em um acidente rodoviário.

A UNIMED é uma empresa-cooperativa que oferece atendimentos médicos a empresas do mercado²²⁷, a famílias e também a indivíduos. O sistema é de atendimento pré-pago. Nesse aspecto, não há hoje nenhuma diferença entre a UNIMED e as outras empresas médicas que oferecem atendimentos pré-pagos. O cliente assina um convênio e contribui mensalmente.

²²⁵ PELEGRINI, Op. Cit., 2003, p. 85.

²²⁶PELEGRIBNI: Ibidem, 2003, p. 101.

²²⁷ “As primeiras empresas clientes seriam a Retificadora Nakoski, a Folha de Londrina, o Supermercado Viscardi, a Cipasa Comércio de Veículos, a Sercomtel, a Norpave Veículos, a TV Coroados, a Florâmica, os Refrigerantes Rio Preto e a Sapataria São Pedro”. In: PELEGRINI, Op. Cit., 2003, p. 89.

A novidade da UNIMED foi ser uma cooperativa e respeitar formalmente o princípio da Livre Escolha, ou seja, o médico associado não precisa, necessariamente, trabalhar em um hospital, como propunha a SAMCIL, por exemplo. O trabalho em hospital restringia-se ao ambulatório, e os médicos estariam à disposição para atender indiferentemente as pessoas que necessitassem consultar-se. O cooperado da UNIMED mantém a personalidade jurídica do consultório particular e deve fazer um relativo esforço para ser ‘livremente escolhido’, ou seja, conquistar seus clientes- pacientes, adquirindo capital social dentro da constituição do campo médico. O paciente-cliente, comprovando ser conveniado, pode marcar consulta com médicos cooperados. Os valores das consultas e de todos os procedimentos que irão compor os ‘honorários’ médicos são estabelecidos pela AMB, como foi critério, em determinados momentos, do Movimento da Livre Escolha em Londrina.

A UNIMED de Londrina, à semelhança da matriz de Santos, sendo uma empresa-cooperativa, simbolizou uma vitória moral e efetiva do Movimento da Livre Escolha na década de 1970. Ao resgatar e manter a hierarquia concorrencial entre agentes do campo médico, respeitando o capital social dos médicos, seus clientes conquistados, procurou manter vigente a interpretação de autonomia do trabalho médico, na perspectiva do médico liberal, conforme os entendimentos da AML.

A autonomia, que sempre é relativa, é necessário esclarecer, não é exclusividade do sistema pré-pago da UNIMED. Médicos credenciados pelo INPS, que trabalham cada um em seu consultório, atendendo previdenciários, também mantinham e mantêm a autonomia relativa. É bem possível a existência de outros planos de saúde, que, copiando ou não a UNIMED, mantenham médicos que tem seus atendimentos em consultórios, atendendo a quem os escolham livremente; esses também mantêm autonomia relativa. A autonomia relativa a que nos referimos é a descrita na introdução desta narrativa: a decisão autônoma de médico trabalhar em serviços de atendimentos nos quais ele assumiu compromisso. A diferença entre esta e a UNIMED, que é uma cooperativa, é que os pagamentos a médicos, denominados também de ‘honorários médicos’, que são definidos por rateio, tendo por base uma tabela estabelecida por sua associação, e não por terceiros como em outros serviços, os quais não são, necessariamente, médicos.

Gastão Vagner dos Santos, médico sanitário, que atuou no sindicato de médicos do Estado de São Paulo, afirmou que a UNIMED terminou sendo um projeto estratégico da AMB, ao não conseguir a implantação da livre escolha nos serviços médicos públicos de saúde. Ela, a UNIMED, surgiu como uma forma de reação contra o assalariamento, não só

contra o assalariamento ligado à previdência, como foi um dos motivos do Movimento da Livre Escolha, mas também contra as empresas médicas de grupo:

“Em 1974, a diretoria da AMB dirigiu uma mensagem às empresas privadas e às instituições públicas conclamando-as a só comprarem serviços médicos às cooperativas do tipo UNIMED, e informando-as de que dentro da atual legislação, eles representam a modalidade de atendimento que melhor satisfaz aos pacientes e que merece incentivos da AMB, por serem regidos por princípios éticos”(CAMPOS, 1988, p. 73).

Segundo Campos, a intenção da direção da AMB era tornar a forma cooperada de trabalho médico modelo dominante, e não complementar ao modelo público, ou ao das empresas de atendimentos médicos. Porém, esta pretensão encontrava uma barreira histórica: com tantos cursos de Medicina criados desde a década de 1950, e com a autorização, na década de 1970, de mais 13 (treze) cursos²²⁸ - o que significava muitos médicos novos entrando na composição dos campos locais -, este foi um fator importante, como vimos, para que o Movimento da Livre Escolha perdesse sua força Pois o emprego era, normalmente, a primeira situação para médicos recém-formados poderem construir suas clientelas, adquirir capital social para a composição hierárquica do campo. Só a previdência, entre os anos de 1977 e 1987, por exemplo, criou cem mil empregos novos, constituindo-se em um forte atrativo de mercado para médicos recém- formados.

A pretensão da AMB tornar as cooperativas hegemônicas teve como barreira outro fato histórico. Como mais um exemplo dessa situação, grande parte de médicos dos grandes centros urbanos incorporavam formas diversas de vínculo de trabalho na composição do campo, pois estruturavam e continuam a estruturar suas vidas profissionais participando do mercado de trabalho da maneira mais viável. Maria Cecília Donnangelo constatou que em 1970, na Grande São Paulo, 81,6% dos médicos eram assalariados em uma situação de trabalho, e 18% exclusivamente assalariados²²⁹. Esta tendência foi constatada em uma pesquisa realizada pelo Sindicato Médico do Rio de Janeiro, em 1980, e em Campinas, em 1983, em uma pesquisa semelhante também pelo Sindicato Médico²³⁰.

Londrina não foi diferente. O curso de Medicina e mais os cursos de residências médicas foram importantes fontes de assalariamento de médicos e residentes para trabalharem

²²⁸ MACHADO, M.H.:Op. Cit., 1999, p. 79.

²²⁹ DONNANGELO, M.C: op. cit., 1975, p 63.

²³⁰ COELHO, E. C. Op. Cit., 1988, p. 74.

basicamente no sistema público. E os próprios serviços públicos de atendimento básicos também assalariavam. Somavam-se ainda os hospitais privados e públicos que contratavam médicos para sua rotina de atendimentos, como plantões. Todas foram, e ainda são, importantes fontes de assalariamento dos atendimentos médicos na cidade, sendo incorporadas na composição do campo médico local, fazendo parte da luta concorrencial hierárquica, relacionada com a apropriação dos benefícios do que é produzido por agentes do campo social médico, ou seja, os atendimentos médicos. Aliás, como na época dos conflitos do Movimento da Livre Escolha em Londrina, o assalariamento era uma realidade nos grandes centros urbanos, no constituído campo médico brasileiro ²³¹.

²³¹ Para a compreensão da palavra ‘inventando’ no decorrer do texto, transcrevo uma frase da cultura de Tisangara para ser considerada nas reflexões deste capítulo: “*Os fatos são verdadeiros depois de serem inventados*”. COUTO, Mia: op. cit., 2005, p. 107.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O historiador André de Faria Pereira Neto, analisando o congresso médico brasileiro de 1922, realizado no Rio de Janeiro, intitulou de forma sugestiva seu trabalho: “Ser Médico no Brasil - *o presente no passado*”. Não é no sentido de que no presente se repete a história do passado, porque a história não é repetitiva, mas no sentido de que temas ou questões importantes colocados naquele congresso ainda estão vigentes, ou atuais, nos dias de hoje. Vejamos, portanto, algumas frases da análise do historiador²³², começando com as que expressam preocupações que impulsionaram a realização do congresso e, entendemos, estiveram pairando sobre o que denominamos campo médico no decorrer do tempo, sendo questões ainda não resolvidas:

Ser médico no Brasil, em 1922, era, na verdade, objeto de intensa controvérsia no interior da corporação. (p.23)

O início do século XX revela a gênese de um lento e profundo processo de transformação de conhecimento médico e de seu mercado de trabalho.(p.29)

[O início do século XX foi]um momento de inflexão da organização do trabalho médico no Brasil. Até fim do século XIX, ser médico era ser um profissional liberal. (p. 22)

O trabalho médico passava por uma transformação, tendo como exemplo o que até no ano de 1922 a sociedade já tinha criado em serviços de saúde, nos quais, de alguma forma, médicos foram contratados para trabalhar com os atendimentos, descaracterizando o médico liberal anterior. E já na década de 1920 era

Um reduzido número de médicos [que] dedicava-se exclusivamente ao consultório particular. (p.21)

Atuar nas esferas políticas e públicas de saúde e higiene era uma das estratégias possíveis para angariar prestígio, reconhecimento e, conseqüentemente, clientela para o consultório privado.(31)

Aos poucos, o trabalho médico assumiu um caráter parcelar, promovendo práticas interdependentes, solitárias e coletivas, pois requeriam intervenção de vários profissionais. (p.29)

O médico estava sendo obrigado a deixar de determinar o preço de seu trabalho, começar a perceber que poderia perder o controle sobre sua clientela.(p.29)

... poderiam dirigir e/ou clinicar em instituições públicas ou filantrópicas voltadas para a medicina curativa. (p.31)

A preocupação deles [dos médicos presentes no congresso] era preservar, ou até mesmo ampliar, o prestígio social e o poder econômico que detinham, caso [a] modificação política se operasse [ou seja, passando a existir serviços de atendimentos públicos]. (p. 31)

²³² As frases, a seguir, são extraídas de PEREIRA NETO, André F.: Op Cit. 2001.

Damos destaque a estas citações porque nelas podemos perceber as caracterizações do surgimento de condições que permitem o delineamento teórico do campo social médico. Este campo médico foi definido pelas transformações da medicina científica, que provocaram alterações na maneira do médico trabalhar até finais do século XIX, pela influência da prática entendida como liberal da medicina. Basicamente a prática médica passou a ser institucional, o que denominamos serviços de atendimentos médicos, e o médico passou a trabalhar estreitamente vinculado tanto a estes serviços, como a outros médicos e a outros profissionais, não médicos. Antes desta caracterização, o médico atendia isoladamente, produzindo atendimentos independentes de todas estas relações.

Na nova realidade do século XX, em que setores da sociedade, e principalmente o Estado, criava serviços de atendimentos, sobre os quais os médicos não detinham o controle ou não eram proprietários, se abria um campo concorrencial entre os profissionais médicos em busca da apropriação dos atendimentos que se realizavam nessas instituições sociais de serviços.

A tese defendida é de que na década de 1930, com o avanço das fronteiras agrícolas, principalmente no interior do estado de São Paulo e na região norte do estado do Paraná, houve a expansão deste que denominamos teoricamente campo médico, reproduzindo o campo médico existente nos grandes centros urbanos, com a caracterização da medicina científica. Considerando as diferenças socioculturais das fronteiras agrícolas com os grandes centros urbanos, no tempo e no espaço, vimos que, que em Londrina se destacou o campo médico constituído com sua peculiaridade competitiva, pois, desde o início, houve as lutas concorrenciais relacionadas com a apropriação daquilo que é próprio do campo, ou seja, os atendimentos. Tal afirmação fundamenta-se nas evidências relacionadas com o Hospital da Companhia, construído em 1933, entre os médicos contratados e os novos médicos que chegavam; com a competição entre os hospitais ou casas de saúde particulares; com os serviços que a sociedade e o poder público foram criando, como com o Hospitalzinho dos Indigentes, depois a Santa Casa e finalmente o Hospital Evangélico; mas principalmente com a crise e luta concorrencial existente entre agentes do campo, com a implantação, em Londrina e região, dos serviços de atendimentos previdenciários, a partir da década de 1950.

Nestas considerações finais, destacamos que os agentes do campo médico de Londrina tentaram recriar uma relação com os serviços de atendimentos médicos que iam sendo construídos, de acordo com a frase do historiador acima citado: “o presente no passado”. Referimo-nos ao período até fins do século XIX, entendido como de predomínio da medicina liberal, na qual a característica básica do médico era a posse ou o controle do “serviço”,

porque ele era o produtor individual, dependente dele mesmo. Naquela época, conjugavam-se a autonomia ética responsável da relação médico-paciente, com a do compromisso do médico atender o paciente onde ele estivesse. Mas com a criação, tanto pela sociedade civil como pelo Estado, dos serviços de atendimentos, no mesmo momento histórico em que ocorriam as alterações dos trabalhos médicos com o advento da medicina científica, houve uma nova situação na relação do médico com os serviços de atendimentos antes inexistente. Junto com a autonomia ética responsável, e para torná-la efetiva, ao pertencer ao campo social específico, o médico passou a ter a autonomia pessoal de assumir compromissos em um ou mais dos serviços que a sociedade disponibilizava, nos quais os próprios pacientes procuravam serem atendidos. Isto não significava, necessariamente, que membros do campo médico deveriam ter a propriedade ou o controle dos serviços.

Desde a criação do primeiro hospital, em 1933, até à criação da UNIMED- Londrina em 1971, as competições e lutas concorrenciais internas, próprias da concepção do campo médico, foram consideradas, por membros do campo, como uma necessidade de posse ou controle desses serviços de atendimentos, e foram defendidos como uma reedição (o passado no presente) da medicina liberal. Por isso a AML sempre sustentou que os médicos de Londrina criaram a medicina liberal que ‘funcionou a contento’. Esta afirmação poderia ter sido relativamente válida até que as diferenças socioculturais das fronteiras agrícolas - e de Londrina e região -, se tornaram mais parecidas com as dos grandes centros urbanos com o surgimento, por exemplo, dos sindicatos de trabalhadores e da extensão dos IAPs com a implantação dos serviços de atendimentos médicos previdenciários. Aos poucos, a implantação de serviços, sem o controle ou propriedade de agentes do campo médico, foi se tornando uma realidade, e trouxeram a possibilidade de mercado do assalariamento de médicos, como já ocorria nos grandes centros urbanos. O objetivo desta narrativa histórica é refletir sobre o que ocorreu desde 1933, quando foi criado o primeiro hospital, até 1971, quando se cria a UNIMED-Londrina, em relação à valorização da autonomia médica, que deve estar presente nos serviços disponibilizados na sociedade. Esta autonomia é entendida como própria do campo médico: trata-se da autonomia ética responsável da relação médico-paciente que deve estar presente com a autonomia pessoal do médico, de seu compromisso, ao assumir responsabilidades em serviços disponibilizados na sociedade.

Todos os serviços de atendimentos médicos, presentes na sociedade capitalista contemporânea, são serviços de mercado, com diferentes alternativas graças as quais os médicos desenvolvem as atividades, próprias do campo social a que pertencem: os atendimentos aos enfermos. As lutas concorrenciais internas do campo, existentes em razão

do capital social adquirido pelos diversos médicos, fazem parte do processo histórico, mas não devem embotar a autonomia ética responsável e a de compromisso. O desafio, portanto, é fazer valer a autonomia ética responsável com a autonomia pessoal de compromisso com os serviços, pertencentes ou não a membros do campo médico, e de controle ou não dos mesmos.

FONTES E BIBLIOGRAFIA

I.- Documentos:

- 1 – Atas da Associação Médica de Londrina, das décadas de 1950 e 1960, contidas no “Arquivo Zelma”: Arquivo especial sobre o Movimento da Livre Escolha - Centro de Documentação e Pesquisa Histórica da UEL (CDPH - UEL).
- 2 – Documentos e entrevistas contidas no “Arquivo Zelma Tomazi”- CDPH - UEL.

II.- Publicações:

- 1 – Publicação da AML de um Boletim de comemoração de seus 50 anos, 1991.
- 2 - Boletim da AML, ano 1, n. 3, outubro de 1973.
- 3 – Encartes dos Jornal Folha de Londrina sobre o Hospital Santa Casa de Misericórdia: de 10 -11 - 1944 e 25 - 03 - 2006.
- 4 – Jornal Paraná Norte: edições de novembro de 1934 a 1955. Deste último ano, alguns exemplares de meses diferentes. CDPH - UEL e Museu Carlos Weis- UEL.
- 5- Publicação especial da Sociedade Evangélica Beneficente de Londrina, em comemoração dos 45 anos da fundação do Hospital Evangélico. Outubro de 1992.

III.- Bibliografia:

- 1.- ACCARDO, Alaim: **Iniciacion à la Sociologie: Une lecture de Bourdieu.** Bordeaux, Lê Mascaret, 1983.
- 2.- ATTALI, Jaques: **El Orden Caníbal - Vida y Muerte de la Medicina.** Barcelona: Ed. Planeta, 1981.

- 3- BAER, W.: **A Industrialização e Desenvolvimento Econômico do Brasil**. Rio de Janeiro: F. G. V., 1966.
- 4.- BARROSO, Vicente: **O famoso Norte do Paraná: a terra onde se anda sobre dinheiro**. Caxias do Sul: Ed. São Miguel, 1956.
- 5.- BERLINGER, G.: **Medicina e Política**. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1978.
- 6.- BENCHIMOL, Jaime L.: **Dos Micróbios aos Mosquitos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- 7.- BOLTANSKI, Luc: **As Classes Sociais e o Corpo**. Rio de Janeiro: Graal Editora, 1979.
- 8.- BOURDIEU, Pierre: **Os Usos Sociais das Ciências – Por uma sociologia clínica do Campo científico**. São Paulo: Edunesp, 2004.
- 9.- -----,-----: **Coisas Ditas**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 2004.
- 10.- -----,-----: **Razões Práticas**. Campinas: Ed. Papyrus, 1996.
- 11.- BRAGA, José C. de S. e PAULA, S.G.: **Saúde e Previdência – Estudos de Política Social**. S.Paulo: Hucitec, 1981.
- 12.- BRAVERMANN, Harry: **Trabalho e Capital Monopolista – A Degradação do Trabalho no Século XX**. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1981.
- 13.- CAMPOS, Gastão W.de S.: **Os Médicos e a Política de Saúde**. São Paulo: Hucitec 1998.
- 14.- -----,-----: **Reforma da Reforma - Repensando a Saúde**. S. Paulo: Hucitec, 1992.

- 15.- CANGUILHEM, George: **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Ed.Forense Universitária, 2002.
- 16.- CARVALHO, A. C. D. de: **Feiticeiros, burlões e mistificadores- 1950-1980**. S.Paulo: Edunesp, 2005.
- 17.- CASTEL, Robert: **As Metamorfoses da Questão Social – Uma Crônica do Salário**. Petrópolis : Ed. Vozes, 2003.
- 18.- CHALHOUB, Sidney et al: (Org.): **Artes e Ofícios de Curar no Brasil**. Campinas: Edunicamp, 2003.
- 19.- -----,-----: **Cidade Febril – Cortiços e Epidemias na Corte Imperial**. São Paulo: Cia. Das Letras, 2004.
- 20.- CHARTIER, Roger: **A História Cultural – Entre Práticas e Representações**. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand do Brasil, 1990.
- 21.- COELHO, Edmundo C.: **As Profissões Imperiais**. Rio de Janeiro: Ed. Record, 1999.
- 22.- COHN, Amélia: **Previdência Social e Processo Político no Brasil**. São Paulo: Ed. Moderna, 1981.
- 23.-----,-----: **Saúde no Brasil**. São Paulo: Cortez Ed., 2001.
- 24.- COMPANHIA de Melhoramentos Norte do Paraná: **Colonização e Desenvolvimento do Norte do Paraná**. Publicação comemorativa dos 50 anos da Companhia de Colonização. S.Paulo: Ed. Ave Maria, 1977.
- 25.- COSTA, Jurandir F.: **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro: Graal Editora, 1979.

- 26.- COSTA, Nilson do R.: **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde.**
Petrópolis: Ed. Vozes, 1989. Vol. II.
- 27.- -----,-----: **Lutas Urbanas e Controle Sanitário – Origem das Políticas Públicas de Saúde no Brasil.** Petrópolis: Ed. Vozes, 1985.
- 28.- COUTO, Mia: **O Último Voo do Flamingo.** S.Paulo: Cia. das Letras, 2005.
- 29.- DONNANGELO, Maria C.: **Medicina e Sociedade – O Médico e Seu Mercado De Trabalho.** São Paulo: Liv. Pioneira Ed., 1975.
- 30.- -----,-----: **Saúde e Sociedade.** São Paulo, Liv. Duas Cidades, 1976.
- 31.- ENGEL, Magali: **Meretrizes e Doutores – Saber Médico e Prostituição no Rio de Janeiro 1840-1890).** São Paulo: Ed.Brasiliense, 1988.
32. ESCOREL, Sarah: **Reviravolta na Saúde- Origem e Articulação do Movimento Sanitário.**Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- 33.- FALCÃO, Edgar de C.: **Oswaldo Cruz: Monumenta Histórica.** Tomo I, Vol VI; Tomo III, Vol VI e Tomo IV. Vol VI. São Paulo: Brasiliensia Documenta, 1971.
- 34.- FALEIROS, Vicente: **A Política Social do Estado Capitalista.** S.Paulo: Cortez Ediotora, 1980.
- 35.- FAUSTO, Boris: **Trabalho Urbano e Conflito Social.** São Paulo: Difel Ed.1976
- 36.- FOOT, Francisco e LEONARDI, Victor: **História da Indústria de do Trabalho No Brasil.** São Paulo: Global Ed., 1982.
- 37.- FOUCAULT, Michael: **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Graal Ed., 1993.

- 38.- -----,-----: **El Nacimiento de la Clínica - uma arqueologia de la mirada médica.** Buenos Aires: Siglo XXI, 2006.
- 39.- FRIEDMANN, Georges: **O Trabalho em Migalhas.** São Paulo: Ed.Prospectiva 1972.
- 40.-GIOVANNI, Geraldo: **A Questão dos Remédios no Brasil - produção e consumo.** S. Paulo: Polis Ed., 1980.
- 41.- GINZBURG, Carlo: **História Noturna.** São Paulo: Cia. Das Letras, 2001.
- 42.- GORDON, R.: **A Assustadora História da Medicina.** R. de Janeiro: Ediouro,1996
- 43.- GRAHAN, R.: **Grã-Bretanha e o Início da Modernização no Brasil.** São Paulo Ed. Brasiliense, 1973.
- 44.- HOBSBAWN, E.J. e RANGER, Toreense: **As Invenções das Tradições.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.
- 45.- IANNI, Octávio: **Estado e Planejamento Econômico no Brasil (1930-70).** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1971.
- 46.- IYDA, Massako: **Cem anos de Saúde Pública. A Cidadania Negada.** S.Paulo: Edunesp, 1994.
- 47.- LUZ, Madel: **Medicina e Ordem Política Brasileira.** Riode Janeiro, Graal Editora 1982.
- 48.- ----,-----: **Instituições Médicas no Brasil.** Rio de Janeiro: Graaal Ed., 1988.
- 49.- ----,-----: **Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica.** Rio de Janeiro: E. Campus, 1988.

- 50.- MACHADO, Maria H. (Org.): **Os Médicos no Brasil – um retrato da realidade.**
Rio de Janeiro: Fiocruz. 1999.
- 51.- MALLOY, James M.: **Política de Previdência Social no Brasil.** Rio de Janeiro:
Graal Ed., 1979.
- 52.- MARINHO, Maria G.S.M.C.: **Norte Americanos no Brasil – uma história da
Fundação Rockefeller na USP (1934-1952).** S.Paulo:Ed. Autores
Associados - Fapesp, 2001.
- 53.- MARSCHALL, T.H.: **Política Social.** Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1967.
- 54.- MEHRY, Emerson E.: **Saúde Pública como Política.** S.Paulo: Hucitec, 1992.
- 55.- MELLO, Carlos G. de: **Saúde e Assistência Médica no Brasil.** São Paulo
Hucitec, 1977.
- 56.- MEYER, Philippe: **A Irresponsabilidade Médica.** S.Paulo: Edunesp, 2002.
- 57.- MORAES, José e REGO, José: **Conversa com Historiadores Brasileiros.**
São Paulo: Editora 34, 2002.
- 58.- MOREIRA, José M.S. **Ética e Solidarismo na Saúde: a trajetória de vida de
Edmundo Castilho.** São Paulo: Câmara Brás. Do Livro, 1999.
- 59.- MOTA, André: **Tropeços da Medicina Bandeirante- medicina paulista entre
1892 a 1920.** São Paulo: Edusp, 2005.
- 60.- MOURA, Gerson: **Tio Sam Chega ao Brasil - a penetração cultural americana.**
S.Paulo: Ed. Brasiliense, 1986.
- 61.- NADAI, Elsa: **Ideologia do Progresso e Ensino Superior – São Paulo 1881-
1934.** São Paulo: Ed. Loyola, 1987.

- 62.- NAVA, Pedro: **Capítulos da História da Medicina no Brasil**. Londrina e São Paulo: Eduel e Oficina do Livro, 2004.
- 63.- NOGUEIRA, A. e FRANCISCO, R.: **Chegada a Canaã - eles construíram a medicina em Londrina**. Londrina: AML, 2005.
- 64.- OBERDIEK, H.I.: **Fugindo da Morte**. Londrina,: Eduel, 1997.
- 65.- ORTIZ, R.: **Pierre Bourdieu**. S.Paulo: Ática Editores, 1994.
- 66.- PADIS, Pedro C.: **Formação de uma Economia Periférica: o caso do Paraná**. São Paulo: Hucitec, 1981.
- 67.- PELLEGRINI, Domingos: **A Luta Sem Fim- História da Unimed de Londrina**. Londrina: Unimed, 2003.
- 68.- PERES, João: **Apuros e Mancadas de Médicos no Interior**. São Paulo: Cupolo, 1943.
- 69.- PEREIRA NETO, André de F.: **Ser Médico no Brasil – o presente no passado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- 70.- POLANYI, Karl: **A Grande Transformação – origem da nossa época**. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 2000.
- 71.- POSSAS, Cristina de A.: **Saúde e Trabalho –A Crise da Previdência Social**. Rio de Janeiro: Graal Ed., 1981.
- 72.- RIBEIRO, Maria Alice: **História Sem Fim- Inventário da Saúde Pública. São Paulo, 1880-1930**. São Paulo: Edunesp, 1993.
- 73.- ROSANVALLON, P.: **A Crise do Estado Previdência**. Brasília-Goiania: Ed. UNB e UFG, 1997.

- 74.- ROSEN, George: **Da Polícia Médica à Medicina Social**. Rio de Janeiro: Graal Ed., 1980.
- 75.- SALLES, Maria do R. Rolsen: **Médicos Italianos em São Paulo (1890-1930)**. São Paulo: Ed. Sumaré, 1994.
- 76.- SANTOS FILHO, Lycurgo de C.: **História Geral da Medicina Brasileira**. Vol. **I e II**. São Paulo: Hucitec-Edusp, 1991.
- 77.- SAYD, Jone D.: **Mediar, Remediar – aspectos da terapêutica da Medicina Ocidental**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1998.
- 78.- SCLiar, Moacyr: **O Olhar Médico - crônicas da medicina e saúde**. S.Paulo: Ed. Ágora,, 2005.
- 79.- SCHRAIBER, Lilia B.: **Educação Médica e Capitalismo**. São Paulo:Hucitec, 1989.
- 80.- -----,----- : **O Médico e Seu Trabalho – limites da liberdade**. São Paulo: Hucitec, 1993.
- 81.- SENISE, Nelson: **O Submundo da Medicina**. Rio de Janeiro: Record,1996.
- 82.- SEVCENKO, Nicolau: **A Revolta da Vacina – mentes insanas em corpos Rebeldes**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1984.
- 83.- SIMMONS, John G.: **Médicos e Descobridores – vidas que criaram a medicina De hoje**. Rio de Janeiro: Ed. Record, 2004.
- 84.- SINAY, Sergio: **Elogio de la Responsabilidad**. Buenos Aires: Del Nuevo Extremo, 2006.
- 85.- SINGER, Paul: **Economia Política e Urbanização**. São Paulo: Ed.Contexto,1998.
- 86.- SINGER, P. et al (org.): **Prevenir e Curar**. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 1988.

- 87.- THORWALD, Jürgen: **O Século dos Cirurgiões**. São Paulo: Hemus Ed., ?
- 88.- TOMASI, Zelma F.T.: **Saúde e Estado Brasileiro**. São Paulo: Global Ed., 1986.
- 89.- TUCCI CARNEIRO, Maria L.: **O Antisimetismo na Era Vargas- 1930-45**.
São Paulo: Ed. Brasiliense, 1998.
- 90.- VEYNE, Paul: **O Inventário das Diferenças: história e sociologia**. São Paulo:
Ed. Brasiliense, 1983.
- 91.- -----,-----: **Como se Escreve a História**. Lisboa: Edições 70, 1987.

IV- Revistas:

- 1.- ROCHA, José de O.: **Imensa Vastidão de Cafezais**. A Pioneira: Londrina, anoII,
n.2, Julho-Agosto, 1949.
- 2.- SCHAIBER, Lilia B.: **História de Médicos: vida de trabalho entre a prática
Liberal e a medicina tecnológica**. Revista: História, Saúde,
Ciência, Manguinhos. Vol IV, n. 2- julho-out. 1997. Rio de
Janeiro. PP. 345 e ss.
- 3.- MOREIRA, Martha C.N.: **A Fundação Rockefeller e a construção da Identidade
Profissional de enfermagem na Primeira República**.
- LÖWY, Ilana: **Representação e Intervenção em saúde pública: vírus, mosquito
E especialistas da Fundação Rockefeller no Brasil**.
- AZEVEDO, Nara e HAMILTON, Wanda: **A Febre Amarela no Brasil: memória
De um médico da Fundação Rockefeller**. Depoimentos.
Revista: História, Ciência, Saúde, Manguinhos: Vol V, n. 3- Nov. 1998- Fev.1999
Rio de Janeiro, PP. 621 a 724.

- 4.- CHARTIER, Roger: **Pierre Bourdieu e a história- debate com José Sérgio Leite** .
Revista: Topoi. Rio de Janeiro, março de 2002. pp 139-182.
- 5.- -----,-----: **A História Hoje: dúvidas, desafios, propostas**. Revista: Estudos Históricos. Rio de Janeiro. Vol. 7, n. 13, 1994.pp. 97-113.
- 6.- VASCONCELLOS, Maria D.: **Pierre Bourdieu: a herança sociológica**. Revista: Educação e Sociedade, ano XXIII, n. 78. Abril 2002, pp 77-87.
- 7.- SETTON, Maria da Graça J.: **A Teoria do Habitus em Pierre Bourdieu: uma Leitura contemporânea**. Revista: Brasileira de Educação. Maio/Jul/Ago. 2002, n. 20.PP.60-70.
- 8.- POLLAK, Michael: **Memória, esquecimento, silêncio**. Revista: Estudos Históricos Rio de Janeiro, vol 2, n. 3, 1989. PP, 3-15.
- 9.- SILVA, Helena R.da: **Rememoração/comemoração: as utilizações sociais da Memória**. Revista: Brasileira de História, vol 22,n. 44, 2002. PP 425-438.
- 10.- SILVA, Luiz J. da: **O controle das endemias no Brasil e sua história**. Revista Ciência e Cultura. Jan/Mar. 2003. Vol 55, n. 1, ps. 44-47. Campinas: UNICAMP.
- 11.- NICHOLS, W.H.: **As Fronteiras Agrícolas na História Recente do Brasil: Estado do Paraná**. Revista Paranaense de Desenvolvimento, n. 26 set/out. 1971, ps 19-53. Curitiba.

V. Teses e Dissertações:

- 1.- ADUM, Sonia Maria S.L.: **Imagem do progresso: civilização e barbárie em Londrina: 1930-1960.** Dissertação: Departamento de História da UNESP- Assis, São Paulo, 1991.
- 2.- no-----,-----: **A subversão paraíso: o comunismo em Londrina-1945-1951.** Tese: Departamento de História da USP, São Paulo, 2002.
- 3.- ALVES, Jolinda de M.: **História da assistência social aos pobres em Londrina: 1940 -1980.** Tese: Departamento de História da UNESP –Assis. São Paulo: 2002.
- 4.- ARIAS NETO, José: **O eldorado: Londrina e norte do Paraná: 1930-75.** Dissertação: Departamento de História da USP. São Paulo, 1993.
- 5.- CANCIÁN, Nadir A.: **Cafeicultura paranaense: 1900-70. Estudos e conjuntura.** Tese: Departamento de História da USP. São Paulo, 1977.
- 6.- CESÁRIO, Ana Cleide C.: **Poder e partidos políticos em uma cidade média brasileira. Um estudo de poder local: Londrina, 1934-79.** Tese: Departamento de C.Sociais da USP. São Paulo, 1986.
- 7.- FARIA, Lina R.. de: **A fase pioneira da reforma sanitária no Brasil: a atuação da Fundação Rockefeller- 1915-1930.** Dissertação: Instituto de Medicina Social da UERJ. Rio de Janeiro, 1994.
- 8.- LOPES, Ana Yara D.P.: **Pioneiros do capital: a colonização do Norte do Paraná.** Dissertação: Departamento de C.Sociais da USP. São Paulo, 1982.
- 9.- MARINHO, Maria Gabriela S.M.C.: **O papel da Fundação Rockefeller na organização do ensino e da pesquisa na Faculdade de Medicina de São Paulo.** Dissertação: Instituto de Geociência da UNICAMP. São Paulo, 1995.

10.- MENDONÇA, Lúcia G.: **Parteiras em Londrina: 1929-1978.** Dissertação : História de Ciências da Saúde. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2004.

11. TOMASI, Zelma F.T.: **Da medicina liberal à medicina previdenciária- Movimento da Livre Escolha do Médico pelo Paciente. Londrina: 1960-1968.** Dissertação: Departamento de C. Sociais da USP, 1985.

ANEXOS

EXPEDIENTES ASSIGNATURAS Por anno . . . 12\$000 Por semestre 6\$000 Pagamento adiantado	Paraná - Norte	Esta folha não acerta, nem mesmo com o materia paga, artigos ou escriptos em linguagem menos digna.
Redactor proprietario: H. PUIGGARI COUTINHO Gerente: GEORGE F. COUTINHO		

 ANNO
 II

 LONDRINA (Estado do Paraná), 4 de Setembro de 1936.
 — E. F. S. Paulo-Paraná —

 NUMERO
 100

PELO HOSPITAL DE LONDRINA TRES DIAS DE FESTA BAILES, KERMESSES, JOGOS, ETC.

Terão inicio amanhã os festejos em beneficio do Hospital de Londrina. O programma é vasto e variadissimo, contendo numeros de verdadeira attracção, surpresas e valiosas tombolas com riquissimos premios. Sabbado, Domingo e segunda-feira, Londrina estará deslumbrante para a sua grande festa de caridade collectiva, para o seu Hospital, num bello gesto de humanidade no socorrer e amparar os que soffrem, gesto esse valiosamente secundado pelos que residem em outros municipios e em outros Estados, trazidos pela bondade de coração a participar desta grande liça de beneficencia, onde, sob um sorriso, estylizando a alegria, abrem as mãos para que dellas possa cahir discretamente o obulo da caridade ou, muita vez, para dar, parecendo que recebe. Essa gente piedosa, compra, cobrindo-se com a capa da usura e fingindo fazer um grande negocio, por duzentos... uma modesta prenda que vale um! E, assim, é o coração da gente de Londrina. Assim, é o coração magnanimo da gente que vem de fóra, cooperar connosco no monumento de caridade que desejamos levantar, não somente em beneficio de Londrina, mas tambem para amparar os que residem nos municipios circumjacentes e que necessitem dum leito nas horas de soffrimento, de uma intervenção cirurgica rapida e segura... Para todos, as portas do Hospital de Londrina, estarão abertas de par em par, acolhedoras e convidativas.

— A grande festa está sob o patrocínio directo das exmas. snras. Betty Thomas, Carlota Davids, Jenny Camargo, Marina Figueiredo, Alice Abreu Pires, Cornelia de Castro Beltrão, Estella Beltrão Medeiros, Leonilda Marchesini, Dóra Ferraz, Nair Coutinho, Jeanne Diment, Lazineha Wandley, Jamile Dequêch, Maria de Almeida, Adele Köcher, Conceição Otranto, Martha Rosenberger, Lelita Scharf, Senta Rosenberger, Laura Pompêo de Pinho, Betty Fröhlich, Jurema Neves Canziani e Zilda Malheiros, todas gentilmente auxiliadas pelas graciosas senhoritas Ignez Busch, Latife Tarran, Nair Teixeira Mello, Severina Colabelli, Leonilda Marquesini, Margarida Fröhlich, Clara Erdelyi, Maria Fröhlich, Anna Teixeira Mello, Amelia Barbosa, Consuelo Martins, Margot Estrella, Lydia Duha, Mercedes Martins e Virginia Leone.

Varios serviços estão a cargo dos esforçados cavalheiros José Jorge Chedid, Cesar Tralalli, Manoel Barbosa

DR. ANISIO FIGUEIREDO

(Operações em geral)

Cirurgião da Santa Casa e ex-assistente da Faculdade de Medicina de São Paulo.

Consultas no Hospital

LONDRINA

Lemes, José João, Paulo Montanari, Amadeu Trevisani, João Benato, Guilherme de Abreu Pires e Hilario Scharf.

Nos jardins da Prefeitura foram erguidos tres pavilhões, amplos e confortaveis para restaurant e bailes, todos fartamente illuminados por fortes lampadas electricas. Alem desses pavilhões foram levantadas varias barracas para diversos fins, tambem fartamente illuminadas.

Do programma podemos destacar o seguinte: Baile no pavilhão central - Ingresso para cavalheiros, 2\$000; Reserva de mesas no mesmo pavilhão, 10\$000; refeição avulsa, 3\$000 por pessoa; serviço de buffet, a cargo de distinctas senhoras e senhoritas; kermesse; leilão de prendas; rifas diversas; jogo do cachorro; jogo do Togram; correio elegante; varias diversões para creanças de cinco a cincoenta annos; touradas; novidades; surpresas; uma grande corrida de cavallos em que se empenharão os afamados parrelheiros Campeãozinho e Caipira; e... como nota final, a SURPRESA ORIENTAL, a qual, justamente por ser uma surpresa, surprehenderá a todo mundo. Musica, fogos, etc. Estudos graphologicos, a cargo da gentil advinha Togram Ailertse — 2\$000 por consulente. Grande concurso de graça e belleza.

A gentil senhorita Margot Estrella, tomará a seu cargo o apregoamento de uma das prendas. A sympathica leiloeira terá forçosamente um grande exito.

A Comissão Central estabeleceu o seguinte horario:

Sabbado — A começar ás 18 horas.

Domingo — Idem ás 17 horas.

Segunda-feira — Idem ás 17 horas.

Nota — Os serviços de buffet e bar, serão permanentes. Os pequenos laços para contra-danças, serão enregues, mediante o obulo de \$500.

Jardineiras — Durante os festejos as passagens nas jardineiras, de qualquer ponto, vinda e volta, gosarão o abatimento de 50%.

A Equitativa

Está na cidade o snr. Rosalvo Barros, inspector da importante companhia de seguros de vida «A Equitativa», uma das melhores no genero.

A viagem do snr. Rosalvo Barros, tem sido muito proveitosa.

Antonio Caffaro

Este nosso companheiro de imprensa, director da «Folha do Povo», de Aquidauana, Matto Grosso, e que se encontra nesta cidade a passeio, deu-nos o prazer de sua visita, o que muito agradecemos.

EXPEDIENTE
ASSIGNATURAS
 Por anno... 125.000
 Por semestre 65.000
Pagamento
 adiantado

Paraná - Norte

Esta folha não aceita, nem mesmo como materia piza, artigos ou escriptos em linguagem meada digna.

Redactor proprietario: H. PUGGARI COUTINHO Gerente: GEORGE F. COUTINHO

ANNO
 11

LONDRINA (Estado do Paraná), 27 de Setembro de 1936.

N U M E R O
 103

Hospital de Londrina

Conforme noticiamos, damos hoje inição a publicação dos donativos feitos em beneficio do Hospital de Londrina. Assim é, que a presente edição é quasi que dedicada inteiramente a alludida publicação.

Lista a cargo da exma. sra. d. Leonidia Marchesini

Luiz Prusseo Sobrinho, 50\$; Antonio Rodrigues, 50\$; Jeronymo C. Bittencourt, 20\$; Nazareno Proença, 20\$; Jocelin Pinheiro, 30\$; Naul Proença, 20\$; Mello & Costa, 50\$; Fleitor de Melo, 10\$; Luiz Veiga, 20\$; Fuganti, Fontana & Cia., 50\$; Atílio Prodossimo, 50\$; Alberto Gomes, 50\$; Constante Vilcili, 50\$; Manoel da S. Machado, 50\$; Euripedes Rodrigues, 50\$; Tuyoza Arai, 50\$; Casa Santo Antonio, 50\$; Dr. Antonio Pimpão, 50\$; Gastão Branco da Cunha, 2\$; Sebastião Gonçalves, 5\$; Carlos Kühr, 10\$; José Lucas, 10\$; Siguodi Bignati, 5\$; Atílio Nicoro, 5\$; Astrogildo C. Abreu, 2\$; João Gomes Machado, 2\$; José Antonio Lopes, 2\$; Pedro Moreno, 2\$; João Maximo Azevedo, 2\$; Irineu Baptista, 5\$; Querubim Boreli, 5\$; Antonio Rosalim, 2\$; Maria de Lourdes, 5\$; Aldora Ferreira, 10\$; Avelino José de Oliveira, 10\$; Joaquim F. Lima, 20\$; N. N., 20\$; João Batista de Lima, 30\$; Pedro Toledo, 2\$; Giociti Itice, 10\$; Masakasu Morishi, 20\$; Takashi Kaike, 10\$.

Lista a cargo da exma. sra. d. Maria de Almeida

Maria de Jesus, 1 galinha; Joaquina Domingues, 1 frango; Maria Ruiz, 1 dz. de ovos e 1 frango; Dolores Pinto, 1 réstea de alhos; Pergo Vinturini, 1 frango; Bruchim Luz, 1 galinha; Maria Bastien, 1 frango; Amabile Sanguineta, 1 frango; Catharine Sismoti, 1 dúzia e meia de ovos; Francisco Galma, 2 galinhas e 1 leitão; Vague Palma, 1 frango e 1 dz. de ovos; Braum, 1 cabritinho; José Palharino, 1 frango; Josefina Segato, 1 galinha; Regina Crowe, 1 frango; Dolores Garcia, 1 frango; Sebastiana Maria, 1 frango; Maria Conceição, 1 pudim; Maria Augusta, 1 dúzia de ovos; Ernesta Quimentão, 1 dz. de ovos; Rosa Senheira, 1 dz. de ovos; Maria Quimentão, 1

frango; Maria Aparecida, 1 dz. de ovos; Leonidia, 1 dz. de ovos; Anna Darobisk, 1 frango; Maria Bamosi, 1 dz. de ovos; Alesask, 1 frango; Francisco Pechanqui, 1 frango; d. Emilia, (Fazenda Parai-zo), 1 papagaio e 1 quarta de teijão; S. O. Caria, 50\$; sra. Diniz, 20\$ e 2 frangos; Antonia Karam, 1\$500; Bernard Alexandre, 1\$; Maria Amelia, 1\$; Virginia Pazini, 1\$; Magdalena Salvador 1\$; Alba Crivate, 2\$; Amalia Quimentão, 1\$; André Pulido, 1\$; Maria Quimentão, 1\$; Jovita Branco, \$500; Satuliana Maria, 2\$; Lucia Maria de Jesus, 1\$; Sebastiana Maria de Jesus, 1\$; Antonio Diniz, 20\$; José Luiz 1\$; João Langoski, 5\$; Feliks Wasicki, 5\$.

Lista a cargo do sr. José Leite de Carvalho

José Leite de Carvalho, 10\$; Benedicto do Nascimento, 5\$; George Mathias, 5\$; Peçillio Pereira, 5\$; Euclides Silva, 5\$; Pacifico de Souza, 5\$; João Ribeiro, 5\$; Norberto, 5\$; João Baptista, 5\$; João Groff, 5\$; Belarmino Soares, 5\$; Raphael de Aguiar, 5\$; Atílio Pereira, 5\$; Pedro Leão, 2\$; Sebastião Siqueira, 2\$; José Antonio, 2\$; José Soares, 2\$.

Diversos

D. Cornelia C. Beltrão, 50\$; Pharmacia São João, 1 lata de leite Edelweiss; David Dequech, 1 aparelho de chá; d. Betty Thomas, 1 toalha de jantar, 1 boneca e vestidos de creança; d. Carlota Davids, 1 pulseira, vestidos, gravata e diversos; Valeria Coutinho, 1 bezerra e 1 mamão; Casas Pernambucanas, 6 cortes de fazenda; d. Leonidia Marchesini, 1 par de vasos; sra. Margot Estrella, 1 porta-joias, bandeja e chiearas de porcelana; Casa Henrique, 1 banheiro no

valor de 30\$; d. Jenny Camargo, 1 vaso; Drogasil Limitada, 1 lata de talco, 1 vidro de loção Chimene e 1 vidro de Agua de Colonia Narcisse-vert; João Rochinsky, 1 marreco; per intermedio Manoel Almeida, 1 leitão; Serraria Larsen, 5 dzs. de taboas da 1.ª; dr. Amedeo Boggio, 10.000 tijollos; d. Maria Evangelista, pasteis; d. Maria Massi, 1 leitão assada; d. Graciosa Zortéia, empadas; d. Olga Gomes, 1 bolo; Padaria Germania, 1 bolo; d. Rosa Marques, 1 pudim; d. Emilia Fonseca, 1 frango assado; d. Pia de Almeida, 1 frango assado; Familia Leoni, 1 bolo; d. Stella B. Medeiros, 50\$; d. Maria Cardoso, suspiros; d. Maria Fabrini, 1 frango assado; d. Anita Azevedo, 1 prato belas; Casa Azul, doces japonezes; Hotel Rolandia, pasteis; Pensão Mauricio, 1 bolo; Pensão Paulista (Arquilão), 1 frango; Hotel Germania, sandwiches; Viviam Ceccopieri, 1 prenda; José Fernandes, 3\$; Sebastião Juvena, 2\$; Uns caçadores, 100\$; Typographia - Oliveira, 300 correios elegantes; Schesfer & Cia, de Rolandia, 50% do valor da cobertura das barracas; dr. Gregor Rosenberger, 1 caixa de charutos e 20\$; José Majeswsky 1 toalha de seda; de Sertanopolis, um crucifixo e uma mantegueira; Reynaldo Boecolo, uma garrafa de cognac; José Garcia Gonçalves, um sabonete; Pedro Kossa, um corôte de madeira; Mansur Chocair, um vidro de brilhantina; Ruth Vieira dos Santos, um cofre; João Busto, uma lata de goiabada; Manoel Moura de Menezes, uma garrafa de vinho tinto; Athanasio Bello, uma garrafa de vinho do Porto; Said Chocair Tarran, uma almofada; Oscar Osdenberg, uma lata de Quaker Oats; Alberto Koch, uma garrafa moscatel e uma lata de biscoitos; Casa São

Jorge, um porta-joias; Padaria Orto, um pedacinho de chocolate; Casa Aurora, duas latas de doces; Raymundo Junqueira, 10\$; Alipio Rocha, 2\$; Carlos de Arruda Freitas, 10\$; Luiz Zacharias, 10\$; Hermonogenes Carneiro, 10\$; Izabel, 2\$; Jeronymo Cachada, 20\$; A. G. P., 50\$; Santiago Gomes & Cia., 40\$; Féda Fulesi, 1\$500; Hikoma Udihara, lanterninhas de ornamentação, estylo japonez; Elias Tarran, uma caixa de pó de arroz, uma caixa de rouge, um vidro de brilhantina, 1 vidro de oleo de baboza, etc.; Arivabene & Cia., trez latas refresco e duas latas de bolachas Maysena; Jorge Melhem & Cia. Ltda., uma peça de flanela; Companhia Gessy SIA, uma caixa de sabonete Gessy; Companhia Fiação e Tecelagem Santa Maria; uma peça de facha; Toti & Filho, Ltda., uma caixa de virão; Cia. Antarctica Paulista, cinzeiros de baquelite, 7 telaines, 25 bandejas, 25 dores, 10 sacca-rolhas, 2 dzs. de 11\$ licores sortidos e 6 grs. de 11\$ de wisky "2 Pinguins".

Serviços gratuitos

Justino Esteves, 23\$; José Luiz, 12\$; José Domingos, 12\$; Joaquim Lopes, 15\$; Manoel da Silva, 9\$; José Bornave, 9\$; Luiz Silva, 9\$; João Tobias, 15\$; Miguel Bornave, 10\$; Valentin Nalin, 11\$; Joaquim Pereira, 9\$; Balcis Mascallunas, 9\$; Felipe Bornave, 9\$; Domingos Gregorio, 9\$; Joskia Kouzada, 9\$; Paulo Penhaseque, 9\$; João Julius, 9\$; Caetano Cascilho, 9\$; Cipriano Campinha, 10\$; Antonio Martins, 9\$; José Affonso, 9\$; Manoel Martins, 32\$; José Múther, 32\$; Adriano Martins, 15\$; Mecias Almeida, 15\$; A. Almeida, 15\$; Jofire Piarzini, 15\$; Godencio Farafini, 15\$; Albino Farafini, 15\$; Luiz Farafini, 15\$; Eugenio Farafini,

Pagamento adiantado

DIRECTORES Proprietário — H. PUIGGARI COUTINHO
Secretário — LUIZ CARLOS DA SILVEIRA

REDACTOR-CHEFE DR. MANOEL PEDRO DE MACEDO

Imp. Act. ou escriptos em linguagem menos digna.

ANNO VI LONDRINA (ESTADO DO PARANÁ) 15 de Outubro de 1939. NUMERO 261

Todas as nossas classes sociaes empenhadas na fundação do hospital de Londrina

Vem causando, como é natural, extraordinario eco na opinião publica os comentarios feitos pelo "Paraná-Norte" a proposito da necessidade extrema, em que nos encontramos, de possuir um hospital municipal.

Pode-se mesmo dizer que a fundação desse hospital é o assumpto do dia em Londrina, pois que todos, mesmo os que particularmente não têm o menor interesse na existencia de um estabelecimen-

to dessa natureza sentem a necessidade social que o mesmo representa, dado o elevado numero de doentes, desprotegidos da fortuna, que arrastu seus padecimentos em Londrina, como em todos os centros populosos.

Ainda hontem, "Paraná-Norte" teve oportunidade de annotar duas incisivas opiniões sobre a campanha que vimos fazendo naquella sentida e que se revestem de singular importancia, dado o con-

ceito que destructam em nosso meio as pessoas que as emittiam: os srs. David Dequech, presidente da Associação Commercial, e José Bonifacio e Silva, elementos representativos do alto commercio e da sociedade londrinense.

Estão ambos accordes em que a não existencia de um hospital municipal em Londrina é uma grave lacuna em nosso meio, uma falha social injustificavel, numa cidade adeantada como esta—sendo o facto de causar maior extraheza, ainda, por já termos um terreno para a sua construcção, bem como algum capital já reunido para esse fim e a manifesta boa vontade do Prefeito do municipio, no sentido de subvencionar a necessaria e utilissima instituição.

Renovamos, pois, daqui, o nosso apello ao dr. Willie Davids, para que inicie quanto antes a phase pratica da fundação do hospital municipal de Londrina, ludo ao encontro, assim, não só dos reclamos angustiosos de uma legião de enfermos infelizes, que anda ahí, mão estendida, a implorar caridade, da porta da Prefeitura aos consultorios médicos, como também da opinião expressa de todas as nossas classes conservadoras, empenhadas, como nós, na consecução daquelle objectivo altamente humano, superiormente christão.

E esperamos ser attendidos, Londrina sem um hospital, des-

Rádios PHILIPS

e de outras marcas, novos ou usados.

É de seu proprio interesse, antes de comprar um radio, conhecer os do nosso stock.

PREÇOS REDUZIDOS

FACILIDADE DE PAGAMENTO

Estabelecimento de Vendas FORD

Jão B. Gurgel Pismel

AVENIDA PARANÁ—Esquina da rua Matto Grosso

mente tudo quanto se possa dizer do seu progresso, do seu desenvolvimento, de sua cultura, dos sentimentos de humanidade dos seus habitantes.

RECURSOS FISCAES ? NESTA REDACÇÃO

Santa Marianna

Esta pittoresca e prospera villa, cujo progresso nada ceza a desejar, habitada por um povo culto e emprehendedor, servida por estrada de ferro, luz electrica e agua encanada, sente-se tolvida em suas relações commerciaes, industriaes e agricolas, e mesmo sociaes, pela falta de uma agencia postal. Esperamos que o dr. Brenno Arruda, operoso Director Regional dos Correios em Curitiba, resolva o momentoso assumpto, fazendo crear uma agencia em Santa Marianna, o que é de justiça e de interesse publico.

Dr. Ludovino Pinto Valada

CIRURGIÃO DENTISTA

Pivots, Bridgs, Dentaduras Anatomicas

Cirurgia dos maxilares

Consultorio: RUA MATTO GROSSO, 676

LONDRINA—Estado do Paraná.

O DR. FONSECA

Môra em Londrina um homem de invulgares qualidades e que nutre, por este torrão, o maior devotamento, assignalado em vastos beneficios que elle já prestou ao nosso municipio: — é o dr. Fonseca.

O dr. Fonseca, homem de visão esclarecida, quando Londrina e todo o norte do Paraná eram sertão bravo, deshabitado, teve, como num clarão, o descortinio do futuro portentoso destas glebas e, desde então, todos os momentos de sua vida preciosa, todos os recursos de sua intelligencia e de seu saber, foram empregados pela grandeza e gloria desta terra.

Graças, em grande parte á sua

actuação, isto aqui se povoadu, desenvolveu-se vertiginosamente e, ao fragor dos céedros e outra arvo-

(Conclue no A' pagina)

BREVEMENTE EM LONDRINA AGENCIA INTERNATIONAL

Caminhões — Auto omnibus — Machinas agricolas

accessorios em geral

Guilherme Meyer & Cia Lda

DR. FERRAZ

— Advogado —

RUA PERNAMBUCO, 796

Em frente ao Grupo Escolar - Londrina

DOENÇAS DE CRIANÇAS E ADULTOS CLINICA GERAL

Dr. Mario Tourinho

Residencia — RUA CEARÁ N.º 112

Consultorio — AVENIDA PARANÁ, 1663

Proximo á Casa Economic

Das 8 ás 11 — Das 2 ás 5

Primavera!

Acabam de chegar as ultimas novidades para a nova estação

CASAS PERNAMBUCANAS

TECIDOS BONS, BONITOS E BARATOS. isitem nos domingos

nessas exposições

Diário da Manhã

ANO VI | LONDRINA (ESTADO DO PARANÁ) | 13 de Maio de 1940. | N.º 1000
 DIRETOR-PROPRIETÁRIO: H. PEIGGARI COUTINHO | GERENTE: GABRIEL ANTUNES
 Preço: R\$ 120,00 por semestre, R\$ 25,00 por trimestre.

O predio para a Santa Casa

Não tendo sido possível concluir, na, só no próximo domingo, será o memorial que deve acompanhar o projecto de construção do predio para a mão de obra da reforma destinado à Santa Casa de Londrina-Paraná.

A Comissão do hospital, que, como todos sabem, é composta das directoras das Associações de Escoteiros e do Rápido de Londrina, tendo a frente o sr. tenente Luiz dos Santos, figura maxima dessa campanha nobilissima, está trabalhando activamente no sentido de serem as obras iniciadas impreterivelmente no mez de Junho p. vindouro.

Assim pois, por nosso intermedio, pede a todas as pessoas que se interessam por esta campanha altruistica, o obsequio de fazer seus doativos quanto antes a thesauraria da mesma commissão, a cargo do pharmaceutico sr. Orestes Pullin.

clive Policia Militar e Corpo de Bombeiros), os Srs. Secretarios, solicitarão de cada funcionario ou operario, uma contribuição para o fim de lazaro.

— Todos os radios da cidade serão selados com selos de 1500.

As importancias angariadas poderão ser remetidas a Comissão Central de Curitiba. — Saudações Cordiais — (a) M. Lucinda Pinto, Secretario do Interior.

Dr. Ludovino Pinto Valada
 CIRURGIÃO DENTISTA
 Pivots, Bridges, Dentaduras Anatomicas
 Cirurgia dos maxilares
 Consultorio: RUA MATTO GROSSO, 676
 LONDRINA—Estado do Paraná

Radios PHILIPS
 e de outras marcas, novos ou usados.

É de seu proprio interesse, antes de comprar um radio, conhecer os do nosso stock.

PREÇOS REDUZIDOS
 FACILIDADE DE PAGAMENTO

Estabelecimento de vendas FORD
 João B. Gurgel Pismel
 AVENIDA PARANÁ—Esquina da rua Matto Grosso

INAUGURADA

A Delegacia Municipal de Recenseamento

Com a solennidade digna do acto, foi installada, domingo passado, a Delegacia de Recenseamento deste municipio, sendo empossado no cargo de Delegado Municipal de Recenseamento o dr. Napoleão Pimpão Ferreira.

Abaixo publicamos a acta da installação da importante repartição federal:

• Aos doze dias de Maio de mil e novecentos e quarenta, ás doze horas, no Forum da Comarca de Londrina, reunidos os infra-assinados sob a Presidencia do Sr. Dr. Willie da Fonseca Brabazon Davids - Prefeito Municipal, e com a presença das seguintes autoridades: Sr. Dr. Augusto Faria Rocha - Juiz de Direito, Darcy Pereira Alves - Promotor Publico, Tenente Luiz dos Santos - Delegado Regional de Policia, Padre Eugenio Herter - Vigario Paroquial, Anizio Ribas Bueno - Coleto Federal, Severo Canziani - Coleto Estadual, Sr. José Kuster - Inspector de Recenseamento do Estado, foi solememente installada a Delegacia Municipal de Recenseamento de Londrina. Com a palavra o Sr. Dr. Prefeito Municipal deu posse ao Sr. Napoleão Pimpão Ferreira, do cargo de Delegado Municipal de Recenseamento de Londrina, e passou a expor a finalidade do Decreto-Lei que em boa hora por bem iniciar o recenseamento em todo o Brasil dizeo do povo brasileiro que visa quantos somos no pais e particularmente quanto são os brasileiros. Encareceu o Sr. Prefeito a necessidade absoluta do empreendimento, não só por efeito da estatística interna das nossas possibilidades democraticas como tambem as economicas, e tambem por efeito internacional, pela

de acordo com o relatório do Sr. Embaixador Helio Lobo e Brasil precise figurar no Anuario da Sociedade das Nações, o que é necessario, como disse o orador.

De posse do cargo, o Sr. Napoleão Pimpão Ferreira e usando cumprimento ás ordens emanadas do Sr. Dr. Delegado Regional da 3.ª zona Eleitoral, deu posse a comissão executoria local composta dos Srs. Dr. Willie da Fonseca Brabazon Davids - Prefeito Municipal, Dr. Augusto Faria Rocha - Juiz de Direito, Dr. Darcy Pereira Alves - Promotor Publico, Tenente Luiz dos Santos - Delegado Regional de Policia, Padre Eugenio Herter - Vigario da Paroquia, Severo Canziani - Coleto Estadual, Anizio Ribas Bueno - Coleto Federal, Sr. José Kuster - Inspector de Recensas do Estado.

Nada mais havendo a tratar, o Sr. Presidente da mesa Dr. Willie da Fonseca Brabazon Davids deu a palavra a quem dela quizesse fazer uso e como ninguém mais se levantou, foi dada por installada a Delegacia Municipal de Recenseamento e finda a sessão, sendo antes o Sr. Prefeito accedido a presença e conversação de todos os presentes. E para constar, em Antonio Fava servindo de secretario por designação do Sr. Prefeito lavrei a presente acta que vai por todos os presentes assinada.

Londrina, 12 de Maio de 1940

Antonio Fava, Dr. Willie da Fonseca Brabazon Davids - Prefeito, Napoleão Pimpão Ferreira - Delegado, Augusto Faria Rocha, Darcy Pereira Alves, Tenente Luiz dos Santos, Padre Eugenio Herter, Anizio Ribas Bueno, José Kuster, Severo Canziani.

Preventorio para filhos de lazarus

Da Prefeitura Municipal receberam para ser publicado o seguinte: -Secretaria do Interior e Justiça - N.º 1853 - Curitiba, 11 de Maio de 1940 - Sr. Prefeito - Tendo sido organizada nesta Capital a campanha destinada a obter recursos para a construção de um Preventorio para filhos de lazarus, o qual, como é evidente, será de grande beneficio para todo o Estado, e liberou a Comissão Central soli-

termidio, a colaboração necessaria, para que tal campanha seja levada a effecto em todos os Municipios. E o que faz, dando exemplo abaixo os numeros do programa de ação que se applicam ás Prefeituras, cuja execução tem por base os seguintes pontos:

1.º - Acolher os doentes em hospitais, hospitinhos, casas de convalescença, etc., e em casa de parentes, quando a situação for favoravel.

2.º - Adotar medidas de higiene e saneamento, para evitar a transmissão da doença.

3.º - Adotar medidas de saneamento, para evitar a transmissão da doença.

4.º - Adotar medidas de saneamento, para evitar a transmissão da doença.

serão selados com 1500, 3.º - Todas as entradas de cinemas, durante a semana da campanha, serão arrecadadas de 200.

4.º - Nas Secretarias de Estado (In-

A hora tragica da Europa

Augmenta dia a dia, em proporções assustadoras, a guerra na Europa.

Pequenas nações, são arrastadas violentamente para a lucta e vêm ás suas cidades destruidas da noite para o dia, sepultando sob escombros os filhos queridos e o progresso conseguido em dezenas de annos de trabalho.

Protesto colectivo

Em face da invasão da Belgica, Hollanda e Luxemburgo, o governo uruguayo consultou os governos dos demais paises americanos, sobre a conveniencia de ser feito um protesto colectivo contra a aggressão de que estão sendo victimas as referidas nações.

Segundo telegramma recebido de Montevideo pelo Correio Paulistano, 14 paises já deram o seu apoio a iniciativa uruguayo, contando-se entre elles o Brasil.

A capitulação da Hollanda

Consternam immensamente o povo brasileiro, a noticia da capitulação da Hollanda, pelo inimigo, e depois de manter-se em completa neutralidade, foi invadido pelas forças allemãs, e humilhado pela superioridade numerica, após

ter perdido 25% de seu pequeno exercito.

Está chegando a hora da Suíça!

Segundo noticias dos jornaes de S. Paulo, a Alemanha concentrou 400.000 homens na fronteira da republica helvetica. Será pois mais uma victima, a patria de Guilherme Tell, a nação que tem sido o exemplo da paz, tendo mesmo conseguido salvar-se da lucta de 1914, apesar de encontrar-se entre dois logos. É uma verdadeira calamidade a dura sorte porque estão passando as pequenas nações europeas, nesta hora tragica do velho continente.

Infermam telegrammas de Londres que as tropas anglo-belgas recuam tenazmente ao norte da Belgica.

— De Paris annunciam que as forças francezas desviam o avanço allemão no Aisne e em Bethel.

— Os allemães annunciam a conquista de Namur.

— O governo belga transferiu a sua sede de Bruxellas para Ostende.

— De Paris desmentem a noticia do rompimento da Linha Magnot, affirmando-se que a mesma termina em Montmedy, ao sul do estreito canal de Luxemburgo.

— Calcula-se que 3 milhares de homens lutam em 100 kilometros de extensão.

DIAGNÓSTICO ANTICIPAÇÃO DE UREANÇAS E ADIÇÕES

Clinica geral

Vias urinaarias e syphilis

Dr. M. Tourinho

A

Londrina, 5 de Março de 1960.

MEMO SP
LONDINA 3 REGIS DE AZEVEDO
DD PRESIDENTE DO T. N. E. R.
RIO DE JANEIRO - RJ

Prezado Senhor:-

Consoante diretrizes traçadas pela Associação Médica Brasileira, em que são reconhecidos como legítimos os princípios que eticamente devem reger a prestação dos serviços médicos, a Associação Médica de Londrina decidiu adotar, como suas as normas éticas a saber: 1º - fixação de honorários médicos por unidade de serviços, e 2º - reconhecimento do direito de livre escolha do médico por parte do doente.

Consequentemente, consultada a opinião da classe médica desta Cidade, a Diretoria da Associação Médica de Londrina deliberou que seus associados que prestam serviços a Instituições Previdenciais à base de salários, apresentassem por este documento, como o fazem abaixo, seu pedido de dispensa, a partir de 31 de Março de 1960.

Portanto, consideram-se eles a partir dessa data eximidos da obrigação de prestar seus serviços a essa Instituição, independentemente de notificações de vossa parte.

Ademais, a Associação Médica de Londrina coloca-se inteiramente ao vosso dispor no que concerne a orientação - que vem dando aos seus associados com respeito ao atendimento - dos assistidos por essa conceituada Instituição.

MUITO CORDIALMENTE,

J. D. Ayres

JOAO DIAS AYRES
Presidente em Exercício

Regis de Azevedo

REGIS DE AZEVEDO
Secret. em Exercício

DE ACÓRDO:

Adelio Luiz Cortez

DR ADELIO LUIZ CORTEZ

Antonio Stocchero

DR ANTONIO STOCCHERO

Armando Nilo Bacellar

DR ARMANDO NILO BACELLAR

Arthur van den Berg

DR ARTHUR VAN DEN BERG

Dalton Fonseca Paranaguá

DR DALTON FONSECA PARANAGUÁ

Elias Antonio Campenelli

DR ELIAS ANTONIO CAMPENELLI

Emilio Gomes Fialho

DR EMILIO GOMES FIALHO

Issao Ujihara

DR ISSAO UDIHARA

Joao Henrique Steffen Jr

DR JOAO HENRIQUE STEFFEN JR

Jose Guiss Netto

DR JOSE GUISS NETTO

Milton Guimarães

DR MILTON GUIMARÃES

Nereu Peplow

DR NEREU PELOW

Paulo Neves

DR PAULO NEVES

Wilson Salles

DR WILSON SALLES

A1

Op.36/60

Londrina, 15 de março de 1960

Ilmo.Sr.
 Dr. ORLANDO FREITAS
NESTA

Estando o caro colega perfeitamente ciente e acorde com todas as decisões da A.M.L. na justa campanha que ora se empenha fazemô-lo sabedor de que na última reunião da Diretoria foi apreciada a resposta do colega Dr. Milton Guimarães que por documento por êle assinado nega-se a se solidarizar com a absoluta totalidade da classe médica.

Em face a esta resposta negativa e final a Diretoria da A.M.L. decidiu envaminhar officios a todos os Hospitais locais, solicitando a suspensão dos direitos de membro do Corpo Clínico dêstes hospitais até que o referido colega venha a tomar atitude diversa da que assumiu; oficiou por outro lado a todos os colegas que prestam serviços auxiliares = no sentido de que suspendam até ulterior deliberação o atendimento às requisições do Dr. Milton Guimarães.

ATENCIOSAMENTE;

Dr. Regis S. de Azevedo
 Secretário

Dr. Dalton Paranaquá
 Presidentê

dm/.

Op.37/60 - Dr. Dalton Paranaquá
 38/60 - Dr. Orlando Freitas
 39/60 - Dr. Milton Guimarães
 40/60 - Dr. João de Oliveira
 41/60 - Dr. Adia Parê
 42/60 - Dr. Luis Carlos Costa
 43/60 - Dr. José Antonio Freitas
 44/60 - Dr. Newton V. Lima

E

02. 1. 1. 1963

Londrina, 11 de outubro de 1963

Senhor Sr.

Amare Raphael de Araujo Fraga
 Chefe do Gabinete no I.A.P.E.T.C.
RIO DE JANEIRO

Senhor chefe do gabinete:

Dou em meu poder seu ofício 22.130 de 20.9.63.

1. Não me reportarei aos qualificativos que V. Sa. apõe às decisões da A.M.L., porque êles demonstram mais uma vez a dificuldade que certas esferas administrativas teimam em ter, para compreender o sentido de nossa luta.

2. A Agencia local do I.A.P.E.T.C. vinha contando com ampla prestação de serviços médicos nesta cidade, consoante o que fora esta belecido com administrações anteriores. Uma vez que o I.A.P.E.T.C. rompeu as disposições combinadas, escolheu a atual situação, o que só podemos lamentar, frisando como do I.A.P.E.T.C. a responsabilidade total pelo atual estado de coisas.

3. Esclareço, mais uma vez que a A.M.L. só reconhece - como moral, válida e eficiente, a assistência médica prestada ao regime de Livre Escolha, em que o doente escolhe o médico de sua preferência. A A.M.L. reconhece ainda como moral, válida e eficiente a manutenção pelo Instituto de alguns (já haviam três) triadores, que se encarregam de atendimento simples e imediato, dos laudos-doenças, das perícias e demais providências de ordem imediata burocrática como a supervisão dos serviços médicos em geral. Estes triadores deverão ser nomeados após os resultados do concurso que a A.M.L. promoverá com a colaboração do Instituto, para a escolha dos candidatos cuja lista a A.M.L. previamente submeterá à apreciação do Instituto.

4. Acredito que a A.M.L. assim zela criteriosamente pelo bem coletivo: oferece os médicos mais capazes para a função de triadores, e todos os consultórios de seus membros para a livre escolha dos contribuintes da previdência, para prestação de serviços médicos, que nos permitimos repetir, se fará nos moldes da tabela de honorários médicos do D.N.P.S.

5. Continuamos à disposição da Previdência para entendimentos e esclarecimentos na defesa do bem da coletividade.

Atenciosamente

Dr. Octavio Canesin

Secretário

Dr. Ascencio Garcia Lopes

Presidente

M2

of. AML 314/33

Londrina, 17 de setembro de 1963.

Ilmo. Sr.
 José Bonifácio e Silva
 Procurador da Santa Casa de
LONDRINA

Prezado senhor:-

Tendo em vista a resolução da assembléia da Associação Médica de Londrina de 16 próximo passado, em que ficou decidido a suspensão da prestação de serviços de todos os sócios da AML ao IAPETC, e lembrando o entendimento havido com todos os administradores de hospitais da cidade, referente ao assunto, pedimos a V. Sa. que a Santa Casa não aceite "guias" de internamento do IAPETC, em hipótese alguma.

Entretanto essa casa poderá estar aberta aos médicos Drs. Ricardo Skowronek, Vander de Carvalho e Milton Guimarães, que fazem parte do corpo clínico, nos casos em que mandarem "pedidos" de internação de doentes do IAPETC, para ele mesmos tratarem seus doentes, desde que esta internação cumpra as obrigatoriedades dos casos particulares, isto é, depósito inicial em dinheiro, correspondente, e acerto de contas na alta, como qualquer caso particular e com a tabela de preços de particulares.

Com isto, o IAPETC terá liberdade de seu serviço próprio, e os hospitais estarão cumprindo o protocolo interhospitalar, pois, só poderão aceitar os médicos do Instituto quem fazem parte do corpo clínico da Santa Casa, e além do mais, o Instituto é transformado para os hospitais em um doente particular.

Certos de sua compreensão, antecipamos os nossos agradecimentos.

Atenciosamente

Dr. Octavio Ganesin
 Secretário

Dr. Ascencio Garcia Lopes
 Presidente

A N E X OPROTOCOLO PROFISSIONAL DOS MÉDICOS DE LONDRINA - 1.963

"Os médicos abaixo assinados, reconhecendo neste Protocolo a codificação das normas de prestação de serviços às organizações assistenciais oficiais ou particulares concordam na utilidade de sua observância.

Reconhecem a autoridade da AML, em supervisionar estas atividades, velando acima de tudo pelo interesse da classe médica e dos doentes com elevado espírito de classe e sentido libado de justiça, equanimidade e senso de responsabilidade, eqüidistante que está de lutas e interesses políticos ou de grupos.

Por isso, ao assinarem este documento, como simples profissionais ou representando os cargos que exercem o fazem conscientes de sua significação e certos de que estão com isto alicerçando o futuro da classe médica na luta por condições dignas de trabalho.

Por isso ao assinarem esse documento, se comprometem solenemente a seguir as normas traçadas pela AM.L. empenhando neste compromisso sua palavra e sua honra.

E, ao fazê-lo ratificam-no em todos os seus termos, como segue:

Artigo I

A AML reconhece como legítimas as normas de trabalho que repousam nos seguintes princípios basilares:

- 1º) Livre-Escolha do médico pelo doente.
- 2º) Remuneração por unidade de trabalho executado.

§ 1º - Os honorários correspondentes às unidades de trabalho médico executado, serão cobrados segundo a tabela de honorários mínimos, adotada pela AML baseada no conceito de Unidade de Serviço.

a) O valor da unidade de serviço será estipulado pela AML e sofrerá os reajustes que as circunstâncias impuserem à critério da AML.

b) A AML poderá em qualquer época modificar essa tabela consoante decisão de Assembléia Geral para tal fim convocada.

§ 2º - As contas de serviços profissionais quer individuais, quer conjunta com as de hospitais, deverão ser apresentadas nos respectivos escritórios locais da Organização Assistencial e seu pagamento deverá ser por estas feito, até um prazo de 30 dias da sua apresentação.

a) As contas que não forem saudadas neste prazo

deverão ser encaminhadas à AML para as devidas providências junto às Organização Assistencial.

Artigo 2

Nenhum colega sócio da AML poderá ser nomeado, contratado, credenciado ou adjudicado para trabalhar como assalariado de qualquer organização assistencial sem a anuência da AML dada por escrito, assinado por toda a Diretoria contra uma carta de compromisso mútuo.

§ 1º - A aceitação de qualquer emprego por parte de qualquer colega, está na dependência da Diretoria da AML que reconhece esta possibilidade:

a) Na função médica geral ou especializado, em regime assalariado para as organizações assistenciais que assistem a menos de setenta famílias e em caráter de emprego único, não podendo exercer funções semelhantes ou de triador em outras organizações assistenciais.

b) Nas funções de médico triador, para as organizações assistenciais que assistam mais de setenta famílias, devendo ser de inteira confiança da AML também em caráter de emprego único, não podendo exercer funções semelhantes nem a função prevista na letra anterior.

c) Quando a Organização Assistencial de que fala a letra A num dado momento passar a assistência de mais de setenta famílias o regime de trabalho do médico assalariado deverá imediatamente ser transferido para o sistema de livre-escolha, passando o médico para as funções de triador apenas.

d) Fica estabelecido que os empregos nos cargos de médico legista ou de Centros de Saúde, pela sua própria natureza, não se enquadram no que dispõe o presente protocolo para os empregos médicos das organizações assistenciais, embora sejam computados como emprego único.

e) O preenchimento de novos cargos assistenciais a serem criados por organismos assistenciais oficiais, tais como Pronto Socorro, Postos assistenciais de urgência, etc., obedecerão as normas do presente protocolo.

§ 2º - A AML, reconhece para o triador de que fala a letra "b" do parágrafo anterior, apenas as seguintes funções:

a) Exame de admissão para associados das organizações assistenciais.

b) Triagem de doentes após exames sumários e competente encaminhamento, sempre respeitando o princípio

basilar da livre-escolha. Esta triagem não poderá ser feita por um proprietário de hospital e nem poderá ser feita no consultório particular do triador.

c) Licenças para associados e beneficiários.

d) Laudos, perícias, exames para fins de aposentadoria e todo processamento médico burocrático inclusive aprovação de contas zelando imparcialmente pelo interesse da Organização Assistencial e dos sócios da AML.

§ 3 Os cargos de médicos assalariados atualmente preenchidos serão apreciados pela AML que se pronunciará por escrito, dentro do prazo de trinta dias a contar dessa data, sobre cada caso.

§ 4º - A AML, estabelece como critério para a seleção dos candidatos aos cargos de médicos assalariados das organizações assistenciais as seguintes normas:

a) A abertura de vagas de médico assalariado em qualquer organização assistencial deverá ser comunicada diretamente à AML.

b) A AML dará ciência dos fatos aos associados, abrindo inscrições que deverão ser feitas dentro de três dias de sua comunicação feita por circular a cada sócio contra recibo protocolado.

c) A AML apresentará à Organização Assistencial a lista dos candidatos para seu conhecimento dentro de 24 horas após encerradas as inscrições.

d) A AML reconhece o direito da Organização Assistencial eventualmente vetar um ou mais nomes, passando a apreciar as razões desse veto por escrito dentro de 15 dias após a apresentação da lista de candidatos interessados.

e) A AML procederá a indicação do candidato ou candidatos aos cargos em disputa escolhido(s) na lista dos remanescentes por concurso, de prova escrita sobre três temas de medicina geral. Estas provas serão julgadas por um professor de medicina de reconhecida idoneidade e competência e o resultado será acatado pela AML e pelos interessados.

f) A AML reconhece a validade de eventuais concursos de caráter público para preenchimento de cargos de triador efetivo da Organização Assistencial desde que o escolhido seja sócio efetivo da AML.

Artigo 3

A AML reconhece a absoluta necessidade de que toda a classe médica esteja solidamente unida em torno des

ses pensamentos, e para assegurar a perfeita e desejada unidade estabelece que o presente protocolo deva ser as sinado também em lista especial pelos diretores clínicos diretores administrativos e provedores dos hospitais e casas de saúde de Londrina.

§ 1º - A AML garante aos hospitais e casas de saúde, seu mais integral apoio na defesa dos ideais da deontologia médica e do aperfeiçoamento técnico profissional para cujo aprimoramento não cessará de promover todas as medidas ao seu alcance para garantir esse desi derato.

§ 2º - A AML fornecerá anualmente aos nosocômios uma relação dos sócios efetivos em pleno gozo dos seus direitos e associados:

a) A AML responderá em qualquer época a qual quer consulta que nesse sentido lhe venha a ser feita por qualquer nosocômio.

b) A AML não interferirá no critério que cada nosocômio escolher para selecionar os membros de seu corpo clínico, signatários desse protocolo.

c) Contudo, a AML reserva-se o direito de le var às direções dos nosocômios as representações e jus

tas reivindicações de seus associados.

§ 3º - Os nosocômios signatários desse protocolo, comprometem-se a:

a) não admitir no seu quadro clínico colegas que não estejam na lista dos nomes aprovados para tal fim pela AML como prescreve o parágrafo segundo do artigo terceiro, assim como residentes sem autorização expressa da AML.

b) a desligarem do seu quadro clínico, a pedido feito por escrito pela AML, os médicos que a AML determinar e pelo prazo que ela assim o estabelecer.

c) salvo caso da mais extrema e incontornável urgência, e só enquanto a situação permanecer incontornável, os nosocômios não permitirão os trabalhos dos colegas citados na letra anterior, dentro de suas dependências, nem como responsáveis diretos pelos seus doentes, nem como auxiliares, assistentes ou a outro título qualquer.

Artigo 4

No caso de que algum colega ou Organização Assistencial venha a ferir o que dispõe o presente protocolo a AML estabelece:

§ 1º - Todo e qualquer sócio da AML tem o direito e o dever de dar ciência das irregularidades ou contravenções ao presente protocolo, cometidos por colegas, nosocômios ou Organizações Assistenciais.

a) Esta comunicação deverá ser feita pro escrito e assinada.

b) Esta comunicação será mantida em sigilo pela diretoria da AML e por ela devidamente apreciada.

§ 2º - Constatada a contravenção, a AML poderá a seu critério:

a) Advertir particularmente o contraventor, em contato pessoal e direto do presidente da AML e do presidente do C.D.C.

b) Convocar o contraventor, colega, nosocômio pelo seu diretor, ou O.A. pelo representante local para apresentar suas alegações de defesa perante a diretoria, já de posse de prévio parecer da C.D.C. podendo então julgar devidamente o caso.

c) Nos casos que julgar particularmente graves submeter à apreciação da Assembléia geral respeitado o direito de defesa do contraventor.

§ 3º - Julgado o caso em apreço a AML dará sempre uma solução por escrito enviada ao denunciado e que

contará do livro de atas da diretoria.

a) Testemunhando a improcedência ou o equívoco da denúncia ou aceitando as justificativas da defesa apresentada total ou parcialmente.

b) Ou, no caso de reconhecer a validade total ou parcial da denúncia, caracterizando a contravenção, dentro do mais sadio espírito de justiça e imparcialidade, e do espírito desta, ou deste protocolo.

c) Uma vez reconhecidos e caracterizados o contraventor e sua contravenção, a AML poderá declará-lo sujeita às sanções, que incluem sua exclusão temporária ou definitiva da lista dos colegas em pleno gozo dos seus direitos estatutários e portanto aptos a pertencerem aos corpos clínicos dos nosocômios locais.

d) A AML poderá ainda determinar aos nosocômios locais o impedimento do trabalho do contraventor em suas dependências e aos laboratórios clínicos, fisioterapeutas, radiologistas, transfusionistas, anestesistas e demais colegas que neguem seus serviços aos colegas sob sanção.

e) Quando um contraventor for um nosocômio ou uma O.A., a AML poderá determinar a todos os seus sócios, inclusive os triadores, que suspendam suas atividades nesse estabelecimento ou para essa O.A. até que seja solucio

nada a questão.

§ 4º - Todos os sócios da AML manter-se-ão sol
dários às medidas previstas no parágrafo anterior, consi-
derando-se contravenção ao protocolo o não atendimento às
determinações previstas nas letras "d" e "e" do parágrafo
anterior, sujeita ao que fica estabelecido no artigo 4.

Artigo 5

Os casos não previstos nesse protocolo, serão
julgados pela Diretoria da AML ouvido o parecer do C.D.C.

a) Se assim julgar necessário, a Diretoria da
AML poderá submeter tais casos à decisão da assembléia ge
ral para esse fim convocada."

(Publicado no Jornal da AMB - Órgão Oficial da Associação
Médica Brasileira - São Paulo, 23 de setembro de 1.963).