

Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde

LUCAS LOLLI VIEIRA

**A CORPORAÇÃO DOS MÉDICOS CATÓLICOS E A ASSISTÊNCIA
À SAÚDE E À POBREZA EM BELO HORIZONTE ENTRE 1930-
1940.**

Rio de Janeiro
2020

LUCAS LOLLI VIEIRA

**A CORPORAÇÃO DOS MÉDICOS CATÓLICOS E A ASSISTÊNCIA
À SAÚDE E À POBREZA EM BELO HORIZONTE ENTRE 1930-
1940.**

Tese de doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Otávio Ferreira

Rio de Janeiro
2020

LUCAS LOLLI VIEIRA

**A CORPORAÇÃO DOS MÉDICOS CATÓLICOS E A ASSISTÊNCIA
À SAÚDE E À POBREZA EM BELO HORIZONTE ENTRE 1930-
1940.**

Tese de doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Luiz Otávio Ferreira (Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz) – Orientador

Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Marques (Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG)

Prof.^a Dr.^a Márcia Regina de Barros da Silva (Universidade São Paulo - USP)

Prof.^a Dr.^a Ana Teresa Venâncio (Casa Oswaldo Cruz - FIOCRUZ)

Prof.^a Dr.^a Tânia Salgado Pimenta (Casa Oswaldo Cruz - FIOCRUZ)

Suplentes:

Prof.^a Dr.^a Gisele Porto Sanglard (Casa Oswaldo Cruz - FIOCRUZ)

Prof.^a Dr.^a Marilene Antunes Sant'Anna (Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ)

Rio de Janeiro

2020

Ficha Catalográfica

V658c Vieira, Lucas Lolli.

A corporação dos médicos católicos e a assistência à saúde e à pobreza em Belo Horizonte entre 1930-1940 / Lucas Lolli Vieira ; orientado por Luiz Otávio Ferreira.

– Rio de Janeiro : s.n., 2020.

379 f.

Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2020.

Bibliografia: 353-360f.

1. Assistência à Saúde. 2. Serviço Hospitalar de Assistência Social. 3. Instituições Associadas de Saúde. 4. História do Século XX. 5. Brasil.

CDD 362.1

Catálogo na fonte - Marise Terra Lachini – CRB6-351

Que todos os dias, o sol levante e a gente cante ao sol de todo dia, meu pequeno Théo.

Agradecimentos

Ao longo desta caminhada, diversas pessoas, cada qual a seu modo, contribuíram para que pudesse desenvolver esta pesquisa. Tentar nominar todos e todas é uma atividade inglória, pois, sabotado pela memória, inevitavelmente alguns ficarão sem os devidos créditos. Peço desculpas de antemão. A todas e todos, que de alguma forma contribuíram para que este trabalho pudesse ser feito, externo meu agradecimento. Os possíveis créditos e méritos que este trabalho potencialmente pode obter merecem ser divididos. Já os erros e equívocos, assumo-os sozinho.

Estes últimos anos foram marcados pela minha ausência, por finais de semanas, feriados e festividades imersos na leitura, pesquisa e escrita. A minha família conviveu com horas intermináveis de trabalho e com minha falta. A todos e todas agradeço profundamente o apoio, o respeito e a solidariedade. Sou profundamente agradecido à minha mãe pelo apoio contínuo nestes últimos anos para que pudesse me dedicar à minha formação e profissão. Fonte de inspiração e amor. Agradeço ao Dênio e ao meu irmão, Gabriel. À minha companheira Sarah, meus agradecimentos se somam à minha admiração. Serei sempre agradecido pelo amor, apoio, conversas, infinitas revisões, e por ter acreditado que um dia este trabalho chegaria à sua conclusão quando, por vezes, eu cheguei a duvidar. À minha enteada Lya que, com o amor genuíno de uma criança, pode fazer florescer dias mais felizes. E, em especial, agradeço ao Théo que chegou no meio desta travessia, convivendo com um pai dividido entre a tese, as escolas e as aprendizagens trazida pela paternidade, mas me mostrou os caminhos a seguir nos sorrisos e na simplicidade da vida. A ele todo o amor que houver nessa vida.

Sou também agradecido aos meus amigos da Família República Chora Rita, em especial, Agenor, Alex, Hudson, Fabrício, Luiz e Lucas Rezende que me ouviram, leram, conviveram e me apoiaram em diversos momentos ao longo desses anos. Sou também agradecido ao Paulo Henrique, amigo querido de longa data que entendeu minhas ausências e esteve sempre solícito em ajudar. Ao professor e amigo Guilherme Leonel que me ajudou a escrever a primeira versão do projeto apresentado para seleção do doutorado.

Agradeço aos amigos que fiz no Rio de Janeiro, em especial ao Lyang. Aos amigos e colegas de sala que fiz ao longo desses anos na Casa Oswaldo Cruz: André Patrasso, Giulia Engel, Ana Paula Magno, Evandro Castro, Júlio Paixão e Erika.

Na Casa Oswaldo Cruz agradeço imensamente ao Paulo Chagas, Maria Cláudia, Sandro Hilário e Amanda Guterrez pelo excelente trabalho realizado, pela convivência sempre harmoniosa e a solicitude em me ajudar. Sem o trabalho honesto realizado por eles ao longo destes anos, teria sido muito mais complicado.

Foi também na Casa Oswaldo Cruz que tive a oportunidade de aprender com diversos profissionais que muito contribuíram para meu desenvolvimento intelectual, crescimento profissional e uma melhor compreensão do ofício do historiador. A todos sou muito agradecido, em especial, aos professores e professoras que lecionaram ao longo dos anos de mestrado e doutorado. Agradeço à professora Tânia Pimenta pelo longo período de convivência, e à professora Ana Venâncio pela presença na banca de qualificação. Sou especialmente agradecido ao professor Luiz Otávio Ferreira, que tem sido uma inesgotável fonte de estima, aprendizado e admiração. Sua erudição soma-se à sua bondade, o que fez com que este período de doutorado fosse mais tranquilo com uma orientação paciente, respeitosa e compreensível. Agradeço também à professora Rita de Cássia Marques (UFMG) pelos diversos conselhos, conversas, trocas de *e-mails* e a prontidão em me atender e compartilhar fontes para o desenvolvimento desta pesquisa. E também agradeço a professora Polyana Valente. Agradeço também as professoras Márcia Regina de Barros da Silva (USP) e Gisele Porto Sanglard (COC) que compuseram a banca e trouxeram importantes contribuições.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, tive que percorrer diversas instituições arquivísticas. Em todas encontrei profissionais dispostos a me ajudar, a me orientar e mostrar os caminhos das pedras. Externo meu agradecimento a cada um e cada uma. Em especial, agradeço a Ethel Mizrahy, do CEMEMOR, que não mediu esforços para me ajudar. Também sou agradecido ao ex-presidente do Conselho Metropolitano da SSVV de Belo Horizonte, Wellington Correa, que, com prontidão e compromisso com a história, permitiu-me o acesso ao arquivo do Conselho. E ao atual superintendente jurídico do Hospital São Francisco de Assis, Roberto Otto, que pode conseguir um tempo em sua agenda para que pudéssemos conversar e se empenhou em me ajudar.

Agradeço, por último, mas não menos importante, à CAPES por ter acreditado nesta pesquisa, financiando-a e auxiliando em viagens, congressos e pesquisa de campo. Pude ser amparado com o financiamento da CAPES desde o início da minha graduação na Universidade Federal de Ouro Preto, em 2008. Foi nessas primeiras pesquisas ainda como graduando que me interessei pelos temas da religião católica, ciência e saúde. A participação do financiamento público foi a condição para que esta pesquisa existisse.

Nos últimos anos, o Brasil tem percorrido tenebrosos caminhos em sentido contrário à soberania nacional, ao investimento público, à fomentação da produção científica, a valorização da educação pública, a expansão do SUS e dos direitos individuais e sociais. O país tem convivido com os fantasmas do seu passado e com as ameaças autoritárias que têm minado as poucas estruturas democráticas que tardaram em ser construídas. Este trabalho traz em cada uma de suas páginas o que vi, vivi e senti ao longo destes anos. Acredito que os caminhos para a autonomia e a superação histórica do atraso brasileiro só passarão pela garantia de uma ampla democracia que se sustente sob os valores da justiça social e da liberdade, pela valorização da ciência, na valorização dos profissionais da educação pública e na existência de um SUS cada vez mais forte e presente na vida de cada cidadão.

Obrigado a todos e todas. Espero que este trabalho possa de alguma forma iluminar os processos históricos da construção da assistência no Brasil, e, em especial, em Minas Gerais e ajudar na caminhada pela garantia de uma assistência à saúde universal, gratuita e pública.

“Sem conhecer Shakespeare, ele emendou Hamlet: “Há entre o céu e a terra, Horácio, muitas coisas mais do que sonha a vossa vã *filantropia*”. ASSIS, Machado. *Quincas Borba*. CLXVIII.

Resumo

Este trabalho analisa o processo de formação e a atuação da Corporação dos Médicos Católicos (CMC) na assistência à saúde em Belo Horizonte. Em parceria com o Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo e a prefeitura de Belo Horizonte, a CMC participou da criação e da administração de uma série de instituições de assistência à saúde, a saber: a Creche e Lactário Menino Jesus, o Hospital São Francisco de Assis e a Cidade Ozanam.

O recorte temporal delimitou as décadas de 1930 e 1940 como momento em que o crescimento urbano da cidade Belo Horizonte era acompanhado pela proliferação de moradias populares em áreas não planejadas e pela expansão da assistência caritativa aos pobres. Nesse contexto, em 10 de junho de 1935, vinte e quatro médicos jovens, recém diplomados, em sua maioria naturais de outras regiões do estado mineiro e oriundos de famílias não tradicionais no campo médico, fundaram a CMC. A criação dessa corporação remete as formas tradicionais de legitimação e de inscrição social da medicina que se traduzem na militância profissional em busca da formação de um mercado de trabalho próprio.

A singularidade da CMC, uma corporação profissional e devocional, se apresenta como uma das estratégias utilizadas pelos jovens médicos em suas respectivas buscas por construção de suas carreiras profissionais. Estes médicos assentaram suas práticas sobre o tripé da ciência, da caridade e da pedagogia.

Palavras-chave:

Medicina – Profissionalização da Medicina - Associativismo leigo profissional – Assistência – Saúde.

Abstract

This study analyzes the formation process of the *Corporação dos Médicos Católicos (CMC)* and their role in healthcare assistance in Belo Horizonte. Este trabalho analisa o processo de formação e a atuação da *Corporação dos Médicos Católicos (CMC)* na assistência à saúde em Belo Horizonte. A partnership between *Conselho Metropolitano (Metropolitan Council of Society of Saint Vincent de Paul)* and *Belo Horizonte City Hall*, CMC participated in the creation and administration of several institutions of health care such as: *Creche e Lactário do Menino Jesus*, *Hospital de São Francisco de Assis* and *Cidade de Ozanam*.

The time frame of this study comprises the decades of 1930 and 1940. This period is characterized by the urban area growth in Belo Horizonte city and the following propagation of popular housing in unplanned areas, as well as the expansion of charitable assistance to the poor. In this context, 24 recently graduated young physicians, mostly from other regions of Minas Gerais and coming from families without tradition in the medical field, founded the CMC. The creation of this Corporation refers to the traditional ways medicine legitimized and inserted itself into society, which was marked by professional militancy striving to form a labor market of its own.

The uniqueness of CMC, both a professional and a devotional corporation, presents itself as one of the strategies used by the young physicians in their own search to build their professional careers. These doctors based their practices on the tripod of science, charity, and pedagogy.

Keywords: Medicine – Professionalization of Medicine – Associativism between Lay and Professional – Assistance – Health.

Lista de Siglas

AC – Ação Católica

ACB – Ação Católica Brasileira

CDC – Corporação dos Dentistas Católicos

CEMEMOR – Centro de Memórias da Faculdade de Médica da Universidade Federal de Minas Gerais

CMC – Corporação dos Médicos Católicos

FUNED – Fundação Ezequiel Dias

PUC – Pontífice Universidade Católica

SSVP – Sociedade São Vicente de Paulo

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UMG – Universidade de Minas Gerais

Sumário

Introdução	pág.: 01 - 15
Capítulo 1 - Inscrever a medicina na vida social: pressupostos historiográficos.	pág.:16 - 43
Capítulo 2 - A Ação Católica e os vicentinos: a formação da Corporação de Médicos Católicos	
2.1 Apresentação	pág.: 44 - 48
2.2 A Ação Católica Brasileira e a formação do laicato belo-horizontino	pág.: 49 - 67
2.3 Os Congressos Católicos e o operariado na militância católica	pág.: 67 - 76
2.4 Os vicentinos no Brasil	pág.: 76 - 88
2.5 Os vicentinos em Belo Horizonte	pág.: 88 - 99
Capítulo 3 - A corporação de médicos católicos e o associativismo profissional em Belo Horizonte:	
3.1 Apresentação	pág.: 100 - 103
3.2 Faculdade de Medicina de Belo Horizonte: catolicismo e a medicina	pág.: 104 - 119
3.3 O Associativismo leigo profissional: Corporação de Médicos Católicos	pág.: 119 - 138
3.4 A Revista “O Bebê”	pág.: 138 - 148
3.5 O Sindicato Médico de Minas Gerais	pág.: 148 - 166
Capítulo 4 - Os médicos da Corporação de Médicos Católicos	
4.1 Apresentação	pág.: 167 - 171
4.2 – Origem social e regional dos Médicos Católicos	pág.: 172 - 201
4.3 A Faculdade de Medicina e a criação da Universidade de Minas Gerais	pág.: 201 - 218
4.4 As especialidades médicas e os modos de exercer a medicina	pág.: 218 - 242
Capítulo 5 - A assistência à saúde em Minas Gerais e em Belo Horizonte	
5.1 – Apresentação	pág.: 243 - 247
5.2 – A organização do campo da saúde em Minas Gerais	pág.: 247 - 255
5.3 – A assistência à saúde em Minas Gerais	pág.: 255 - 284

Capítulo 6 - A assistência médica em Belo Horizonte e a Corporação dos Médicos Católicos:

6.1 – Apresentação pág.: 285 - 299

6.2 – A expansão da assistência em Belo Horizonte pág.: 299 - 303

6.3 – A assistência à saúde e caridade: os vicentinos e a Corporação de Médicos Católicos
..... pág.: 303 - 321

6.4 – O Hospital São Francisco de Assis: entre a caridade e a sociabilidade médica
..... pág.: 321 - 337

Considerações finais pág.: 337 - 341

Referências pág.: 351 - 369

Anexos

Anexo 1 – Estatuto da Corporação de Médicos Católicos (1935) pág.: 361 -362

Anexo 2 - Estatuto da Corporação de Dentistas Católicos (1935) pág.: 362

Anexo 3 - Estatuto dos Engenheiros Católicos (1935)pág.: 363 - 364

Anexo 4 - Estatuto dos Advogados Católicos (1935) pág.: 364

Anexo 5 - Estatuto da Corporação de Médicos Católicos (1936) pág.: 365 - 370

Mapas e Imagens

Mapa 1 - Planta Geral da Cidade de Minas, 1895 (Belo Horizonte) pág.: 371

Mapa 2 - Mapa do município de Belo Horizonte (1940) pág.: 372

Mapa 3 – Mapa do município de Belo Horizonte com destaque para a localização geográfica do Bairro da Concórdia pág.: 373

Mapa 4 – Mapa do município de Belo Horizonte em Regiões Administrativas e bairros com ênfase no Bairro da Concórdia e vizinhos pág.: 374

Imagem 1 - o Hospital São Francisco de Assis da Corporação de Médicos Católicos (1940)
..... pág.: 375

Imagem – 2 - Fachada do Hospital São Francisco de Assis, década de 1930 pág.: 376

Imagem 3 – Centro cirúrgico do Hospital São Francisco de Assis pág.: 376

Imagem 4 – Autoclave, esterilizadores de água e lavabos no centro cirúrgico do Hospital São Francisco de Assis	pág.: 377
Imagem 5 - Francisco de Souza Lima, fundador do Hospital São Francisco de Assis e presidente da Corporação dos Médicos Católicos	pág.:377
Imagem – 6 – Equipe do Hospital São Francisco de Assis	pág.: 378
Imagem 7 – Inauguração do Hospital da Criança Elvira Gomes Nogueira, da Santa Casa de Belo Horizonte	pág.: 378
Imagem 8 – Anúncio Profissional da Corporação dos Médicos Católicos	pág.: 379

Introdução

Em junho de 1935, dezesseis médicos e oito estudantes¹ da Faculdade de Medicina de Minas Gerais se reuniram no Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo e fundaram a Corporação dos Médicos Católicos de Belo Horizonte (CMC). A Corporação dos Médicos Católicos foi o principal grupo médico a atuar na assistência caritativa aos pobres de Belo Horizonte durante as décadas de 1930 e 1940. Para tanto, os médicos pertencentes a CMC construíram, em parceria com o Conselho Metropolitano e a prefeitura de Belo Horizonte, o Hospital São Francisco de Assis.

A pesquisa nos mostrou que a fundação da CMC era a expressão de um contexto sociorreligioso e de mudanças no conhecimento e na prática médica que se convergiram em Belo Horizonte. A nova capital do estado de Minas Gerais vivia, sob liderança do arcebispo Dom Cabral, um inflamado e conservador movimento religioso inspirado pela práxis da Ação Católica, que procurava atuar nos diversos espaços da sociedade e organizar o mundo do trabalho a partir da fomentação das corporações de ofícios. A medicina, por sua vez, não representava um conjunto de práticas e valores assimilados e internalizados pela população. Seus representantes médicos acadêmicos traçavam uma cruzada contra os demais agentes que atuavam no campo curativo, buscando monopolizar as práticas curativas e hegemonizar a medicina acadêmica como a única terapêutica legítima a versar sobre o corpo, as doenças e a saúde. Não obstante, com os avanços técnicos, científicos e a expansão do mercado médico, a medicina vivia, desde os finais do século XIX e início do século XX, uma série de transformações epistemológicas, conceituais, práticas, internas e externas ao campo médico que favoreceram o desenvolvimento da autoridade cultural médica, muito embora a construção da autoridade médica caminhasse entre o desenvolvimento da ciência com estratégias externas ao campo científico.

A CMC foi um dos resultados daquilo que chamamos ao longo desta pesquisa de associativismo leigo profissional. O associativismo entre confrades, irmãos ou membros de alguma categoria profissional era uma experiência demasiadamente conhecida nas

¹ Eram signatários os médicos Acácio Correa Dolabella, Berardo Nunan, Delor Luis Ferreira, Francisco de Souza Lima, Hilton Ribeiro Rocha, Jayme Eiras Furquim Werneck, João Ignácio da Costa Santos, José Amaral Castro, José Mariano, José Pinheiro Chagas Filho, José Ribeiro Filho, Mário Vaz de Mello, Paulo de Castro Miranda, Pérsio Pereira Pinto, Rodovalho Mendes Domenici, Tupy Coutinho Soares, Ubirajara França Dinis, Victor Lacombe e os aspirantes a médico: Antônio Nunes de Carvalho, Antônio Paulo Ximenes de Moraes, Biagio Arlindo Polizzi, Deodoro Barcellos Correa, Domingos Magalhães Lopes, Theophilo de Souza Lima.

terras mineiras que rememorava os tempos da extração aurífera. As corporações profissionais e religiosas são caracterizadas nesta tese sob uma *dupla problemática identitária*, ou seja, uma corporação que se caracterizou por manusear múltiplas identidades sociais, a saber: uma identidade profissional, pois, formada por representantes profissionais de um saber acadêmico que se reuniram, militaram e organizaram-se em torno da manutenção de seus interesses profissionais; e uma identidade devocional.

Embora fundada no seio do laicato católico, a CMC não representava estreitamente uma corporação devocional, pois, como percebemos ao longo desta pesquisa, os valores que nortearam a fundação e a atuação de seus membros estiveram em diálogo com os valores técnico-científicos, as transformações vivenciadas no campo médico e as estratégias de inserção profissional operadas por um determinado grupo médico que possuíam características geracionais em comum e acompanharam o processo de construção da assistência à saúde em Belo Horizonte. Desta forma, percebemos que os membros da CMC procuraram postular seus saberes e colocá-los em prática em um contexto específico de entrelaçamentos profissionais e devocionais. Assim, a prática realizada pelos médicos católicos de Belo Horizonte sustentou-se sobre o tripé da ciência, da pedagogia e da caridade, concretizando, sob os aspectos da reafirmação da medicina como detentora de um saber monopolizante que versa sobre o corpo, a saúde e a doença, a defesa dos interesses profissionais médicos, a criação de hospitais e a constituição da autoridade cultural médica.

Esta pesquisa não representa um trabalho biográfico sobre os médicos fundadores da CMC. Qualquer leitura neste sentido seria simplório e fugiria dos objetivos para os quais a desenvolvemos. É certo que para a realização desta pesquisa recorreremos a determinados aspectos da biografia dos médicos fundadores da CMC, porém, ao proceder desta maneira, visamos unicamente compreender as dinâmicas regionais, geracionais e sociais que permitiram que um determinado grupo de médicos se unissem e fundassem uma corporação de ofício. Desta forma, pretendemos acompanhar as trajetórias individuais, as origens sociais e as trajetórias profissionais dos médicos fundadores da CMC valendo-nos de dois momentos comuns a todos os profissionais: antes e depois da criação da CMC. Para tanto, este texto procurou realizar primeiramente uma compreensão das origens sociais dos médicos fundadores da CMC, analisando os aspectos familiares, regionais, as condições socioculturais, a formação acadêmica e a participação destes médicos no catolicismo, fatores estes que acompanharam a vida destes médicos anteriormente à fundação da CMC em 1935; e posteriormente, procurarmos analisar as

trajetórias profissionais, o desenvolvimento de suas respectivas carreiras, os caminhos percorridos pelos médicos em busca de realizar suas inserções no mercado de trabalho, condições estas que vieram depois da criação da CMC.

Dentre os 24 signatários da ata de fundação da CMC, conseguimos mapear dados biográficos de 22 profissionais. Dentre estes 22 médicos que conseguimos mapear os dados biográficos, 13 nasceram entre 1901-1910 e outros 9 médicos nasceram entre 1911-1920. Desta forma, quando estes profissionais se reuniram para fundar a CMC em 1935, a média de idade deste grupo de médicos era de 25 anos, o que revela uma característica importante da CMC: os médicos fundadores da CMC são médicos jovens, recém diplomados e com pouco tempo de inserção no mercado de trabalho. Uma outra característica compartilhada entre os membros do grupo é referente a suas respectivas origens regionais. Assim, entre estes 22 médicos fundadores da CMC que conseguimos mapear a origem regional, 20 deles eram nascidos em Minas Gerais, e apenas um nascido no Distrito Federal e um em Queluz, no estado de São Paulo. Dentre os 20 médicos nascidos em Minas Gerais, todos provieram das regiões mais desenvolvidas do estado: Zona Central (10), Sul de Minas (4), Triângulo Mineiro (3) e Zona da Mata (3).

Quando os médicos que fundaram a CMC nasceram, no início do século XX, a nova capital do estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, havia acabado de ser inaugurada. Trazendo os signos da modernidade para o estado mineiro, a transferência de Ouro Preto para Belo Horizonte representou o principal marco histórico e geracional para o estado, o que trouxe um grande impacto para a vida dos futuros médicos que fundariam a CMC no ano de 1935 e para o processo de profissionalização da medicina em Minas Gerais. A nova capital assumiu o protagonismo do desenvolvimento econômico do estado, sobretudo na segunda década do século XX, quando expandiu-se a criação de indústrias, a urbanização e a modernização da assistência em Minas Gerais. A fundação da nova capital de Minas Gerais desenterrara um debate outrora realizado e que se encontrava até então sepultado: a criação de uma Faculdade de Medicina em Minas Gerais.

As tratativas de criar a Faculdade de Medicina de Minas Gerais remontavam aos tempos passados: era uma antiga aspiração das elites do estado que vez ou outra levavam a questão ao debate público, sem, portanto, obter êxito. Constando entre os anseios dos inconfidentes mineiros, o debate pela criação da Faculdade de Medicina foi retomado durante o período imperial, mas somente com a República, em 1911, e com os efeitos da transferência da capital do estado para Belo Horizonte, este debate foi potencializado, o

que fez com que a faculdade de medicina deixasse de ser uma aspiração entre as elites mineiras e se tornasse realidade. No dia 30 de julho de 1911, a pedra fundamental foi lançada e, no ano seguinte, a Faculdade iniciou suas atividades formando sua primeira turma de médicos no ano de 1917.

Dentre os 24 médicos fundadores da CMC, foram 22 os que concluíram os estudos na Faculdade de Medicina de Belo Horizonte, entre os anos de 1927 a 1938, momento em que a Faculdade de Medicina ingressou a Universidade de Minas Gerais. Assim, estes médicos acompanharam as transformações vivenciadas pela instituição e frequentaram, quase simultaneamente, os mesmos corredores da Faculdade, compartilhando da mesma grade curricular e professores. Todos os médicos da CMC atuaram em clínica médica e foi possível perceber uma tendência quanto à atuação destes médicos: a maioria deles optou por exercer sua profissão pelo perfil do médico especialista. Entre os 17 médicos sobre os quais encontramos alguma informação a respeito do perfil médico adotado na construção de sua respectiva carreira – especialista ou generalista – 15 deles optaram pela escolha da formação do perfil médico especialista. Dentre as especialidades médicas escolhidas pelos fundadores da CMC, sete deles foram médicos pediatras, outros dois escolheram a ginecologia e a obstetrícia, um escolheu a cardiologia, um a oftalmologia, um a otorrinolaringologia, um a fisiologia, um a cirurgia, urologia e sífilis, e um a especialidade em moléstias de nutrição.

Embora seja possível perceber semelhanças referentes às características geracionais, regionais, sociais e aos modos de construir os perfis médicos entre os médicos fundadores, também é digno notar que a CMC não representou um grupo homogêneo, sobretudo no que se refere aos modos de inserção no mercado profissional. Percebemos, ao longo da pesquisa, que os médicos da CMC traçaram estratégias e caminhos diferentes para a construção de suas respectivas carreiras. Destacam-se dois destes caminhos: o primeiro, melhor representado pelo médico Francisco de Souza Lima, formou-se na construção da carreira médica com maior aproximação com o mundo vicentino. Como se verá, Francisco de Souza Lima foi o presidente da CMC e do Hospital São Francisco de Assis, atuou na administração e na clínica dos demais serviços médicos ofertados pelo Conselho Metropolitano de Belo Horizonte, compôs as comissões vicentinas de construção das obras especiais da Cidade Ozanam e participou ativamente das reuniões do Conselho Metropolitano compondo a mesa administrativa, além de exercer outras atividades no mundo vicentino. Na construção de sua carreira médica,

Francisco de Souza Lima – e demais médicos que orbitaram em seu entorno – procurou manter um amplo diálogo com a instituição vicentina e realizar sua inserção no mercado a partir da permeabilidade entre a prática médica e a caridade vicentina. Um outro grupo membros da CMC optou por construir suas respectivas carreiras por outras vias de inserções profissionais. Este grupo, melhor representado por Hilton Rocha, Berardo Nunan e Jayme Werneck, procurou construir suas carreiras a partir da aproximação com o mundo médico acadêmico. Desta forma, esses médicos tiveram artigos constantemente publicados nas revistas especializadas que circulavam em Belo Horizonte, participaram da fundação de associações e sociedades médicas e se tornaram professores da Faculdade de Medicina. Entretanto, percebemos que estes caminhos de construções profissionais não são antagônicos, contraditórios e excludentes. Antes, entendemos que estes caminhos porventura se entrecruzaram ao longo das trajetórias pessoais e profissionais destes médicos, estando em diálogos e negociações. Não obstante, percebemos a fundação e a participação dos médicos nos quadros da CMC como uma das estratégias disponíveis e manuseadas por este grupo em busca de se fortalecerem, militarem pela defesa profissional, criarem redes de sociabilidades e estabelecerem a inserção no mercado de trabalho.

A escolha da região ocupada pela antiga Vila Curral del-Rey para ser a nova capital de Minas Gerais trazia uma situação peculiar à comissão de obras: construir uma cidade no intervalo de quatro anos. Para tanto, a região logo se tornou um jardim de obras que necessitava de uma constante leva de imigrantes e trabalhadores para serem realizadas. Quando inaugurada, em 1897, Belo Horizonte era ainda uma cidade inacabada. O espaço territorial da capital foi dividido em três: zona urbana, circunscrita à Avenida do Contorno, cobiçada pelas elites da cidade, serviu como referência para a construção da capital moderna e das moradias das pessoas mais ricas e empregadas na administração pública; zona suburbana, área que faz perímetro à zona urbana da capital e, embora não contasse com o planejamento de ocupação do poder público, foi logo a região onde se desenvolveram os primeiros lugares de ocupação dos trabalhadores da construção civil; e a zona rural, local destinado à produção agrícola para a manutenção da cidade. Assim, a capital nascia a partir de uma contradição: imaginada sob os preceitos da modernidade e do higienismo, via os signos da exclusão e da pobreza em seu processo de construção. A situação foi acentuada, sobretudo, a partir da década de 1920, quando houve um acelerado processo de desenvolvimento econômico. Belo Horizonte assumira

o protagonismo econômico no estado, ampliava seu parque industrial, em especial na região nordeste da cidade e, por outro lado, aumentava a pobreza e a ocupação não planejada.

A cidade vivia também a expansão de sua rede de assistência. Embora contasse com uma Santa Casa de Misericórdia desde o início do século XX, foi necessário reformular e expandir seu incipiente aparato assistencial. Como já demonstrado pela historiografia, a prestação dos serviços de assistência à saúde no Brasil era compreendida pela formação de parcerias entre os poderes públicos e as iniciativas privadas que atuavam em complementariedade ao Estado. Entrementes, a criação da assistência em Belo Horizonte realizou-se mediante expressiva atuação dos grupos leigos católicos, com especial destaque para a SSVP. Parte significativa da prestação dos serviços assistenciais foi resultado da formação de um consórcio entre as agências prestadoras: coube a Sociedade São Vicente de Paulo a prestação do serviço mediante a participação dos poderes públicos – municipal, estadual e federal – que atuaram tanto na esfera da organização legal do serviço quanto no financiamento através das subvenções.

Foi durante a década de 1930 que se registrou a ramificação dos Conselhos Particulares e das Conferências vicentinas em Belo Horizonte. Somente nesta década, foram criados ao menos onze Conselhos Particulares e setenta e uma Conferências, contra cinco Conselhos Particulares e cinquenta Conferências que haviam sido criadas entre 1897 a 1929.² A expansão da SSVP pela Capital coincide com o processo de reformulação dos serviços caritativos ofertados e administrados pelo Conselho Metropolitano. No final da década de 1920, o Conselho Metropolitano de Belo Horizonte reorientou seus serviços caritativos dividindo-os em 10 sessões distintas, sendo elas: “1º secção Divertimento para os Pobres; 2º Obra das Vocações; 3º Lar do Pobre; 4º Assistência Espiritual; 5º Assistência aos Mendigos; 6º Rouparia; 7º Assistência Médica; 8º Assistência Funerária; 9º Diversos; 10º Legião S. Luiz Gonzaga”.³

As transformações vividas pelo Conselho Metropolitano, nos anos finais da década de 1920 e nos anos iniciais da década de 1930, foram acompanhadas ainda de uma transformação na forma em que a SSVP assistia os pobres da capital. Até o início da

² Documento: Cidade Ozanam – Histórico da Sociedade São Vicente de Paulo. Pág. 1. Caixa: 231. Pasta: Sociedade São Vicente de Paulo. Subdivisão: Cidade Ozanam. [Documento não datado]. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte

³ Documento: Livro de Atas da Sociedade São Vicente de Paulo 1927-1931. Pág.: 28. Arquivo do Conselho Metropolitano de Belo Horizonte.

década de 1930, é possível perceber que a principal forma da prestação da assistência caritativa pelos confrades vicentinos de Belo Horizonte dava-se através da adoção da família pobre. Contudo, na década de 1930, o Conselho Metropolitano reorganizou os serviços caritativos e imprimiu a eles outras formas de assistir: as principais obras vicentinas passaram a ser realizadas por instituições dedicadas à atenção à saúde. Desta forma, foram criados, nos primeiros anos da década de 1930, a Creche e Lactário Menino Jesus, a CMC, o Hospital São Francisco de Assis e a Cidade Ozanam.

As ocupações, consideradas pelos poderes municipais como clandestinas e ilegais, proliferaram na capital e, durante a década de 1920, foram combatidas pela prefeitura, que destruiu algumas e legalizou outras, sobretudo, as ocupações na região nordeste da cidade, criando as vilas operárias. A expansão dos serviços caritativos da SSVP acompanhou o desenvolvimento urbano da capital e das novas ocupações regulamentadas pelo poder público, dessa forma todas as novas instituições de assistência à saúde fundadas pela SSVP durante a década de 1930 foram construídas na região nordeste da capital, na recém criada Vila Operária da Concórdia. A construção das instituições de assistência nessa Vila ocorreu mediante parcerias firmadas pela SSVP, CMC e prefeitura de Belo Horizonte que doou os terrenos e parte das verbas para que a instituição vicentina criasse uma rede de assistências, em especial, destinada à saúde para os trabalhadores que viviam dentro dos ditames legais das ocupações.

A assistência à saúde aos desassistidos em Belo Horizonte seguiu o ritmo do crescimento não planejado da cidade e esteve interligada às contradições do processo de desenvolvimento urbano. A divisão entre Zona Urbana e Zona Suburbana gerava formas de assistir diferenciadas e excludentes, que se vinculavam às formas de pertencimento à cidade e às classes sociais. Os contornos assumidos pela assistência em Belo Horizonte refletiu e aprofundou a lógica anteriormente imaginada nos traçados de Aarão Reis, ou seja, desenvolveu-se, na capital, ao menos dois diferentes modelos assistenciais que materializam, na atenção à saúde, as contradições existentes nas planilhas dos engenheiros positivistas: o primeiro modelo de serviço assistencial esteve circunscrito ao perímetro da Avenida do Contorno que era capitaneado pela Santa Casa de Misericórdia e pela Faculdade de Medicina; o segundo modelo assistencial se desenvolveu no espaço excluído pelos limites urbanos de Belo Horizonte, e se consolidou na medida em que a cidade se expandia. Nas ocupações regulamentadas da zona nordeste foi desenvolvida uma rede de assistências caritativas abrangidas pelas instituições vicentinas.

Um outro pesquisador que também procurou compreender as ações assistenciais ofertadas pela SSVP de Belo Horizonte foi Marco Antônio de Souza. Para o autor, a assistência pode ser entendida como uma expressão do *assistencialismo*, e este, por sua vez, como um conjunto de regras e “estratégias da pedagogia do assistencialismo [que] deveriam proporcionar comportamento adequado aos novos tempos, dotando os pobres de conhecimento técnicos, exigência da economia política e de valores morais, [...], reunindo elementos que deveriam proporcionar a formação de um trabalhador dócil, saudável e disciplinado” (SOUZA, 2012: 39). Segundo argumenta o autor, colocar em prática a *pedagogia do assistencialismo* era o fim buscado pelos grupos religiosos que promoviam a caridade e assistência. “A pedagogia do assistencialismo, que é de fato a evangelização dos pobres é a outra ponta desse processo de educação, consistindo em cumprir a missão proposta pela SSVP, traduzida em: aliviar os sofrimentos do próximo, mediante o trabalho coordenado de seus membros” (SOUZA, 2012: 77).

Para tanto, explica o autor que as visitas vicentinas às famílias pobres representava a forma mais concisa da SSVP atuar e colocar em prática a *pedagogia do assistencialismo*.

O socorro proporcionado pelos vicentinos acontecia em duas ordens: a material e a espiritual. No plano material, era concedido moradia, comida, trabalho, educação aos pobres, e, no plano espiritual, era reafirmada a moral católica. Segundo Souza, “a moralização dos costumes era uma tarefa que devia alcançar a todos: presos, pobres, desocupados e qualquer indivíduo que estivesse segregado da sociedade, não apenas no sentido da prisão, mas principalmente, no sentido de uma não integração ao cumprimento dos deveres de cidadão-trabalhador. [...] Regeneração, esta parece ter sido a palavra de ordem naquele tempo” (SOUZA, 2012: 229). Regeneração e a “criação do novo homem, trabalhador [...], bom pai de família, devia ser alcançada tanto pela repressão exemplar, quanto pela doce persuasão da pedagogia do assistencialismo” (SOUZA, 2012: 214).

De acordo com Souza, o assistencialismo era o fio que amarrava diferentes interesses da recente sociedade capitalista brasileira, costurando-os aos setores empresarias, políticos e religiosos.

O mundo do trabalho se construía e não podia tolerar quaisquer problemas que viessem a impedir o livre fluxo de oferta de força de trabalho aos empresários do nascente setor industrial, ou mesmo, dos tradicionais setores agrícola e comercial. Os empresários estavam dispostos a impedir a ociosidade sob qualquer pretexto. Neste ponto, é interessante notar que, mesmo tendo uma visão diferente da pobreza, enraizada a economia moral, o núcleo antigo do

assistencialismo, de origem religiosa, colaborava com os ideias da economia política das lideranças empresariais, mesclando-se com os novos saberes da filantropia científica” (SOUZA, 2012: 210).

A *pedagogia do assistencialismo* constituía-se assim na convergência de interesses, em torno de um mesmo discurso e conjunto de práticas, entre setores empresariais, Estado e religião.

Portanto, à assistência social cabia a missão relevante de recuperar os indivíduos desajustados e abandonados à própria sorte, em estado de depauperamento orgânico ou mesmo psíquico, e na maioria dos casos, regenerar seu caráter moral e espiritual. Transformar esses indivíduos em cidadãos úteis, como propunham os líderes políticos, empresariais e filantrópicos, significava, sobretudo, colocá-los na situação de trabalhadores (SOUZA, 2012: 230).

Desta forma, o encontro do assistencialismo e do Estado deveria passar pela valorização e a proteção da família, “essa valorização da família precisava ser concretizada pelo Estado que deveria manter o sacramento do matrimônio, impedindo o divórcio; manter a moralidade não apenas pela via policial, mas pela ética, e manter a garantia do trabalho, visto que, naquele momento, o Estado era o organizador supremo do trabalho dentro da comunidade nacional” (SOUZA, 2012: 99).

Sem negar as importantes contribuições historiográficas trazidas por este tipo de análise, que demonstra ser a caridade um mecanismo de coerção e de controle social - o que não discordamos –, pretendemos também analisar o período histórico a partir de outra abordagem. Em nosso entendimento, os argumentos acima expostos ressaltam os *efeitos* da caridade, procurando justificá-los como as causas para a ação caritativa. As causas que levaram os vicentinos a atuarem na assistência não se dão, no nosso entendimento, para o controle ou socialização do corpo, e sim, porque **o fim** dos vicentinos, a sua razão de existir é justamente a ação caritativa. Ou seja, em nosso entender, a prestação da caridade vicentina fez-se apesar dos efeitos produzidos e não por conta destes efeitos propriamente ditos. Assim, entendemos que a prática da caridade é o fim para o qual a instituição foi criada, e é também o meio pelo qual o sociedade vicentina procurou agir, o que, evidentemente, produzirá consequências políticas, religiosas e econômicas etc. As consequências e os efeitos não podem ser entendidos como o objetivo da ação caritativa. No Brasil, influenciada pela encíclica papal *Rerum Novarum* e a militância católica fruto da Ação Católica, a caridade religiosa foi percebida como um meio e como um projeto de superação das lutas de classe em prol da harmonização dos conflitos sociais. Assim, torna-se necessário compreender o contexto e as diversas interseções que compõem a

ação caritativa sem contudo menosprezar, dentre outras, sua função hierárquica, religiosa, social e coercitiva, o que a torna uma ação extremamente complexa.

Também percebemos que a caridade prestada pelos médicos vicentinos, ainda que carregue traços morais-religiosos, pretende ser antes um meio encontrado pelos médicos para se inserirem no mercado profissional, institucionalizarem a medicina na vida dos pobres e promoverem a assistência médica realizada por profissionais legalmente habilitados e detentores de um saber legitimado que, à época, ainda buscava consolidar sua autoridade cultural e profissional. Neste sentido, a atuação caritativa compõe o conjunto de ações que balizaram a construção da imagem social dos médicos. Entendemos que, desta forma, a caridade prestada pelos vicentinos pode ser vista a partir de novos contornos e espaços de atuação. A prestação de assistência gratuita fazia parte de um acervo de estratégias realizadas e manuseadas pelos médicos mineiros em busca de legitimação social do seu saber e de sua prática. Assim, a caridade compõe uma estratégia e um meio de inscrição da medicina na vida social. Desta forma, entendemos que os seus efeitos não podem ser percebidos como as causas que levaram um grupo de médicos a criar uma Corporação para atuar na assistência caritativa aos pobres.

Também discordamos do autor supracitado quando menciona as relações entre Estado e caridade/Igreja. As relações entre Estado e religião/Igreja são o pano de fundo do nosso trabalho e devem ser percebidas, no nosso entendimento, de forma mais intrínseca ao contexto histórico e às disputas e correlações de forças entre as duas instituições. Entendemos que a Igreja constrói seus caminhos apesar do Estado, não se limitando a este para pautar seus interesses e ações – o que não quer dizer que vez ou outra os caminhos percorridos pela Igreja Católica estejam em acordo com os interesses de coerção e controle do Estado. Os interesses da Igreja Católica em estabelecer relações com o Estado ultrapassam os objetivos de garantir o catolicismo no seio da família mineira e da manutenção dos valores cristãos nos processos de formação do cidadão dócil, ordeiro e obediente. Os anos de 1930, com a chamada Era-Vargas, foram um período de redefinições da atuação da Igreja na sociedade e consolidação da reaproximação da Igreja com o Estado. Percebemos que a atuação da Igreja norteou-se em sentido às capilaridades do Estado e encontrou seu lugar na disputa pela prestação da assistência. A Igreja, através de seus braços leigos, ocupou uma arena em disputa, que é a prestação do serviço de assistência, sobretudo, no que tange à saúde. Assim, trata-se de uma disputa dentro e fora dos órgãos burocráticos do Estado, uma disputa entre interesses, verbas, modos de assistir, concepções, práticas, obrigações e a responsabilidade da solução dos problemas.

Para a construção desta tese e tentar compor e compreender a atuação dos médicos da CMC na prestação da assistência em Belo Horizonte, fez-se necessária a visita a um variado número de instituições arquivísticas. Embora os médicos católicos tivessem sido um grupo bastante atuante na assistência à saúde de Belo Horizonte, os registros produzidos por eles se perderam. Assim, para compor os passos da CMC, uma série de fontes de diferentes tipos, tais como cartas, estatutos, livros de caixas, atas de reuniões, revistas, jornais, anúncios profissionais, registros de matrícula, obtenção de diplomas etc., produzidas por diferentes instituições que se encontravam espaçadas, foram reunidas, analisadas e sintetizadas. Alguns dos principais documentos que compõem o corpus documental desta investigação foram pesquisados no Arquivo do Conselho Metropolitano de Belo Horizonte. Trata-se especificamente dos livros das Atas das Reuniões do Conselho Metropolitano entre os anos de 1927 a 1945 e o livro o Relatório do Hospital São Francisco da Corporação de Médicos Católicos entre 1939 a 1945. Foi a partir da leitura e da interligação entre estes documentos que conseguimos mapear a fundação da CMC, a atuação do Conselho Metropolitano na assistência à saúde em Belo Horizonte e os serviços hospitalares ofertados no Hospital. Uma outra importante documentação de caráter religioso, produzida tanto pelos vicentinos quanto pela Cúria Metropolitana de Belo Horizonte, foram as fontes encontradas no Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte. Dentre a documentação encontrada nesta instituição, destacamos o acervo sobre a Ação Católica, o IIº Congresso Eucarístico de Belo Horizonte e o acervo da Sociedade São Vicente de Paulo. Como se objetiva mostrar no texto, a SSVP era uma sociedade leiga, mas subordinada à hierarquia diocesana. Assim, neste acervo encontramos uma série de documentos que tratam da expansão das Conferências vicentinas na capital e das práticas assistenciais realizadas pelo Conselho Metropolitano, tais como, a CMC, o Hospital São Francisco e a Cidade Ozanam.

Fez-se necessário percorrer também o Arquivo Público Mineiro e o Arquivo Público da Cidade de Belo Horizonte. Nestes dois arquivos encontramos importante documentação sobre a atuação dos poderes públicos na construção da assistência à saúde na capital e no estado. Foi a partir dos dados produzidos pela Anuário Estatístico de Minas

Gerais, entre os anos de 1959 a 1954, que conseguimos mapear a atividade de médicos e a expansão da assistência no estado e na capital. Também merece menção a documentação referente aos Relatórios dos Prefeitos de Belo Horizonte, produzidos entre 1929 e 1949, que destacam o desenvolvimento e a expansão da cidade.

Compõem ainda a lista de instituições visitadas, os arquivos da Associação de Médicos de Minas Gerais, da Fundação Ezequiel Dias e do Centro de Memória da Faculdade de Medicina de Belo Horizonte. Nestas duas instituições tivemos acesso às revistas médicas especializadas que circulavam em Belo Horizonte nas décadas de 1930 e 1940. Dentre essas revistas, merece destaque a Revista Médica de Minas que aglutinou em torno dela uma série de grupos científicos e um Sindicato Médico. Como será visto, o Sindicato Médico foi ocupado pelos médicos da CMC, e a revista se tornou a porta voz deste sindicato e de suas demandas. Há de se destacar também a documentação da Faculdade de Medicina que, através dos dados coletados nos Livros de Registro de Matrícula (1929 – 1952), nos Livros de Registro de Diplomas, nas Teses de concursos a professor catedrático e nas Caixas de alunos excluídos da medicina, permitiu-nos mapear importantes informações referentes ao período e às vivências dos médicos dentro da Faculdade, possibilitando-nos, dessa forma, traçar uma trajetória pessoal e profissional desses médicos.

Os jornais também foram um importante corpus documental que nos ajudou a acompanhar os passos da CMC. Durante o período estudado, os jornais da capital, em especial o periódico O Diário, foram importante instrumento de divulgação utilizado pelos médicos. Este jornal trazia em suas páginas diversos anúncios profissionais publicados pelos médicos da capital, além de matérias e reportagens sobre o Hospital São Francisco de Assis da Corporação de Médicos Católicos e as reuniões realizadas pela CMC. Acompanhando os jornais disponíveis nas diversas instituições de pesquisa, foi possível traçar e costurar informações biográficas com informações profissionais. O semanário O Bebê foi uma revista especialmente importante para o desenvolvimento do texto e a compreensão da prática médica dos membros da CMC. O semanário era uma revista leiga e destinada às mães e foi a única revista assinada e produzida pelos médicos da CMC encontrada durante a pesquisa. Os jornais e revistas pesquisados estão divididos entre várias instituições e o acesso a esta documentação se deu preferencialmente pela Hemeroteca da Biblioteca Nacional, Hemeroteca da Biblioteca Pública Estadual Luiz de Bessa, no Arquivo da Prefeitura de Belo Horizonte, Projeto Linhares da UFMG e no Arquivo da Pontifícia Universidade Católica de Belo Horizonte.

Os dados biográficos apresentados ao longo desta tese são de acesso público e foram obtidos a partir de uma grande análise documental e entrecruzamento dos dados que, na maioria das vezes, se encontravam dispersos. Entretanto existem lacunas não preenchidas e respostas incompletas. Dadas as más condições documentais, o processo de falência do Hospital São Francisco e o descarte de documentos pertencentes à Corporação de Médicos Católicos, muita documentação não foi possível ser encontrada, e alguns destes médicos não puderam ser seguidos mais de perto.

Esta tese está dividida em cinco capítulos. O primeiro capítulo buscou realizar uma dissussão teórica/metodológica entre os principais pressupostos historiográficos utilizados ao decorrer deste texto. Assim, este capítulo trata-se de uma compreensão nossa sobre as idéias dos autores Starr (1990), Coelho (1999) e Pereira Neto (2001). Procuramos, através destes autores, compreender o processo de legitimação, inscrição e criação da autoridade cultural construído pelo conhecimento médico, a partir do final do século XIX, inserindo-as às transformações técnicas e epistemológicas do campo médico com as mudanças ocorridas no campo social e com a expansão do mercado.

O segundo capítulo buscou compreender e enquadrar o nascimento da CMC como uma das expressões da Ação Católica em Belo Horizonte. Desta forma, procuramos, ao longo de suas páginas, acompanhar o nascimento da ação católica e a formação de um exército de leigos que estiveram em consonância com Dom Cabral. Para tanto, acompanhamos a formação de uma agenda social católica que buscava intervir em determinados aspectos da sociedade, em especial na questão do ensino, na questão social e na formação da assistência à saúde em Belo Horizonte. Os vicentinos foram o grupo do laicato católico que melhor absorveu a pauta da saúde e procurou intervir na construção da assistência à saúde. A década de 1930 representou um importante momento da SSVP na capital pois, nesse período, o Conselho Metropolitano promoveu uma série de mudanças institucionais que visavam reorganizar as obras caritativas e intensificar a expansão das Conferências vicentinas. Foi a partir de 1930 que a SSVP de Belo Horizonte destinou de vez sua assistência aos cuidados com a saúde. Assim, criou-se a Creche e Lactário Menino Jesus, a CMC, o Hospital São Francisco de Assis e a Cidade Ozanam.

O terceiro capítulo buscou compreender a fundação da CMC. Como procuramos demonstrar ao longo de suas páginas, a CMC foi fruto do encontro da militância católica com as transformações vivenciadas no campo médico, entre as quais se destacavam a luta dos médicos fundadores em promover suas respectivas inserções no mercado de trabalho, a regulamentação profissional e a busca pela detenção do monopólio dos serviços

prestados no mercado das práticas de cura, em um contexto de institucionalização do aparato assistencial em Belo Horizonte. Os grupos formados dentro do contexto profissional e devocional se caracterizaram por possuírem múltiplas identidades sociais, ou seja, representaram grupos que se caracterizaram pela presença em dois campos sociais: o campo religioso e o campo profissional. Como buscamos demonstrar, a CMC tratou de um grupo norteado pelas questões técnicas e profissionais. Assim, embora nascida no seio do laicato mineiro, a CMC se caracterizou sobretudo por ser um grupo de médicos reunidos em prol da defesa profissional, formação de redes de sociabilidade e inserção no mercado de trabalho. Dessa forma, esses médicos postularam seus saberes e seus interesses criando revistas médicas destinadas ao público leigo e participando do Sindicato Médico de Minas Gerais.

No decorrer do quarto capítulo, procuramos compreender as trajetórias individuais dos médicos fundadores da CMC. Para tanto, buscamos mapear as origens sociais, regionais e os caminhos de construção das respectivas carreiras profissionais dos médicos que fundaram a CMC. Assim, este capítulo se orienta sob uma divisão: compreender as trajetórias individuais anteriores à fundação da CMC e posteriores à fundação da CMC. O grupo médico fundador da CMC possuía uma série de características em comum: todos os membros eram homens, jovens, com pouco tempo de formação médica e oriundos de famílias sem tradição na medicina. Todos os médicos fundadores vieram das regiões mais desenvolvidas economicamente do estado e nasceram nos primeiros anos do século XX. Todos estes médicos foram testemunhas das transformações sociais, políticas e econômicas que a transferência da capital para Belo Horizonte provocaram no estado. Entretanto, também percebemos diferenças em relação à construção das carreiras profissionais dos membros da CMC: enquanto alguns médicos procuraram inscrever suas práticas em maior diálogo com o mundo vicentino, outros buscaram uma maior proximidade com o mundo acadêmico.

O quinto capítulo buscou compreender o processo de criação e expansão dos estabelecimentos de assistência tanto na capital quanto no estado mineiro. Durante a década de 1930 e 1940, promoveu-se uma reforma e uma ampliação da rede de estabelecimentos destinados à assistência em Minas Gerais e, sobretudo, na capital. Percebemos ao decorrer do capítulo que a construção da assistência em Minas Gerais refletiu o desigual e contraditório processo de desenvolvimento urbano e econômico em que o estado vivia. Desta forma, o desenvolvimento da assistência no estado e na capital assimilou as desigualdades e contradições dos processos sociais, econômicos e urbanos,

promovendo uma concentração dos aparatos institucionais nas regiões do estado que viviam um maior desenvolvimento econômico e crescimento urbano, enquanto nas demais regiões desfavorecidas caracterizava uma profunda lacuna e inexistência dos aparatos de assistência.

O sexto capítulo buscou compreender as práticas assistenciais ofertadas pelos médicos da CMC em Belo Horizonte. Ao longo de suas páginas, procuramos demonstrar que o desenvolvimento da assistência na capital acompanhou o ritmo do crescimento não planejado da cidade. A constituição da assistência refletiu e materializou as desigualdades traçadas nas planilhas da Comissão de Obras da Capital. Assim, o acesso aos serviços de assistência à saúde refletiu as desigualdades sócio-urbanas dos traçados geográficos da capital. A constituição do aparato da assistência foi formada mediante acordos e parcerias firmadas entre a SSVP, a CMC e a prefeitura. Com o desenvolvimento da cidade para a zona nordeste, a CMC e a SSVP organizaram uma ampla rede de assistências, em especial, destinada aos serviços de atenção à saúde para assistir os pobres trabalhadores das áreas reguladas pelo poder público através da formação das vilas operárias. O Hospital São Francisco de Assis da Corporação de Médicos Católicos foi a principal instituição de assistência aos pobres de Belo Horizonte e ofertava uma série de serviços clínicos hospitalares por meio da caridade. Como procuramos demonstrar ao longo das páginas, o Hospital teve uma outra importante característica, sobretudo para aqueles médicos *sem hospital*, uma vez que serviu como um lugar de convivência e de prática médica para os fundadores da CMC que viviam nas margens do campo médico de Belo Horizonte. Assim, esses profissionais, através da caridade, puderam também praticar a medicina, buscando inserção no mercado de trabalho e galgando degraus dentro das estruturas do campo médico a fim de promover suas respectivas ascensões profissionais.

Capítulo 1 - Inscrever a medicina na vida social: pressupostos historiográficos

Em nossa vida cotidiana, a figura do médico tornou-se uma constante. O saber médico, tal como sua prática, permeiam as mais diferentes esferas da vida social, alterando os costumes, os gostos, os comportamentos, as relações sociais e econômicas. Ou seja, nos dias atuais, a autoridade cultural e profissional médica está inserida na vida social nas suas mais profundas entranhas. Entretanto, a construção desta sociedade *medicalizada* é relativamente nova e sua história está longe de ter sido o resultado de uma construção linear. Pois, antes, a autoridade cultural e profissional médica tem sua própria história, seus próprios avanços e retrocessos.

Este trabalho está estruturado a partir da existência de cinco capítulos, os quais somados nos levam ao objetivo dele, qual seja, a tentativa de compreender como se deu a construção da assistência à saúde em Minas Gerais e inserção da medicina na vida social e a construção da autoridade profissional e cultural dos médicos (católicos) mineiros. Para acompanhar a construção da assistência e a construção da autoridade médica em Minas Gerais, elegeu-se como objeto que conduz o fio narrativo desta pesquisa: a Corporação dos Médicos Católicos de Belo Horizonte. Buscamos compreender a Corporação dos Médicos Católicos pela sua dupla inscrição identitária profissional e religiosa. Contudo, explicitamos que estes médicos, ainda que católicos, são, em primeiro lugar, profissionais médicos que pautaram suas atitudes, práticas e concepções pelos valores profissionais e científicos. Dessa forma, sem perder de vista o predicativo católico-viceentino, nossas luzes iluminarão a Corporação vista como um grupo profissional que pautou suas ações pelos valores técnico-científicos.

Destacamos que, se em um primeiro momento a ideia da transformação da medicina na virada do século passado nos sugeriria que o desenvolvimento científico e o avanço tecnológico foram os principais agentes potencializadores dessas mudanças, a leitura da bibliografia especializada nos demonstrou que as principais causas que levaram à inscrição da medicina na vida social são fatores externos à própria medicina, ou seja, foram as transformações sociais que alteraram profundamente as estruturas da vida na virada do século XIX para o século XX, e corroboraram de forma decisiva para fomentar a autoridade cultural dos médicos. Simultaneamente aos processos de transformação da vida social e das transformações que por sua vez alteraram a prática médica, estão o

desenvolvimento da ciência e da tecnologia. Assumimos esta posição em diálogo com o historiador norte-americano Paul Starr⁴.

Paul Starr (1991) ressalta que se nos propusermos a acompanhar as transformações da medicina, bem como acompanhar o sucesso da terapêutica médico-acadêmica na vida social, devemos, com o objetivo de não cairmos no simplismo histórico, procurar analisar também as transformações estruturais e conjecturais pelas quais passaram as sociedades ocidentais no século XIX e início do século XX⁵. Em outras palavras, seria possível dizer que, ao acompanhar a inserção da medicina na vida social destacando apenas as suas transformações internas da ciência médica, uma história distorcida, teleológica e linear seria produzida. Ou seja, é necessário explicar a formação da autoridade cultural e profissional pelas causas que as tornaram possíveis e não pelas consequências desse tipo de autoridade. Para Paul Starr, esta é uma premissa para compreender a soberania profissional:

Minha terceira premissa é que o problema da soberania profissional exige um enfoque que abarque tanto a cultura como as instituições. [...]. O caso é que não é possível, em minha opinião, entender as origens do poderio da profissão médica frente a todas as demais forças econômicas e políticas que intervêm na atenção à saúde sem ter referência a sua autoridade cultural. Tampouco é possível entender o auge de sua autoridade cultural sem ter referência as mudanças subjacentes que ocorrem na vida material e na organização social. (STARR, 1991: 22/23) (Tradução nossa).

Dessa forma, a exclusividade terapêutica, a obrigatoriedade da licença para a prática médica, a regulamentação do mercado de serviços, a profissionalização dos agentes terapêuticos garantindo o monopólio das práticas de cura aos médicos licenciados são as consequências da consolidação da autoridade cultural e profissional do médico na vida social.

Procuramos, assim, compreender o processo de formação da autoridade cultural

⁴ Para Paul Starr, “o crescimento da ciência, embora importantíssimo para o desenvolvimento da profissão, não é um elemento que em si mesmo assegure ampla autoridade cultural, poderio econômico ou influência política aos médicos, como alcançaram nos Estados Unidos” (STARR, 1991: 20) (Tradução nossa). Acreditamos que processo semelhante ocorreu no Brasil. Como pretendemos demonstrar, a autoridade cultural e profissional do médico brasileiro não foi construído tendo na ciência o seu elemento central. Antes, foi necessário que médicos procurassem estratégias pessoais e profissionais, manusearam capitais distintos (sobretudo religioso e caritativo) para conseguir construir sua autoridade cultural.

⁵ Nas palavras do historiador é necessário “entender [que] estas mudanças requer uma análise simultaneamente estrutural e histórico: estrutural em sua identificação das pautas subjacentes nas relações sociais e econômicas que explicam os fatos observados; histórico porque tentará estabelecer as pautas das ações humanas que lhe deram vida” (STARR, 1991: 22) (Tradução nossa).

dos médicos para compreender como se deu a sua inscrição na sociedade belo-horizontina da primeira metade do século XX. Acreditamos que a inscrição dos médicos que aqui estudamos – a Corporação de Médicos Católicos – aconteceu por duas vias, fruto da dupla característica identitária deste grupo: a confessional e a profissional. Perceber como estes médicos agiram, praticaram e compreenderam a medicina e atuaram na assistência destinada à saúde dos trabalhadores belo-horizontinos, é o objetivo central desta tese. É possível avançar na discussão sobre o tema, analisando as estratégias de consolidação da autoridade cultural e profissional dos médicos belo-horizontinos. Se mantivermos um diálogo com Paul Starr, podemos perceber que os médicos que atuaram na assistência aos pobres e trabalhadores buscaram meios para consolidar sua autoridade cultural e profissional que não passavam, necessariamente, pelo caminho do desenvolvimento da ciência e da tecnologia. Antes, esses médicos investiram na construção social de sua imagem como homens caridosos, caritativos, religiosos e benevolentes.⁶ Utilizar de estratégias subjetivas e externas ao campo científico foi um dos caminhos que os médicos mineiros percorreram para inscrever a medicina e controlar parte da assistência ao trabalhador. A característica identitária confessional e profissional da Corporação de Médicos Católicos certamente contribuiu para que estes médicos pudessem construir sua inscrição na sociedade sem se manterem exclusivamente vinculados ao campo científico. Sendo assim, diversos médicos atuaram também em diálogo com o campo religioso, utilizando deste campo para a construção de sua autoridade médica. O caminho da inscrição da medicina na vida social pelo campo religioso é um modo da construção de sua imagem social do médico e corrobora também com os objetivos médico-católicos, quais sejam, ofertar a assistência médica e propor um caminho de inscrição profissional em concílio com os valores religiosos católicos.

Para o historiador norte-americano Paul Starr, o sucesso da inserção da terapêutica médica na vida social se deve, como já argumentado anteriormente, às transformações sociais que permitiram a criação de um ambiente favorável para a consolidação da autoridade cultural dos médicos na vida social na virada do século XIX para o século XX. Em suas palavras

o que originalmente foi uma profissão débil e tradicional de pouca importância econômica, se converteu em um sistema extenso de hospitais, clínicas, planos de saúde, companhias de seguro. [...]. Essa transformação não se deu unicamente com o avanço da ciência e a

⁶MARQUES, Rita de Cássia. *Imagem social do médico de senhoras no século XX*. Belo Horizonte: Coopmed, 2005.

satisfação das necessidades humanas. A história da medicina é uma epopeia de progresso, mas também um relato de conflitos sociais e econômicos com o surgimento de novas hierarquias de poder e autoridade, novos mercados e novas condições de crenças e experiências. STARR, 1991, pág. 17 e 18 (tradução nossa).

É necessário realizarmos um exercício teórico para compreender o que o autor caracteriza como autoridade cultural. Nas palavras do historiador supracitado, há uma importante diferença entre autoridade social, como trabalhada por Weber⁷, e autoridade cultural, como destina a ser trabalhada pelo autor. Embora seja longa a citação, vale a pena sua transcrição completa para os fins deste trabalho.

A autoridade social e a cultural se diferenciam conforme as várias normas básicas. A autoridade social implica no controle da ação por meio da emissão de ordens, em tanto que a autoridade cultural supõe a construção da realidade através de fatos e valores. [...] a autoridade social pertence unicamente aos atores sociais, a autoridade cultural pode residir também em objetos culturais e até em produtos de atividade intelectual passada, como podem ser textos religiosos (a Bíblia), normas reconhecidas de referência (dicionários, mapas, tabelas matemáticas), trabalhos acadêmicos ou científicos, ou leis. Nesta forma particular, a autoridade pode ser usada sem ser exercida; comumente é consultada (inclusive por pessoas situadas em postos de autoridade), quando busca-se resolver ambiguidades. Embora com frequência venham juntas, a autoridade social nem sempre implica autoridade cultural. Talvez os súditos obedeçam a um governo até quando privadamente rechaçam suas pretensões como falsas ou injustas. A autoridade cultural nem sempre implica autoridade sobre a conduta. [...]. A autoridade que os médicos exercem sobre as enfermeiras, técnicos e outros subordinados à hierarquia médica é primordialmente social; os médicos buscam regular seus atos. Da mesma maneira, quando dão instruções ou conselhos aos pacientes, estão exercendo também autoridade social. No entanto, antes de emitir recomendações os médicos devem definir e avaliar a situação dos pacientes. Os pacientes consultam os médicos não apenas em busca de conselhos, mas principalmente para saber se “na verdade” estão enfermos e conhecer o significado de seus sintomas. “O que tenho, doutor?”, perguntam; “É coisa séria”. Neste contexto, a autoridade cultural antecede a ação. A autoridade para interpretar signos e sintomas, diagnosticar saúde ou enfermidade e oferecer prognósticos, é a base de qualquer autoridade social que o médico pode fazer valer. (STARR, 1991: 28/29) (tradução nossa).

Como se percebe, é justamente a autoridade cultural que precede a autoridade social. Ou seja, é a construção da autoridade cultural em torno da figura do médico que legitima a autoridade social do médico. Portadores de um saber especializado e legitimado, os

⁷ STARR, 1991, pág. 28

médicos “decifram” os pacientes, traduzem os sintomas, as enfermidades, em uma linguagem científica que ressignifica a linguagem do paciente, legitimada por sua autoridade cultural⁸. Não obstante, o médico é entendido como sujeito responsável pelo processo de dar sentido e significado de enfermidade ou de saúde a uma entidade nosológica.

Paul Starr destaca ainda as duas fontes de controle que incorporam a autoridade cultural: legitimidade e a dependência. “A primeira descansa na aceitação por parte do subordinado da pretensão de que deve obedecer; a segunda em previsão das consequências desagradáveis que terá se não obedecer” (STARR, 1991: p. 23) (tradução nossa). Pois, ainda de acordo com o autor,

os médicos e outros profissionais tem uma base distintiva de legitimidade que presta força a sua autoridade. Afirmam ter esta autoridade, não como indivíduos, mas como membros de sua comunidade que já validou objetivamente sua competência. O profissional oferece julgamentos e conselhos, não como um ato pessoal baseado em critérios idiossincráticos ou revelados privadamente, mas como representante de normas compartilhadas (STARR, 1991: p. 27) (tradução nossa).

Continua o autor:

E, como já indiquei, a legitimação da autoridade profissional implica três afirmações distintas: primeira, que o conhecimento e a competência profissional tenham sido validadas pelo seus pares; segunda, que este saber e essa competência validadas consensualmente tenham por base fundamentos racionais e científicos; em terceira, que o juízo e o conselho do profissional estejam orientados para um conjunto de valores essenciais, tais como a saúde (STARR, 1991: 30).

De acordo com Paul Starr, diversas transformações sociais, ocorridas no final do século XIX para o século XX, alteraram profundamente a vida social e, por consequência, a prática médica. Dentre as transformações destacadas, o autor cita as ‘revoluções urbanas e dos transportes’ e os efeitos práticos produzidos no dia a dia do século XIX, tais como o aparecimento dos bondes, dos automóveis e a pavimentação de ruas. Tais transformações produziram efeitos práticos na medicina, pois ajudaram a tornar os

⁸ Para o autor é justamente a autoridade cultural dos médicos que permitem que os médicos emitam juízos sobre o que é enfermidade e saúde. “Em sua função de autoridades culturais os médicos emitem juízos autorizados sobre o que constituem enfermidade ou falta de sanidade, avaliam as atividades das pessoas para desempenhar determinados trabalhos, determinam a incapacidade dos feridos, certificam mortes, e inclusive depois da morte se a pessoa teve ou não capacidade no momento de ter testamento” (STARR, 1991: 29) (tradução nossa).

médicos mais constantes na vida cotidiana das pessoas (STARR, 1991), ajudaram também a ‘reduzir’ a distância entre médico e paciente, a reduzir os custos da consulta médica, o tempo de deslocamento à casa do paciente, e ainda produziram o efeito de aumentar a área de deslocamento de um médico, fazendo com que se descobrisse novas demandas de trabalho e se promovesse um maior contato entre a população com a visita de médicos, mesmo distante dos grandes centros. A revolução dos transportes, nas palavras de Starr, “ajudou a formar um mercado maior e menos fragmentado” (STARR, 1991: p. 90).

Uma outra transformação mais sensível à atividade médica foi a expansão do mercado. Ainda que houvesse vozes relutantes à mercantilização da medicina, é, de acordo com o autor, inegável e inseparável que a expansão do mercado beneficiou os médicos a prestarem seus serviços. Starr ressalta ser inseparável o desenvolvimento de um mercado de serviços médicos ao surgimento da autoridade profissional. Nas palavras do autor,

Para a consolidação do poderio econômico não bastou simplesmente a criação de um monopólio da prática médica, alcançado graças à exclusão de outros praticantes, e a limitações ao número de médicos. Foi necessário ademais dar forma a estrutura de hospitais, seguros e outras instituições privadas relacionadas com a prática médica e definir os limites e as formas apropriadas das atividades de saúde pública relacionadas com a atenção à saúde (STARR, 1991: 37)(Tradução nossa).

O surgimento do mercado de serviços médicos foi sendo paulatinamente construído por parte dos médicos – gozando de privilégios do Estado. Se nos mantivermos em apenas um exemplo, e acompanharmos os médicos que produziam manuais terapêuticos a fim de socorrer famílias em situação de emergência, é possível perceber uma dupla mudança em suas obras. Primeiro, trata-se da tentativa de tornar a linguagem médica uma linguagem mais acessível e palatável pelo público leigo (STARR, 1991). De acordo com Starr, mais que uma estratégia editorial adotada por estes médicos, trata-se também de uma estratégia de produção de autoridade cultural, pois os livros traziam consigo as práticas escritas pelos próprios médicos e ajudavam a construir o terreno para o nascimento da autoridade cultural médica ao procurar substituir as tradicionais terapêuticas populares pelas terapêuticas médico-acadêmicas. Entretanto, há de se ressaltar a contradição entre a produção livresca médica e a consolidação da autoridade profissional. De acordo com Starr, a autoridade profissional é cada vez mais estável

quanto maior for a dependência do paciente à autoridade médica. Ou seja, a manutenção de uma autoridade profissional necessita da renúncia do juízo privado em prol do médico. Não obstante, a publicação de obras médicas destinadas ao público leigo ameaçava a autoridade profissional médica ao favorecer a escolha privada dos indivíduos, ao mesmo tempo em que preparava as condições necessárias para o nascimento da autoridade cultural dos médicos. De acordo com Starr, a publicação livresca expandia à autoridade cultural dos médicos: “autoridade da medicina, que anteriormente esteve circunscrita a quem podia consultar um médico, agora alcançou a um número muito maior: aqueles que podiam consultar um livro de medicina” (STARR, 1991: 52).⁹

As transformações provocadas pelo processo de industrialização, quais sejam, o aumento demográfico das cidades, a concentração de trabalhadores em cidades maiores, as transformações urbanas, o aparecimento de novas cidades, enfim, provocaram também transformações na forma da assistência à saúde. Historicamente, lembra-nos Starr, que a principal forma assistencial em momentos de enfermidade era prestada pela família e avinhada pelos laços de solidariedade e auxílio mútuo que caracterizavam as economias pré-industriais. Das consequências, provocadas pelo processo de industrialização, que tangem à assistência à saúde, é possível destacar a troca da prestação da assistência da figura familiar para a figura do médico. Com o processo de industrialização, Starr (1991: p. 97) ressalta que as famílias sofreram modificações profundas em suas estruturas, uma vez que seus membros procuravam mudar de cidades para conseguir condições de trabalho melhores. Uma vez chegados a cidades diferentes das de suas origens, os trabalhadores não poderiam mais contar com os tradicionais laços de solidariedade de auxílio mútuo, fazendo-se cada vez mais necessário que a assistência, que outrora era encontrada na família, fosse procurada fora de suas residências. Esta transição na prestação do serviço assistencial foi marca determinante para o desenvolvimento da autoridade cultural dos médicos. Delimita o autor, assim, o caráter inseparável entre o surgimento do mercado de serviços médicos e o surgimento da autoridade profissional.

A transição da casa ao mercado econômico como instituição dominante da atenção aos enfermos – é dizer, a conversão da atenção à saúde em uma mercadoria – tem sido um dos movimentos subjacentes mais importante na transformação da medicina. Simultaneamente, implicou uma maior especialização do trabalho, uma distância emocional maior entre o enfermo e os responsáveis de sua atenção, e uma mudança das mulheres para os homens como figuras dominantes na administração da

⁹ Segundo o autor, a produção livresca destaca-se também um outro importante efeito que é o processo de secularização das doenças.

saúde e da atenção da enfermidade (STARR, 1991: p. 37) (tradução nossa).

O avanço do liberalismo permitiu que as características de uma sociedade estratificada fossem perdendo espaço para as transformações democráticas que impuseram um novo ritmo à vida social. Dessa forma, por exemplo, garantias econômicas e sociais advindas dos privilégios aristocráticos vinculados à nobreza sanguínea foram se transformando em disputas meritocráticas realizadas no mercado de serviços. Diferentemente da realidade profissional médica inglesa¹⁰, cujo médico mantinha sua clientela entre os mais selecionados membros das elites, os médicos americanos construíram sua clientela de forma plural. Porém, há de se destacar que o processo de autoridade médica antes da transformação provocada pelo liberalismo dava-se sob duas condições: a primeira vinculada à nascença e a segunda vinculada ao lugar de pertencimento dos clientes atendidos pelo médico. Neste caso, quanto mais importante fosse a clientela assistida pelo médico maior seria a autoridade desfrutada pelo médico. Como amplamente salientado por Starr, as transformações sociais impactaram profundamente a medicina, transformando-a e, por consequência, modificando a forma como a autoridade médica e profissional era construída. Com a democratização da sociedade americana, a superação dos valores de castas e dos privilégios aristocráticos sanguíneos, a inscrição da medicina na vida social deixou para trás as características aristocráticas e ganhou ares meritocráticos e científicos. Logo, a legitimidade da autoridade cultural do médico não estava mais vinculada à nascença ou ao pertencimento às classes mais altas, tampouco à qualidade econômica de seus clientes. Uma outra forma de legitimidade foi construída, sustentada pela qualidade profissional do médico, a legitimidade de seu saber objetivo e a força da coesão do grupo.

Ainda de acordo com o autor, a segunda metade do século XIX foi marcada pela tensão existente entre a luta pelas pretensões profissionais que garantissem a exclusividade sobre a prática e o sentimento democrático da coisa pública. Para a conquista dos monopólios médicos sobre as práticas de cura, foi necessário que as mudanças sociais colocassem a medicina em um patamar de importância que ela não detinha na primeira metade do século XIX. Ou seja, para além da construção da autoridade médica, foi necessária a legitimidade da sociedade, do Estado, das instituições

¹⁰ “Os médicos ingleses representaram o que se chamou uma “profissão de posição”, não uma “profissão ocupacional”; no qual quer dizer que a profissão se definia por seu grau de privilégio e não pela divisão do trabalho” STARR, 1991: 53.

e da ciência para que as pretensões exclusivistas dos médicos pudessem ser atingidas. Starr argumenta que a legitimidade oferecida pelo campo científico provocava um fundamento muito mais estável. Desta forma, a ciência ajudou a fundar “[...] a autoridade cultural da medicina ao restabelecer o sentimento de sua *complexidade legítima*. [...] A ciência proporcionaria um fundamento muito mais estável” (STARR, 1991: 77) (Tradução nossa). Continua o autor

por um tempo, nessa primeira metade do século XIX prevaleceu na medicina a pretensão de sua acessibilidade e universalidade. No entanto, o público por meio de seus legisladores e de suas próprias decisões privadas abandonou gradualmente esse ponto de vista, pois acabou convencido da complexidade cada vez maior da ciência médica e dos limites da competência dos leigos (STARR, 1991: 78) (Tradução nossa).

No que tange às transformações internas da medicina, há de se começar destacando o seu processo de profissionalização. Para compreendermos melhor esse processo no ocidente, é necessário lembrar que a medicina passava também por mudanças consonantes às transformações sociais do século XIX. Neste sentido, as transformações médicas internas seguiam sobretudo duas ordens: epistemológica e corporativa. O avanço da bacteriologia, somado às descobertas da microbiologia no século XIX com Pasteur, provocavam mudanças sensíveis no conhecimento médico, sobretudo, vinculado à medicina higiênica preventiva. Ao mesmo tempo em que avançava o conhecimento médico acerca das causas das enfermidades e dos processos curativos, havia também efeitos que incidiram no processo de profissionalização da medicina. O primeiro foi favorável à produção de um consenso intraclasses e, de acordo com Starr, à ausência de respostas mais concretas para as causas das enfermidades fazia com que saberes diversos coexistissem no campo da cura, o que provocava um maior dissenso entre os próprios médicos acerca das causas e meios de tratamento das enfermidades. Entretanto, com o avanço da ciência médica, as diferenças sectárias foram paulatinamente superadas intraclasses médica. Argumenta Starr que

internamente, como resultado das mudanças da estrutura social e dos desenvolvimentos científicos, a profissão ganhou coesão nos finais do século XIX e teve maior êxito em afirmar seu direito a suas pretensões. A maior coesão fortaleceu a autoridade profissional, e esta, por sua vez, aproveitou o avanço da tecnologia de diagnósticos [...] (STARR, 1991: 33) (tradução nossa).

Não obstante, essa coesão fortaleceu as pretensões hegemônicas no campo da cura e seus interesses em regulamentar¹¹ o ensino médico das faculdades. Um outro processo que corroborou decisivamente para a profissionalização da medicina e a regulamentação do serviço médico foi a legitimidade que a sociedade e o Estado concederam à prática médica¹². Starr ressalta a mudança da posição do Estado frente aos interesses médicos monopolizantes: “o Estado [...] finalmente aceitou a definição da profissionalização como uma prática legítima. Todos estes acontecimentos refletiram um avanço para o fortalecimento da posição profissional e a consolidação da autoridade profissional” (STARR, 1991: 104) (tradução nossa).

De acordo com Starr, a comunidade médica mantinha uma posição ambígua frente à intervenção do Estado na profissão, uma vez que se mostrou favorável à intervenção do Estado para regulamentar a atividade terapêutica quando significava reconhecimento à profissão, mas contrária às intervenções estatais que ameaçavam seus interesses, como, por exemplo, a regulamentação do preço do serviço prestado. Logrou, então, à comunidade médica “o desafio [...] em estabelecer sua autoridade e seu controle do mercado; logo, em conservá-los quando as grandes empresas e o próprio governo ameaçaram em intervir.” (STARR, 1991: 44) (tradução nossa).

A regulamentação da medicina era uma aspiração antiga de parte da comunidade norte-americana, mas não representava, antes do século XIX, uma expressão hegemônica dentro da comunidade de médicos. Diversos médicos regulares ou sectários, mantinham posições contrárias à regulação exclusiva do campo curativo aos médicos. Entretanto, “a tendência para a profissionalização na medicina encontrou sua expressão na criação das

¹¹ “Provavelmente o signo mais importante de convergência entre os grupos competidores foi seu apoio comum, que data das décadas de 1870 e 1880, ao restabelecimento da expedição de licença médica. Reconhecendo que não poderia avançar na legislação por si mesmo, muitos médicos regulares aceitaram a colaboração dos sectários para obter leis sobre expedição de licenças que protegia a todos contra a concorrência de praticantes não capacitados.” (STARR, 1991: p. 128) (tradução nossa). Uma crescente coesão da profissão médica pode ser vista no aumento expressivo de forças políticas que se agregou na virada do século em torno da AMA. A Associação médica americana ganhou expressividade nacional e conseguiu agregar mais sócios o que a fez mais atuante no campo político. Esse aumento de associados e de expressão política fez com que AMA pudesse combater e fiscalizar o ensino médico, cobrando que as faculdades de medicina se adequassem às novas obrigações curriculares e estruturais. (STARR, 1991: p. 139 e 140).

¹² Paul Starr faz um longo acompanhamento sobre a legislação e seus avanços e retrocessos. Seria ultrapassar os interesses em demasiado se aqui fizéssemos também. Entretanto vale mencionar que a promulgação da legislação ocorria de forma progressiva. Em primeiro era necessário apenas um diploma para realizar a prática médica de forma legal; depois, se criou meios legais de avaliar a qualidade profissional e dos diplomas e instituições de ensino. As controvérsias inerentes ao debate da regulamentação da profissão médica, se encerram quando o Supremo norte-americano intervém em favor dos médicos. (STARR, 1991: p. 130/131/132).

primeiras escolas e sociedades médicas e na luta por criar uma legislação que protegia a medicina” (STARR, 1991: 55) (Tradução nossa). Uma das características destes primeiros passos para a constituição de uma profissão foi a separação cada vez maior entre medicina e religião. Há de se destacar também as reformas educacionais promovidas no final do século XIX que alteraram profundamente a estrutura curricular do ensino médico. Iniciada primeiramente por Harvard em 1870, e potencializada pela Universidade John Hopkins na década de 90, “a transformação educacional uniu ciência e investigação, de modo muito mais firme que antes, com a prática hospitalar clínica” (STARR, 1991: p. 144) (Tradução nossa).

A expressão deste movimento era o Informe de Flexner, em 1910. As transformações nas universidades, como a obrigatoriedade dos laboratórios e do ensino com a transformação e criação de um currículo de ensino com tempo mínimo de cinco anos, trouxeram como consequência um aumento do custo de manutenção do curso médico, de tal forma que as faculdades que não conseguiram se adaptar foram decretando falência ou então sendo obrigadas a se adaptarem para não serem fechadas. As diretrizes que nortearam o informe de Flexner tiveram o objetivo de acentuar e criar cada vez mais uma coesão na comunidade médica estudantil norte-americana ao tornar o curso médico mais homogêneo e mais científico ao beneficiar mais a prática laboratorial do que a prática clínica.¹³ Starr ainda ressalta que as “diretrizes trataram de impor um modelo de educação médica relacionado mais estreitamente com a investigação do que com a prática médica. (STARR, 1991: 150) (Tradução nossa).

Outra instituição que teve papel preponderante para a consolidação da autoridade cultural e profissional médica foi o hospital. Este teve seu significado profundamente alterado do século XIX para o século XX. A instituição deixava paulatinamente de ser destinada aos mais diversos tipos assistenciais para tornar-se uma verdadeira máquina de curar. Starr ressalta que a mudança do hospital, como principal instituição chave que corroborou para a consolidação da autoridade cultural dos médicos, tem causas econômicas, sociais e científicas. Ao centralizar em um único espaço enfermos e médicos, os hospitais representavam uma mudança significativa dos custos dos serviços médicos, e favorecia em demasia a consolidação do poderio econômico médico. Por conta das

¹³ A Reforma Flexner também provocou uma uniformidade em sua composição social. Por consequência do aumento do tempo de graduação e ao aumento dos custos financeiros para cursar a graduação, houve um processo de uniformidade em sua composição social com a dificuldade em mulheres, negros e pobres de adentrar as portas das universidades de medicina. (STARR, 1991: p. 153 e 154).

transformações urbanas e sociais, a prática clínica sofria também profundas reorganizações. O advento do hospital como instituição destinada à cura e à terapêutica alterava a forma e o local da assistência prestada pelo médico. O médico, assim, abandonava o interior dos domicílios para entrar na era dos hospitais. Essa inversão de percursos marcou de forma significativa a prática médica e a concepção de medicina, juntamente o lugar social ocupado pelo hospital dentro da prática médica.

Ao final do século XIX, o hospital tornava-se também um lugar de ensino. O avanço do conhecimento médico pela conjugação da anatomia com a observação clínica realizada dentro dos hospitais permitiu que o hospital assumisse também a função pedagógica da prática médica.

Em seu efeito combinado, os mecanismos de legitimação (de educação e de autorização de exercício da profissão) e os mecanismos de dependência (hospitalização, cuidados gerais, seguros) tem dado as relações médicos e pacientes uma estrutura definida que vá além das personalidades e atitudes. Esta estrutura social, se baseia não apenas em expectativas compartilhadas sobre os papéis dos médicos e o enfermo, mas em arranjos institucionalizados que com frequência implica custos elevados para aqueles que desviam da norma (STARR, 1991: 36) (Tradução nossa).

A despeito das transformações internas da medicina na virada do século XIX para o século XX, o historiador Roy Porter (2004) ressalta também que as transformações das novas abordagens médicas, novas instituições e novas concepções em torno da saúde alteraram profundamente o status da medicina.

Neste processo de mudanças que acompanham a passagem do século XVIII para o século XIX, Porter destaca a transformação do hospital como peça-chave que catalisa e potencializa o processo da transformação social da medicina. Segundo explica Porter (2004: 172), o hospital pré-moderno tinha funções sociais extremamente diversas dos hospitais contemporâneos e prestava as mais diferentes funções, tais como hospedagem, abrigo, alimentação, proteção, recolhimento, enfim, prestavam uma gama de serviços assistenciais que o diferenciava em muito do seu congênere do século seguinte. Dessa forma, é possível perceber uma lenta e gradual mudança das funções destinadas aos hospitais. Tendo o hospital francês Hotel Die como motor dessas transformações, os hospitais transformavam-se paulatinamente em centros de recuperação e de cura, ao mesmo tempo em que se transformavam também em um ambiente destinado ao ensino clínico. Para Porter, “a tomada dos hospitais pelos médicos veio em etapas, através de diversas ocorrências. Suas portas abriam-se cada vez mais para estudantes de medicina,

e os professores que tinham acesso aos leitos clínicos passaram a usar os casos instrutivos como material didático” (PORTER, 2004: p. 175).

Como salienta Porter, a entrada dos médicos nos hospitais foi acompanhada pela aproximação da prática médica com a prática cirúrgica, e é justamente essa aproximação que justifica o sucesso da medicina no decorrer do século XX. A descoberta da cirurgia asséptica por Lister e dos anestésicos durante, o século XIX, representaram a elevação do status da prática cirúrgica. Ao centralizar e promover a união dessas práticas, o hospital tornou-se uma instituição central no processo curativo pois foi possível reunir, em um só lugar, a medicina – cada vez mais científica e prática –, com a cirurgia e a investigação anatomoclínica. Enfim, argumenta Porter que, “por volta de 1800, com o desenvolvimento de novas abordagens médicas, baseadas no exame clínico, na anatomia patológica e na estatística, o hospital deixou de ser predominantemente um lugar da caridade, assistência e convalescença e começou a se transformar na usina médica que veio a ser desde então” (PORTER, 2004: p. 175). O hospital tornava-se um lugar destinado ao tratamento, à investigação e ao ensino.

Quando, em 10 de junho de 1935, um grupo de profissionais composto por 25 médicos se reuniram na sede do Conselho Metropolitano em Belo Horizonte e formalizaram em ata a criação da Corporação de Médicos Católicos de Belo Horizonte, a medicina já era bastante diferente da prática realizada no final do século XIX e início do século XX. As concepções de enfermidade e da prática curativa médica já tinham se secularizado, o avanço da ciência já havia transformado a clínica médica, a cirurgia já havia se tornado uma prática corriqueira, e os médicos possuíam o monopólio legal das práticas curativas, ou seja, a autoridade cultural e profissional já era reconhecida pelo Estado, que garantia aos médicos a regulamentação da profissão, a exclusividade do mercado de serviços do campo curativo e a obrigatoriedade do diploma acadêmico para exercer o serviço. Ainda que coexistissem outras concepções sobre saúde, sobretudo as vinculadas ao campo religioso¹⁴, o saber médico caminhava para se tornar hegemônico, uma vez que os agentes curativos populares do século passado tiveram sua prática criminalizada. Nesse contexto, a medicina como um todo atingia um grau de autoridade sem precedentes em sua história.

¹⁴ VIEIRA, Lucas Lolli. Entre Deus e os fiéis: Monsenhor Horta e a cura católica em Mariana (finais do século XIX e início do século XX). Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2015. Rio de Janeiro, s. n., 2015. 166 f

Entretanto, seria incorreto afirmar que bastaram o desenvolvimento científico e a intervenção estatal para garantir a inscrição da autoridade médica na sociedade. De acordo com Rita de Cássia, os médicos mineiros tiveram que buscar meios para consolidar suas autoridades, pois nem todo o aparato científico-tecnológico e estatal das primeiras três décadas do século XX foram suficiente para que o saber médico tivesse a legitimidade da sociedade. Práticas e concepções populares eram ainda acentuadas e utilizadas pela população, inclusive na nova Belo Horizonte.¹⁵ Antes, os médicos buscaram meios de se inscreverem na vida social por meio do investimento em sua imagem social, buscando, dessa forma, atuar em diversos campos além do científico. Manusearam em torno de si um importante capital caritativo, filantrópico, caridoso, e estiveram presentes em movimentos militantes católicos, em revistas populares, em jornais religiosos. Atuando no campo religioso, em consonância com os princípios do catolicismo do início do século XX, esses médicos buscaram os meios para inscrever suas práticas e concepções na vida. Assim, uma justaposição do campo religioso pelo campo médico, e vice-versa, foi a tônica destes jovens médicos belo-horizontinos. Caracterizados pela dupla condição identitária (profissional e confessional), esses médicos percorreram os dois campos, defendendo os interesses religiosos no campo da assistência, construindo uma agenda médico-católica, e sacramentando, pelo espaço religioso, a medicina na vida social. Uma via de mão dupla foi formada.

A construção da autoridade médica foi precedida de um longo processo histórico decorrido nos séculos XIX e XX. Avanços e retrocessos marcaram a constituição da autoridade, a regulamentação do mercado de trabalho no campo curativo e obrigatoriedade da licença para realizar o serviço. De acordo com Edmundo Campos Coelho, “a regulação ocupacional foi a estratégia selecionada pela elite dirigente no pós-30 para reorganizar a esfera da acumulação como prévia condição para implementar políticas sociais de natureza preventiva, compensatória ou social *strictu sensu*.” (COELHO, 1999: p. 19). E continua o autor ao afirmar que

a extensão da cidadania ocorreu, pois, associada a um sistema de estratificação ocupacional definido por norma legal. Os direitos de cidadão circunscreveram-se ao âmbito daqueles que a lei vinculava as ocupações por ela reconhecidas e definidas, e o conceito de cidadania regulada precisamente descreve este tipo de cidadania dependente de regulação ocupacional” (COELHO, 1999: p. 19).

¹⁵ SILVEIRA, Anny Jackeline Torres. A influenza espanhola e a cidade planejada: Belo Horizonte, 1918. Belo Horizonte: Fino Traço, 2007.

Dessa forma, as profissões liberais, por estarem fora do processo produtivo ou de acumulação *stricto sensu*¹⁶, tiveram sua reorganização de modo diferente, a partir de decretos que criaram os conselhos para fiscalização¹⁷, e a

legislação regulatória do pós-30 organizou as profissões fora da estrutura sindical típica das outras ocupações. [...] Após 1930 a República definitivamente consolidou o nexa entre privilégios profissionais e Universidade. Regulamentada uma profissão, o que incluía quase sempre a criação dos Conselhos, o respectivo curso acadêmico passava ao controle do Conselho Federal de Educação. Criava-se por esta forma uma inusitada hierarquia entre profissões: as regulamentadas, cujos diplomas geravam efeitos legais no mercado de trabalho, e as não regulamentadas, cujos diplomas nada garantiam aos seus portadores” (COELHO, 1999: p. 28/29).

De acordo com Coelho (1999), é necessário entender que o processo de regulamentação da profissão médica é fruto de duas forças motrizes distintas: mercado e Estado. O autor constata que a antítese mercado e Estado, ou autonomia profissional e regulação estatal, trata-se na verdade de uma falácia, pois a regulamentação das profissões fazem parte da formação do Estado tal como a formação do Estado é uma das condições para autonomia das profissões.

Ao fim e ao cabo, qual então a alternativa à antinomia entre auto-regulação profissional e regulação estatal? Tentativamente, pode-se seguir uma vez mais a Johnson e afirmar que esta é uma falsa antinomia. Como uma forma de institucionalização da perícia, as profissões teriam sido desde o início do século passado, mesmo em países de ‘pouco’ Estado, parte integrante do governo, ou, o que significa a mesma coisa, do processo de formação do Estado. [...] Logo, como quer Johnson, a forma adequada de entender as *relações* entre Estado e profissões seria em termos de um processo histórico no qual *as profissões emergem como uma condição da formação do Estado e a formação do Estado como condição maior da autonomia profissional* – onde esta última exista (COELHO, 1999: 54) (Grifo do original).

¹⁶ COELHO, 1999: p 28.

¹⁷ Idem, Idem. De acordo com o autor, “a legislação regulatória no pós-30 organizou as profissões fora da estrutura sindical típica das outras ocupações. Embora sindicatos e associações fossem permitidos, a estrutura básica ficou assentada nos diversos Conselhos nacionais e regionais criados para a fiscalização do exercício profissional. De fato, o conceito de “regulamentação profissional” na legislação brasileira pressupõe a criação, por lei, destes órgãos fiscalizadores, e sem os respectivos Conselhos uma profissão ainda não está regulamentada. Tais Conselhos foram criados como entidades de direito público, autarquias com autonomia financeira e administrativa mas subordinadas ao Ministérios do Trabalho para efeitos de fiscalização. Na linguagem oficial, constituíam “serviço público”. Ao final a organização das profissões regulamentadas descansa em três pilares, cada qual com função diversa: os Conselhos para fiscalização do exercício profissional, o sindicato para encaminhar reivindicações de natureza trabalhista, e a associação para atender aos aspectos mais tipicamente normativos e associativos (código de ética, desenvolvimento profissional, etc.) (COELHO, 1999: p. 28/29). Os Conselhos de medicina foram instituídos pelo decreto-lei nº 7955 de 13 de setembro de 1945.

Dessa forma, a medicina, no século XIX, não gozava de prestígio, mas sim alguns médicos, sobretudo àqueles que eram credenciados pela sua posição social¹⁸. De acordo com Coelho as distinções entre os médicos não se davam por critérios profissionais, pois, os

médicos anônimos e doutores palacianos, praticavam todos eles a mesma terapêutica rigorosamente ineficaz, simplesmente não podiam curar na mesma e exata extensão. Os critérios que distribuíam renda, prestígio e poder eram todos de natureza extraprofissional: hábitos culturais, extração social da clientela, relações pessoais e outros assemelhados. (COELHO, 1999: 76).

A fiscalização e a concessão de licenças que autorizavam a prática dos serviços curativos no Brasil Imperial ficou a cargo da Fisicatura-mor, criada em 1808. Embora a historiografia lembre da Fisicatura para demonstrar seu fracasso frente à tentativa de regulamentar as práticas curativas no Brasil, a instituição teve importante papel na memória dos médicos da primeira metade do século XIX como primeira tentativa de garantir o monopólio da atividade curativa aos que possuíssem licença. De acordo com Coelho, a Fisicatura carregava em seu regimento “uma evidente preocupação em delimitar a competência e em estabelecer a jurisdição do médico confirmando claramente seu monopólio da consulta e da prescrição (medicina interna), exceto nos casos em que seus serviços não estivessem disponíveis para a população ou fosse escasso o número de habilitados” (COELHO, 1999: 114). Para o autor, a emissão das licenças não tinham nenhuma relação com a autoridade cultural dos médicos, pois essa era inexistente, mas sim, com um favoritismo pessoal. Os exames tinham “um valor puramente simbólico. Se não podiam aferir conhecimentos (inexistentes), simbolizaram a superioridade e as exigências intelectuais da medicina, contrastando-a com o caráter ‘mecânico’ da cirurgia e com a natureza ‘comercial’ da farmácia” (COELHO, 1999: 114).

A autoridade médica estava, dessa forma, vinculada aos prestígios sociais estabelecidos pelas relações sociais dos médicos da corte, uma vez que a concessão de licenças terapêuticas emitidas pela Fisicatura não correspondia senão à manutenção de privilégios destinados esses homens. Desta forma é que “as altas taxas não melhoravam o estado do tesouro nacional, tinham no entanto o importante efeito de bloquear aos

¹⁸ Segundo Coelho, “o prestígio social da medicina era tão precário quanto sua autoridade cultural” (COELHO, 1999: 90), não obstante, a legitimidade do médico advinha de sua clientela, não de sua perícia.

brasileiros mais pobres as oportunidades de uma carreira profissional, fazendo delas monopólios de uma minúscula elite” (COELHO, 1999:101).

As duas décadas de existência da Fisicatura foram marcadas pelo fracasso da fiscalização da obrigatoriedade das licenças que regulamentavam a prestação do serviço curativo, pois diversos agentes terapêuticos continuavam a realizar suas práticas sem serem importunados pela instituição. O período seguinte à extinção da Fisicatura foi marcado pelo silenciamento em relação às práticas terapêuticas. O serviço de fiscalização realizado pela Fisicatura foi transferido para as obrigações das Câmaras Municipais que deveriam realizar a fiscalização apenas dos gêneros alimentícios, boticas e lojas de drogas. Assim, “nem uma palavra sobre o exercício da medicina e da cirurgia. Por omissão, instituiu-se a liberdade de curar. [...] O país ficou literalmente sem autoridade médica” (COELHO, 1999: 117-118).

Certamente a omissão da obrigatoriedade das licenças pela legislação deve-se, antes de tudo, a um choque indigesto de realidade. As Câmaras municipais não detinham uma organização interna que as permitisse fiscalizar os diversos agentes terapêuticos (COELHO, 1999). Por maior que fosse a vontade da elite médica, que naquele momento se concentrava na Sociedade de Medicina fundada em 1829, a medicina não era senão uma das diferentes práticas curativas – a disputar no mercado a consolidação de seus serviços médico-acadêmicos – dentre um universo de outras práticas a atuar no campo da saúde. A medicina não havia, portanto, consolidado sua autoridade cultural, os médicos não detinham o que podemos considerar como ‘autoridade profissional’, e o saber médico tampouco usufruía da hegemonia junto à sociedade que, por sua vez, embasada numa crença compartilhada entre os demais agentes curativos e seus saberes “populares”, recorria majoritariamente a estes sempre que necessário. É também necessário destacar as crenças comungadas entre representantes terapêuticos populares e seus ‘pacientes’. É bem verdade que no fim das contas a medicina não oferecia nenhuma resposta respaldada pela ciência, ao menos como entendemos em termos atuais, e, tampouco, a prática médica – e a concepção sobre saúde e doença – se diferenciava substancialmente de um representante terapêutico popular. Por mais que no decorrer do século XIX, ao contrário dos médicos do século XVIII, os doutores oitocentistas se esforçassem para secularizar as causas das enfermidades e das práticas curativas dando à elas explicações naturais, a crença de que as enfermidades (tal como a cura) eram frutos da intervenção do sobrenatural era profundamente arraigada no imaginário e demoraria um bom tempo para que essa crença deixasse de pautar as concepções sobre doença e cura. Dessa forma, não

parece que o silêncio das obrigações fiscalizadoras da Câmara Municipal sobre as atividades terapêuticas tenha sido involuntário ou, exclusivamente, reflexo de sua limitada ação fiscalizadora. Era ainda necessário que uma série de transformações sociais, externas e internas à medicina, tais como a transformação da medicina na vida social, transformação da crença, expansão do mercado de serviços médicos, etc, ocorresse primeiro.

De qualquer modo, para os médicos da Corte, a ausência de uma agência fiscalizadora representava uma verdadeira anarquia no campo curativo. Se levarmos em consideração apenas os médicos que realizavam seu sustento da prática médica, a concorrência com os mais diversos agentes terapêuticos era grande e a disputa do mercado de serviços curativos era uma tarefa árdua. A criação da Sociedade Médica da Corte não se prestava a representar os interesses corporativos¹⁹, e uma infinidade de práticas médicas coexistiam no interior da medicina acadêmica, afastando qualquer possibilidade de coesão da comunidade médica, a não ser quando os médicos acadêmicos elencavam seus inimigos em comum: os homeopatas. De acordo com Coelho o “período de 1820 até 1840 ficaria na memória da elite médica da época como de tempos anárquicos, de ocorrências exemplares como lição de como não se deve deixar em mãos leigas o que cabe à competência de profissionais” (COELHO, 1999: 119).

No que tange aos objetivos da Sociedade de Médicos, está a vontade de participar do poder e compartilhar com o Estado a detenção do privilégio de emissão de licenças e a aspiração em impedir que os homeopatas pratiquem sua arte. Entretanto, ressalta Coelho que, “do lado do Estado não havia qualquer disposição ou compromisso em compartilhar seu poder com associações civis em relação às quais, diga-se de passagem, a Monarquia nutria e nutriria sempre a mais total desconfiança” (COELHO, 1999: 121). Nem tampouco a elevação da Sociedade à Academia de Medicina do Império fez com que, aos olhos do governo imperial, a Academia desfrutasse de um maior prestígio. A luz dos fatos, é bem verdade que a Academia Imperial tenha participado aqui e acolá da criação de projetos legislativos para a saúde pública. Coelho destaca que a mais notável realização da Sociedade Médica foi sua participação, à convite da Comissão de Saúde Pública da

¹⁹ De acordo com Edmundo Coelho, “a Sociedade não era, pois, uma associação profissional. Ela não fora criada para organizar a massa dos médicos, cirurgiões e farmacêuticos e representar seus interesses profissionais e nem se dispunha a tais propósitos. Os valores que animavam os sócios eram os da Humanidade e da Medicina, os da Filantropia e da Ciência – toda pauta ideológica do Iluminismo –, como convinha a austeros lentes da academia médica da Corte, a influentes doutores palacianos e a prósperos clínicos da elite, notando-se que no mais das vezes as três posições convergiam em significativa proporção dos sócios.” (COELHO, 1999: 120).

Câmara, na composição de uma relatoria para a reorganização das academias médico-cirúrgicas (COELHO, 1999: 121). A Sociedade elaborou um projeto, discutido internamente entre outubro de 1830 a julho de 1831. Dentre os vários artigos que o compõe, Coelho destaca o artigo 12 que versava que “somente por consenso das escolas do Brasil se poderá curar, ser boticário e parteira. As câmaras municipais velarão sobre a execução do presente artigo”. Para o autor, a questão está justamente na dificuldade em saber o significado deste consenso “e, fica-se sem saber como dele poderia resultar a regulação da medicina, ou mesmo como poderia ser negociado entre duas escolas tão diferentes (e tão distantes uma da outra com os meios de comunicação da época) quanto as do Rio e da Bahia” (COELHO, 1999: 122). E no artigo 8, das Disposições Gerais, a Sociedade de Medicina propôs que “o ensino da medicina [ficasse] livre: qualquer pessoa, nacional ou estrangeira, poderá estabelecer cursos particulares sobre os diversos ramos das ciências médicas e accessorias, e lecionar à sua vontade, sem oposição qualquer da parte das Faculdades” (COELHO, 1999: 123). Quando avaliado pela mesa presidida pelo médico baiano Lino Coutinho, presidente da Comissão de Saúde Pública da Câmara dos deputados, foi substituído o

consenso das escolas’ por algo mais incisivo e definitivo: ‘sem um título conferido ou aprovado pelas Faculdades de Medicina do Império, ninguém poderá curar, ter botica ou partejar, enquanto disposições particulares que regulem o exercício da medicina não providenciarem a respeito. Não estão compreendidos nesta disposição os Médicos, Boticários, Cirurgiões e Parteiras legalmente autorizados em virtude de lei anterior.’ [Ou seja] De uma só penada a Comissão estabelecia o diploma como critério de credenciamento e licenciamento para o exercício da medicina, na prática criando o monopólio médico (COELHO, 1999: 123 e 124).

Vale também a ressalva feita por Coelho:

Seja como for, com as escassas emendas da Comissão de Saúde Pública o plano da Sociedade de Medicina viria a ser a Lei de 3 de outubro de 1832, um marco na história da medicina brasileira segundo os seus historiadores, por representar um ponto de inflexão no ensino médico. Recomendável, todavia, é reter, combinados, dois artigos da Lei de 3 de outubro pelo que iriam representar em dores de cabeça para a elite médica. O art. 13 repetia a emenda dos deputados: ‘Sem título conferido, *ou aprovado* pelas Faculdades, ninguém poderá curar, ter botica ou partejar...’ (grifo do autor). O art. 33 estabelecia o ensino livre: ‘O ensino de medicina fica livre: qualquer pessoa nacional ou estrangeira, poderá estabelecer cursos particulares sobre os diversos ramos das ciências médicas, e lecionar à sua vontade *sem oposição alguma de parte das Faculdades*’ (grifo do autor). Observe-se que o art. 33 não se refere à competência destes cursos particulares para conceder

diploma ou grau acadêmico. Nem diz sim, nem diz não. (COELHO, 1999: 124).

Porém, de acordo com Coelho, a participação da Academia no poder não logrou como bem desejava. Se “feitas as contas, o status da Academia Imperial de Medicina foi, de fato, muito mais modesto do que pretendem fazer crer seus cronistas e historiadores. As consultas que lhe fazia o governo eram de relevância questionável mesmo para os critérios da época [...]” (COELHO, 1999: 158-159).²⁰

De qualquer forma, quando em 1835 foi formalizada a Sociedade Médica em Academia Imperial, as escolas de medicina do Rio de Janeiro e de Salvador já “controlavam a concessão dos diplomas e a medicina ‘oficial’ já dispunha do monopólio *legal* da prestação de serviços médicos.” (COELHO, 1999: 124). Para Coelho, se “bem vistas as coisas, não havia muita inovação nisso, pois, de certa forma, as academias de medicina apenas tomavam o lugar da Fisicatura ou dos seus Delegados. A fórmula da regulação permanecia a mesma: exames (agora ao fim de um curso acadêmico) e diploma (em lugar das antigas “cartas”)” (COELHO, 1999: 124).

A criação da Junta de Higiene²¹, em 1851, veio de encontro aos interesses dos médicos em concentrar a responsabilidade pela fiscalização da atividade terapêutica em uma instituição destinada a este fim. A despeito da legislação sobre a regulamentação do exercício profissional, a criação da Junta obteve pouco avanço, mantendo em essência o texto de 3 de outubro de 1832. A novidade se deu sobre o registro dos diplomas, “feito anteriormente nas câmaras municipais (lei de 11 de outubro de 1828), cuja competência passava para a Junta Central, na Corte, e para as comissões de Higiene Pública e provedores de Saúde Pública nas províncias.” (COELHO, 1999: p. 136 e 137). Do ponto das transformações institucionais que ocorreram para corroborar com a consolidação da autoridade profissional dos médicos, neste caso amparada pelo governo imperial, a Junta de Higiene foi a última criada pelo Império que teve jurisdição em todo território nacional.

²⁰ Coelho elenca ao menos três razões para que a Academia Imperial não tenha obtido êxito em participar do condomínio do poder: 1º Falta de investimento em saúde Pública. O investimento em saúde pública por parte do Império configurava entre os investimentos públicos que menos verba era destinada (COELHO, 1999: 144). 2º postura adotada pela Academia de inflexibilidade entre ela e as casas legislativas, o que por sua vez, produzia uma série de atritos. (COELHO, 1999: p. 144 e 145). E em 3º “acrescento ainda ao rol destas razões as dificuldades de articular uma ideologia e um programa higienista sob a lideranças de clínicos, os quais constituíam a absoluta maioria dos médicos do Império” (COELHO, 1999: p. 146).

²¹ A de se destacar que de acordo com Coelho que a criação da Junta de Higiene corre em paralelo à Academia Imperial de Medicina. “É bastante improvável que entre a discussão na câmara do projeto nº 200 e a edição do Regulamento de 1851 tenha havido consultas à Academia Imperial de Medicina.” (COELHO, 1999: p. 135)

Simultaneamente às transformações institucionais e burocráticas do aparato estatal, uma cruzada médica contra as práticas populares e homeopáticas foi traçada pela Academia. O pano de fundo da disputa era garantir a reserva de mercado aos médicos alopatas. Para isso, uma série de argumentos pretensiosamente científicos foram elencados contra as práticas concorrentes. Contra os homeopatas, a Academia conseguiu pouco resultado. A permissão do ensino livre e a subentendida possibilidade de diplomação para realização da prática davam aos homeopatas o mesmo direito legal de exercerem sua atividade. Coelho (1999: 127) argumenta que diversos deles praticavam seu ofício de forma gratuita, além do que sua prática era uma alternativa às práticas médicas heróicas. O fato é que o desagrado da Academia não conseguiu coibir a homeopatia no Brasil, tão pouco na Corte. Assim, coube a estratégia de impedir que a homeopatia figurasse na grade curricular das faculdades de medicina do Império²².

No combate aos representantes terapêuticos populares, os médicos contaram também com o aparato repressor do Estado. O Código Penal do início da República, por exemplo, criminalizava a prática ilegal da medicina realizada por agentes sem o diploma no seu artigo 156, 157 e 158, incluindo neste último a prática do curandeirismo. Ou seja, como se tem mostrado, é possível perceber que a consolidação da autoridade profissional médica era, antes de tudo, uma operação amparada pelo Estado – talvez, seja teleológica a leitura de embutir ao Estado brasileiro um projeto a ser seguido pelas autoridades para a institucionalização da autoridade profissional médica. Antes, as intervenções estatais parecem ter sido realizadas ao sabor dos ventos e das conjunturas da época. Dessa forma, a autoridade profissional dos médicos deveu-se, antes, aos anseios de uma profissão em garantir uma reserva de mercado para seus serviços que a um plano de governo – que atuava com os médicos a fim de legislar e garantir-lhes o monopólio legal das práticas curativas. A intervenção do Estado fez-se necessária pela fraca autoridade cultural da medicina que detinha um prestígio social tão precário quanto sua autoridade. O distanciamento dos médicos em relação à população, a ausência de um saber legitimado por critérios objetivos da ciência, a multiplicidade da prática interna médica, a impossibilidade dos médicos justificarem junto à população sua legitimidade, dentre

²² Segundo Coelho A “Escola de Medicina tornou-se a última linha de resistência da medicina alopática, pois era crucial evitar que matérias da doutrina e da terapêutica rival fossem alojadas no currículo da escola. Esta linha os homeopatas não conseguiram cruzar, a despeito das investidas comandadas pelo Dr. Joaquim Murtinho no início da década de 80” (COELHO, 1999: 127).

outras, minaram as possibilidades de construção de sua autoridade cultural. Isto posto, é possível perceber, novamente recorrendo a Coelho, que

o prestígio social da medicina era tão precário quanto sua autoridade cultural. Isso quer dizer que o inegável prestígio deste ou daquele médico de elite não provinha dos resultados práticos de suas terapias, de uma estrita avaliação de competência profissional, mas de um conjunto de outros fatores: domínio de uma língua estrangeira (principalmente o francês), conhecimento das teorias médicas mais em voga na Europa, adequada proveniência social, uma certa cultura humanística, apropriadas referências sociais (de outros clientes notáveis) e, certamente, posse de um diploma de medicina. Considerando-se a notória ineficácia das terapias da época e supondo-se que sua admissão fosse um dado cultural amplamente compartilhado, é razoável mesmo supor que os atributos acima mencionados definissem a competência profissional. Em outras palavras: admito que era a clientela, e não a comunidade médica, quem socialmente definia o caráter da medicina e seus padrões adequados de procedimento, e isso ocorria, por exemplo, quando por questões morais um paciente (principalmente as mulheres) recusava-se a ser tocado pelo médico. Isso quanto à clientela mais abastada; pois todas as evidências são de que o homem do povo temia os médicos e suas “terapias heroicas” (as sangrias, os purgantes, a aplicação de sanguessugas, os banhos escaldantes, etc.), não lhe tinha qualquer estima e preferia recorrer à “medicina” caseira ou à popular. Não surpreende, pois, que uma fração significativa dos egressos da escola de medicina da Corte dependesse de outras atividades para o seu sustento, mesmo em tempos melhores do que o descrito pelo Dr. Chernovitz. (COELHO, 1999: p 90).

É também necessário ressaltar as transformações que a medicina passava internamente no Brasil. Ao contrário da França, os clínicos brasileiros promoveram uma convergência de caminho profissional atuando tanto como clínico quanto higienista. Ao decorrer da segunda metade do século XIX e caminhando para sua virada, o movimento higienista brasileiro deu à medicina uma nova condição de autoridade cultural. Para diversos autores, os médicos higienistas lograram êxito na tentativa de compartilhar do poder público para colocar em prática as transformações urbanas que defendiam. Sendo assim, os trabalhos veem as transformações urbanas, sobretudo no Rio de Janeiro, como o momento de um reconhecimento ímpar da autoridade cultural dos médicos. Entretanto, Coelho questiona esta explicação e sugere que as obras ocorridas no Rio de Janeiro tampouco têm a ver com o poderio médico. Antes, a tentativa dos médicos em compartilhar o poder junto ao Estado teria de esperar ainda mais algumas décadas. Para o autor, esta literatura “produziu uma excessiva avaliação do poder dos médicos e da influência das ideias higienistas”. (COELHO, 1999: 142). O grupo profissional que

logrou maior êxito foi, para o autor, o dos engenheiros. Coelho chega a afirmar ser a República a era dos engenheiros, pois,

as soluções dos engenheiros, sobretudo na virada do século, terminariam por impor aos médicos um desconfortável regime de condomínio na esfera da saúde pública, com ponderáveis dúvidas a respeito de quem era efetivamente o síndico. O sonho do Dr. Cruz Jobim o de ver um sistema de saúde instituído sob inspiração e governo dos médicos esfumou-se por inteiro na República Velha [...] e como no Império não cedeu à medicina um centímetro de suas prerrogativas (COELHO, 1999: 150)²³.

Pois, embora os médicos não tenham obtido o sucesso desejado por eles, isso não impõe negar a importância das transformações internas da medicina e o caminho para a consolidação de sua autoridade cultural. Os avanços da bacteriologia impactaram tanto os higienistas – em primeiro – quanto os clínicos – sobretudo após o século XX –; a transformação do ensino médico pela reforma das Universidades brasileiras no final do século XIX, conhecida como Reforma Saboia; a reorganização do campo curativo – seja pela perseguição aos agentes considerados ilegais por parte do aparato repressor estatal ou pela maior coesão de grupo provocado pelo desenvolvimento científico; a ampliação dos serviços médicos dentro do mercado; a transformação do lugar social que ocupava a medicina; as transformações socioeconômicas²⁴ brasileiras no final do século XIX; a

²³ “Não importa assinalar precisamente o momento original em que a engenharia ainda timidamente hasteia sua bandeira no espaço da jurisdição médica. Mas o relatório da Comissão de Notáveis nomeada em 1874 pelo ministro dos Negócios do Império é certamente um dos marcos da invasão. [...]. Durante a década seguinte o saneamento da cidade, as suas condições de salubridade e de higiene tornaram-se objeto permanente da atenção dos engenheiros, deslocando-se, primeiro, para o âmbito do Instituto Polytechnico com o aval do governo” (COELHO, 1999: p. 213). A fim de atizar o leitor à provocação de Coelho, resalto sua argumentação “uma visão de conjunto dos relatórios, regulamentos, posturas e outros documentos da época deixam a forte impressão de que nos projetos de “melhoramentos” da cidade ficavam os médicos com o trabalho sujo: desinfecção domiciliares, quarentenas, vacinação e remoção de doentes. E isso sem as delícias do poder das quais em breve gozariam os engenheiros.” (COELHO, 1999: p. 215). De qualquer forma vale também mantermos em mente a conclusão de Coelho “Seja como for, enquanto os engenheiros levantavam das ruínas do centro da cidade um monumento a si mesmos, arrebatando a imaginação da desvairada *belle époque*, o Dr. Oswaldo Cruz teria de se haver com a hostilidade popular que explodiria com a Revolta da Vacina.” (COELHO, 1999: p. 221).

²⁴ Vale aqui dois exemplos. Com o fim da escravidão em 1888 houve um momento de inflexão da assistência à estes novos desassistidos. Durante a vigência do sistema escravocrata, a responsabilidade pelo custeio dos serviços de assistência à saúde do escravo ficava à cargo de seu senhor. A Santa Casa, principal instituição de caridade do Brasil Colonial e Imperial, se eximia de prestar o atendimento gratuito aos escravos e era da obrigação do senhor o pagamento destes. Ainda, durante o Brasil Colonial e Imperial, os principais meios de assistência davam-se através de uma rede de solidariedade que era usualmente manuseada pelo enfermo quando necessitado. Com o fim da escravidão, a transformação da mão de obra assalariada e o início da República, o auxílio assistencial alterou-se profundamente. Em primeiro momento, o fim da escravidão colocava-se também à questão sobre quem deveria ser o responsável pela prestação da assistência a estes novos desassistidos. Estado? Mercado? Caridade? Diversas concepções sobre a

transformação das crenças em torno da saúde e da doença; todas estas transformações sociais impactaram a construção da autoridade médica. Entretanto, há também de se destacar que este caminho não foi linear, e os médicos (clínicos e higienistas) demoraram a obter o reconhecimento que desejavam, pois “o problema ainda era o que já fora no Império após 1851: como implementar os regulamentos sanitários, onde buscar vontade de fazê-los. E, na primeira década republicana, como implementá-los em meio à escassez de recursos, à inflação, à anarquia política e ao caos administrativo.” (COELHO, 1999: p. 143)

A alternativa republicana para a substituição da queda monárquica produziu um instante de incertezas sobre o futuro da profissionalização da medicina. Com a garantia legal do monopólio das práticas curativas desde 1832, os médicos certamente ficaram receosos em perder seus privilégios aristocráticos, uma vez que a democratização da sociedade e a presença do artigo nº 72 na nova constituição republicana garantia, em seu §24, “o livre exercício de qualquer profissão moral, intelectual e industrial” (COELHO, 1999: p. 228). A temeridade sentida pelos médicos só fora resolvida pelo art. 83 que repetiria a fórmula do constituinte de 1823: “Continuam em vigor, enquanto não revogadas, as leis do antigo regime, no que explícita e implicitamente não for contrário ao sistema de governo firmado pela Constituição e aos princípios nela consagrados.” (COELHO, 1999: p. 229).²⁵

Certamente o debate em torno da profissionalização e regulamentação dos serviços médicos foi a tônica no início da república. Ainda que não houvesse no Brasil

assistência foram debatidas, muito embora, o Estado brasileiro tenha tido um relativo papel ao responsabilizar-se pelo socorro da população em momentos de epidemia e isolamento. Há também de destacar que a saúde pública preventiva permeava a agenda dos debates legislativos – sobretudo no Rio de Janeiro, capital do país. Mas, no que tange à assistência clínica-médica ao enfermo o modelo caritativo em complementariedade das subvenções estatais, ao que uma nova leva de novas pesquisas demonstram, foi predominante. A condição de assalariado, já ressaltado anteriormente por Starr, altera os modos da assistência com desprendimento dos membros da família e de seus laços de solidariedade. Essa nova condição de trabalho impunha também novos desafios à assistência e a medicina. Visto como peça fundamental do sistema produtivo, o trabalhador não pode se ausentar da produção e surge um novo ramo da medicina especializada nas enfermidades novas vinculados a exploração da mão de obra. No que tange o atendimento médico-clínico, como veremos a seguir, durante o governo de Vargas foi realizado a partir de uma estrutura de serviços dual. Condicionando o direito à assistência médico-clínica ao pertencimento do trabalhador no mercado formal sendo estes trabalhadores assistidos pela assistência previdenciária. De modo que, aqueles trabalhadores não vinculados ao mercado formal tiveram de buscar assistência médica ou no mercado privado ou na caridade.

²⁵ De acordo com Coelho eram os “médicos os mais entusiastas defensores do credencialismo e da manutenção de leis ordinárias herdadas do Império. A interpretação literal do disputado artigo da constituição desmontaria o monopólio legal da prestação de serviços médicos de que desfrutavam desde 1832, e justamente numa quadra em que a demanda por tais serviços encontrava-se em franca expansão” (COELHO, 1999: p. 231).

nenhuma sociedade de praticantes leigos organizada para impedir o monopólio das práticas curativas pelos médicos acadêmicos, como houvera nos Estados Unidos, nem mesmo um espírito liberal semelhante ao da era jacksoniana, ainda assim, congressistas positivistas se posicionaram contrários à regulamentação das práticas curativas e ao monopólio médico²⁶.

De qualquer forma, a República instaurava uma nova condição para a prestação de serviços no mercado da saúde: ao invés das licenças concedidas durante o Império, a prática legal agora estava condicionada ao diploma de bacharel. Tratava-se, pois, da alçada das preocupações médicas duas questões centrais: primeiro, garantir o monopólio da profissão; segundo, estreitar o monopólio do conhecimento médico com sede nas universidades oficiais. Quanto ao monopólio da profissão e à subsequente reserva de mercado que estava em disputa entre médicos acadêmicos e praticantes leigos, o problema foi resolvido pela intervenção do poder público. Nesse sentido, o poder público, pelo seu braço do judiciário e legislativo, atuou para regulamentar e manter o monopólio médico e garantir aos médicos a exclusividade no mercado de serviços curativos (COELHO, 1999: 257-261). Os médicos brasileiros, majoritariamente profissionais liberais, viam com restrições a intervenção do Estado na profissão, sobretudo quando se tratava de regulamentar os honorários referentes à prestação dos serviços ou torná-los profissionais assalariados. A despeito da regulamentação profissional, os profissionais liberais não se opuseram à intervenção do poder público quando este agia em confluência dos seus

²⁶Um controverso debate iniciou-se entre aqueles intitulados pelo autor como *credencialistas* e os *anticredencialistas*. O imbróglio nasceu da incongruência entre o §24 do artigo 72 da Constituição republicana – *É garantido o livre exercício de qualquer profissão moral, intelectual e industrial* – e o Código Penal de 1890 que criminalizava no artigo 156 a prática da medicina por não licenciados. Deste imbróglio nasceu duas interpretações levadas cada qual pelo seu grupo. Os credencialistas “estendendo a letra do Código Penal para outras profissões afirmavam que só o diploma garantia a perícia e, por essa forma, salvaguardava os interesses da população contra os perigos da prática não qualificada” (COELHO, 1999: 229). Dentro dessa interpretação o título acadêmico tornava-se um requisito indispensável para a prática profissional. O outro grupo, *anticredencialistas*, composto por congressistas positivistas defendiam que “o título acadêmico não era garantia de qualificação. Para esses qualquer restrição à liberdade profissional significava premiar os bacharéis ignorantes que as escolas superiores produziam às centenas, punir os não diplomados que demonstrassem competência e, principalmente, negar ao cidadão o direito de se consultar com quem melhor lhe conviesse. Nesses termos, o dispositivo constitucional dispensaria qualquer interpretação adicional, sendo o sentido literal o único admissível.” (COELHO, 1999: p. 230). Ao leitor que se interessar sobre o tema e as discussões dos congressistas, Coelho traça uma minuciosa análise. Entretanto, para os fins deste texto, vale apenas a menção de que os argumentos positivistas não conseguiram reverter o processo de exclusividade da prática profissional subordinada a posse do diploma. Não obstante às profundas transformações estruturais provocadas pelo fim do antigo regime, manteve-se o entendimento oriundo da constituição de 1823 inserido no artigo 83 da constituição de 1891. “Continuam em vigor, enquanto não revogadas, as leis do antigo regime, no que explícita e implicitamente não for contrário ao sistema de governo firmado pela Constituição e aos princípios nela consagrados.” (COELHO, 1999: p. 229). Desta forma, os médicos conseguiram manter na República os privilégios adquiridos no Império, sendo o debate encerrado pela participação do Supremo na segunda metade do século XX.

interesses, “[...] pois no entendimento de eminentes juristas ela deveria se restringir à construção de barreiras à entrada nas profissões e à exclusão daqueles que nelas haviam sido admitidos pelas leis antigas sem a indispensável evidência de perícia, a provisão ou o diploma” (COELHO, 1999: p. 238). O projeto de consolidação da autoridade profissional foi dirigido sob auspícios das elites que o imprimiam direções a consolidar seus interesses (COELHO, 1999: 252). Nesse sentido formou-se também uma preocupação qualitativa e quantitativa com o ensino médico. Se comparado ao período Imperial, no qual havia apenas duas faculdades de medicina no Brasil, Rio de Janeiro e Salvador, contando com 958 matrículas em 1887, a República promoveu uma expansão destes números sendo que em 1907 já registrava 2.889 matrículas, e entre 1912 e 1920 foram criadas cinco novas faculdades²⁷. De acordo com Coelho “cedo se veria que o mercado não tinha como absorver os sucessivos contingentes de diplomados, muito dos quais haveriam de se acomodar em postos de trabalho fora das carreiras profissionais” (COELHO, 1999: 269). Pois, assim, era necessário controlar tanto a oferta de ensino quanto a concorrência intraclasse e, é, neste sentido, que o diploma se tornou antes um meio de exclusão social. Nas palavras de Coelho, “admitindo-se, todavia, que o acesso ao diploma constituía um eficiente mecanismo de exclusão social, é possível compreender como a defesa do monopólio estatal dos graus associava-se a preservação dos interesses das elites profissionais através de uma lógica constituída em torno da organização social do conhecimento e da perícia” (COELHO, 1999: p. 253).

Nesse contexto de debates e transformações da profissão médica é que se realizou, entre o fim do mês de setembro e início de outubro de 1922, o Congresso Nacional dos Práticos. Realizado no seio dos debates acerca da profissionalização, o Congresso teve como mérito reunir a elite médica brasileira para debater os problemas postos para a profissão tais como regulamentação, intervenção estatal, assalariamento da profissão, garantia do monopólio das práticas curativas no campo da saúde etc. A mais marcante característica deste Congresso era seu interesse eminentemente corporativo (PEREIRA NETO, 2001: 16). Coelho comenta sobre o evento:

Realizado no Distrito Federal com o patrocínio da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. De fato, o Congresso foi uma representativa amostra de perplexidades, de incertezas e de temores. Pela primeira vez ouviu-se dentro da elite médica proposta formal para

²⁷ COELHO, 1999: p. 267 e 268. É, certo que até o final do século XIX apenas uma nova faculdade havia sido criada, em Porto Alegre.

imposição de um *numerus clausus* às matrículas em medicina e de um freio à expansão do número de escolas [...]. Muito debateram os médicos a respeito também das associações filantrópicas e das mutualistas que (suspostamente) cresciam numericamente para prover gratuitamente de serviços médicos a população ou a associados. E discutiram os congressistas a intervenção do poder público a propósito das internações nos casos de incidência de uma das vinte doenças de notificação obrigatória. Neste ponto o debate tentou responder à questão de se a gratuidade dos serviços médicos deveria limitar-se ao segmento mais pobre da população ou alcançar também aquele de maiores recursos (COELHO, 1999: 269).

O historiador André Pereira (2001) procurou analisar o Congresso de 1922 em sua pesquisa. Segundo o historiador, a medicina passava, no início do século, por um momento de inflexão causada pela expansão do mercado de serviços médicos e pelo lento, mas gradual, desenvolvimento científico. As transformações oriundas dessas mudanças alteraram as práticas médicas e o lugar social que a medicina ocupava, sendo que a construção da autoridade médica não era um fato dado, e sim uma luta constante realizada pelos médicos da elite nacional. Há de se destacar também a transformação do papel do Estado referente às políticas sociais. Nas duas primeiras décadas do século XX, o Estado, aos poucos, “abandonou sua postura contemplativa diante das questões sociais e passou a assumir um papel de gestor e promotor em diversos ramos da produção e dos serviços, entre os quais se destaca a saúde” (PEREIRA NETO, 2001: p. 23 e 27). É, pois, dentro desse quadro de mudanças destacadas que devemos compreender o Congresso de Práticos.

No que tange aos objetivos deste texto, quais sejam, o de acompanhar os entranes para a construção da autoridade cultural e profissional dos médicos, temos destacado em outros momentos como esta autoridade foi construída a partir de um amálgama de interesses médicos, do desenvolvimento científico, das transformações sociais e presença do Estado ao criar legislações específicas. Em nosso entendimento e em diálogo com os autores aqui debatidos, o século XX representou o momento de maior afinação desta agenda de interesses, pois as transformações estruturais pelas quais a sociedade brasileira passava desde final do século XIX, potencializadas pela República e a industrialização brasileira, provocaram o surgimento de um novo tipo de crença e respaldo social para a medicina que até então os médicos não tiveram. Paralelamente ao desenvolvimento científico, a medicina teve construída sua autoridade cultural amparada pelo Estado e paulatinamente inscrevia-se na vida social. Certamente, a objetividade e a complexidade do saber médico no início do século XX fazia com que a prática fosse cada vez mais

legitimada a ser realizada por aqueles que detivessem o conhecimento, aumentando a dependência do paciente para com o médico e a força da medicina. Entretanto, o desenvolvimento científico das primeiras décadas do século XX e nem mesmo o amparo legal que o Estado dava à medicina fez com que a prática médica se inscrevesse na sociedade e conquistasse a legitimidade e credibilidade popular. Os médicos tiveram de investir em sua imagem, buscaram meios para além da atuação no campo científico, e, numa sociedade extremamente religiosa como a mineira, o caminho da militância católica parecia ser um indicativo de sucesso e êxito para os objetivos médicos da primeira metade do século XX: inscrever a medicina na vida social.

Capítulo 2 - A Ação Católica e os vicentinos: a formação da Corporação de Médicos Católicos

2.1 Apresentação:

O capítulo que se inicia existe com o objetivo de enquadrar a fundação da Corporação dos Médicos Católicos (CMC) de Belo Horizonte dentro dos aspectos socioreligiosos da capital mineira da década de 1930. Para tanto, é necessário compreender a formação da CMC dentro do contexto mineiro, e em especial Belo Horizonte. O estado mineiro vivenciava, desde as primeiras décadas do século XX, um contraditório processo de modernização e desenvolvimento econômico, potencializado pela transferência da capital Ouro Preto para Belo Horizonte. A recém inaugurada capital do estado era uma cidade que, do ponto de vista do desenvolvimento dos aparatos institucionais de assistência à saúde, representados pela criação de estabelecimentos de assistência, como hospitais, ambulatórios, faculdade de medicina, associações médicas etc, procurava, em suas primeiras décadas, promover a construção do campo médico e da saúde. Como se verá ao longo desta tese, a construção do campo da assistência e, em especial, da assistência à saúde em Belo Horizonte foi se formando mediante uma ampla negociação entre os agentes do campo médico, poderes públicos e Igreja Católica, com destaque para a atuação dos vicentinos. Na nova capital mineira, influenciada pela encíclica papal *Reverum Novarum*, constituiu-se um forte movimento religioso entre o laicato católico que reverberou nas formas de assistir. Potencializado pela chegada do primeiro bispo, Dom Cabral, à Capital, este movimento religioso, amparado pelas bases que formariam nas décadas seguintes a Ação Católica, criou raízes e um exército de militantes leigos foi se constituindo. Unindo-se às tradições associativistas dos médicos belo-horizontinos, além da busca dos médicos em construir suas carreiras profissionais em diálogo com estratégias de inserção profissional externas ao campo médico e a criação do campo da saúde, a militância social católica penetrou e incentivou a criação de corporações de ofícios devocionais. Assim, nasceu em 1935, a Corporação dos Médicos Católicos, uma corporação de ofício que se caracterizava pela sua *dupla inscrição identitária*²⁸: a qualidade profissional e devocional.

²⁸ A *dupla inscrição identitária*, os valores profissionais e devocionais que caracterizam este tipo de corporação de ofício, faz referência ao modo de promover a inscrição da profissão médica e as estratégias

Compreender os aspectos sociorreligiosos que possibilitaram a formação da Corporação de Médicos Católicos como o fruto de um movimento conservador inspirado pela Ação Católica que se unia à expressão devocional com as tradições associativista dos médicos, a militância profissional e a formação do campo da saúde em Belo Horizonte, complementa o objetivo central desta tese, qual seja, o de estudar a formação e atuação dos Médicos Católicos de Belo Horizonte na prestação da assistência aos trabalhadores da capital na década de 30 e 40 do século XX.

Um aspecto importante da constituição do aparato assistencial em Belo Horizonte ocorreu mediante o estabelecimento de um consórcio entre as instituições privadas e os poderes públicos. Neste consórcio, formava-se uma parceria na qual o poder público delegava à iniciativa privada os cuidados com a população mediante a transferência de verbas e auxílio.²⁹ A parceria constituída entre a SSVP, a prefeitura de Belo Horizonte e a CMC, nas décadas que seguiram à fundação da nova Capital, caracterizou o nascimento e a expansão da atenção à saúde em Belo Horizonte. Ao passar dos anos, a ocupação geográfica e urbana de Belo Horizonte era bastante diferente da imaginada pelos engenheiros quando se desenharam as planilhas com os traçados da cidade planejada. A expansão de moradias em desacordo com o estabelecido pela prefeitura da capital, em especial, na área nordeste da cidade, fez com que o poder municipal procurasse, a partir da década de 1920, criar regulamentações legais para formação das primeiras vilas operárias da cidade, formando, em especial, a Vila Operária da Concórdia. A regulamentação desta territorialidade foi um processo acompanhado pela doação de terrenos à SSVP para que se construísse uma rede de assistências³⁰ composta por diversos estabelecimentos caritativos, administrados pela SSVP, e, em especial, pelo Conselho Metropolitano de Belo Horizonte, que tinham como objetivo acolher e prestar o socorro médico. Entre os estabelecimentos criados na Vila da Concórdia, em parceria da SSVP, prefeitura de Belo Horizonte e CMC, está o Hospital São Francisco de Assis da Corporação de Médicos Católicos. O Hospital representou a melhor expressão da prestação da assistência à saúde realizada pelos médicos que fundaram e mantiveram o hospital caritativo destinado a cuidar e amparar os pobres de Belo Horizonte.

usadas e manuseadas pelos médicos membros da Corporação. No segundo capítulo retomo novamente o conceito e as características da CMC.

²⁹ Ver, em especial, o quarto e quinto capítulos deste trabalho.

³⁰ Ver, em especial, o terceiro e quinto capítulos deste trabalho.

Dom Cabral³¹ foi o principal nome do catolicismo social nas terras mineiras. Chegado à capital em 1922, o primeiro bispo e, depois, arcebispo, procurou transcrever em *práxis* os princípios da Ação Católica e do catolicismo social. Sua ação foi conduzida a partir da constituição de um exército de católicos militantes, coesos e orgânicos, que mantinham entre o clero e o laicato uma agenda social compartilhada: a constituição da agenda social foi representada pela atuação dos grupos católicos tanto no campo da saúde quanto no campo da educação pública e no mundo do trabalho. Para tanto, formou-se em Belo Horizonte uma série de Congressos Católicos que serviram para a construção da agenda social católica, bem como para promover a afinção entre clero e laicato. No que se refere ao campo da saúde, a agenda católica foi melhor absorvida e interpretada pelos confrades vicentinos – grupo leigo que melhor traduziu em prática os princípios da Ação Católica, criando instituições destinadas à caridade e aos cuidados da saúde. Já no campo educacional, a instrução devocional nas escolas públicas foi a pauta que uniu e manteve organicidade de todo o laicato belo-horizontino até a terceira década do século XX, quando foi conquistada. Por fim, outro aspecto essencial da construção da agenda social católica era refletida no mundo do trabalho e a atuação dos grupos leigos, juntamente aos operários, foi entendido, por Dom Cabral e pelos seus, como a “questão operária.”

O segundo mote da atuação de Dom Cabral foi a busca de uma aproximação entre poderes públicos e a hierarquia católica. Em Minas Gerais este fenômeno teve suas próprias particularidades. Percebemos que a Igreja Católica passou, após 1891, por uma inflexão em sua história no Brasil. Os eventos políticos anunciados pela proclamação da República, tais como a separação entre Estado e religião, a laicidade do ensino público, a instituição do casamento civil e a secularização dos cemitérios, fez com que a Igreja católica brasileira se encontrasse na iminência de procurar novos meios de inserção na vida social e, sobretudo, nas estruturas políticas. Desta forma, percebemos que a Igreja buscou construir sua incursão em sentido às capilaridades do Estado, e assim, no campo da assistência, encontrou um novo modo de garantir sua posição hegemônica na sociedade.

³¹ Antônio dos Santos Cabral (1884-1967) teve importante destaque no catolicismo brasileiro. Juntamente com Dom Leme, Dom Cabral teve destacada participação na construção de um laicato militante em Minas e no Brasil. Nascido no estado de Sergipe, foi ordenado padre em 1907 e nomeado Bispo de Natal em 1918, foi transferido para a recém criada Diocese de Belo Horizonte em 1921 e tornou-se o primeiro Bispo de Belo Horizonte em 30 de abril de 1922, e arcebispo em 1924.

A atuação da Igreja nas terras de Minas Gerais foi certamente facilitada pelas próprias características devocionais das elites políticas mineiras e dos seus processos de legitimação e construção de autoridade. A atuação de leigos e a disposição destes em colocar em prática os interesses católicos nos seus respectivos espaços de atuação pública deu à Igreja um sentido de permanência, prestígio e influência. Em sua carta pastoral de 1943, dedicada à Ação Católica, Dom Cabral escreveu:

Em poucas palavras lembraremos que a Igreja tem fins diretos prescritos pelo seu divino Fundador. Sua missão é de ordem espiritual e seu objetivo fundamental é conduzir os fiéis ao seu destino sobrenatural. No que concerne ao bem natural, a hierarquia só intervirá quando estão em jogo os princípios religiosos ou morais. Sem deixar de interessar-se pelo progresso material, intelectual, cultural, físico ou artístico dos fiéis, a igreja os encoraja e aplaude. Mas não é aí que ela exerce seu apostolado específico. Assim, a Ação Católica abster-se-á, interessar-se-á ou terá que intervir, se a hierarquia o ordenar (CABRAL, 1943).³²

A fim de ilustrar nosso argumento, vale mencionar uma importante vitória conquistada por Dom Cabral nos idos de 1928. Como se verá ao decorrer do capítulo, depois de uma longa cruzada travada pela Igreja Católica e seus militantes para conseguir a efetiva instrução do Ensino Religioso nas escolas públicas, Dom Cabral encontrara-se com o presidente do estado de Minas Gerais para a formalização do decreto. Em discurso histórico proferido pelo arcebispo, Dom Cabral afirmava que a Igreja representava “[a] sociedade perfeita pela sua origem divina, pela transcendência de seu destino, [que] sobrepassa a toda a sociedade humana”³³ e sendo “Superior, [a Igreja] se colloca fôra e acima dos partidos, porque é sua missão é atear o fogo da caridade entre os homens e veiar pela concordia fraterna.”³⁴ Citando o Papa Leão XIII, Dom Cabral argumentava que “a Religião deve permanecer intacta em meio á diversidade das cousas humana. Nascida de Deus e para Elle tudo elevando, o que a Religião quer simplesmente, o que reclama, é poder inculcar na alma, parte mais nobre do homem, o conhecimento e amor de Deus e conduzir com segurança, todo o genero humano, á patria futura que buscamos.”³⁵ Fazendo

³² CABRAL, Antônio dos Santos. Carta Pastoral da Ação Católica Brasileira. Ed. Vozes, Petrópolis, 1943.

³³ Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional. Documento: O Catecismo nas escolas. Jornal: O Lar Catholico: revista social, religiosa, dedicada as familias (MG). Data: 10 de novembro de 1929. p. 356.

³⁴ Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional. Documento: O Catecismo nas escolas. Jornal: O Lar Catholico: revista social, religiosa, dedicada as familias (MG). Data: 10 de novembro de 1929. p. 356.

³⁵ Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional. Documento: O Catecismo nas escolas. Jornal: O Lar Catholico: revista social, religiosa, dedicada as familias (MG). Data: 10 de novembro de 1929. p. 356.

referência a Pio XI, Dom Cabral aproveitava a ocasião para afirmar que “A Igreja, pois, não faz outra política [...] senão a da salvação das almas.”³⁶ Entretanto salientava Dom Cabral que “A Igreja, porém, não abriu, nem jámais abrirá mãos, da alma das crianças e da juventude, confiadas especialmente ás suas solitudes para impregnal-as, affeioal-as ao influxo de sua moral, á magnificencia de sua doutrina, irradiação esplendida da eterna verdade. <É mistér dicta Pio VII em suas letras *Diusatis*, <este jaes attentos ao rebanho que o Espirito Santo confiou a vossa solitudine.>”³⁷

Este capítulo tem como objetivo compreender as corporações profissionais e devocionais, fenômeno este que surge por consequência do catolicismo social. Ainda que o associativismo profissional e/ou católico não constituísse propriamente uma novidade em Minas Gerais, tendo em vista que data de outros séculos o fato de leigos se organizarem em associações devocionais, este tipo de organização sofreu diversas mudanças no tempo, e, no século XX, a formação do associativismo leigo profissional e devocional teve outras características. Assim, este capítulo se insere na construção desta tese com o objetivo de enquadrar o associativismo leigo profissional dentro de seu contexto de nascença, a Ação Católica, e sendo ele mesmo uma de suas expressões. Não obstante, a CMC foi a expressão de um pensamento teológico católico e a realização de uma *práxis* católica que atuou na assistência à saúde dos trabalhadores e encontrou com os interesses profissionais médicos em um contexto de transformações da profissão médica, da busca pela inserção destes médicos no mercado de trabalho, da formação do campo da assistência à saúde na capital e da construção da autoridade cultural da medicina.

³⁶ Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional. Documento: O Catecismo nas escolas. Jornal: O Lar Catholico: revista social, religiosa, dedicada as familias (MG). Data: 10 de novembro de 1929. p. 356.

³⁷ Documento: O Catecismo nas escolas. Jornal: O Lar Catholico: revista social, religiosa, dedicada as familias (MG). Data: 10 de novembro de 1929. p. 356.

2.2 A Ação Católica Brasileira e a formação do laicato belo-horizontino

“A Ação Católica é a ação dos leigos sob a autoridade do Bispo com a colaboração do Clero”³⁸

O papado de Pio XI começou em 1922 e seu governo durou até o ano de sua morte em 1939. Italiano, de nome Ambrogio Damiano Achille Ratti, nasceu em Désio, em 31 de maio de 1857, adotou o nome de Pio XI quando Bento XV faleceu e se fez o novo papa da Igreja Católica. O contexto europeu do período entre guerras nos ajuda a entender melhor o direcionamento que Pio XI adotaria em seu papado:

Foi um período de profundas transformações econômicas, políticas e sociais: por um lado temos o crescimento dos estados liberais que veio associado ao desenvolvimento do capitalismo, com o avanço das indústrias e a urbanização das cidades; por outro lado temos a marginalização da classe operária e o crescimento da pobreza, especialmente nos grandes centros que possibilitou o avanço das idéias socialistas e comunistas. Todas essas mudanças terão suas repercussões na Igreja Católica que, desde o século XVIII, em consequência da difusão das idéias liberais e iluministas, vinha perdendo a sua hegemonia na sociedade. A Igreja, porém, vê-se preocupada, nos séculos posteriores, a reordenar a sua prática pastoral através de uma ação social que a aproxime das classes mais oprimidas da sociedade da época (SOUZA, 2006: p. 41/42).

Pio XI ficaria conhecido como o papa da Ação Católica, sobretudo pela publicação de sua primeira encíclica, “*Ubi arcano Dei*”, datada de 1922. De acordo com Ney Souza (2006), no pontificado de Pio XI encontramos uma renovação da Ação Católica em pelo menos três aspectos: “Primeiro, ela é um apelo constante ao caráter apostólico ou ativista dos cristãos; Segundo, ela atinge todas as camadas sociais e Terceiro, ela tem um caráter confessadamente leigo ou de comprometimento com a profanidade” (SOUZA, 2006: p. 42).

Entretanto, a ação católica nasceu anteriormente na Itália, no ano de 1867, quando dois jovens, Giovanni Acquaderni e Mario Fani, propuseram “fundar uma organização para a juventude católica baseada nos pilares da *oração, ação e sacrifício*. Em 13 de

³⁸ Carta de Pio XI 10 de janeiro de 1934, transcrita por Dom Cabral (CABRAL, 1943: 11).

dezembro de 1867, oficializam o estatuto e regulamento da ‘Sociedade da Juventude Católica’, que posteriormente recebeu, da parte de Pio IX, o reconhecimento oficial em 2 de maio de 1868” (SOUZA, 2006: 45). A Sociedade formada tinha como finalidade

a formação religiosa de seus membros; a profissão pública da fé católica; o empenho missionário, particularmente pelo testemunho de vida, a fim de reavivar na juventude e no povo o sentimento religioso. Como meios eram previstos: oração; frequência aos sacramentos; lealdade, amizade e caridade entre os membros; testemunho cristão de vida; cooperação para garantir o decoro das festas religiosas, a educação moral e religiosa do povo, o óbolo de S. Pedro e a imprensa católica” (SOUZA, 2006: 45-46).

A ação católica se desenvolveu na Itália mediante a realização de Congressos e a formação de diversas associações católicas (União Católica). Neste longo processo, destacamos a atuação do papa Bento XV, durante a primeira guerra mundial, que procurou reordenar a ação católica italiana mantendo a existência das União Católica e da Sociedade da Juventude Católica, porém, de acordo com o Souza (2006), foi no pontificado de Pio XI “que ocorreu uma nova, ampla e complexa reorganização da mesma com o objetivo de “uma ‘união de forças católicas organizadas para a afirmação, difusão, atuação e defesa dos princípios católicos na vida individual, familiar e social’, mas sempre distinta da política partidária, pois a ‘atividade dos católicos organizados não é uma ação política, mas religiosa” (SOUZA, 2006: 48).

Em carta enviada ao clero brasileiro em 27 de outubro de 1935, Pio XI escrevera que a Ação Católica é “fazer de cada individuo um apóstolo de Cristo no ambiente social em que a Providencia o collocou” (PIO XI, apud: MENEZES, 1937: 175). O estímulo à formação da Ação Católica Brasileira (ACB) encontrou-se com um clero em vias de um processo de reformulação iniciado no final do século XIX, quando o clero brasileiro passava por um processo conhecido na historiografia como romanização ou ultramontanismo.³⁹ Tal projeto eclesial visava à formação de uma Igreja

³⁹ DUTRA NETO, Luciano. Das terras baixas da Holanda às montanhas de Minas. *Uma contribuição à história das missões redentoristas, durante os primeiros trinta anos de trabalho em Minas Gerais*. 2006, Tese de doutorado, Universidade Federal de Juiz de Fora - Programa de Pós-Graduação em Ciência da Religião, 315p. OLIVEIRA, Natiele Rosa de. *Entre a pátria do céu e a pátria terrestre*: D. Silvério Gomes Pimenta e a cristianização da República brasileira (1890-1922). 2013. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de Minas Gerais - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - Programa de Pós-Graduação em História. SANTIROCCHI, Ítalo Domingos. Uma questão de revisão de conceitos: *Romanização -Ultramontanismo - Reforma*. TEMPORALIDADES - Revista Discente do Programa de Pós-Graduação em História da UFMG, vol. 2, nº 2, Agosto/Dezembro de 2010.

institucionalmente forte e presente na vida social e, sobretudo, à formação de um clero reformado e reformulado a partir de um aprimoramento moral e teológico.⁴⁰ Iniciado nas terras mineiras pelo bispo de Mariana, Dom Viçoso, e seguido pelos seus sucessores (Dom Benevides e Dom Silvério Gomes Pimenta e Dom Helvécio), o projeto de transformação do clero unia-se, na década de 20, à vontade da Igreja na constituição de um país que expulsasse seus “inimigos internos”, responsáveis pela laicização da sociedade e a participação dos leigos num projeto crescente de recristianização da sociedade brasileira.⁴¹

Neste sentido, duas figuras iminentes do clero brasileiro se destacaram nas primeiras décadas do século XX. Em primeiro, Dom Leme, o arcebispo do Rio de Janeiro, que articulou uma ampla militância católica, sendo o responsável pela fundação do Centro Dom Vital em 1922, órgão composto por leigos e liderados primeiramente por Jackson Figueiredo, e depois por Alceu Amoroso Lima, que também conduziu o processo de fundação da Ação Católica Brasileira em 1935. Coube a Dom Leme e ao Centro Dom Vital a organização de periódicos religiosos, como, por exemplo, *A Ordem* – principal periódico católico brasileiro que tinha a função de informar e normatizar as ações de leigos e eclesiásticos –, a coroação de Nossa Senhora Aparecida como a Santa Padroeira do Brasil e a inauguração do monumento do Cristo Redentor do Rio de Janeiro, conquistas de uma militância leiga subordinada às hierarquias clericais para a realização de um amplo projeto de recristianização do país.

Em Minas Gerais, a personificação clerical que melhor expressou os anseios da militância católica foi Dom Cabral. Chegando a Belo Horizonte em 1922, Dom Cabral foi responsável por conduzir uma verdadeira cruzada contra a laicidade do ensino público em Minas Gerais e no Brasil, sendo ainda o responsável por organizar uma série de congressos religiosos na cidade que ajudaram a manter o sentimento de militância católica sempre aceso entre o laicato belo-horizontino. A chegada de Dom Cabral a Belo Horizonte em 1922 coincide com o ano de comemoração do Centenário da Independência brasileira, com os movimentos artísticos da Semana da Arte Moderna Brasileira em São Paulo, com a criação do Partido Comunista brasileiro, a fundação do Centro Dom Vital,

⁴⁰ SANTIROCCHI, Ítalo Domingos. *O jubileu do Bom Jesus em Congonhas entre a tradição e a reforma ultramontana*. Revista de C. Humanas, Viçosa, v. 11. n. 2, p. 293-306, jul/dez 2011.

⁴¹ AZZI, Riolando. *A neocristandade: um projeto restaurador*. São Paulo: Paulus, 1994. AZZI, Riolando. *História da Igreja no Brasil (1930-1948)*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

ambos no Rio de Janeiro, e o início do papado de Pio XI, eventos estes que impactaram as diretrizes católicas no país.

Segundo Henrique Matos (2015), a ação católica era praticada no Brasil antes mesmo de sua institucionalização em 1935, sendo já norteadora da prática de cristandade brasileira desde a década de 1920. O autor divide a história da ação católica brasileira em duas fases: a primeira, chamada pelo autor de “militância de defesa e preservação”, e a segunda, de “militância de conquista e penetração”. De acordo com o autor, a militância de “defesa e preservação” esteve vinculada às transformações produzidas pela consolidação do capitalismo, como, por exemplo, a ascensão dos estados liberais, o aumento dos conflitos derivados da chamada “questão social” e sua origem pode ser encontrada no final do século XIX. Trata-se de uma espiritualidade combatente que enxergava seus inimigos em todas as partes. Assim, nas palavras do autor:

deveriam ser combatidos os ‘inimigos de dentro’: aqueles que enfraquecem internamente o cristão, tais como a ignorância religiosa, a inata inércia dos católicos, o respeito humano e a falta de *esprit de corps*. Importa restituir ao fiel sua identidade católica, através de uma adequada e perseverante doutrinação (pregação; catequese, santas missões etc.). Inculcar nele a confiança nas suas potencialidades de cristão, promovendo a união de forças mediante associações religiosas, neutralizando, igualmente, o respeito humano, sobretudo dos homens. Interiormente fortalecido, o cristão estaria em condições de colaborar com o clero na defesa da instituição eclesiástica e recuperar o prestígio do catolicismo na sociedade. Nesse sentido devem ser colocadas as múltiplas iniciativas desenvolvidas nesse período: a luta pelo ensino religioso e a escola católica, a boa imprensa, as diversas associações de leigos, visando à recristianização da sociedade (MATOS, 2015: 165).

No contexto de fomento da espiritualidade militante, a Igreja Católica desenvolveu, em especial, dois campos de ação: primeiro, reforçar sua posição institucional e interna promovendo a recatolização de seus próprios membros, e segundo, conduzir uma cruzada que objetivava promover a recristianização da sociedade, em conjunto com a submissão dos leigos à hierarquia ao passo em que incentivava a participação de seu laicato.

Ainda de acordo com Matos, a militância de conquista e penetração “traz no seu bojo os germes de uma presença evangelizadora realmente nova e promissora, pelo contato vital com a realidade social e pelo engajamento efetivo do leigo – na qualidade de batizado, e por isso membro pleno do corpo eclesial – na missão universal da Igreja” (MATOS, 2015: 170). Este processo levou a “Igreja a sair do gueto para enfrentar o

mundo, reconquistando-o em nome de Cristo-Rei”, e se deu a partir da ideia-motriz de que “o reinado social de Cristo-Rei está na prática eucarística: Jesus reina, de fato, quando sua presença real penetra todas as esferas do vida” (MATOS, 2015: 171). Não por acaso, data deste momento a maior quantidade de Congressos católicos, processo iniciado em 1922 com o Congresso Eucarístico e que teve, em 1936 com II Congresso Eucarístico Nacional, em Belo Horizonte, a coroação exitosa da Ação Católica Brasileira, e, especialmente, mineira.

A ACB manteve-se sob inspiração da Ação Católica italiana e se organizou a partir de uma rígida hierarquia previamente definida em seus estatutos. De acordo com a carta pastoral de Dom Cabral, percebemos que a organização da Ação Católica se caracterizou sob três pontos distintos que convergiam: primeiro, a Ação Católica organizou-se sob forte hierarquia eclesiástica que abrangia toda a Cristandade; segundo, embora a Ação Católica tivesse se difundido pelo mundo católico e permitisse às dioceses uma certa autonomia em organizar os seus próprios núcleos básicos e a divisão dos seus associados segundo a idade e o sexo, a Ação Católica representava uma única unidade que estava subordinada e em consonância com as diretrizes papais; e, nas palavras de Dom Cabral, o terceiro ponto de sustentação da Ação Católica deve-se ao fato dela ser “essencialmente diocesana, permanecendo, por meio do Bispo da Diocese, essencialmente universal ou católica como a própria hierarquia.” (CABRAL, 1943: p. 11). Assim, a organização da Ação Católica “deverá ser de base paroquial de uma parte e nacional e interdiocesana de outra, o que está claramente expresso nos estatutos da A.C. brasileira.” (CABRAL, 1943: 11). Pois, assim, é que a Ação Católica encontrou na ação diocesana a sua personificação e coube aos bispos organizarem a ação da militância católica que, por sua vez, esteve em diálogo com os interesses religiosos sociais e institucionais.

Dom Cabral personificou em suas ações o projeto da A.C. e esteve à frente das principais realizações em Belo Horizonte e em Minas Gerais. A primeira e a mais elementar realização para o sucesso da A.C. em Minas Gerais dependia da formação de um engajado grupo de militantes católicos. Observando as recomendações papais, a formação deste exército de leigos católicos realizaria a partir do investimento “na *formação* dos que militam nas fileiras da A.C.: formação moral, religiosa e social que é *indispensável* á quem quer fazer no seio da sociedade moderna obra eficaz de apostolado.” (PIO XI (1935) Apud: CABRAL, 1943: p. 18). Seguindo aos princípios da

A.C, em 15 de abril 1936 foi inaugurado o Instituto de Cultura Católica em Belo Horizonte⁴². Celebrado nas páginas do periódico *O Diário* – veículo oficial da Arquidiocese de Belo Horizonte – como uma “iniciativa oportuna e corajosa da Federação das Congregações Marianas desta Capital”, o Instituto era adjetivado como a “solução” e como “um grande passo” para corrigir uma “das maiores deficiências” de Belo Horizonte que se instauravam pela ausência de uma instituição de ensino caracterizada pela instrução religiosa. O Instituto de Cultura Católica era regido por um estatuto e tinha como objetivo ministrar os conhecimentos de “moral, Philosophia, liturgia e Sociologia”, com o período de duração de dois anos letivos, sendo que o aluno matriculado teria que frequentar “três cadeiras, uma das quaes é Thelogia Dogmatica, ficando as outras duas á escolha do alumno”. Ao que tudo indica, a criação do Instituto vinha com objetivo de atingir, sobretudo, o público universitário de Belo Horizonte, uma vez que “os alumnos pagarão uma taxa de matricula de 10\$000 e uma mensalidade também de 10\$000”, porém ao se tratar de uma aluno universitário o valor das mensalidades passaria para 5\$000. As matérias eram ministradas pelos professores: “padre Alexandre Amaral, Reitor do Seminário, padre Clovis de Souza, vigário de S. Antonio, Padre Alvaro Negromonte, cura da Cathedral, um padre agostiniano, e o dr. Oscar Mendes, nosso redactor-chefe, que ensinará Sociologia.”⁴³

A necessidade da formação de militantes católicos que atuassem como um braço diocesano na sociedade era reconhecida pelo próprio Dom Cabral como consequência da insuficiência numérica do clero, que,

por sua vez, malsinado [e] hostilizado por certos meios que se fecham à sua ação e que, por isso, permanecem inteiramente fora de seu alcance. Vemos, pois, a hierarquia confiar à A.C. a tarefa sobremodo honrosa e grave de restituir a Nosso Senhor Jesus Cristo o mundo moderno. Só os leigos que se encontram no meio deste mundo paganizado poderão levar a bom têrmo a obra de penetração, reconquistando-o para Deus.” (Dom Cabral, 1943: 20).

Quando Dom Cabral publicou sua carta pastoral sobre a Ação Católica, a carta representava a consagração de um exitoso movimento iniciado décadas antes pelo próprio

⁴² Arquivo da Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais. Documento: “Fundado em Bello Horizonte o Instituto de Cultura Catholica” Jornal: O Diário, data: 15/04/1936. nº 367, p.1.

⁴³ Arquivo da Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais. Documento: “Fundado em Bello Horizonte o Instituto de Cultura Catholica” Jornal: O Diário, data: 15/04/1936. nº 367, p.1.

arcebispo de Belo Horizonte. O “florescimento”, “a expansão e [o] aperfeiçoamento” das nobres virtudes católicas haviam sido conquistas realizadas pelos “veneráveis Bispos da Igreja, em Minas, [que embora] com sacrifícios e inauditas canseiras, souberam semear em vossas almas” (CABRAL, 1943: 3). Dom Cabral, juntamente com seu exército de católicos militantes, obteve importantes vitórias no estado mineiro que vieram antecipar, em maior ou menor grau, a consolidação da neocristandade no âmbito nacional representada, dentre outras, pela promulgação da Carta Magna de 1934.⁴⁴

Nomeado o primeiro bispo da capital mineira em 1922, Dom Cabral encontrara uma cidade em obras e de traçados reais bem distintos dos imaginados pela comissão chefiada pelo engenheiro Aarão Reis em 1894. O antigo Arraial Curral del-Rey daria lugar à moderna e nova capital de Minas Gerais, Belo Horizonte. A construção de Belo Horizonte inseria-se nas grandes transformações pelas quais o país passava. O fim da escravidão e a emergente proclamação da República trouxeram importantes transformações políticas, econômicas e sociais a Minas Gerais e ao Brasil. A construção de uma nova capital, moderna e planejada, era a metáfora de um país, e sobretudo de um estado que procurava se modernizar e avançar no sentido da consolidação do capitalismo. O iminente fim da escravidão acentuou o processo de transição da mão de obra no Brasil, transformando o trabalho escravo em assalariado, realizado maciçamente pelo incentivo da vinda de imigrantes, sobretudo, europeus, brancos e católicos (CUNHA, 2017: 95-99).

Não apenas uma nova capital foi fundada com o advento da República. Com o alvorecer da República no Brasil e, depois, referendado pela Carta Magna de 1891, o Estado brasileiro consolidava um lento e gradual processo de laicização iniciado no

⁴⁴ A despeito do processo de separação entre Estado Brasileiro e Igreja Católica, estamos amplamente em consonância com o trabalho de Luiz Antônio Cunha (2017) quando o autor afirma que “a forma peculiar de separação Estado-Igreja católica criou condição para uma política de colaboração recíproca [entre Estado e Igreja] bem antes da Constituição de 1934, onde essa expressão foi “consagrada”.” (CUNHA, 2017: 10) Esta perspectiva do autor vai de encontro ao nosso entendimento acerca do movimento realizado pela Igreja Católica nas décadas posteriores à proclamação da República em busca de procurar uma nova inscrição na vida política e social brasileira. Entendemos que, durante essas décadas posteriores à proclamação da República, a Igreja faz um movimento em sentido às capilaridades do Estado brasileiro, saindo – em partes – da posição central e caminhando para onde a assistência será seu lugar privilegiado. De acordo com o autor supracitado, “ao invés de rompimento, houvera uma busca de entendimento de ambas as partes, de modo que o Estado continuou contando com as bênçãos católicas e o clero prosseguiu com acesso aos subsídios estatais e outros benefícios. É justamente esta última perspectiva que este livro confirma.” (CUNHA, 2017: 24). A guerra em Canudos, ocorrida entre 1896/1897, marca o início de uma nova (re)aproximação entre o governo central e a Igreja brasileira. (CUNHA, 2017: 427- 459)

século XIX. De acordo com Luiz Antônio Cunha (2017), o início da república no Brasil foi caracterizado por um sentimento caracterizado pelo autor como “onda laica.” Assim

[...] a primeira onda laica atingiu seu ápice com a instituição do regime republicano, que acabou com o padroado, separou a Igreja Católica (e qualquer outra) do Estado, suprimiu os subsídios financeiros do clero financeiros do clero, garantiu a liberdade de culto, secularizou os cemitérios públicos e determinou que as escolas públicas fossem laicas, portanto se a disciplina Ensino Religioso, moral religiosa ou unidades de disciplinas com teor teológico (CUNHA, 2017: p. 20).

O fim do ensino religioso nas escolas públicas, a secularização dos cemitérios e o casamento civil, conquistados com a proclamação da República, coroava o resultado de uma lenta marcha de avanços no sentido da construção da laicidade do Estado brasileiro, iniciada ainda no início do século XIX e impulsionada nos idos de 1870 com o avanço dos partidos republicanos, o declínio da monarquia, e uma série de novos vetores que, por consequências das questões conjunturais por que o Brasil passava, como, por exemplo, a imigração e o positivismo, aceleraram o debate em torno da separação do Estado e da Religião (CUNHA, 2017: 279).⁴⁵

A constituição promulgada em 1891 assumiu em seus artigos uma tendência liberal ao manter a Federação e repactuar as forças provincianas, deixando a cargo dos estados os poderes para definição de suas políticas públicas, composição das forças policiais e a autonomia para contrair empréstimos estrangeiros. Do ponto de vista da organização dos poderes, a nova Constituição promovia a divisão entre o poder Executivo na forma presidencialista, eleito pelo voto direto, o poder Legislativo bicameral com

⁴⁵ Vale a observação que, embora o ensino laico tenha se consolidado com a promulgação da Constituição da Constituição de 1891, algumas medidas de relevância já haviam sido tomadas em tempos anteriores. Desta forma, por exemplo, é que se insere o decreto de 1878 que fazia com que no Colégio de Pedro II, “os alunos não católicos deixaram de ser obrigados a cursar a disciplina Instrução Religiosa e o juramento dos bacharelandos deixou de ser necessariamente confessional. Em 1879, uma reforma mais ampla pretendia estender essa diretriz para outras escolas secundárias, escolas normais e primárias do município da Corte.” (CUNHA, 2017: 234). O processo de autonomização da educação pública diante da religião do Estado foi conseguido a partir da tomada de “iniciativas teóricas e práticas tendentes ao fim da obrigatoriedade do Ensino Religioso nas instituições públicas serve para desconstruir a ideia corrente de que a laicidade determinada pela primeira Constituição republicana em 1891, foi uma medida arbitrária, uma excrescência, algo que os positivistas teriam forçados inserir na legislação maior do país. [...]. Mas, foram os liberais que defenderam mais veementemente a retirada do Ensino Religioso das escolas públicas.” (CUNHA, 2017: 216). Vale ainda destacar que a laicidade é construída a partir de uma composição de forças que ora faz com que avance ora faz com que recue. Desta forma, a laicidade do ensino público é uma “consequência da secularização da cultura, sem o que questionar o caráter religioso da educação fica impossível” (CUNHA, 2017: 268). Não obstante, ainda contribuiu para o avanço da laicidade do ensino público a possibilidade de ser admitido mediante aprovação em concursos para o Colégio Pedro II, docentes que não necessariamente comungassem do catolicismo (CUNHA, 2017: 281).

mandatos eleitos e não-vitalícios, e o poder Judiciário dividido em duas instâncias, a primeira instância estadual e a segunda instância federal. No tangente à educação “a constituição de 1891 foi demasiadamente restrita”, sendo que “a laicidade do ensino oficial foi a única determinação federal sobre o ensino primário e o secundário” tanto na esfera federal, estadual e municipal (CUNHA, 2017: 386-390). Assim,

o ensino público foi, então, a única dimensão do Estado qualificada de laico na Constituição de 1891. Em todas as outras dimensões, a laicidade tinha de ser deduzida de outros dispositivos, como dos que tratavam da liberdade de consciência e de culto e/ou da separação Igreja-Estado. [...]. Todavia, nas instituições estaduais e municipais de ensino primário, secundário e normal a efetivação da laicidade foi bastante desigual (CUNHA, 2017: 420).

Recém nascida pelo entendimento da Constituição Federal, a laicidade encontrou diversas resistências para se realizar nas Constituições Estaduais, como foi o caso específico de Minas Gerais, que teve sua Constituição Estadual jurada sob o nome de “Deus Todo Poderoso.” Desta forma, a laicidade, que mal dava seus primeiros passos no país, já sofria com profundos recuos tanto no âmbito nacional quanto no estadual e municipal (CUNHA, 2017: 427).

A reaproximação entre Estado e Igreja foi se formando a partir de um consórcio de colaboração recíproca entre os poderes públicos (municipal, estadual e Federal) e a Igreja Católica⁴⁶, que atingiria seu formato mais bem acabado na década de 1920 pela chamada Neocrisandade. A principal luta protagonizada pela Igreja girava em torno da reconquista do ensino religioso nas escolas públicas. Conciliando a identidade de brasileiro à qualidade religiosa de católico, a Igreja argumentava incessantemente sobre a formação moral do brasileiro, indissociável, neste processo, da identidade brasileira com a qualidade católica.

De acordo com Cunha (2017) foram poucos os estados que seguiram a determinação da Constituição Federal e tornaram o ensino laico nas escolas públicas.

⁴⁶ É claro o argumento apresentado por Luiz Antônio Cunha, pois, de acordo com o autor, “A articulação entre o Estado e a Igreja Católica passou a ser feita entre os detentores do poder executivo e os do poder religioso, nas instâncias correlatas: cardeal <=> presidente da República; bispo <=> governador; vigário <=> prefeito. No Poder Legislativo, padres deputados e senadores, embora em pequeno número, funcionaram como elos complementares (CUNHA, 2017: 431). Vale mencionar que a colaboração realizada entre Estado e Igreja não se dava exclusivamente pela manutenção dos privilégios e favores. A perseguição religiosa era tipificada no código penal criminalizando o Espiritismo.

Mais precisamente, foram sete: Amazonas, Pará, Alagoas, Bahia, São Paulo, e Rio Grande do Sul, sendo ainda que os demais (14 dos 21) se “omitiram a respeito da laicidade no ensino público” (CUNHA, 2017: 481).

Em Minas Gerais a laicidade mal chegou a ser ensaiada. Merece destaque a atuação do parlamentar mineiro José Pedro Xavier da Veiga que, durante a constituinte mineira, “argumentou em prol da supressão da laicidade e a transferência da regulamentação do Ensino Religioso para legislação específica”⁴⁷ (CUNHA, 2017: 484). A proposta do parlamentar mineiro obteve receptividade e sucesso na supressão do termo *leigo* (laico) de forma que “promulgada a Constituição, foi dada a partida para o oferecimento do Ensino Religioso nas escolas primárias públicas, mesmo sem a lei orgânica mencionada por Xavier Veiga” (CUNHA, 2017: 485).

Ao elevar a importância dos municípios que passaram a atuar como “*micro-federações*”, a constituição estadual de Minas Gerais abria as portas para uma maior influência da Igreja junto aos poderes municipais que ficavam com a responsabilidade de organizarem as escolas primárias.⁴⁸ De acordo com Cunha, “[nas] escolas municipais, todavia, a situação foi bem outra. Tanto a fragmentação inicial do poder político em Minas Gerais quanto a centralização posterior permitiram aos municípios implantarem o Ensino Religioso em suas escolas, fosse por iniciativa dos professores, fosse pela aprovação de leis ou regulamentos determinando a presença desse conteúdo no ensino primário” (CUNHA, 2017: 490).

⁴⁷ José Pedro Xavier da Veiga foi advogado, escritor e jornalista. A transcrição de sua proposta de lei é elucidadora: “A lei orgânica sobre a instrução pública poderá determinar que a aula de religião nas escolas seja não só permitida, mas obrigatória por parte dos professores, e facultativa aos alunos, a frequência respectiva. O professor, se for católico ensinará o catecismo de nossa religião; se for protestante, muçulmano, positivista, etc., instruirá os alunos que quiserem, conforme suas crenças. Os alunos que pertencerem à crença do professor, que não frequentem as suas aulas, nada a isso os obrigará. Não há privilégio, portanto, de nenhuma igreja. Mas há grande conveniência de não deixarmos a numerosa população escolar, especialmente a que reside nos distritos rurais, privada das noções rudimentares em assuntos de religião, sem dúvida o mais necessário à educação da infância. E sendo a população de nossa terra, em sua quase totalidade, composta de católicos, torna-se evidente que por esse meio, sem ferir nenhuma disposição legal, consultaremos seus justos interesses e nobres aspirações. Por que motivo, não se ofendendo nenhum princípio constitucional vigente, deixaremos de atender a um reclamo geral do povo?” (CUNHA, 2017: 485) [grifos do autor]

⁴⁸ Merece ser reafirmada a ressalva feita por Cunha de que nas escolas estaduais, sobretudo em 1906, com a reforma produzida pelo presidente do estado João Pinheiro, o autor não encontrou dados que permitem afirmar que a Igreja teve ampla influência no ensino estadual. Porém, a situação é bem diversa se mantivermos a atenção ao ensino municipal. Para acompanhar a atuação do clero junto aos poderes municipais ver: (CUNHA, 2017: 490-492)

Para que a completa recristianização do país pudesse ser eficaz, era necessário afastar das escolas, sobretudo do ensino primário, a laicidade do ensino. Na pastoral de 29 de março de 1912, Dom Silvério Gomes Pimenta, Arcebispo de Mariana escrevia:

Escolas chamadas de neutras, ou atéias, são perniciosíssima para arrancar do coração da infância, e depois da sociedade, a fé e os sentimentos religiosos. Este negando empenho se acoberta e se procura defender com a capa de liberdade de consciência, de civilização de progresso, quando na realidade não é senão uma guerra nutrida contra a fé católica, alvejada principalmente com tais medidas” (PIMENTA, 1912 apud.: MATOS, 1990: p. 75).

A luta da Igreja contra o ensino laico nas terras mineiras aconteceu de forma paulatina e em maior ênfase a partir do governo do presidente do estado Júlio Bueno Brandão (1910-1914). As pressões realizadas pelos Congressos Católicos realizados em 1910, em Juiz de Fora, e em 1911, 1914 e 1918 em Belo Horizonte, tornaram cada vez mais intensas as reivindicações em prol do ensino religioso. De acordo com Henrique Matos, o Secretário do Interior do governo estadual vigente, Dr. Delfim Moreira da Costa, “respondendo a um questionário que lhe fora apresentado pelo ‘Centro de União Popular’ – uma associação católica com sede em Belo Horizonte – **permitiu o ensino facultativo do catecismo na rede pública fora do horário escolar (7-9-1911)**” (MATOS, 1990: p. 78) [negrito do autor].

A aspiração da Igreja em transformar o ensino religioso em disciplina curricular das escolas públicas encontrava amplo apoio entre seus militantes leigos. Dos médicos belo-horizontinos que atuavam na militância leiga católica, Roberto Almeida Cunha foi um dos mais engajados nomes da militância confessional. Reconhecido pelos leigos como forte influência do catolicismo militante, o dr. Almeida Cunha, juntamente com sua esposa, organizou uma série de grupos católicos leigos e foi voz ativa nos congressos religiosos. Escrevendo no jornal “O Horizonte” em 28 de dezembro de 1927, o médico abordou a questão do ensino religioso nas escolas públicas mineiras:

As premissas são legítimas e logicamente encadeadas: o desfecho é certo e impõe-se: - ou o Estado aceita de frente o problema e resolve tomando a si a educação católica que faz os nove décimos, notoriamente, de sua atual população; - ou o Estado abandona tal questão e assiste impassível o esboroamento desse complexo cuja unidade é a sua própria vida. Escola a primeira ponta do dilema e teremos uma geração de brasileiros unidos sob a mesma bandeira, pugnando pelo mesmo ideal, constituídos em uma única nação coesa, homogênea, forte, inexpugnável! Enverede, ao invés, pelo outro ramo

e se amontoarão sob o símbolo auriverde do Brasil punhados heterogêneos de cidadãos que se não compreendem mutuamente e por força incoercível da lição universal não tardarão em retalhar, segundo as respectivas predileções, o bloco magnífico de 9 milhões de quilômetros quadrados que nasceu sob o signo salvador da Santa Cruz! (ALMEIDA, 1927 apud: MATOS, 1990: p.80).

A maior vitória de Dom Cabral aconteceu em 1928, quando o então governador mineiro Dr. Antônio Carlos Ribeiro de Andrada “teve o desassombro de romper as muralhas chinesas que cercavam a cidadela da Escola [pública mineira]” ouvindo as solicitações dos participantes do Congresso Catequístico de Belo Horizonte, ocorrido em setembro do mesmo ano (CABRAL, 1943: 4). O governador mineiro assinou o decreto que autorizava o ensino religioso nas escolas públicas mineiras, sendo que as aulas aconteceriam uma vez por semana, durante o horário regular. A vitória, lembrava Dom Cabral em discurso proferido em 10 de novembro de 1929, não era apenas para o povo mineiro, “mas o esclarecido reconhecimento de quarenta milhões de catholicos brasileiros aqui realmente comnosco nos calorosos aplausos e nas benções com que seus venerandos e auctorizados Chefes espirituaes aclamam a sancção desta Lei.”⁴⁹ Narrando o acontecimento, Henrique Matos descreve que a “concessão feita pelo Presidente do Estado foi ratificada com grandes solenidades pela promulgação da Lei nº 1.092. Nesta ocasião os católicos, pelas mãos de Dom Cabral, ofereceram a Antônio Carlos uma caneta de ouro para assinar o magno decreto “que permite o ensino religioso nos estabelecimentos de ensino, no Estado de Minas” (MATOS, 1990: 82). Em seu discurso, Dom Cabral credenciou a vitória conquistada à atuação de figuras expoentes da militância católica na capital: “Brandindo-a corajosa e destemerosamente D. Joaquim Silverio de Souza, Mons. Xavier Rolim, Joaquim Furtado de Menezes, Lucio José dos Santos, Mons. João Rodrigues de Oliveira, Mario de Lima, Affonso dos Santos, Ribeiro Valladares, Olyntho Orsini, Almeida Cunha, e tantos outros campeões do Clero e do laicato catholicos, escalaram as ameias inimigas e vingaram a formosa victoria que celebramos.”⁵⁰

⁴⁹ Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional. O Lar Catholico: revista social, religiosa, dedicada as famílias (MG), 10 de novembro de 1929, ed. 045, p. 356.

⁵⁰ Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional. O Lar Catholico: revista social, religiosa, dedicada as famílias (MG), 10 de novembro de 1929, ed. 045, p. 357.

O pronunciamento do governador mineiro é ainda mais revelador para a celebração da vitória católica:

Reconheço que, de quantos acontecimentos possam recomendar o governo que me foi dado exercer, nenhum, tanto com este, influirá salutarmente na evolução social do povo mineiro. Eu me rejubilo, ao ter de sancioná-lo, como católico e como homem público, interessado no constante aperfeiçoamento moral da nossa Pátria. Eu me rejubilo, **como católico**, porque estou convencido de que, nas lições do Catolicismo, está a fonte principal para a educação moral dos homens. (...) Eu me rejubilo, **como homem público**, empenhado no aperfeiçoamento moral dos meus concidadãos, por estar convencido de que, sem a educação religiosa, o indivíduo jamais poderá atingir aquele grau de cultura cívica que se faz mister para a vida real das democracias. [...]. Ergamos, continuamente, as mais fervoras preces ao nosso Deus, para que a conquista que hoje solenizamos perdure enquanto florescer Minas Gerais. (MATOS, 1990: p 83) [negrito do autor].

Sendo que “um ano depois, a Assembleia Legislativa promulgou a [Lei 1.092, de 12 de outubro de 1929] permitindo ensino religioso nas escolas primárias e secundárias mantidas pelo governo do estado, ‘nunca mais de 50 minutos por dia, não mais de três vezes por semana’ (CUNHA, 2017: 256).

A vitória de Dom Cabral nas terras mineiras antecipou em três anos o que viria a acontecer efetivamente após a Revolução varguista. Com a nomeação do mineiro Francisco Campos a chefe do recém-criado Ministério da Educação e da Saúde Pública (MESP), o ex-secretário do Interior de Minas Gerais, e um dos fundadores e líder da Legião de Outubro⁵¹ – grupo leigo que unia intelectuais mineiros em torno da militância católica, que tinha ainda no mesmo grupo nomes expoentes como de Gustavo Capanema – articulou com “[...] a presença do Arcebispo de Belo Horizonte e do o presidente da República [a assinatura do] decreto autorizando o ensino da religião nas escolas federais, estaduais e municipais de todo o país” (CUNHA, 2007: 256). O que depois viria a ser afirmado por Dom Cabral “não é possível por em dúvida que este decreto o mais inspirado

⁵¹ Em carta escrita por Francisco Campos, Gustavo Capanema e Amaro Lanari, destinada a Dom Helvécio, arcebispo de Mariana, e datada em 10 de abril de 1931, são traçados os objetivos da Legião de Outubro: “... a Legião de Outubro consigna, no seu programa as mais relevantes reivindicações católicas e empenhará todos os seus esforços no sentido de vê-las realizadas. (...) é incorrer em grave erro político fazer o governo de um povo, sem a precisa atenção a seus verdadeiros sentimentos. (...) estamos absolutamente convencidos de que tentar reformar o país, sem a sua (da Igreja Católica) lição e o seu amparo seria intentar obra vã e sem base na realidade. (...) **É indispensável a cooperação decidida e positiva dos católicos**, para o triunfo dos ideais legionários, porque só eles, em razão de sua organização, devotamente, energia, fé e sacrifício, é que poderão manter, perseverante e intransigentemente, os princípios de nosso programa” (MATTOS, 1990: 248) [Negrito do autor].

e oportuno do Presidente Vargas, encontrou sua origem na repercussão nacional do êxito do Congresso Catequístico de Belo Horizonte” (CABRAL, 1943: 4).

Como explica Cunha (2007), Francisco Campos justificara que o decreto partia do princípio e o fim da escola é formar o homem. De tal forma que a “formação [escolar] implicava a adoção de proposições sobre a natureza e os destinos do homem, ou seja, de uma concepção ético-religiosa da vida, a qual não podia ser ditada pelo Estado, em particular por um Estado laico, sem violar o direito natural dos pais à educação dos filhos” (CUNHA, 2007: 256). Assim, o Estado “deveria garantir às famílias que seus filhos teriam ensino da religião nas escolas oficiais, deixando para elas a escolha da religião a ser ensinada e a opção da dispensa desse ensino.” (CUNHA, 2007: 256). Para o primeiro ministro do MESP, a autorização do ensino religioso representava uma conquista do catolicismo “contra o ‘dogma da liberdade de pensamento’ defendido por liberais, e provisoriamente, pelos comunistas, interessados em destruir as ‘instituições nacionais.’” (CUNHA, 2007: 256). Desta forma que, “em resumo, Campos considerava a educação como um processo destinado a criar, conservar ou recuperar certos valores perdidos: a Religião, a Família e a Pátria.” (CUNHA, 2007: 257).

A coroação da colaboração recíproca entre os poderes públicos e a Igreja veio com a nova Carta Magna de 1934. A Igreja vislumbrava, desde o final do século XIX, a criação de um partido político católico para concorrer às eleições – vale mencionar que o próprio Furtado de Menezes foi um grande entusiasta desta ideia, procurando criar o Partido Regenerador Mineiro. Muito embora o partido não tenha chegado a realizar-se, isto não impediu que os interesses da Igreja fossem representados nas assembleias legislativas. Dom Cabral articulava a construção de um laicato que estivesse presente em todos os espaços da vida social, inclusive na política institucional. Desta forma, incentivou amplamente a constituição de uma bancada que defendesse os interesses católicos na Constituinte de 1933.

Formalizada apenas em 1932 por Dom Leme, arcebispo do Rio de Janeiro, e tendo à frente Alceu Amoroso Lima, foi criada oficialmente a Liga Eleitoral Católica (LEC), uma associação civil, extra-política e suprapartidária de âmbito nacional que tinha como objetivo impulsionar candidaturas cristãs para que se constituísse uma bancada católica que militasse em defesa dos interesses da Igreja. Os candidatos à serem votados pela militância católica seriam previamente escolhidos a partir de seus valores cristãos, sua disposição em militar pela agenda católica e seu patriotismo, e assim receberiam o apoio

clerical em seus respectivos estados. A agenda católica defendida pela LEC era composta por 10 itens – o “*decálogo de ação imediata da L.E.C*” – sendo eles:

- 1) Promulgação da Constituição em nome de Deus;
- 2) Defesa da indissolubilidade do laço do matrimonial, com assistência às famílias numerosas, e reconhecimento de efeitos civis ao casamento religioso;
- 3) Incorporação legal do ensino religioso, facultativo, nos programas das escolas públicas primárias, secundárias, e normais da União, dos Estados e dos Municípios;
- 4) Regulamentação da assistência religiosa facultativa às classes armadas, prisões, hospitais, etc;
- 5) Liberdade de sindicalização, de modo que os Sindicatos Católicos, que legalmente organizados, tenham as mesmas garantias dos Sindicatos neutros;
- 6) Reconhecimento do serviço eclesiástico, de assistência espiritual às forças armadas, e às populações civis, como equivalente ao serviço militar;
- 7) Decretação de legislação do trabalho inspirada nos preceitos da justiça social, e nos princípios da ordem cristã;
- 8) Defesa dos direitos e deveres da propriedade individual;
- 9) Decretação de lei de garantia da ordem social contra quaisquer atividades subversivas, respeitadas as exigências das legítimas liberdade políticas e civis;
- 10) Combate a toda e qualquer legislação que contrarie, expressa ou implicitamente, os princípios fundamentais da doutrina cristã. (MATOS, 1990: 272)

O resultado das eleições e a composição das cadeiras preenchidas pelos deputados mineiros para a Câmara dos Deputados de 1934 foi a expressão de um projeto encarnado por Dom Cabral desde 1922 quando chegou em Belo Horizonte. Analisando as atas de reunião do Conselho Metropolitano da SSVP de Belo Horizonte⁵², encontramos uma reunião presidida por Furtado de Menezes, no dia 11 de dezembro de 1932⁵³, que tem como tema a LEC. De acordo com a ata da reunião vicentina, “em cumprimento as instruções dadas [...] pelas autoridades Diocesanas, o Sr. Presidente recomenda o maximo interesse e dedicação por parte dos Srs. Confrades” a respeito “do alistamento eleitoral de todos os Confrades, podendo estes se filiarem a qualquer partido que bem entender”, entretanto, ressaltava o documento que era recomendável ao confrade “não se [esquecer] nunca [fazer o alistamento] de preferencia em um [partido] que indique

⁵²Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo. Documento: Livro de Atas do Conselho Metropolitano, 1927-1937, p. 104 e 105.

⁵³Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo. Documento: Livro de Atas do Conselho Metropolitano, 1927-1937, p. 104 e 105.

candidatos que estejam prontos a defender as ideias pelos quais propugnam as nossas autoridades Eclesiásticas.” A ata era contundente quanto aos objetivos uma vez que, “não preconiza a união da Igreja ao Estado porque esta, na prática, anteriormente verificava, na monarquia, não constituía o período aureo da Igreja. Preconiza, porém, [...], o ensino facultativo do [catecismo]; o combate ao divórcio; reconhecimento do casamento religioso pelo poder público; a assistência religiosa para as forças da terra e mar [...].” e concluía com uma assertiva proferida por Furtado de Menezes “alistar e votar, é o dever de todos os católicos.”⁵⁴ Foram eleitos 37⁵⁵ deputados federais por Minas Gerais que “estavam de acordo com o programa da LEC e resolvidos a defender na Constituinte as reivindicações da consciência católica para a nova Constituição” (CABRAL, 1933: apud MATOS, 1990: p. 259). Em âmbito municipal, houve também a composição de uma Frente Única de vereadores composta, entre outros, por dois médicos, dr. Antônio Aleixo e dr. Leontino da Cunha, ambos professores da Universidade de Medicina de Belo Horizonte, e comprometidos com os interesses da Igreja Católica.⁵⁶

O compromisso dos candidatos católicos com a Igreja produziu uma enorme vitória que fora celebrada com a homologação da constituição de 1934. Amplamente reconhecida pela historiografia como uma constituição que incorporou em suas linhas praticamente todos os pontos fundamentais defendidos pela LEC (MATOS, 1990: p. 259), a constituição de 1934 formalizava a re-união entre a Igreja e o Estado, “ao proibir o Estado brasileiro de ter relação de aliança ou dependência com qualquer culto ou Igreja, ‘sem prejuízo da *colaboração recíproca* em prol do interesse coletivo’ (Constituição de 1934, art. 17, III” [grifo do autor], e, embora constasse em palavras somente em 1934, é certo que “as palavras chegaram depois do ato, porque a *colaboração* entre o Estado e a Igreja Católica foi se desenvolvendo, na prática, desde os primeiros momentos do regime republicano” (CUNHA, 2017: p. 428).

⁵⁴Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo. Documento: Livro de Atas do Conselho Metropolitano, 1927-1937, p. 104 e 105.

⁵⁵ Vale destacar alguns nomes da bancada mineira eleita pela LEC como, por exemplo, o ex-governador mineiro, Antônio Carlos Ribeiro de Andrada, responsável, como vimos, por atender aos anseios do clero mineiro e nacional, regulamentando o ensino religioso em Minas Gerais, foi presidente da Assembleia Constituinte de 1933. Disponível em:

http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/137602/Constituicoes_Brasileiras_v3_1934.pdf.

Acessado dia 20/12/2019; Destaca-se também a presença do líder vicentino Joaquim Furtado de Menezes, eleito deputado federal que também participou da Constituinte.

⁵⁶ Arquivo da Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais. Documento: *Criação de uma Frente Única Municipal apoiada pelo jornal Católico O Diário para vereadores*. Periódico: O Diário, p.6 nº 410 data: 04/06/1936.

Considerado o pai dos vicentinos mineiros e um dos maiores nomes da militância leiga católica mineira, Furtado de Menezes, em exercício reflexivo sobre a Doutrina Social Católica, datado de 1937⁵⁷, escreveu que a legislação social Brasileira “não discorda em ponto algum, da doutrina social da Igreja.” (MENEZES, 1937: 165) De acordo com o então deputado federal e presidente do Conselho Metropolitano da SSVP de Belo Horizonte: “Sobre a *família*, diz o art. 144 da Constituição de 16 de julho, em pleno vigor: ‘A família, constituída pelo casamento indissolúvel, está sob a protecção especial do Estado’. A constituição tornou, pois, matéria constitucional por decisão definitiva o único ponto controvertido, que era a indissolubilidade do casamento” (MENEZES, 1937: p. 165), cabendo, de acordo com o art. 138 letras *d* e *e*, “quanto às famílias numerosas, a Constituição estabelece para a União, os Estados e os Municípios o dever de socorrer-as” (MENEZES, 1937: 166).

No que tange ao ensino, o artigo 149 “reconhece que a educação dos filhos deve ser em primeiro lugar pela família, depois pelos poderes públicos” e de acordo com o artigo 153 “o ensino religioso facultativo será ministrado de acordo com os princípios da confissão religiosa do aluno manifestado por seus pais nas escolas primárias, secundárias, profissionais e normas” (MENEZES, 1937: 166). Quanto à religião, muito embora não tenha sido oficializada a religião católica como oficial, “reconhece a nova constituição a origem divina do poder, quando, no preâmbulo declara que os representantes eleitos pelo brasileiro agiam *pondo a sua confiança em Deus*” (MENEZES, 1937: 167) [Grifo do autor].

O amplo artigo 113, responsável por tratar dos direitos e das garantias individuais, também foi lembrado por Joaquim Furtado de Menezes porque

estabelece a inviolabilidade da liberdade de consciência e de crença, garante o livre exercício de culto religiosos, desde que não contravenham à ordem pública e aos bons costumes, declara que por motivos de convicções filosóficas, políticas ou religiosas, ninguém será privado dos seus direitos, diz que sempre que solicitada, será permitida a assistência religiosa nas expedições militares, nos hospitais, nas penitenciárias e em outros estabelecimentos oficiais e

⁵⁷ Furtado de Menezes escreveu uma pequena obra com aproximadamente 200 folhas para ser apresentada no Instituto de Cultura Católica de Belo Horizonte. Nestas páginas, o presidente do Conselho Metropolitano da SSVP de Belo Horizonte procurou refletir sobre questões centrais da Ação Católica e do Catolicismo Social, tais como a Constituição de 1934, a formação de corporações de trabalho católicas, a criação do sindicato católico. Ver mais em: MENEZES, Furtado. Resumo da Doutrina Social Católica. Rio de Janeiro, 1937.

permite ás associações religiosas, manterem cemiterios seus (MENEZES, 1937: p. 168).

Furtado de Menezes ainda menciona que de acordo com o art. 113 nº 34 – *A todos cabe o direito de provêr á própria subsistencia e á da sua familia, mediante trabalho honesto. O poder público deve amparar, na fórmula da lei, os que estejam em indigencia.* – e o art. 138 que “incumbe á União, aos Estados e aos Municipios, nos termos das leis respectivas, assegurar amparo aos desvalidos, creando serviços especializados e animando os serviços sociaes, cuja orientação procurará coordenar” (MENEZES, 1937: 168/169).⁵⁸

O fato é que as conquistas mencionadas por Furtado de Menezes e expressas na Carta Magna de 1934 são resultados, dentre outros, de uma ação católica que vinha sendo praticada desde as décadas anteriores pelo clero brasileiro na formação de um laicato ativo e militante. Neste sentido, quando institucionalizada no Brasil em 1935, a Ação Católica já havia produzidos resultados importantes para a Igreja. O destacado papel que Dom Cabral tivera nas terras mineiras na constituição de um exército de católicos militantes que atuassem na sociedade e sob jurisdição do clero não pode ser, assim, separado do projeto nacional de recristianização da sociedade brasileira. Tal projeto, efetivamente, tinha na militância pelo ensino devocional nas escolas públicas sua principal chave para a reafirmação da hegemonia católica e para coroar com sucesso a sua busca pela reinscrição nas capilaridades do poder. A proclamação da República e a Constituição Federal de 1891, obrigou a Igreja a passar por um processo de inflexão. Fizera do ensino, quase sempre devocional ao longo da história, um princípio laico - um impacto que a Igreja ainda não havia sofrido em toda sua longa história no Brasil. A Igreja buscou reconquistar seu espaço na sociedade, primeiramente, caminhando em sentido à prestação dos serviços de assistência ofertados pelos poderes públicos, em especial, os poderes estaduais e municipais. Em Minas Gerais este movimento encontrou um percurso favorável e, ao que tudo indica, de muito pouca resistência para se realizar.

Quando Dom Cabral chegou a Belo Horizonte na década de 1920, a aproximação da Igreja com o poder estadual e com o poder municipal belo-horizontino foi agenda conduzida pelo próprio arcebispo. A constituição do laicato mineiro, composta pelas

⁵⁸ Como se procura demonstrar ao longo desta tese, o socorro aos desvalidos foi ofertado pelos grupos católicos, em especial, os vicentinos. A menção de Furtado de Menezes aos artigos mencionados está em acordo com o modo como o qual desenhou-se a prestação da assistência e a atenção à saúde aos pobres e desvalidos em Minas Gerais. Estes foram assistidos pelas instituições caritativas que funcionavam a partir de um consórcio entre a Igreja, a SSVP, e os poderes públicos.

elites políticas e econômicas da sociedade, certamente garantia a Dom Cabral a condução de um processo que se mostrou exitoso. Como veremos, a Igreja preencheu os espaços sociais em Minas Gerais, constituindo-se como o principal órgão de representatividade dos operários belo-horizontinos, conduzindo-os na busca de um caminho harmonioso com a minimização dos conflitos com patrões, traduzindo para ela a responsabilidade pela resolução da chamada *questão social nas terras mineiras*. É nesse sentido que se constituiu um aspecto da assistência aos trabalhadores desamparados de Belo Horizonte. A prestação da assistência pela Igreja encontrava-se sob uma dupla referência: a prestação da assistência às questões terrenas e a assistência espiritual - dois lados da mesma moeda inseparáveis na prestação da assistência católica.

A destacada atuação de Francisco Campos e Gustavo Capanema, ambos mineiros e nomes eminentes da militância leiga mineira, falarão por si mesmas. Dom Cabral esteve presente junto a Vargas na assinatura do decreto que recuava do ensino à laicidade conquistada com o nascimento da República. Coube a Dom Leme, o arcebispo do Rio de Janeiro, resolver o impasse entre Washington Luís e Getúlio Vargas. O movimento militar conduzido por Getúlio Vargas e Osvaldo Aranha colocava fim na política dos governadores que era promovida pelas oligarquias paulistas e mineiras. Coube ao arcebispo carioca a negociação para a saída de Washington Luís do Palácio do Catete, e o início da Era Vargas. Novos tempos começariam no Brasil e ajudariam a coroar a colaboração recíproca entre Igreja e Estado, ensaiada desde o início do século XX, com maior ênfase a partir de 1922, e conquistada na chamada Era Vargas.

2.3 Os Congressos Católicos e o operariado na militância católica

Ao passo que os explorados da boa fé dos operarios, erguendo as flammulas rubras do socialismo anarchico contra todo o principio de auctoridade, tentam açular contra nós as iras injustificadas dos homens do trabalho e, nesse afan revolucionario e mashorquero, distribuem pela cidade innumerous boletins sem lógica e sem gramatica, concitando-os a um comicio contra a intervenção do Congresso Catholico no estudo da questão operaria, - conforta, sobremodo essa prova de confiança que nos dão os operarios presentes, apelando para a grande força social catholica, no instante em que a miseria lhe bate ás portas. (LIMA, 1929: p. 208/209)

A realização do IIº Congresso Eucarístico Nacional em Belo Horizonte sacramentou o momento de maior opulência da militância católica belo-horizontina. O evento foi realizado em setembro de 1936, amplamente divulgado nos jornais católicos da capital, desde 1935 quando começaram as sessões preparatórias para o Congresso. Realizadas por Dom Cabral, essas sessões tinham o objetivo de coordenar e distribuir as “Comissões, os planos, ideias gerais e delineamentos do programa de ação”⁵⁹ para que se “fosse preparando o espírito do povo com notas na imprensa, avisos no pulpito e pregações nas associações paróquias”⁶⁰. Se levarmos em conta a reunião que ocorreu no dia 01 de maio de 1935 como um exemplo a ser seguido pelas demais reuniões que a sucederam, percebemos que os encontros com Dom Cabral eram realizados por seleto grupo de militantes católicos leigos e uniam padres, médicos e senhoras da caridade belo-horizontinas. Na referida reunião estiveram presentes o Monsenhor José Brandão, os Revmos. Srs. Padres Alvaro Negromonte, Francisco Prada, Francisco Domingues Carneiro, Clovis de Souza e Silva, e os drs. Olyntho Orsini de Castro, Victor Lacombe, Antonio Vasconcellos, Balbino Ribeiro da Silva, Rodolpho Jacob, Ataliba Pires e as exmas. Sras. E senhorinhas: Maria Jacyntha Neves, Esther Pires, Cecília Alvarenga.⁶¹ Ressaltamos aqui a presença de Victor Lacombe que, no ano de 1935, era ainda graduando em medicina, e foi um dos fundadores da Corporação de Médicos Católicos de Belo Horizonte.

A realização do IIº Congresso Eucarístico Nacional não era um evento isolado na história do catolicismo mineiro. O Primeiro Congresso Catholico Mineiro aconteceu em Juiz de Fora, entre os dias 1 e 6 de janeiro de 1910, e nasceu da própria motivação de Joaquim Furtado de Menezes que, à época em 1906, era o presidente do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Ouro Preto. Houve 301 associações religiosas e a inscrição de 125 congressistas, dentre os quais se destaca o corpo eclesiástico mineiro nas presenças de d. Silvério Gomes Pimenta, arcebispo de Mariana, d. Joaquim Silvério de Souza, bispo de Diamantina, e d. João de Almeida Ferrão, bispo de Campanha. A sessão inaugural do Congresso foi proferida pelo próprio Joaquim

⁵⁹ Arquivo PUC. Documento: *Segunda Sessão Preparatória*. Periódico: O Diário, p. 7. Data: 02/5/1935

⁶⁰ Arquivo PUC. Documento: *Segunda Sessão Preparatória*. Periódico: O Diário, p. 7. Data: 02/5/1935

⁶¹ Arquivo PUC. Documento: *Segunda Sessão Preparatória*. Periódico: O Diário, p. 7. Data: 02/5/1935. As sessões preparatórias continuaram no decorrer do período até a realização do evento católico contando com a presença dos médicos da capital. Ver: Arquivo da Hemeroteca da Biblioteca Pública Estadual de Minas Gerais, Periódico: O Diário, Data: 17/06/36, nº 421,p.3.

Furtado de Menezes (LIMA, 1929: p. 77) e o tema de maior atenção dos congressistas foi o ensino religioso. Como visto nas páginas anteriores, a cruzada contra a laicidade do ensino em Minas Gerais representava a principal bandeira das lutas travadas pela igreja e o grande elemento de organicidade que afinava os interesses diocesanos com sua militância leiga.

O Segundo Congresso Catholico Mineiro ocorreu em Belo Horizonte entre os dias 1 e 5 de setembro de 1911, quando a capital comemorava pouco mais de uma década de existência. O Congresso caracterizou-se pela ampla adesão da hierarquia eclesiástica mineira e participação dos leigos na organização do Congresso, contando com um total de 388 Congressistas inscritos para participar do evento, representando 668 instituições religiosas (LIMA, 1929: p.104/106). Foi composta uma mesa diretoria que tinha como presidente dr. Levindo Eduardo Coelho; vice-presidente, Dr. Lucio José dos Santos; 1º secretário, dr. Joaquim Furtado de Menezes; 2º secretário, dr. Francisco Augusto Pinto de Moura; tesoureiro, José Neves. Os congressos religiosos eram os momentos propícios para afinar o tom entre os poderes públicos e a Igreja e a construção de uma agenda de interesses compartilhados entre a militância leiga e a diocese, neste sentido, há de se destacar nos Congressos Católicos a participação de Delfim Moreira, à época secretário do Interior, e do presidente do estado de Minas Gerais, Julio Bueno Brandão. As temáticas que nortearam os trabalhos do Segundo Congresso ajudaram a compor a agenda social católica durante as décadas posteriores: organização social catholica; organização rural; organização operaria; ensino; imprensa; casamento; instituições de caridade e piedade e congressos católicos (LIMA, 1929: p. 108).

O Terceiro Congresso Catholico Mineiro também ocorreu em Belo Horizonte no mês de setembro de 1914 e contou com a adesão de 408 associações religiosas e com a participação de 6.620 congressistas. À semelhança dos demais congressos católicos, este também foi caracterizado pela participação de figuras políticas do estado e da capital,⁶² além da participação do laicato belo-horizontino⁶³ e da hierarquia eclesiástica mineira.

⁶² Estiveram presentes os senadores estaduais Gabriel Santos, Camillo de Britto e Ribeiro de Oliveira, e os deputados estaduais Cônego Xavier Rolim, João Vello e Antonio Martins da Silva, e do presidente do estado de Minas Gerais, Delfim Moreira (LIMA, 1929: p. 204).

⁶³ A presença de quase os mesmos membros é reveladora da ação católica que tratava de formar uma elite de militantes católicos que atuassem nos mais diversos espaços sociais. Assim, estiveram à frente do 3º Congresso os srs. dr. Francisco Bernardino Rodrigues Silva, como presidente; o dr. Nelson Orsini de Castro, vice-presidente; dr. J. Furtado de Menezes, Alvaro do Val, Severino Gomes e José Martins Silva, secretários. (LIMA, 1929: 204.)

No que tange aos temas debatidos durante o Congresso, este manteve-se em continuidade com temática que norteava o 2º Congresso Católico (LIMA, 1929: 204).

A exemplo dos demais, o Quarto Congresso Catholico Mineiro realizou-se no mês de setembro de 1918, constituindo e celebrando a formação de um laicato atuante e presente em Belo Horizonte. A Comissão organizadora era composta por Joaquim Furtado de Menezes, Olyntho Orsini de Castro, J.A. Martins Silva, José de Mello Alvim, Paulo Tavares, Candido Naves, Christiano Nogueira, Antonio Pinto Junior e o Padre João Batista. As temáticas que norteadoras seguiram as já estabelecidas pela diocese belo-horizontina nos demais congressos, com maior destaque para o que denominaram de “*questão do ensino*”. O Congresso de 1918 era claro quanto aos seus objetivos: “Como obter dos Poderes Publicos que essa aspiração dos Catholicos [o ensino religioso], já concretizada em projecto pelo revmo. sr. Conego Rolim, seja transformada em lei do Estado?” (LIMA, 1929: 241/242). A formação do exército de militantes católicos em Belo Horizonte, unidos pela Ação Católica, e subordinados à hierarquia católica, conseguiria atingir seus objetivos. Nos anos seguintes ao 4º Congresso Católico, a chegada de Dom Cabral à diocese de Belo Horizonte deu um novo ímpeto ao movimento católico que existia na cidade. Como procurou demonstrar em outras páginas, Dom Cabral realizou uma verdadeira cruzada para inserir a instrução religiosa dentro dos conteúdos que compunham a educação básica. A vitória de Dom Cabral no âmbito estadual antecipou a promulgação da lei que tornava o ensino religioso componente curricular anos mais tarde na Era Vargas. Como lembrava Mário Lima, em 1929, “será a sua ultima intervenção em materia de ensino religioso; será o seu brado derradeiro, numa campanha de que foi, incontestavelmente, durante tantos annos, o centro director, na terra mineira” (LIMA, 1929: 251).

Quando jornal católico *O Diário* publicava em suas páginas as sessões preparatórias para a realização do IIº Congresso Nacional em 1936, a situação da Igreja e da Ação Católica em Belo Horizonte já era bastante diferente do início do século. Realizado em 1936, o IIº Congresso Nacional Católico coroou uma fase da Igreja católica brasileira que havia sido caracterizada pela conquista de um dos seus principais objetivos: o ensino religioso ministrado nas instituições de ensino público no Brasil e consequentemente em Minas Gerais. Belo Horizonte havia consolidado uma militância ativa, forte, presente, ensaiada desde as décadas de 1910/1920, em consonância com o clero diocesano liderado por Dom Cabral. No ano anterior à realização do IIº Congresso

Eucarístico Nacional, a Ação Católica deixou de limitar-se a uma práxis espiritual que norteava a ação do clero nacional e tornou-se uma instituição dentro da Igreja Católica. Desta forma, a realização do IIº Congresso Eucarístico Nacional era, simultaneamente, a coroação de um movimento organizado e coordenado pela hierarquia católica no Brasil e o início de um novo momento da Ação Católica. A homologação da Carta Magna de 1934 celebrava, em suas leis, o exitoso movimento católico em realizar uma constante aproximação entre os poderes temporais e espirituais, e a formação de uma bancada estratégica atuante na Constituinte e disposta em tornar seus mandatos ferramentas de luta para os interesses religiosos.

Para a realização do IIº Congresso Eucarístico em Belo Horizonte, foi estabelecida uma troca de correspondências entre as Arquidioceses de Belo Horizonte e do Rio de Janeiro a fim de avaliar as questões a serem debatidas durante o Congresso. Em 26 de agosto de 1936⁶⁴, às vésperas da realização Congresso, a Arquidiocese de Belo Horizonte recebeu uma correspondência que elencava alguns pontos centrais da luta da Igreja contra a anarquia e o comunismo que assombrava, sobretudo, os operários. De acordo com o documento, o IIº Congresso Eucarístico deveria incentivar a formação das Missões Populares, pois “o momento actual é cada vez mais de luctas do inferno contra Nosso Senhor”. E devido

a gravidade da situação presente [...] são indispensáveis os meios *de effectos immediatos*. Dentro deste, o que se afigura mais efficaz, é o das MISSÕES POPULARES. Para augmentar-lhes a efficiencia, propomos que o Congresso Eucharistico insistentemente as recommende como medida extraordinaria para que sejam pregadas simultaneamente, sob a orientação das autoridades ecclesiasticas em todas as igrejas parochiaes e templos da Capital Federal e de todas as cidades e povoação dos Estados, de modo que ninguem possa escapar á sua influencia salutar e salvadora.⁶⁵

Compreendia a assistência hospitalar como uma demanda a ser incentivada, sobretudo, a assistência religiosa ministrada nos hospitais do Brasil para que os enfermos não fiquem sem “consolo algum da religião, e, em particular, sem os Santos Sacramentos, indispensáveis a salvação eterna”⁶⁶. E o último ponto tratado dar-se-á em torno da criação de escolas modelos de Ação Católica. Citando o exemplo da Escola S. Thereza, do Rio

⁶⁴Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte, Pasta II Congresso Eucaristico Nacional – Correspondência.

⁶⁵Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte, Pasta II Congresso Eucaristico Nacional – Correspondência.

⁶⁶Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte, Pasta II Congresso Eucaristico Nacional – Correspondência.

de Janeiro, dirigida pelas Irmãs de São Vicente de Paulo de Gysegem, que contava com 300 alunas e estava no coração da Lapa – local descrito como “bairro sempre tido como um dos mais infortunados da cidade, como centro de prostybulos, casas de tavolagem e habitações collectivas dos elementos mais deleterios e nocivos á sociedade christã” –, a correspondência recomendava que “o II Congresso Eucharistico Nacional fará, pois, obra de grande saneamento moral, cocitando a criação, em todas as parochias do territorio patrio, de Escolas Modelos de Acção Catholica, no sentido de se preparem santas mães e angelicas Filhas de Maria nas classes menos bafejadas de luzes e de bens, de modo que assim se entronize de facto e de direito em todos os lares brasileiros o Coração de Jesus.”⁶⁷

O IIº Congresso Eucarístico aconteceu em setembro de 1936 e para a sua realização foi construído uma nova praça na região central de Belo Horizonte, a atual Praça Raul Soares, onde à época era ocupada pela favela da Barroca.⁶⁸ A cidade se preparava para o evento que, segundo João Camilo de Oliveira Torres (1972), contou com a participação de, ao menos, 100 mil pessoas acompanhando a cerimônia de encerramento que se deslocava da Boa Viagem à praça Raul Soares, alcançada pela Av. Bias Fortes, acompanhada pela Cardeal Dom Leme que ia em veículo de joelhos. “Foi, sem duvida um novo *Triunfo Eucarístico*, não muito barroco, mas não menos imponente” (TORRES, 1972: p. 61/62). A realização de um empreendimento com estas proporções fez com que a Igreja e a prefeitura tivessem que se preparar para receber os fiéis que viriam a Belo Horizonte no mês de setembro. Uma comissão médica, liderada pelo dr. Braz Pellegrino, atestava que Belo Horizonte era uma cidade propensa a receber o evento em setembro pois oferecia “óptimas condições de ordem sanitaria, climaterica etc.”⁶⁹ e clima seco, de pouca umidade e estação sadia. De acordo com médico, a Comissão Médica tinha a “função de atender promptamente aos senhores congressistas em caso de necessidade,

⁶⁷ Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte, Pasta II Congresso Eucaristico Nacional – Correspondência.

⁶⁸ TORRES, João Camilo de Oliveira. A Igreja de Deus em Belo Horizonte. 1972. p. 61. A criação da praça para receber o papa, em 1936, acelerou um processo de expulsão dos moradores do Morro da Barroca que acontecia desde o início dos anos de 1930. Ao serem retiradas de suas moradias, estas pessoas foram levadas a viver na recém criada Vila Operária da Concórdia. Ver capítulo 5.

⁶⁹ Arquivo da Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais. Documento: O serviço médico do II Congresso Eucarístico Nacional – uma entrevista do dr. Braz Pellegrino. Periódico: O Diário. Data: 04/06/1936, n°410, p.12 e 13.

como sejam acidentes, ou males imprevistos, coisas tão comuns nessas grandes concentrações de povo.”⁷⁰

As temáticas que nortearam o IIº Congresso Católico orbitaram em torno da Eucaristia e da Ação Católica, e sobre elas foram realizadas três sessões de estudos, com a apresentação de 24 trabalhos, sendo 6 trabalhos dedicados aos operários:

“Eucaristia e ação Católica nas organizações operárias” – José Cupertino, Waldemar Diniz e José Acácio Moreira Filho

“Eucaristia e ação católica nas organizações femininas operárias” – D. Araci Lott de Magalhães.

“Eucaristia e Ação Católica na assistência e defesa moral dos operários” – Carlos Santos e José Maria Rodrigues.

“Eucaristia e Ação da Juventude Feminina operária” – Profª. Dalva Matos

“Eucaristia e Ação Católica, salvação dos operários” – André Franco Montoro e Prof. Paulo Acioli de Sá.

“Eucaristia e Ação Católica na preservação moral e social da mulher operária” – D. Aneres Fortini. (TORRES,1972: 62-66)

A chamada questão operária era central no debate dos meios católicos em 1936, especialmente em Belo Horizonte onde a questão operária era tema especialmente tratado pela Igreja que propusera a criação de círculos operários e sindicato católico para a representação da classe operária. Como explica Dutra (1988), a Igreja Católica foi a instituição responsável por conduzir o movimento operário belo-horizontino, procurando mantê-lo próximo ao catolicismo social e afastado-o da luta de classes.

As conjunturas da formação de Belo Horizonte e seu ambíguo processo de industrialização e urbanização faziam com que a questão operária fosse mais sensível à Igreja e a seus militantes. Na já referida pastoral de Dom Cabral publicada no ano de 1943, o arcebispo de Belo Horizonte traçava em suas linhas ser dever da Igreja a preocupação com tudo aquilo que aflige o homem e que sua práxis deveria nortear-se pela justiça e pela caridade. A questão social foi norteadora da práxis do catolicismo social uma vez que, de acordo com Dom Cabral, a “questão social não é um problema de ordem somente material, mas interessa sobretudo à dignidade, à consciência humana, à moral,

⁷⁰Arquivo da Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais. Documento: O serviço médico do II Congresso Eucarístico Nacional – uma entrevista do dr. Braz Pellegrino. Periódico: O Diário. Data: 04/06/1936, nº410, p.12 e 13.

por ser, em primeiro lugar, uma questão moral. Desta sorte, a Igreja, a Santa Sé, a Hierarquia, o Apostolado, em virtude do mandato Divino que êste apostolado encerra, não poderão dispensar-se de correr em socorro de todos; porque isto consideram um dever primordial.” (CABRAL, 1943: 14). Em diálogo com Jessie Souza, este aspecto deriva-se da concepção da Igreja sobre a questão social na qual “todo o enquadramento teológico e antropológico da questão social está contido no Gênesis: ‘No princípio, Deus criou o Céu e a Terra.’ E ‘...viu que era bom quanto tinha feito’ (Gênesis, 1:31)” (SOUZA, 2002: p. 62). E assim, a autora menciona que

a doutrina social da Igreja é uma reflexão moral que se vale tanto das ciências como das experiências dos crentes no contato com a realidade. Nesta dimensão, a ordem social faz parte da ordem moral, pois baseia-se no destino último e sobrenatural do homem sobre a terra. É essa perspectiva que dá à Igreja o direito e ‘o dever de julgar com autoridade suprema sobre todas estas matérias sociais e econômicas’, conferindo-lhe, em consequência, autoridade sobre aquelas coisas ‘que se referem à moral.’ [...] Essa reflexão tem um aspecto extremamente prático: ‘projeta-se sobre os aspectos éticos da vida sem descuidar dos aspectos técnicos dos problemas para julgá-los com critério moral. Baseando-se em ‘princípios sempre válidos’, leva consigo ‘julgamentos contingentes.’ (SOUZA, 2002: p. 62).

O Segundo Congresso Católico Mineiro ocorrido em Belo Horizonte no ano de 1911 é de relativa importância para a Igreja belo-horizontina, pois foi durante a sua realização que as questões centrais da Igreja Nacional foram inseridas às pautas da Igreja belo-horizontina. Apesar da questão operária, foram traçadas nove diretrizes e recomendava-se ao laicato que se empenhassem em promover os interesses da classe operária. Em resumo, as diretrizes estabelecidas pela Igreja demonstram a preocupação em “introduzir a vida catholica verdadeiramente pratica no seio do operariado, por meio de associações religiosas e irmandades, organizadas conforme as ultimas prescrições da auctoridade ecclesiastica”; “combater os principios socialistas, os insultos e calumnias dirigidos contra a Igreja, o clero e as instituições catholicas”; “fazer propaganda pela imprensa, mormente entre os proprietarios, patrões, industriaes e auctoridades publicas, a favor do pagamento regular do salario operario; tomando peito a grande questão das habitações hygienicas, com a fundação, para esse fim, de associações especiaes e a cooperação, solicitada para essa obra, dos capitalistas e industriaes catholicos.” (LIMA, 1929: 112/113).

A Confederação Católica do Trabalho, fundada em 28 de setembro de 1919 em Belo Horizonte, era “composta por 18 sindicatos de classe, um Supremo Conselho com 23 membros, uma Assistência Jurídica, uma Caixa Beneficente e um órgão oficial: *O Operário*.⁷¹” (DUTRA, 1988: p. 160). A Confederação tinha um programa inspirado na encíclica papal *Rerum Novarum* traçado em consonância com os Congressos católicos realizados anteriormente na capital, e entre seus fins estavam os de

defender os legítimos interesses e os direitos dos trabalhadores como indivíduos e como classes; pleitear a vitória das reivindicações operárias baseadas na justiça; promover a defesa dos trabalhadores sindicalizados quando forem perseguidos ou processados, desde que não seja por falta-infamante; promover a educação profissional, moral e cívica dos trabalhadores; promover a cobrança do que for devido aos trabalhadores associados, quer no caso de recusa, quer no caso de demora, cobrando apenas as despesas inerentes ao processo; promover a realização de contactos de trabalhadores visando aos respectivos modelos e velando pela sua exata observância; promover a fundação de Confederações idênticas em todas as localidades mineiras onde isso seja possível e fazendo de todas uma única Confederação no estado, podendo e devendo esta agir de acordo com instituições idênticas no Brasil.” (DUTRA, 1988: 158).

A atuação da Confederação Católica do Trabalho estava dividida em dois sentidos: o primeiro, na luta pelos direitos trabalhistas e na melhoria das condições de vida dos operários, o segundo, na luta contra a disseminação das ideias socialistas no meio operário (DUTRA, 1988: 161). Vale mencionar que a Confederação Católica estava em ampla convergência com a hierarquia eclesiástica mineira que a apoiava em suas ações que se concretizavam, sobretudo, no campo da assistência e da mediação entre trabalhadores e patrões na resolução dos conflitos.

Devido à presença da Igreja e da atuação da ação católica em Belo Horizonte, o movimento operário da capital assumiu-se com feições particulares, a partir de uma organização cristã do operariado. A Confederação Católica e as demais associações que a ela se aglutinaram procuraram, ao decorrer das décadas de 1910 e 1920, agirem em um

⁷¹ Eram os sindicatos: Sindicato dos Carpinteiros, Sindicatos dos Marceneiros, Sindicato dos Barbeiros, Sindicatos dos Pintores, Sindicato Misto, Sindicato dos Ferroviários, Sindicato dos Condutores e Motorneiros, Sindicato dos Bombeiros, Sindicato dos Mecânicos e Eletricistas, Sindicatos dos Empregos em Fábrica de Tecidos, Sindicato das Guardas e demais Empregados da Central, Sindicato dos Pedreiros, Sindicato dos Empregados dos Correios, Sindicato dos Carroceiros, Sindicato dos Padeiros, Sindicato dos Retalhistas e mais Empregos em Açougue, Sindicato das Empregadas Domésticas e Sindicato dos Alfaiates.” (DUTRA, 1988: 160).

“esforço de mobilização ideológica, em sentido inverso ao de resistência, ou melhor, no sentido de desmobilização revolucionária [...]” (DUTRA, 1988: p.171), procurando criar ações e realizações concretas que visassem a harmonia e a supressão da luta de classes. Desta forma, Dutra caracteriza que a Confederação Católica procurava “reduzir a capacidade de mobilização autônoma dos sindicatos, reduzindo a sua função de protesto e de oposição” e com a “anuência do Estado – na sua presença conciliadora -” a Confederação Católica acabaria por resultar “num movimento operários dócil e *dentro da ordem*”. (DUTRA, 1988: 172)⁷².

2.4 Os vicentinos no Brasil

Os estudos sobre Caridade e Assistência no Brasil, embora recentes, vêm demarcando importante espaço na área da pesquisa histórica. Diversos autores⁷³ têm procurado demonstrar em suas pesquisas como se organizou a prestação de serviços caritativos na história brasileira. Durante um longo período da história do Brasil, ser assistido quando acometido por alguma enfermidade era um privilégio para aqueles que pudessem contar com os auxílios dos membros familiares ou então para aqueles que conseguissem formar e manusear uma rede de solidariedade, composta pelos mais

⁷² A presença da Igreja e de seus demais núcleos associativos foi se transformando ao longo das décadas subsequentes. Um exemplo desta alteração no modo de agir junto à classe trabalhadora foi a criação dos círculos operários, movimento chamado pela historiografia de Circulismo. A criação dos Círculos Operários foi outra forma impulsionada pela Igreja para preencher os espaços sociais de representação e auxílio das classes trabalhadoras. Neste caminho, destaca-se a atuação de Dom Cabral como um importante mentor e articulador para trazer do sul do Brasil para Minas Gerais os círculos operários.

⁷³ Atualmente os programas de Pós Graduação da Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade de São Paulo, bem como o Programa de Pós Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa Oswaldo Cruz, vêm construindo, em torno da história da caridade, um importante campo de pesquisa histórica. SANGLARD, Gisele et al. *Filantropos da nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2015; SOUZA, Rildo Bento. *Pobres, Doentes e desvalidos: o asilo São Vicente de Paulo na Cidade de Goiás (1909-1935)*. Programa de Pós-Graduação em História [Dissertação]. Universidade Federal de Goiás, 2010. PINTO, Ana Paula Magno. *Assistência, Saúde e Sociedade: A Sociedade São Vicente de Paulo na Zona da Mata mineira (1895-1939)*. Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa Oswaldo Cruz. [Tese de Doutorado]. Casa Oswaldo Cruz/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2017.

diversos agentes do campo curativo – médicos, curandeiros⁷⁴, padres⁷⁵, feiticeiros⁷⁶, sangradores⁷⁷, entre outros – que se dispusessem em socorrer o enfermo. No geral, para que o pobre fosse assistido, era necessário que fosse membro de alguma irmandade leiga ou que conseguisse gerir uma rede de sociabilidades de agentes terapêuticos que pudessem prestar assistência a ele. Desta forma, em grande parte, a assistência no Brasil caracterizou-se por se tratar de uma iniciativa particular, vinculada aos agentes terapêuticos que viviam espalhados nas cidades ou no interior. O modelo da assistência ao enfermo era assim basicamente um socorro gozado por aquele que melhor conseguisse formar e manusear sua rede de solidariedade.

Durante o período do Brasil colonial e imperial, a assistência pública prestada de forma institucional aconteceu através dos serviços ofertados pelos hospitais das Santas Casas de Misericórdia. Criada em 1498 e inspirada pelas 14 obras – 7 corporais (dar de comer a quem tem fome; dar de beber ao sedento; vestir os nus; dar abrigo aos peregrinos; socorrer os presidiários; enterrar os mortos) e 7 espirituais (aconselhar; instruir; corrigir os que erram; consolar; perdoar; suportar com paciência; rogar a Deus pelos vivos e pelos mortos) –, a Misericórdia foi o modelo assistencial mais difundido pelo império português. Apoiada e contando com benefícios e incentivos régios, a irmandade leiga logo se tornou um lugar composto pelas elites e membros dos poderes locais.

As Misericórdias espalharam-se pelo território brasileiro criando uma fragmentária rede de assistência, marcada pela fragilidade do serviço prestado.⁷⁸ De acordo com Mariana Ferreira de Melo, “a presença de Misericórdia no ultramar manifesta um ideal de caridade cristã a todo mundo luso. Consideramos sua difusão como fruto de uma tentativa dos portugueses de reproduzir nas colônias certas estruturas sociais comunitárias existente na metrópole.” (MELO, 2009: 94-95). Assim como em Portugal, as Misericórdias brasileiras eram beneficiadas por uma série de medidas régias que garantiam e aumentavam consideravelmente seu patrimônio. Consta entre estas medidas,

⁷⁴ FARIAS, Rosilene Gomes. Pai Manoel, o curandeiro africano, e a medicina no Pernambuco imperial. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*. V. 19, supl., dez. 2012, p. 215-231.

⁷⁵ VIEIRA, Lucas Lollí. Entre Deus e os fiéis: Monsenhor Horta e a cura católica em Mariana (finais do século XIX e início do século XX). Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2015. 166 f.

⁷⁶ SAMPAIO, Gabriela dos Reis. *Juca Rosa: um pai-de-santo na Corte imperial*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2009.

⁷⁷ PIMENTA, Tânia Salgado. Entre *sangradores e doutores*: Práticas e formação médica na primeira metade do século XIX. *Cad. Cedes, Campinas*, v. 23, n. 59, p. 91 – 102, abril de 2003.

⁷⁸ FRANCO, Renato Junio. *Pobreza e caridade leiga – as Santas Casas de Misericórdia na América Portuguesa*. *Universidade de São Paulo*, 2011, [Tese de doutorado].

o monopólio em realizar o enterro, o que gerava à Irmandade uma fonte de renda complementar e facilitava a participação entre os beneficiários do testamento.⁷⁹ A prestação de assistência pelas Misericórdias seguiu um princípio seletivo e hierárquico, característica em comum entre as irmandades que se dedicavam às práticas assistenciais. Assim, somente homens pobres e livres que tivessem no máximo um escravo como posse poderiam ser atendidos gratuitamente nos hospitais da Misericórdia. Escravos, cuja assistência era entendida como parte das obrigações dos senhores, tiveram sua gratuidade negada. Das prestações assistenciais mais comuns realizadas pelas Santas Casas brasileiras estavam o enterro dos mortos, o cuidado com os presos, o auxílio jurídico, o socorro aos marinheiros e soldados, e os serviços caritativos ofertados nos hospitais das Misericórdias. Consta também ser comum que câmaras municipais destinassem subvenções para a manutenção das Santas Casas de Misericórdia. No Brasil colônia e Império, as câmaras municipais e as Misericórdias foram tradicionalmente os lugares de sociabilidade das elites. Participar destes lugares de poder representava reafirmar o capital social destes membros das elites locais (MELO, 2009).

As Misericórdias começaram a ser criadas no Brasil a partir da primeira metade do século XVI. Data de 1539 a fundação da primeira Misericórdia em terras brasileiras em Olinda, capital da Capitania de Pernambuco. A criação de novas Misericórdias se manteve restrita ao litoral, e sua interiorização no território brasileiro datam dos séculos XVII, XVIII e XIX (FRANCO, 2014). Embora cada Misericórdia fosse regida por um estatuto próprio e os serviços assistenciais ofertados pelas Irmandades fossem diferentes entre si, mantendo a prestação destes serviços às necessidades locais e às peculiaridades de sua elite, é possível perceber que há uma certa normatização do serviço prestado. As principais características das confrarias é o auxílio entre os seus membros nomeados de “irmãos”, e a caridade prestada é entendida como um benefício dessa elite para os pobres. Embora a Misericórdia seja uma confraria que se fez conhecida por assistir os pobres, vale lembrar que a Misericórdia conciliou os serviços hospitalares com uma enorme atuação em áreas que pouco lembravam a assistência pública. Não obstante, serviram como bancos ao realizarem empréstimos, acumularam um enorme patrimônio, monopolizaram o enterro, serviram como importante espaço de sociabilidade e como um importante local de pertencimento e sociabilidade das elites locais.

⁷⁹ De acordo com Mariana Ferreira Melo, “parte dos recursos vinha diretamente das finanças régias, através dos inúmeros privilégios concedidos por sucessivos monarcas. Mas a principal fonte de rendimentos eram as esmolas, doações e legados” (MELO, 2009: 97).

Com o advento da República no Brasil e o alvorecer do século XX, outro grupo leigo assumiu o protagonismo na prestação dos serviços caritativos. A expansão da Sociedade São Vicente de Paulo (SSVP) pelo território brasileiro permitiu aos vicentinos tornarem-se, ao longo do século XX, o principal grupo leigo religioso a atuar na prestação dos serviços assistenciais dedicados à atenção à saúde. A SSVP tem origem francesa e foi criada ao decorrer do século XIX, especificamente em 1833. Nascida da reunião⁸⁰ de um grupo de intelectuais franceses pertencentes às classes burguesas, com destaque para Antoine Frédéric Ozanam (1813-1855), a SSVP era composta por irmãos leigos crentes na religião Católica Apostólica Romana e carrega em seu cerne a inspiração de Vicente de Paulo (1581-1660)⁸¹ - conhecido por sua enorme dedicação à caridade - e os valores primordiais do cristianismo.

Das reuniões realizadas pelos jovens parisienses, surgiu a primeira conferência vicentina, chamada Conferência da Caridade, fundada na paróquia de *Saint-Sulpice*, em Paris. Como explica Ana Magno Pinto (2017), o objetivo do grupo era “orientar os trabalhadores para solidificar a comunidade católica e encorajar o casamento, a confissão e a comunhão: os membros da Conferência da Caridade recebiam no salão paroquial os casais pobres que desejavam se casar para receberem os bons conselhos, visto como uma forma de combater o que entendiam como ‘males sociais’” (PINTO, 2017: p: 41). A partir do aconselhamento e do incentivo a legalizarem o casamento na Igreja Católica, os membros da Conferência da Caridade perceberam que sua ajuda assistencial deveria ser

⁸⁰ As reuniões aconteciam em Paris, no *Quartier Latan*, uma antiga gráfica que se produzia o jornal francês *La Tribune Catholique*, cujo dono, Joseph Emmanuel Bailly, era padre lazarista. (PINTO, 2017: p. 37). Segundo a autora Ana Pinto, estas “reuniões foram inicialmente encontros entre estudantes universitários, profissionais liberais, entre outros pensadores. Mais tarde o grupo rebatizou os encontros como “Conferências de História”, em que eram discutidos os problemas políticos e socioeconômicos da época. Desde o início, o grupo adotou o termo “conferência” para os seus encontros, com intenção de identificar uma reunião de jovens estudiosos” (PINTO, 2017: 38). A “Conferência de História” só veio a se chamar Sociedade São Vicente de Paulo em 1835 (PINTO, 2017: 42).

⁸¹ Como explica Ana Paula Magno Pinto, Vicente de Paulo nasceu na França, no ano de 1581, filho de camponeses e foi ordenado padre aos 19 anos, em 1599. Desenvolveu sua batina durante o contexto das reformas religiosas do século XVI. O surgimento de uma nova religião, fundada por Lutero ao decorrer do século XVI, impactava profundamente o campo religioso com a quebra da hegemonia católica e o surgimento de uma nova religião concorrente ao catolicismo. Os impactos da fundação do Protestantismo fizeram-se sentir também no campo da assistência, potencializando e acelerando um processo de modernização e racionalização da assistência. Vicente de Paulo foi um testemunho deste contexto de racionalização da assistência tanto nos países católicos quanto nos países protestantes. Assim, conforme explica Ana Paula Magno Pinto, em paralelo com modernização da assistência francesa, realizada pelo Estado, Vicente de Paulo procurou conduzir a assistência à ação particular, organizando a caridade aos pobres por meio das Missões (PINTO, 2017: 20-21). Vicente de Paulo ainda participou da fundação da Congregação da Missão, em 1625, uma congregação católica composta por padres, e da fundação da Filhas da Caridade de São Vicente de Paulo, juntamente com Luísa Marillac, que tratou em ser a primeira congregação feminina de vida apostólica na França. (PINTO, 2017: 22).

acompanhada por uma ajuda material. Segundo a autora Ana Magno Pinto, “os membros da Conferência da Caridade [...] perceberam que as questões operárias nas periferias de Paris eram semelhantes às dos pobres franceses em geral, o que os levou a desenvolver outra forma de aliviar o sofrimento dos assistidos para além dos conselhos no salão da paróquia: a visita às famílias.” (PINTO, 2017: p. 42).

Quando fundou a SSVP, Frédéric Ozanam se deparava com uma França em profunda transformação devido às consequências da Revolução Francesa (1789-1799). No campo político e econômico, a Revolução Francesa havia abalado as estruturas do Antigo Regime, impulsionando a instauração de uma ordem burguesa e as revoluções liberais que seguiriam em 1830. Do ponto de vista social, a Revolução Francesa, com seus ideais inspirados no Iluminismo, no humanismo, na fraternidade e na igualdade, provocou uma profunda transformação na concepção do assistencialismo. O ideal da assistência caritativa entendida como parte das obrigações religiosas, movida por valores religiosos e concebida através da caridade cristã era progressivamente substituída pela ação filantrópica de caráter laico e humanista (CHÂRLELLIER, 1995: 158). Como ressalta Rita de Cássia Marques, o momento vivenciado por Frédéric Ozanam foi marcado por uma busca de novos caminhos pela Igreja Católica que adequava seu discurso contrário ao comunismo à busca por uma forma de amenizar a miséria da população, proveniente do capitalismo. Assentando as bases daquilo que décadas mais tarde marcaria a Doutrina Social Católica⁸², Ozanam criou a Sociedade São Vicente de Paulo com o ideal de “intervir diretamente na luta social, pois só assim eles poderiam regenerar a França e aliviar as dores de alguns de seus pobres” (MARQUES, 2011: p. 114). Como explica Geraldo Chizoti (1991), Ozanam reforçava a caridade como um meio para atingir a justiça social, afastar o perigo do comunismo das classes trabalhadoras e promover uma conciliação entre operários e patrões. Assim, para Ozanam a “caridade deixava de ser uma ‘estratégia de salvação’ para ser uma instância na qual o conflito das classes deveria encontrar o acerto final, que na visão era a solidariedade de patrões e operários” (CHIZOTI, 1991: p. 62).

Para orquestrar o crescimento das conferências vicentinas na França e mantê-las vinculadas aos ideais fundadores de Ozanam, criou-se, em 1835, o Manual da Sociedade

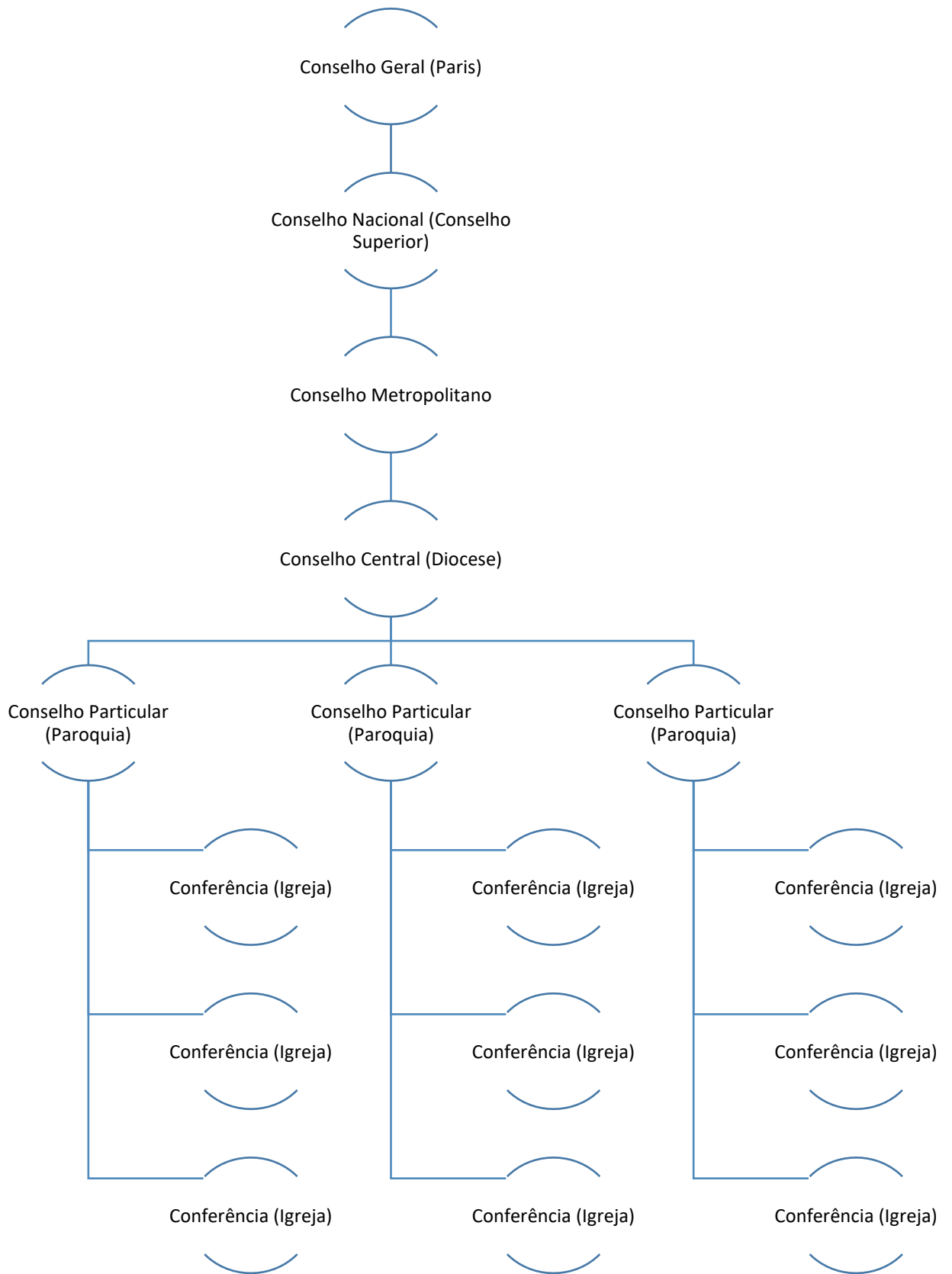
⁸² A Doutrina Social Católica nasce a partir da encíclica *Rerum Novarum* de 1891, assinada pelo Papa Leão XIII. A Doutrina Social Católica buscava uma "terceira via" mantida pela harmonia entre patrões e empregados. A Doutrina Social Católica inspirou a ação católica leiga, que se tornaria uma instituição católica em 1935. Voltaremos adiante.

São Vicente de Paulo que orientava as ações e as concepções teológicas da vida vicentina. Como explica Pinto (2017), o crescimento das conferências vicentinas e sua respectiva difusão para outras localidades além da França fez com que a SSVP buscasse elaborar uma estrutura organizacional hierárquica para a manutenção da unidade vicentina. Neste sentido, em 1850, os Conselhos Nacionais foram criados e

novas normas foram estipuladas para a centralização da administração: em 1856, foram criados os Conselhos Centrais, que supervisionaram os Conselhos Particulares. Os países de maior extensão territorial receberam autorização para a criação dos Conselhos Metropolitanos, que agruparam os Conselhos Centrais, com âmbito de atuação regional, como foi o caso dos EUA, Austrália e Brasil. O organograma da SSVP deveria de assemelhar ao eclesiástico (PINTO, 2017: p. 45).

Figura 1⁸³ - Organograma da estrutura da Sociedade São Vicente de Paulo

⁸³ O organograma foi constituído a partir do livro das Disposições Gerais do Manual da Sociedade São Vicente de Paulo (1950, p. 38 e 39) e das informações de Pinto (2017) e Chizoti (1991).



A expansão da SSVP pelo mundo começou a intensificar-se a partir da década de 1840. Unindo-se à hierarquia Católica, a SSVP iniciou seu processo de expansão pelo mundo ocidental, contando em “cada diocese, junto à Sede Episcopal com a criação de Conselhos particulares e conselhos provinciais [constituindo] em poderoso fator de propagação da SSVP pois eles se encarregavam de suscitar o surgimento de Conferências, nas mais remotas aldeias e mesmo no meio rural” (CHIZOTI, 1991: p. 68).⁸⁴ Como explica Ana Magno Pinto, a partir do ano 1844 as conferências vicentinas se difundiram por outros países europeus e das américas. Assim, foram implantadas conferências vicentinas “na Inglaterra em 1844, no México em 1845, no Brasil em 1872, entre outros. A expansão trouxe questões controversas como na Bélgica, onde se tentou criar um Conselho Geral próprio ou na Alemanha, em que se adotou o hábito de elegerem padres para presidentes das Conferências” (PINTO, 2017: p. 46). A primeira conferência vicentina fundada no território brasileiro data de 1872, quando foi inaugurada no Rio de Janeiro a Conferência de São José.⁸⁵ A difusão da SSVP no território nacional aconteceu de forma orgânica e imediata, pois, passados apenas dois anos da fundação da primeira conferência vicentina no Brasil no Rio de Janeiro, a SSVP fundou a Conferência de São José em São Paulo, em 24 de maio de 1874, (CHIZOTI, 1991: p. 118) e no ano seguinte, foi fundada em Minas Gerais, na cidade de São João Del-Rei a Conferência de Nossa Senhora do Pilar.

Segundo argumenta Chizoti, a atuação dos vicentinos no campo da assistência à pobreza transformou o *modus operandi* da caridade, uma vez que a presença dos vicentinos “foi o ponto dialético para o surgimento de novos modos de assistência à pobreza, que se fizeram sob o signo de conceito como por exemplo de ‘promoção humana’. (CHIZOTI, 1991: p. 5). No que concerne a doação das esmolas, os vicentinos produziram uma racionalização da caridade ao propor que as tradicionais esmolas aos desvalidos e necessitados passassem a ser doadas diretamente à SSVP para que, assim, a

⁸⁴ Vale ressaltar que de acordo com o regulamento vicentino a Sociedade não está subordinada à hierarquia eclesiástica, muito embora seja recomendável que os vicentinos atuem em conjunto com o clero. É recorrente na bibliografia especializada explicar o sucesso da difusão dos vicentinos no território nacional por conta de duas características intrínsecas a eles: primeiro, a sua organização em Conferências a partir das paróquias (CHIZOTI, 1991: p. 129); segundo, o apoio diocesano que ajudou a vinda e a dinamização da SSVP (CHIZOTI, 1991: p. 127). Como veremos a seguir, a SSVP corroborou para os projetos eclesiásticos ultramontanos e Neocristandade.

⁸⁵ De acordo com Rildo Bento de Souza (2010), “atualmente, a Sociedade São Vicente de Paulo está presente em 135 países, com um número aproximado de 500 mil membros. O Brasil é o maior país vicentino do mundo: são 20 mil Conferências, 1754 Conselhos Particulares, 272 Conselhos Centrais, 30 Conselhos Metropolitanos e 2 mil Obras Unidas, coordenados pelo Conselho Nacional do Brasil. (SOUZA, 2010: p. 32).

instituição realizasse a respectiva distribuição ofertada e recebida. Como explica Ana Pinto (2017), a SSVP exercia um modelo próprio de assistência caritativa que pretendia “adquirir a confiabilidade da população e conquistar a autoridade para orientar o comportamento social, como o abandono das práticas de caridade tradicionais em favor do modelo proposto pela SSVP” (PINTO, 2017: p. 168). Segundo a perspectiva vicentina da caridade, a SSVP seria capaz de assegurar que as esmolas fossem distribuídas entre aqueles verdadeiramente necessitados, os chamados “pobres merecedores”.

A ação caritativa foi o primeiro modo de prestar assistência aos novos pobres,⁸⁶ trabalhadores que se formavam por consequência das desigualdades socioeconômicas do processo de industrialização e da formação da mão de obra assalariada no Brasil. Como explica Chizoti,

a ação caritativa apresentava maiores vantagens e possibilidades para amenizar o problema da pobreza. Contando com recursos governamentais, dispondo de pessoal especializado, assentado sobre a experiência de muitos séculos, as instituições de caridade se fizeram o instrumento adequado para exercer uma função suplementar de assistência no mundo contemporâneo do qual ela adotava certos métodos de organização e funcionamento (CHIZOTI, 1991: p. 37).

⁸⁶ Há de se destacar que o conceito de pobre e de pobreza está vinculado a experiências intrínsecas ao tempo e ao espaço, de forma que estes conceitos estão em permanente mudança com as transformações dos tempos históricos e as variações espaciais. No recorte que nos interessa para realização deste texto, o final do século XIX e primeira metade do século XX, é possível perceber uma transformação conceitual dos significados e sentidos do “pobre”, bem como da concepção sobre “pobreza”. Ao longo do século XIX, era considerado como pobre aqueles homens que não possuíam propriedades (escravos) e necessitavam da caridade para sobreviver. Estes homens chamados de *desclassificados* sociais preenchiam uma importante função social dentro da sociedade setecentista. Eram responsáveis por composição de milícias, bandeireros, motins etc. Na virada do século XIX, dois eventos marcam a transformação da relação pobre e pobreza: com o fim da escravidão e o início da industrialização, a figura do pobre adquire um outro sentido, sendo o pobre nas sociedades contemporâneas os trabalhadores em processo de proletarização que, mesmo empregados, não conseguem sobreviver sem serem assistidos. A concepção sobre pobreza também sofreu transformações. Vista no século XIX como um princípio da desigualdade entre os homens, a pobreza no século XX é entendida como fruto da disparidade entre a esfera produtiva e a esfera acumulativa. Dentro desta percepção é que o Estado se torna o ente mediador a atuar a fim de superar as desigualdades sociais causadas por aqueles que controlam os meios de produção e aqueles que trabalham.

Os vicentinos organizaram uma ampla rede de caridade constituída pelos seus confrades e conferências.⁸⁷ As conferências, eminentemente masculinas⁸⁸, eram responsáveis por uma série de obras caritativas que visavam o socorro material como, por exemplo, a adoção de famílias pobres, a visita domiciliar e a criação de obras especiais⁸⁹ e o socorro espiritual ao “levar a fé católica ao pobre e reconduzi-lo a prática da religião.” (CHIZOTI, 1991: 88).

Para o financiamento das obras caritativas, a SSVP contou com uma teia de recolhimentos de finanças e esmolas. Durante as reuniões vicentinas os confrades eram incentivados a realizarem doações para a instituição. Há de se destacar também o papel das Damas de Caridade, a instância feminina da Sociedade, que tiveram uma enorme importância dentro da estrutura vicentina, atuando para conseguir as verbas necessárias para a realização das práticas caritativas. Estas mulheres, geralmente pertencentes às camadas de elite, usavam de sua influência e de seus convívios sociais para arrecadarem dinheiro em prol da realização das obras de caridade vicentinas⁹⁰. O valor arrecadado pelos seus confrades prestava-se a três funções primordiais: a primeira, ajudava a promover a auto sustentação da SSVP, a segunda contribuía com o auxílio aos socorros destinados aos pobres assistidos e a terceira garantiria a manutenção das obras vicentinas. De acordo com Chizoti, o financiamento da SSVP seguia-se também de uma forma

⁸⁷ Embora o regulamento vicentino tenha sido criado em 1835, sua estrutura organizativa foi complexificando gradualmente a partir de seu crescimento. Desta forma, com o aumento da Sociedade era também necessário criar novas instâncias hierárquicas para manutenção de sua unidade. Foi estabelecido que o Conselho Geral – instância mais alta da hierarquia vicentina – deveria ficar em Paris e seria responsável pela organização da Sociedade. Cada país em que houvesse a presença vicentina deveria organizar seu Conselho Superior, criado em 1850, deveria servir de ligação com o Conselho Geral – que no Brasil fica no Rio de Janeiro – e a que as demais instâncias estão subordinadas. Abaixo do Conselho Superior está o Conselho Metropolitano – responsável por controlar determinado número de Conselhos Centrais. Os Conselhos Centrais são os responsáveis pela organização dos Conselhos Particulares que, por sua vez, são responsáveis pela organização da base vicentina que são as Conferências vinculadas às dioceses, de forma que “o organograma dos Conselhos deveria coincidir com as estruturas das instituições eclesiais. O Conselho Particular coordenado as Conferências de uma paróquia ou cidade, o Conselho Central de uma diocese, o Conselho Metropolitano de uma Arquidiocese, o Conselho Superior de um país.” (CHIZOTI, 1991: p. 78).

⁸⁸ De acordo com Geraldo Chizoti, “as Conferências vicentinas se formaram dentro da comunidade católica masculina, por iniciativas do clero, de algum confrade ou dos Conselhos, que tinham entre seus encargos a tarefa de difundir a SSVP nas paróquias. As mulheres não participavam das conferências nessa época. Quando em 1887 se pensou na possibilidade dessa participação, teve origem uma associação exclusivamente feminina, as “Damas de Caridade” (CHIZOTI, 1991: p. 123).

⁸⁹ Há de se destacar que cada Conselho e Conferência tinha autonomia para realizar suas próprias obras caritativas. Como veremos a seguir, o Conselho Metropolitano de Belo Horizonte ampliou o leque de ações caritativas, construindo inclusive um bairro destinado aos pobres da cidade.

⁹⁰ VALENTE, Polyana Aparecida. Mulheres católicas em ação: caridade, saúde e divulgação de ciências em Belo Horizonte (1897-1936). Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Minas Gerais. [Tese]. Belo Horizonte, 2016.

hierárquica com cada Conferência e Conselho ajudando na manutenção financeira da instituição. Assim, “a décima parte da receita de cada órgão era repassada para o órgão imediatamente superior, das Conferências para o Conselho Particular, deste para o Conselho Central, assim até o Conselho Geral de Paris” (CHIZOTI, 1991: p. 135/136).

Outra importante fonte de recursos a dispor da SSVP para a manutenção de suas obras caritativas advinha do poder público através do repasse de verbas. Segundo Chizoti, as instituições leigas caritativas atuaram em complementaridade com o Estado e “em momentos de calamidade pública, a SSVP foi o instrumento de que se serviu o Estado para fazer chegar ao povo o socorro oficial. Nesses momentos, as Conferências vicentinas tiveram em mãos enormes verbas para distribuir, comprar alimentos e montar hospitais de campanha” (CHIZOTI, 1991: p. 136). Há de se destacar que durante o Governo Vargas as subvenções para instituições caritativas destinadas a prestação de algum tipo de auxílio foi institucionalizada através das Caixas de Subvenção. Através do Decreto 20.351, criado pelo governo Vargas em 1931, eram estabelecidos os dispositivos legais e constitucionais para financiamento estatal das instituições caritativas. As Caixas de Subvenção foram inicialmente vinculadas ao Ministério da Justiça e Negócio dos Interiores. Posteriormente, em março de 1932, passaram a ser subordinadas ao Ministério da Educação e da Saúde Pública (MES). Assim, dentre as diversas instituições privadas que recebiam frequentemente subvenções do MES para oferecerem assistência à população desassistida estava a SSVP. De acordo com Marcos Gonçalves, “a igreja [ou os grupos leigos-religiosos] ocuparia a lacuna entre grupos incorporados pela política trabalhista e previdenciária, e entre os grupos desprotegidos pela legislação [...], sabendo que esse lugar era propício não somente para o surgimento, mas para a expansão de suas instituições” (GONÇALVES, 2001: p. 331).

Outro pesquisador a dedicar-se em suas pesquisas a compreender a atuação caritativa realizada pelos vicentinos é Rildo de Souza. Elegendo como objeto de sua pesquisa um asilo criado no início do século XX na cidade de Goiás, o pesquisador nos ajuda a compreender como ocorreram as relações entre os poderes públicos - federal, estadual e municipal - e os vicentinos. As primeiras conferências vicentinas no estado de Goiás foram fundadas em 1885. Segundo demonstra o autor, a construção do asilo levou a uma verdadeira epopeia vicentina para angariar o apoio político e civil. Muito embora o projeto da construção do asilo tenha sido proposto em 1886, os primeiros tijolos começaram a ser assentados apenas 13 anos depois, em 1899, quando a cidade de Goiás passava por uma epidemia (SOUZA, 2010: p. 76). O autor afirma que a construção do

asilo representou o encontro do interesse político em evitar a propagação da epidemia com os interesses vicentinos de atuarem na caridade daqueles considerados como desvalidos.⁹¹ Assim, nas palavras do autor,

para além da economia financeira que, para a Sociedade São Vicente de Paulo, a construção do asilo representaria, este objetivo também evidencia a questão do asilamento desses indivíduos, ou seja, retirá-los das ruas, praças, becos e vilas, e alojá-los dentro do lugar, onde o discurso de caridade, esconde uma questão mal resolvida historicamente, qual seja, o problema dos mendigos, doentes, velhos, alienados mentais que punham em risco a salubridade da cidade de Goiás, assim como o seu status de capital da província (SOUZA, 2010: p. 49).

Embora tenham sido realizadas campanhas de arrecadação junto à sociedade civil, a principal verba destinada para a construção do asilo vicentino partiu do poder público.⁹² Em diálogo com as pesquisas recorrentes sobre o tema e aqui citadas, percebemos que a característica primordial da prestação da assistência e do socorro à saúde durante a primeira república e institucionalizada pelo Governo de Vargas foi o encontro e atuação em complementaridade dos poderes públicos junto às instituições caritativas leigas, dentre estas, destacam-se os vicentinos.

Inspirados no modelo de militância católica da Ação Católica e ressignificados dentro dos signos da Neocristandade, os vicentinos procuraram novas formas de inscrever a religião católica na sociedade. Percebemos, assim, que os vicentinos foram o grupo leigo que absorveu a agenda da assistência à saúde. Entendemos ser este grupo do laicato católico que melhor traduziu em prática a assistência à saúde e se dispôs a disputar os sentidos e as concepções da assistência nos anos 30 e 40, em um contexto histórico de remodelagem da assistência à saúde, tanto do ponto de vista ministerial, quanto do conceitual e pragmático.⁹³

Durante o recorte temporal que abrange esta pesquisa, qual seja, os anos de 1935 a 1946, o campo da assistência⁹⁴, sobretudo da assistência dedicada à saúde, estava em

⁹¹ Desvalidos são uma categoria analítica que abrange diversos tipos de pobres e de pobreza, mas que em algum momento necessitaram do amparo dos vicentinos. Pois, assim, poderiam ser desvalidos os pobres, os órfãos, os velhos, os loucos. A condição que os unem é a necessidade – ainda que momentânea – de recorrer à ajuda vicentina (SOUZA, 2010: p. 89 e 90).

⁹² Rildo de Souza faz a descrição destas verbas: “Francisco Azevedo, como se sabe, observou que foram gastos 39 contos de réis até o dia da inauguração do asilo, desse total, 14 contos foram provenientes das esmolas (entrando nesse quesito as rendas dos espetáculos e os leilões); o restante 25 contos, foi doado pelas três esferas do poder público, a União, o Estado e o Município” (SOUZA, 2010: p. 71).

⁹³ Ver em especial os capítulos 3 e 5.

⁹⁴ Compreendemos a assistência à saúde como um espaço em constante construção, uma arena em disputa que se molda em caráter daqueles agentes que disputam seus sentidos, significados, concepções, práticas.

construção e em disputa por diferentes agentes em torno do entendimento sobre a responsabilidade da prestação do serviço.⁹⁵ No contexto de inflexão promovido pela revolução varguista, o papel do Estado estava sendo remodelado. De acordo com uma ampla bibliografia, o estado varguista representa inserção do Brasil dentro dos limites dos Estados de Bem-estar social.⁹⁶ Com a proclamação da República em 1889 e a consequente separação entre a Igreja e o Estado, houve um afastamento da Igreja do poder central, obrigando a Igreja a buscar novos meios de inserir-se na vida política. Sob os signos da Neocrisandade, a Igreja católica brasileira buscou orientar-se em sentido às capilaridades do Estado, visando com isso a reaproximação dos poderes, e encontrou seu assento na assistência à saúde. Dentro do laicato católico, em conjunto com os médicos e os poderes públicos, os vicentinos foram o grupo leigo que absorveu a pauta da assistência à saúde e imprimiu a assistência à saúde em suas ações caritativas ofertadas àqueles desassistidos.

2.5 Os vicentinos em Belo Horizonte

À época da proclamação da República, Minas Gerais era um estado marcado pelo analfabetismo, baixa renda *per capita* e atraso na saúde pública, entretanto, por ter constituído uma forte elite agrária desde finais do Império, o estado desfrutava de certo protagonismo na vida política da primeira república. De acordo com Wirth (1982), Minas Gerais era o estado mais populoso da nação até 1920, quando foi ultrapassado por São Paulo. Segundo os dados coletados pelo censo do ano de 1900, Minas Gerais contava naquele ano com uma população um pouco superior a 3,5 milhões de habitantes, número que 40 anos depois chegaria a quase duplicar, com aproximadamente 6,8 milhões de habitantes,⁹⁷ que viviam principalmente nas zonas rurais ou em pequenas cidades, vilas e aldeias. (WIRTH, 1982: p. 40).⁹⁸ O desafio das elites mineiras estava na manutenção da

Entendemos que no ringue desta arena diversos agentes estão presentes –médicos, poderes públicos, Igreja, iniciativa privada – manuseando seus diversos interesses, e promovendo entraves, avanços, recuos e resistências,

⁹⁵Ver, em especial, o segundo capítulo.

⁹⁶ SANTOS, Wanderley Guilherme. Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1987; VIANNA, Luiz Werneck. Liberalismo e sindicato no Brasil. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.

⁹⁷ Dados retirados do Anuário Estatístico de Minas Gerais – Ano III de 1949, publicado em 1950 pelo Departamento Estadual de Estatística, disponível para pesquisa no Arquivo Público Mineiro.

⁹⁸ De acordo com o autor, a maior parte dos mineiros vivia isoladamente nos campos. “Em 1920, apenas 11% dos mineiros viviam em sedes de municípios e o restante na zona considerada rural. [...] E se as cidades com menos de 5.000 habitantes não forem levadas em conta, a população urbana cai para 5%. Em 1940, 25% da população viviam em cidades, mas 13% em centros urbanos com menos de 5.000 cidadãos [...]” (WIRTH, 1982: 63).

unidade territorial do estado, uma vez que, pela ausência de um centro gravitacional de forças políticas que atraíssem para o interior – solução encontrada com a construção da Capital no centro do estado –, se concentraram de forma espalhada pelo território mineiro. Contrapondo-se à planejada e moderna Belo Horizonte, o restante do estado mineiro – salvo algumas exceções como Zona da Mata e o Sul de Minas – era um vasto hospital com doenças assolando os campos e as cidades. De acordo com Wirth,

a doença e a morte ameaçavam todas as classes em Minas. No entanto, naquela sociedade dispersa e rural, poucos perceberam até que ponto as doenças eram endêmicas, o que só foi feito em 1912, quando as primeiras pesquisas médicas no interior foram conduzidas pelo Instituto Oswaldo Cruz. [...] As taxas de mortalidade infantil de 50% ou mais não eram consideradas atos de Deus, mas provenientes da malária e da disenteria intestinal. Resumindo, para parafrasear o famoso aforisma do Dr. Miguel Pereira: ‘Minas era um vasto hospital’. (WIRTH, 1982: p. 55).

Como explica Wirth, segundo o censo de 1920 existiam no estado mineiro ao menos 2.600 associações leigas caritativas, sendo que deste número um “pouco mais da metade era do tipo beneficente ou religioso tradicional, como sociedades de amparo médico e irmandades laicas. [...]” Estas associações estavam presentes em todo território do estado mineiro, mas mantinham-se preferencialmente concentradas nos polos de desenvolvimento econômico do estado, como em Belo Horizonte, que tinha 117, e em Juiz de Fora, que contava com 99 associações caritativas. Estes dois centros de desenvolvimento do estado continham “um terço das associações de profissionais e benefícios” (WIRTH, 1982: p. 135).⁹⁹

Como visto anteriormente, a chegada da Sociedade São Vicente de Paulo ao território mineiro aconteceu em 1875, quando foi fundada a primeira conferência do estado na cidade de São João Del-Rey. A difusão da instituição pelo estado foi quase instantânea, e a segunda Conferência foi fundada em março de 1879, na cidade do Turvo, sob a invocação de Nossa Senhora das Dores.¹⁰⁰ A terceira conferência fundada no estado foi na cidade de Entre Rios, pelo bispo de Mariana, D. Antônio Benevides, em agosto de 1880.¹⁰¹ O primeiro Conselho Particular criado em Minas Gerais foi o de Ouro Preto, fundado em março de 1895, enquanto que data de 1902 a fundação do primeiro Conselho

⁹⁹ Sobre a construção da assistência institucional em Minas Gerais, ver em especial o capítulo 4.

¹⁰⁰Documento: Poder Judiciário – 150 anos da SSVP. Pág.: 7. Caixa: 231. Pasta: Sociedade São Vicente de Paulo. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte.

¹⁰¹Documento: Poder Judiciário – 150 anos da SSVP. Pág.: 7. Caixa: 231. Pasta: Sociedade São Vicente de Paulo. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte.

Central de Minas Gerais, em Mariana, transferido em 1905 para Ouro Preto e elevado a Conselho Metropolitano em 1915.¹⁰² Em 1919, aconteceu a elevação do Conselho Central de Diamantina a Conselho Metropolitano, mesmo ano de fundação do Conselho Metropolitano de Belo Horizonte, e posteriormente foram criados os Conselhos Metropolitanos de Juiz de Fora, Uberaba e Pouso Alegre.¹⁰³ Como explica Marco Antônio de Souza (2004) em "1923, a SSVP contava em Minas Gerais com dois Conselhos Centrais Metropolitanos, um em Belo Horizonte e outro em Diamantina, dez Conselhos Diocesanos, cinquenta e três Conselhos Particulares e quinhentas Conferências agregadas pelo Conselho Geral, fora as não agregadas" (SOUZA, 2004: p. 45).¹⁰⁴ Nas atas vicentinas consultadas para a realização desta pesquisa, percebemos que em 1929 a instituição contava já com 347 Conferências pelo estado mineiro, distribuídas entre os Conselhos Centrais de Ouro Preto, Uberaba, Aterrado, Belo Horizonte e Pouso Alegre. Certamente trata-se de números inferiores à realidade da época, pois não levam em consideração as Conferências pertencentes aos Conselhos Centrais de Juiz de Fora e Diamantina¹⁰⁵, porém são reveladores o crescimento institucional e a criação de novos Conselhos Centrais.

Em Belo Horizonte, a fundação das conferências vicentinas mescla-se com o nascimento da própria cidade, pois, quando inaugurada a capital do estado em 1897, a cidade já contava com a Conferência Nossa Senhora da Boa Viagem, fundada em 15 de agosto daquele ano.¹⁰⁶ Passadas quase duas décadas, em 1919, foi fundado o Conselho Metropolitano de Belo Horizonte,¹⁰⁷ momento no qual a SSVP possuía nove Conferências

¹⁰²Documento: Poder Judiciário – 150 anos da SSVP. Pág.: 7. Caixa: 231. Pasta: Sociedade São Vicente de Paulo. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte.

¹⁰³ Documento: Poder Judiciário – 150 anos da SSVP. Pág.: 8. Caixa: 231. Pasta: Sociedade São Vicente de Paulo. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte.

¹⁰⁴Outros números são trazidos pelo autor. De acordo com Souza, em 1920, pelo menos dezesseis Conferências pertencentes a dois Conselhos Particulares - o de Boa Viagem e o de São José -, formavam a rede assistencial vicentina em Belo Horizonte. Os Conselhos Particulares eram subordinados ao Conselho Central. Para mais, ver SOUZA, 2004, pág. 64 e 65.

¹⁰⁵ Livro de Ata de 1927-1937. Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo - Belo Horizonte.

¹⁰⁶ Documento: Cidade Ozanam – Histórico da Sociedade São Vicente de Paulo. Pág. 1. Caixa: 231. Pasta: Sociedade São Vicente de Paulo. Sub-divisão: Cidade Ozanam. Pág. 5 [Documento não datado]. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte.

¹⁰⁷ A diretoria foi formada por Joaquim Furtado de Menezes, como presidente; José de Melo Aluim, como vice-presidente; Durval Castro Leite, como secretário; e Francisco Borges Martins, como tesoureiro. Documento: Cidade Ozanam – Histórico da Sociedade São Vicente de Paulo. Pág. 3. Caixa: 231. Pasta: Sociedade São Vicente de Paulo. Sub-divisão: Cidade Ozanam. [Documento não datado]. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte.

e um Conselho particular na capital.¹⁰⁸ Segundo consta na ata da reunião vicentina ocorrida em 22 de fevereiro de 1931¹⁰⁹, o Conselho Metropolitano da SSVP de Belo Horizonte “resolveu modificar a organização dos Conselhos Particulares.”¹¹⁰ Ao que tudo indica, a reorganização interna dos Conselhos Particulares e das Conferências vicentinas realizada pelo Conselho Metropolitano no início da década de 1930 foi o prenúncio da ramificação da SSVP pela cidade, que acentuava sua expansão territorial para novas áreas suburbanas, em especial zona a nordeste.

Como se pode acompanhar pelas tabelas 1.2 e 1.3, a década de 1930 foi um momento de maior expansão dos Conselhos e Conferências vicentinas pela capital. Assim, até a década de 1930, existiam em Belo Horizonte apenas 5 Conselhos Particulares e 50 Conferências. Durante a década de 1930 houve um crescimento vertiginoso da SSVP na capital, que passou de 5 Conselhos Particulares para 16, representando um aumento percentual de 220% e, no que se refere às Conferências vicentinas, eram 50 até 1930 e durante a década de 1930 passaram a ser 121, representando um aumento de 142% no número total.

Tabela 1.2 – Tabela referente a quantidade de Conselho Particular em ordem cronológica por ano de fundação e de instituição¹¹¹

Conselho Particular	Fundação	Instituição
1 – Nossa Senhora da Boa Viagem	19/07/1901	03/02/1903
2 – São José	26/11/1919	16/02/1920
3- Santa Efigênia	08/03/1925	18/05/1925
4- São Sebastião	19/05/1925	27/07/1925
5- Nossa Senhora da Conceição	08/04/1929	27/04/1929
6- Nossa Senhora das Dôres	19/03/1931	09/11/1931
7- São Francisco das Chagas	29/03/1931	09/11/1931
8- Nossa Senhora de Lourdes	15/04/1931	18/04/1932
9- São José do Calafate	19/4/1931	09/11/1931

¹⁰⁸ Documento: Cidade Ozanam – Histórico da Sociedade São Vicente de Paulo. Pág. 6 a 10. Caixa: 231. Pasta: Sociedade São Vicente de Paulo. Sub-divisão: Cidade Ozanam. [Documento não datado]. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte.

¹⁰⁹ Livro de Ata de 1927-1937. Pág.: 61-64. Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo - Belo Horizonte.

¹¹⁰ Livro de Ata de 1927-1937. Pág.: 61-64. Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo - Belo Horizonte.

¹¹¹ Documento: Cidade Ozanam – Histórico da Sociedade São Vicente de Paulo. Pág. 1. Caixa: 231. Pasta: Sociedade São Vicente de Paulo. Sub-divisão: Cidade Ozanam. [Documento não datado]. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte.

10 – Santa Tereza	27/12/1931	14/03/1932
11- Nossa Senhora da Abadia	17/01/1932	18/04/1932
12 – Nossa Senhora da Paz da Cachoeirinha	08/12/1932	06/03/1939
13 – Nossa Senhora das Graças	26/04/1936	13/06/1938
14 – Sant’Ana	15/08/1937	18/10/1937
15 – Venda Nova	21/08/1938	16/01/1939
16- Várzea do Felicíssimo	11/09/1938	16/01/1939
17 – Santo Antônio	8/12/1942	[não consta]
18-Conceição de Itaguá	19/07/1943	[não consta]
19 – Caetano José	29/04/1945	[não consta]
20- São José Macaúbas	19/07/1950	[não consta]
21- Parreiras do Pindaré	18/12/1951	[não consta]
22-Bom Pastor	24/08/1952	[não consta]

Tabela 1.3 – Tabela referente a quantidade de Conferência em ordem cronológica por ano de fundação e de instituição¹¹²

Conferência	Fundação	Agregação
1 – Nossa Senhora da Boa Viagem	05/09/1897	25/07/1898
2- São José	19/07/1901	03/02/1902
3- Sant’Ana	17/09/1907	06/04/1908
4- Sagrado Coração de Jesus	01/12/1907	06/04/1908
5- Nossa Senhora da Conceição	29/06/1912	14/03/1913
6- São Geraldo	03/11/1912	14/04/1913
7 – São Antônio	05/02/1913	22/12/1913
8- São Tiago	06/01/1913	22/12/1915
9- São Sebastião	04/06/1916	22/10/1917
10- Nossa Senhora de Lourdes	08/08/1917	22/04/1918
11- Nossa Senhora do Perpétuo Socorro	23/09/1917	22/04/1918
12- Nossa Senhora do Santíssimo Sacramento	27/09/1917	04/11/1918
13- Santa Efigênia	22/06/1918	27/01/1919
14 – São José do Ribeirão da Onça	28/11/1918	17/02/1930
15- São Francisco de Paulo	23/05/1919	24/01/1921
16- Santo Antônio de Jatobá	12/08/1919	09/08/1920
17- São Domingos	12/08/1919	09/08/1920
18- Santo Agostinho	14/09/1919	01/08/1920
19- Santa Cruz	03/05/1920	24/01/1929
20- Santa Joana d’Arc	06/06/1920	27/12/1926
21- São Francisco de Assis	14/04/1921	28/11/1921

¹¹² Documento: Cidade Ozanam – Histórico da Sociedade São Vicente de Paulo. Pág. 1. Caixa: 231. Pasta: Sociedade São Vicente de Paulo. Sub-divisão: Cidade Ozanam. [Documento não datado]. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte.

22- Santo Agostinho	14/09/1921	20/03/1922
23- Santo Antônio (Venda Nova)	30/09/1923	18/12/1926
24- São Tomás de Aquino	10/02/1924	26/01/1925
25- Sagrado Coração de Jesus de Marzagão	28/06/1925	28/12/1925
26- São Paulo	07/11/1926	03/10/1927
27- Santa Terezinha	28/11/1926	05/09/1927
28- São Pedro de Alcântara	29/04/1927	03/10/1922
29- Sant'Ana de Areas	12/11/1927	17/04/1939
30- Menino Jesus (Aspirantes)	01/01/1928	03/02/1930
31- Santo Estanislau Koatka	08/01/1928	19/11/1928
32- São João Berkman	25/01/1928	30/03/1932
33- Santos Anjos da Guarda	15/04/1928	08/04/1929
34- Nossa Senhora das Dôres	15/04/1928	08/04/1929
35- São Roberto	18/07/1928	08/04/1929
36- Santa Tereza	05/08/1928	01/01/1932
37- Nossa Senhora do Brasil	12/08/1928	08/04/1929
38- Nossa Senhora da Piedade	12/08/1928	22/09/1930
39- Divino Salvador	11/11/1928	19/09/1929
40- São Miguel	24/06/1929	05/08/1929
41 – Nossa Senhora do Carmo	10/11/1929	22/09/1930
42- São Miguel	24/06/1929	05/08/1929
43- São Rafael	10/11/1929	14/03/1930
44- Nossa Senhora do Carmo	10/11/1929	22/09/1930
45- Santa Lúcia	17/11/1929	03/11/1930
46- Nossa Senhora da Piedade	01/12/1929	04/05/1931
47- Jesus Operário	15/12/1929	18/01/1932
48- Santa Rosa de Lima	15/12/1929	09/11/1931
49- São Joaquim	18/12/1929	21/07/1930
50- São João de Deus	29/12/1929	30/03/1931
51- Nosso Senhor Bom Jesus	23/02/1930	22/09/1931
52- Santo André	09/03/1930	06/03/1933
53- São Gabriel	18/05/1930	27/04/1936
54- São Luiz Gonzaga	15/06/1930	27/04/1936
55- São Bernardo	19/10/1930	04/05/1931
56- Verbo Divino (Aspirante)	25/12/1930	18/04/1932
57- São Roque	01/01/1931	02/03/1936
58- São João Batista	17/01/1931	(não consta)
59- Nossa Senhora do Rosário	25/01/1931	23/03/1932
60- São Benedito	03/03/1931	(não consta)
61- Nossa Senhora Aparecida	29/03/1931	09/11/1931
62- São Francisco das Chagas	01/04/1931	18/04/1932
63- Bom Pastor	12/04/1931	(não consta)
64- Santo Elias	12/04/1931	09/11/1931
65- Nossa Senhora das Graças	19/04/1931	(não consta)

66- Nossa Senhora da Paz	03/05/1931	23/11/1932
67- Nossa Senhora da Abadia	17/05/1931	09/11/1931
68- Nossa Senhora da Glória	05/07/1931	17/10/1932
69- São Martinho	16/08/1931	(não consta)
70- São Bárulo	27/09/1931	18/04/1932
71- São Pancrácio	27/09/1931	18/04/1932
72- Santos Inocentes	27/09/1931	18/04/1932
73- Nossa Senhora das Mercês	08/11/1931	18/04/1932
74- São João Evangelista	08/11/1931	17/02/1936
75- São Vicente Ferrer	06/12/1931	17/10/1932
76- São Pedro Apóstolo	20/12/1931	17/10/1932
77- São Sebastião (General Carneiro)	14/02/1932	06/03/1933
78- São Lucas	29/02/1932	18/07/1932
79- Santa Edwiges	13/03/1932	14/10/1935
80- Santo Alberto	26/06/1932	15/01/1934
81- Divino Espírito Santo	28/06/1932	18/11/1935
82- Santo Inácio Loyola (Aspirantes)	18/12/1932	13/09/1933
83- Santos Reis Magos	25/12/1932	13/09/1933
84- São Geraldo (Campanha)	15/01/1933	16/10/1933
85- Nossa Senhora Auxiliadora	14/05/1933	18/06/1934
86- Santíssima Trindade	11/06/1933	18/11/1935
87- São João Maria Vianney	13/08/1933	14/10/1931
88- Santa Rita de Cássia	13/08/1933	09/04/1934
89- São Mateus	19/08/1933	09/04/1934
90- Imaculado Coração de Maria	22/08/1933	09/04/1934
91- Santo Antônio de Pádua	11/09/1933	18/06/1934
92- São Francisco Xavier	03/12/1933	(não consta)
93- São Lázaro	08/12/1933	17/02/1936
94- Cristo Rei	26/01/1934	09/12/1934
95- Santa Cecília	18/02/1934	08/07/1935
96- São Marcos	11/03/1934	13/05/1935
97- São Guido	80/04/1934	18/10/1937
98- São João Bosco	11/05/1934	13/05/1935
99- Santa Isabel da Hungria	30/08/1934	11/08/1935
100- São Conrado	18/12/1934	15/03/1937
101- Santa Clara	06/01/1935	18/10/1937
102- Nossa Senhora das Graças (Concórdia)	13/01/1935	08/07/1935
103- Jesus Eucarístico	15/01/1935	16/12/1935
104- Nossa Senhora da Consolação	26/02/1935	18/11/1937
105- Nossa Senhora do Rosário (Barreiro)	27/02/1935	02/03/1936
106- Luíza de Marillac	10/04/1935	02/03/1936
107- São José Operário	19/04/1935	05/04/1935
108- Santa Filomena	21/04/1935	02/03/1936
109- Jesus Resuscitado	12/05/1935	12/03/1936

110- Nossa Senhora da Soledade	27/06/1935	17/02/1936
111- São José (Venda Nova)	30/06/1935	01/03/1932
112- Nossa Senhora da Boa Morte	28/07/1935	29/06/1930
113- Beato João	23/08/1935	18/10/1937
114- São Tomás de Vila Nova	3/11/1935	14/03/1938
115- São Nicolau Tolentino	26/01/1936	31/05/1938
116- Santo Eliseu	02/02/1936	14/06/1937
117- Sagrado Coração de Jesus (Venda Nova)	22/03/1936	11/04/1938
118- Santa Infância	03/05/1936	23/08/1937
119- São Maurício	02/07/1936	18/10/1937
120- São Francisco de Sales	1936	(não consta)
121- São José de Cottolengo	07/02/1937	14/03/1938

Dentre as atribuições do Conselho Metropolitano, constava as de realizar os retiros espirituais anuais, dirigir o serviço de estatística, presidir as festas regulares, além de manter sob sua custódia uma série de *obras especiais* e ações caritativas.¹¹³ No que se refere aos serviços caritativos ofertados pela SSVP, estes se orientavam sobretudo por dois meios: através da adoção da família necessitada e pelas chamadas *obras especiais* que, como explica Pinto (2017), eram criadas à medida que as conferências se expandiam e tinham como finalidade complementar a ação caritativa ofertada pela SSVP. Estas *obras especiais* se moldavam e se adaptavam de acordo com as demandas locais e podiam ser organizadas por alguma conferência. As *obras especiais* podiam ser tanto permanentes quanto temporárias e seu financiamento poderia ocorrer mediante parcerias entre as conferências e os conselhos vicentinos (PINTO, 2017: p. 70). Quanto às *obras especiais* que foram ofertadas pelo Conselho Metropolitano de Belo Horizonte, entre os anos de 1935-1946, estas eram compostas pelas: *Lar dos Pobres*¹¹⁴, *Cidade Ozanam*¹¹⁵, *Fundação*

¹¹³ Documento: Cidade Ozanam – Histórico da Sociedade São Vicente de Paulo. Pág.: 4. Caixa: 231. Pasta: Sociedade São Vicente de Paulo. Sub-divisão: Cidade Ozanam. [Documento não datado]. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte.

¹¹⁴ Fundada em 9 de novembro de 1927, tinha o objetivo de “dar um teto ao pobre seja auxiliando ao fornecimento de material de construção quando o necessitado dispõe de terreno, seja residindo em casa pertencente à Sociedade. Para a manutenção desta obra, o Conselho Metropolitano foi angariado pela doação de benfeitores vicentinos que destinavam donativos em seus testamentos para a continuidade da obra especial e a doação de 34 lotes “na Vila Concórdia [...] e Cr. \$50.000,00, em dinheiro” por parte da prefeitura de Belo Horizonte. Documento: Cidade Ozanam – Histórico da Sociedade São Vicente de Paulo. Pág.: 11. Caixa: 231. Pasta: Sociedade São Vicente de Paulo. Sub-divisão: Cidade Ozanam. [Documento não datado]. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte.

¹¹⁵ Fundada em 1938, foi descrita como sendo uma obra “assistencial que tem finalidade essencialmente educativa, pois, visa à recuperação física, moral e profissional de todos aqueles que ampara.” Documento: Cidade Ozanam – Histórico da Sociedade São Vicente de Paulo. Pág.: 13. Caixa: 231. Pasta: Sociedade

*Furtado de Menezes*¹¹⁶, *Creche e Lactário Menino Jesus*¹¹⁷, *Hospital de Nossa Senhora de Lourdes*¹¹⁸, *Obra das Vocações*¹¹⁹, *Retiros Reclusos*¹²⁰, *Corporações Profissionais*¹²¹, *Departamento Jurídico*¹²², *Hospital São Francisco de Assis*¹²³ e *a Caixa Dom Silvério*¹²⁴.

No geral, estas obras foram financiadas mediante o recolhimento de doações ofertadas pelos confrades vicentinos e pelas constantes subvenções que o Conselho Metropolitano recebia dos poderes públicos. Uma outra importante fonte de arrecadação de fundos para manutenção das *obras especiais* era protagonizada pela Damas de Caridade, que

São Vicente de Paulo. Sub-divisão: Cidade Ozanam. [Documento não datado]. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte. No capítulo 5 retomamos a obra da Cidade Ozanam para compreender a atuação dos médicos católicos.

¹¹⁶ Tinha como o objetivo “erradicar a mendicância das ruas da Capital, recolhendo o mendigo idoso em abrigos e procurando recuperar para o trabalho aqueles cujas condições físicas o permitirem.” Documento: Cidade Ozanam – Histórico da Sociedade São Vicente de Paulo. Pág.: 16. Caixa: 231. Pasta: Sociedade São Vicente de Paulo. Sub-divisão: Cidade Ozanam. [Documento não datado]. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte.

¹¹⁷ Documento: Cidade Ozanam – Histórico da Sociedade São Vicente de Paulo. Pág.: 20. Caixa: 231. Pasta: Sociedade São Vicente de Paulo. Sub-divisão: Cidade Ozanam. [Documento não datado]. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte.

¹¹⁸ O Hospital foi fundado pela Associação Nossa Senhora de Lourdes de Nova Lima, e dadas as impossibilidades de manutenção pela Associação, passou a pertencer à Cúria Metropolitana. O então arcebispo de Belo Horizonte, Dom Cabral, realizou a transferência deste Hospital à SSVP. Ver mais capítulo 5. Documento: Cidade Ozanam – Histórico da Sociedade São Vicente de Paulo. Pág.: 20. Caixa: 231. Pasta: Sociedade São Vicente de Paulo. Sub-divisão: Cidade Ozanam. [Documento não datado]. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte.

¹¹⁹ Fundada em 1927, “vem prestando valioso serviços à causa da formação do nosso clero, contribuindo financeiramente para a manutenção de alunos nos diversos seminários da arquidiocese.” Documento: Cidade Ozanam – Histórico da Sociedade São Vicente de Paulo. Pág.: 20. Caixa: 231. Pasta: Sociedade São Vicente de Paulo. Sub-divisão: Cidade Ozanam. [Documento não datado]. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte.

¹²⁰ Documento: Cidade Ozanam – Histórico da Sociedade São Vicente de Paulo. Pág.: 21. Caixa: 231. Pasta: Sociedade São Vicente de Paulo. Sub-divisão: Cidade Ozanam. [Documento não datado]. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte.

¹²¹ As corporações profissionais foram fundadas em 1935 e compõem o conjunto de *obras especiais* ofertadas e sob custódia do Conselho Metropolitano. As corporações de ofícios representam o objeto de análise desta tese. Documento: Cidade Ozanam – Histórico da Sociedade São Vicente de Paulo. Pág.: 22. Caixa: 231. Pasta: Sociedade São Vicente de Paulo. Sub-divisão: Cidade Ozanam. [Documento não datado]. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte.

¹²² Como descrito, o departamento jurídico tem triplíce finalidade: “prestar assistência jurídica aos socorridos pela Sociedade São Vicente de Paulo; manter serviço especializado de proteção aos menores abandonados; prestar assistência jurídica aos casos de interesse direto da Sociedade São Vicente de Paulo”. Documento: Cidade Ozanam – Histórico da Sociedade São Vicente de Paulo. Pág.: 23. Caixa: 231. Pasta: Sociedade São Vicente de Paulo. Sub-divisão: Cidade Ozanam. [Documento não datado]. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte.

¹²³ “Criado e dirigido pela Corporação dos Médicos Católicos, vem prestando relevantes serviços à pobreza da Capital desde 1936.” Documento: Cidade Ozanam – Histórico da Sociedade São Vicente de Paulo. Pág.: 24. Caixa: 231. Pasta: Sociedade São Vicente de Paulo. Sub-divisão: Cidade Ozanam. [Documento não datado]. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte.

¹²⁴ “Organizada em 8 de dezembro de 1929, como um preito de homenagem ao cinquentenário da ordenação sacerdotal de Pio XX. Tem como razão de ser a manutenção, em Seminários, de filhos de confrades desprovidos de recursos. Documento: Cidade Ozanam – Histórico da Sociedade São Vicente de Paulo. Pág.: 26. Caixa: 231. Pasta: Sociedade São Vicente de Paulo. Sub-divisão: Cidade Ozanam. [Documento não datado]. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte.

realizavam diversas ações, como campanhas de arrecadação de esmolas, de alimentos, roupas, bingo, rifas, a fim de arrecadar e destinar recursos à manutenção das *obras especiais*¹²⁵.

Entrementes a disposição em realizar as *obras especiais*, o Conselho Metropolitano também organizava um amplo serviço médico caritativo. A disposição vicentina em atuar na assistência à saúde era preconizada pelo próprio Manual vicentino que, embora afirmasse ser a visita à família pobre a principal ação caritativa ofertada pela Sociedade, levava também em consideração a prática de outras ações caritativas tais como “a consolação aos doentes e aos encarcerados, de instruir os meninos pobres, desamparados ou presos, de acudir com os socorros da religião aos que deles precisam na hora da morte.”¹²⁶ Muito embora as práticas assistenciais médicas ofertadas pelo Conselho Metropolitano apoiassem na tradição vicentina em assistir os enfermos, não nos parece correto perceber que a disposição do Conselho Metropolitano de Belo Horizonte em atuar na assistência à saúde se justificasse exclusivamente pelas normas do Manual vicentino.

Quando inaugurada em 1897, Belo Horizonte representava uma capital moderna, de traçados inspirados no positivismo, simbolizando as expectativas de uma cidade que não convivesse com a pobreza e a doença.¹²⁷ Entretanto a modernidade dos traçados, praças e ruas planejadas não refletia a saúde de sua população. Como explica Writh (1982), a cidade que nascera do antigo Arraial Curral Del-Rey carregava a pejorativa alcunha de “Papudópolis, em homenagem aos caboclos bulbíferos que lá viviam quando começou a construção da nova cidade” (WRITH, 1982: p. 55). Passada a inauguração da Capital, as décadas posteriores se caracterizaram por produzir um contraditório e excludente processo de desenvolvimento urbano e econômico que potencializou as desigualdades sociourbanas e aumentou consideravelmente a população desassistida da capital.¹²⁸ Contudo, o desenvolvimento urbano da capital foi acompanhado pela ramificação das conferências vicentinas e pela assimilação de novas *obras especiais* ofertadas pelo Conselho Metropolitano, que tinham, em especial, a assistência à saúde dos pobres, como eram, as obras da Creche e Lactário Menino Jesus, Cidade Ozanam, Corporação dos Médicos Católicos e o Hospital São Francisco de Assis.

¹²⁵ VALENTE, *op. cit.* 2016

¹²⁶ Manual da Sociedade de São Vicente de Paulo, 1950, p. 34.

¹²⁷ Ver capítulos 3 e 5.

¹²⁸ Ver capítulo 5.

Para o desenvolvimento das obras caritativas, o Conselho Metropolitano firmou parcerias com a prefeitura de Belo Horizonte, que representou a doação de diversos terrenos, em especial na Vila Operária da Concórdia, para que a instituição pudesse construir uma rede de assistências composta por moradias, creche, escola, Igreja e um hospital. A atuação na caridade e, principalmente, na assistência à saúde fez com que a instituição vicentina angariasse uma série de terrenos e subvenções doadas pelos poderes públicos, aumentando consideravelmente o patrimônio da SSVP de Belo Horizonte.

A presença de médicos entre os membros do Conselho Metropolitano também foi importante fator que favoreceu a atuação dos vicentinos na agenda da saúde. Antes da fundação da conferência vicentina Luiza de Marillac – conferência composta apenas por médicos – e da fundação da Corporação dos Médicos Católicos, ambos em 1935, o Conselho Metropolitano registrava, entre seus membros mais ativos, os médicos Olinto Orsini e Roberto Almeida Cunha. Ambos eram professores da Faculdade de Medicina de Belo Horizonte e tiveram uma importante atuação tanto dentro da militância leiga católica quanto na realização das obras de assistência médica ofertadas pelo Conselho Metropolitano, em especial a Obra Assistência aos Mendigos.¹²⁹

A criação da CMC em 1935 e atuação dos vicentinos no campo da saúde e da assistência refletiam um contexto da formação da agenda social católica, na qual a Igreja buscava ascender dentro das capilaridades do Estado e incentivava que seus grupos leigos procurassem agir na sociedade. Os vicentinos absorveram a agenda católica social com especial destaque e se tornaram principal grupo leigo a atuar no campo da saúde e da assistência. Como lembra Ana Pinto, os valores em torno da saúde e educação foram se alterando ao longo das primeiras décadas do século XX e sendo assimilados como pilares para o desenvolvimento da modernidade, das cidades e da nação (PINTO, 2017: p. 54).

A disposição dos Conselhos e Conferências vicentinas em atuar na assistência à saúde certamente refletem as tradições dos vicentinos, entretanto não só. O contexto social de favorecimento da saúde e expansão das políticas de saúde, as transformações sociais que a medicina vivia, o caminho de militância católica pela Ação Católica, o modelo de complementaridade entre as instituições caritativas e o estado na prestação da assistência à saúde, as necessidades impostas para o desenvolvimento do capitalismo em socorrer o pobre trabalhador, as parcerias formadas pela instituição com os poderes locais

¹²⁹ Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo. Documento: Livro de Atas de Assistência aos Mendigos (1926).

e a presença de médicos dentro dos quadros vicentinos eram facilitadores para que a instituição atuasse no campo da saúde e da assistência médica.

Capítulo 3 - A corporação de médicos católicos e o associativismo profissional em Belo Horizonte:

Na experiência do nosso ministério temos em verdade verificado quanto o médico das almas possa facilitar a obra do médico de corpos; e quanto vice-versa possa o médico dos corpos ser outrossim médicos das almas; não indiretamente pelo exercício honesto de sua profissão, mas ainda diretamente. Lembramos-nos, com profunda gratidão, de tais médicos encontrados ao pé do leito dos enfermos que foram verdadeiros precursores do sacerdote na cura das almas. E compreende-se como um médico que queira curar o <<homem>>, e não só o <<corpo humano>>, deva ocupar-se em seus estudos também dos problemas espirituais; pois que são freqüentes no campo médico homens de cultura perfeita, também no terreno dos fenômenos espirituais¹³⁰

3.1 Apresentação:

O capítulo que se inicia segue a um dos objetivos centrais desta tese: compreender a formação da Corporação de Médicos Católicos (CMC) de Belo Horizonte e as características do associativismo leigo. Dito isto, é necessário olhar o contexto histórico do surgimento da CMC para que possamos balizar a sua criação como fruto do encontro entre as transformações técnicas e epistemológicas pelas quais a ciência médica passava, as transformações e a criação de novas instituições dedicadas à assistência à saúde em Belo Horizonte e o incentivo à organização em corporações de ofício por parte da militância católica. Assim, compreendemos que a formação da CMC se deu em um contexto bastante peculiar do catolicismo militante, no encontro com a luta dos médicos em suas respectivas inserções no mercado de trabalho, pela regulamentação profissional e pela detenção do monopólio dos serviços no mercado das práticas de curativas. Entendemos, desta forma, que o fenômeno do associativismo católico configurou-se como um espaço de fortalecimento dos laços profissionais e possibilitou a construção de redes de sociabilidade para que os médicos, recém-diplomados e em busca de inserção

¹³⁰ Discurso proferido pelo Papa Pio XI, em 8 de setembro de 1924, na Argentina, na ocasião de um encontro com uma peregrinação de médicos católicos. O Papa Pio XI foi grande incentivador da militância católica através das corporações leigas, e, sobretudo, das corporações leigas médicas. Este discurso encontra-se transcrito por MARQUES, Rita de Cássia. *op.ci.* 2011; pág.: 124.

no mercado de trabalho, pudessem atuar e defender os interesses profissionais e promover sua entrada no mercado de trabalho.

A despeito da ampla ocorrência de corporações de médicos católicos, tanto nacionais quanto internacionais, a historiografia, de um modo geral, e sobretudo a historiografia especializada sobre a história das profissões e da assistência, não tem cedido ao tema a relevância que merece. São poucos os trabalhos internacionais que tratam sobre os médicos católicos, e menos ainda os trabalhos nacionais que falam sobre os médicos católicos que atuaram no Brasil, tenha sido na prestação da assistência caritativa ou como uma Corporação que atuou tanto na militância profissional médica quanto devocional. Assim, este trabalho espera iniciar de alguma forma um debate acerca das corporações profissionais católicas tirando-as do imerecido silêncio e esquecimento, trazendo para estas páginas as vozes, as ações, as concepções e as práticas dos médicos que atuaram na prestação da assistência aos desvalidos no Brasil, especificamente em Belo Horizonte, e representaram uma Corporação organizada sob dois aspectos: a defesa dos interesses profissionais em Belo Horizonte e dos princípios do catolicismo.

Desta forma, percebemos que as corporações profissionais católicas criadas no âmbito da Ação Católica orientaram-se, sobretudo, pelos valores técnico-científicos. É sabido que a CMC teve um destacado papel na prestação da assistência à saúde aos trabalhadores de Belo Horizonte. A atuação dos médicos da CMC realizou-se pela criação do Hospital São Francisco de Assis, fundado em 1937, no bairro da Concórdia, concomitante às transformações sociourbanas pelas quais a capital do estado mineiro passava. Este hospital foi o segundo criado em Belo Horizonte e tinha como função agrupar os Médicos da Corporação para assistir os pobres por meio da prática da caridade.

Porém, para além da assistência caritativa ofertada pelos médicos da CMC, temos em mente, ao escrever este capítulo, a atuação dos médicos fundadores na militância profissional médica. A década de 1930 é um momento de profunda inflexão na profissão médica. Os consideráveis avanços científicos e tecnológicos, o aumento do grau de especialidade e o crescente desenvolvimento epistemológico da medicina a partir do final do século XIX promoveram uma revolução interna no modo de ser médico. E, simultaneamente a este processo, uma série de transformações externas em torno da profissão médica foi sendo promovida pelos agentes dos poderes públicos no Brasil. Assim, a partir da década de 30, uma série de regulamentações dos ofícios da saúde foram sendo paulatinamente editados. As regulamentações e as transformações no mundo do

trabalho médico tiveram bastante impacto para a consolidação do monopólio sobre as práticas de cura e na forma como os médicos encaravam e praticavam seus ofícios. Os médicos da CMC vivenciaram todas estas transformações internas e externas.

Mais do que apenas se organizarem em um grupo confessional e profissional para, a seu modo, inscreverem a medicina na vida social e promoverem a assistência médica às classes trabalhadores, os médicos da CMC estiveram também presentes no Sindicato Médico de Minas Gerais, ocupando posições de lideranças sindicais e participando ativamente da militância profissional. Ao se organizarem em uma corporação profissional, os médicos fundadores da CMC participaram do processo de inserção da profissão médica na vida social – criando e editando jornais destinados ao público leigo ou realizando uma prática médica estruturada em três pilares: científico, caritativo e pedagógico.

Ao que se refere à atuação profissional exercida pelos médicos da CMC, podemos perceber ser comum a todos os membros do grupo o fato de manterem clínica médica privada em consultórios. Do mesmo modo, será possível traçar outras semelhanças dentro do grupo de médicos fundadores da CMC, como, por exemplo, todos são do sexo masculino, jovens e com idades muito aproximadas, estudaram na mesma instituição de ensino e quase no mesmo período – não sendo superior a 3 anos a diferença entre o ingresso e a saída do ensino superior entre eles, ou seja, foram, no geral, colegas de sala ou frequentaram simultaneamente os mesmos corredores da Universidade de Minas Gerais (UMG); todos se dedicaram à especialidade médica – um caminho ainda em construção nos anos 30 –, o grupo foi composto majoritariamente de médicos não nascidos em Belo Horizonte, sendo que a maioria deles se mudou para Belo Horizonte para desenvolver seus estudos durante a graduação, e, ao procurarem anunciar seus serviços clínicos nos periódicos de Belo Horizonte, deram preferência a realizar tais anúncios no jornal católico *O Diário*, que circulava em Belo Horizonte e continha em suas páginas uma sessão destinada a “anúncios profissionais”. Diferenças também serão percebidas entre os médicos membros e fundadores da CMC, como por exemplo, referentes aos modos de exercer a profissão: enquanto a totalidade dos médicos da Corporação se dedicou ao atendimento clínico¹³¹, um número mais reduzido de

¹³¹ São variados os serviços ofertados pelos médicos membros da CMC. Dentre estes destacamos: Pediatria, Cardiologia, Clínica da criança e ortopédica, oftalmologia, doenças das senhoras, partos e operações, obstetrícia, oncologia, moléstias internas de adulto, otorrinolaringologista, fisiologia, alimentação e doença das crianças, doenças urinárias, ginecologia.

profissionais se dedicou também ao magistério e tornaram-se professores da UMG. Destaca-se também uma importante participação dos Médicos Católicos na militância pela institucionalização de suas respectivas especialidades, atuando assim na linha de frente da criação das associações médicas, das associações especializadas e da criação de novas universidades.¹³²

Os interesses pessoais e a militância em defesa dos interesses médico corporativos, alinhavados pela militância religiosa da Ação Católica ao incentivar a formação das corporações profissionais para defesa dos princípios católicos dentro da categoria profissional, aqui chamado de “associativismo leigo profissional”, foram convergidos para a fundação da CMC de Belo Horizonte. As Corporações leigas religiosas são caracterizadas nesta tese sob uma *dupla problemática identitária*: primeira, a constituição da sua identidade profissional, pois, formada por profissionais, representantes de um saber, que lutaram e se organizaram em torno da manutenção de seus interesses; a segunda, a constituição da sua identidade devocional. Desta forma, explicitamos nosso entendimento de que o associativismo católico não é movido exclusivamente pelo caráter devocional, mas, sobretudo, pelo caráter técnico e científico de seus membros¹³³, que irão postular seus saberes e colocá-los em prática num contexto muito específico, com seus entrelaçamentos profissionais e devocionais. Assim, a prática médica realizada pelos médicos católicos de Belo Horizonte aconteceu sob os aspectos da reafirmação da medicina como detentora de um saber monopolizante, que versa sobre saúde/doença, a defesa dos interesses profissionais médicos, criação de hospitais e a constituição da autoridade cultural médica sustentada sobre o tripé da ciência, da pedagogia e da caridade.

¹³² Ver próximo capítulo.

¹³³ Polyana Aparecida Valente, em sua tese de doutorado, estudando o associativismo feminino católico em Belo Horizonte ao longo da década de 20 e 30, argumenta que as mulheres que compunham os grupos femininos católicos não o faziam apenas por valores devocionais, antes, pois “a ação das mulheres no associativismo católico foi movida pelo saber técnico e científico adquirido na formação escolar, preferencialmente nos cursos normais e de enfermagem.” (VALENTE, 2016, p. 22)

3.2 Faculdade de Medicina Belo Horizonte: catolicismo e a medicina

Quando se fundou a CMC, em 1935, o campo médico estava passando por uma série de transformações que refletiam nas práticas e concepções dos profissionais médicos brasileiros. De acordo com André de Faria Pereira Neto, essas transformações já estavam presentes na vida dos médicos desde o final do século XIX, sendo possível perceber o século XX como um momento de inflexão da profissão médica. Alterava-se profundamente o perfil do médico, os modos de exercer a profissão, os processos de constituição da autoridade médica, transformava-se a prática e os conhecimentos médicos. Nas palavras do autor,

no Brasil, no início do século XX, o mercado de trabalho e o conhecimento médico passaram a sofrer lentas e profundas transformações. O movimento de especialização do conhecimento e de tecnificação das atividades do mundo do trabalho, evidentes em outras áreas produtivas e de serviços, começaram progressivamente a invadir a prática médica. O Estado, aos poucos, abandonou sua postura contemplativa diante das questões sociais e passou assumir um papel de gestor e promotor em diversos ramos da produção e dos serviços, entre os quais se destaca a saúde. (PEREIRA NETO, 2001: p. 22/23).

Os novos perfis e modos de ser e atuar como médico eram debatidos pelos profissionais que procuravam simultaneamente promover uma coesão profissional, assegurando-lhes o monopólio do mercado da cura e impedindo que representantes de outras práticas curativas pudessem exercer seus ofícios na saúde. Fazia-se necessário então que os médicos diplomados se reafirmassem como os detentores únicos de um saber legitimado pela academia, em um contexto no qual se construía a autoridade cultural médica e buscava assegurar uma reserva de mercado que era por eles desejada. De acordo com André Pereira Neto, as primeiras décadas do século XX revelam “a gênese de lento e profundo processo de transformação do conhecimento médico e de seu mercado de trabalho”, sendo que

a tecnologia e a racionalização do trabalho começavam a concorrer com a subjetividade, a intuição, a individualização e a sensibilidade na relação médico paciente, características predominante até então. A precisão do diagnóstico, a despersonalização da relação médico-paciente, e a introdução de um forte aparato técnico e o assalariamento foram alguns dos novos ingredientes que interferiram na organização do trabalho médico e deram início à gênese da “medicina tecnológica”,

que se evidencia e materializa sobretudo nos anos 50 (PEREIRA NETO p. 29)

Sensível à comunidade médica brasileira, era também a participação do Estado como gerenciador e atuante na transformação da saúde em bem público e da ação estatal como produtora de bens e serviços na área da saúde. Contudo, é possível perceber que a participação estatal no gerenciamento das políticas públicas na área da saúde pública ocorreu anteriormente ao período varguista, sendo possível desta forma retroceder a atuação do estado nas políticas de saúde, ao menos a década de 1920. De acordo com Pereira, desde a década de 1920 os próprios médicos viam como matéria controversa o exercício liberal de suas profissões e com bons olhos a intervenção do Estado na área da saúde. A construção de uma agenda intervencionista pelos poderes públicos fez-se mais presente quando a questão social deixou de ser entendida como uma questão policial para se tornar uma questão política (PEREIRA, 2001: p. 28). Assim, o autor sintetiza os anos de 1920, as conjunturas e as transformações pelas quais a profissão médica passava quando, em 1922,¹³⁴ ocorreu o Congresso Nacional dos Práticos:

Duas considerações poderiam então ser feitas: do ponto de vista mais geral, o Estado ensaiava seus primeiros passos de entrada na arena social, não só como gerenciador mas também como produtor de serviços em um contexto de evidente crise política e institucional. Do ponto de vista mais particular, a profissão médica passava por um profundo processo de transformação com a crescente tecnificação e a especialização do trabalho. O incremento das atividades estatais trazia consigo o potencial assalariamento médico. (PEREIRA, 2001: p. 30).

Ao analisar os aspectos que caracterizam o processo de profissionalização, André Pereira argumenta que uma profissão se define sob três condições que se combinam e complementam: “o domínio de um certo conhecimento, o monopólio do mercado de trabalho e a formalização de normas de condutas” (PEREIRA, 2001: p. 37). Quanto ao “conhecimento profissional deve deter pelo menos três características: ser complexo, inatingível e incompreensível por um leigo; ser sistematizado e institucionalizado em estabelecimentos de ensino; ser aplicável, contendo altos índices de resolubilidade dos problemas relevantes para a sociedade” (PEREIRA, 2001: p. 37). Ao mercado de

¹³⁴ De acordo com o autor, o “Congresso Nacional dos Práticos assume sua especificidade, sua peculiaridade em relação aos congressos médicos anteriores porque nele os interesses profissionais tornaram-se a preocupação central dos debates.” (PEREIRA, 2001: p. 35).

trabalho, cabe à profissão o monopólio sobre a prática (autonomia técnica) e a reserva de mercado (autonomia econômica). “Para atingir este objetivo, o profissional se organiza em instituições de representação de interesses para pressionar o Estado. A ação coletiva requer alguns mecanismos para induzir os indivíduos a deixarem seus negócios particulares de lado e dedicarem esforços, tempo e recursos para o grupo.” (PEREIRA, 2001: p. 37). E, por fim, “para que a prática profissional se configure plenamente, é necessário que o domínio do mercado, viabilizado pela consolidação da autonomia técnica e econômica, e o monopólio do conhecimento estejam associados. Além disso, a auto-regulação é imprescindível.” (PEREIRA, 2001: p. 38). Assim, “a formalização de mecanismos de auto-regulação traduz o terceiro aspecto que caracteriza as profissões” (PEREIRA, 2001: p. 38). A formalização e a criação e das normas de conduta são aspectos legais “que tem o objetivo de regular e padronizar a conduta profissional com seu par, com seu concorrente e com seu cliente” (PEREIRA, 2001: p. 38). E conclui André Pereira que

tanto o domínio do conhecimento e o controle do mercado de trabalho quanto o estabelecimento de normas de conduta se tornam elementos inconsistentes para a configuração de uma profissão se ela não tiver altos índices de aderência social. O profissional deve empreender um conjunto de estratégias de persuasão sobre a clientela para que ela se convença de sua exclusividade no exercício de determinada atividade. (PEREIRA, 2001: p. 38/39).

Como lembra Coelho, com a proclamação da República, a militância médica orientou-se pela manutenção do monopólio das práticas curativas herdadas pela categoria do fim do período imperial brasileiro. Neste aspecto, a militância se caracterizou por vincular a legitimidade da prática médica à posse de um diploma acadêmico concedido ao profissional por uma instituição de ensino superior reconhecida (COELHO, 1999). A história do ensino superior em Belo Horizonte faz, primeiramente, referência a Ouro Preto. Da antiga capital do estado, transferiram-se para Belo Horizonte uma série de funcionários públicos, dirigentes políticos, profissionais liberais e professores. De acordo com Fernando Correa Dias, o corpo docente que se formava na nova capital tinha

vários egressos [das Escolas de Minas e de Farmácia, de Ouro Preto] que contribuíram para instituir os estabelecimentos superiores criados em Belo Horizonte; farmacêuticos e bacharéis em ciências naturais vieram a participar dos corpos docentes das Faculdades de Odontologia, Farmácia e Medicina, enquanto que engenheiros de minas civis vieram a constituir a grande maioria do corpo de professores da Escola de Engenharia instalada na nova capital (DIAS, 1997: p. 34).

Com o alvorecer da República no Brasil, decidiu-se pela criação da Faculdade Livre de Direito, em Ouro Preto, no ano de 1891. Com sua fundação em 1892, começou a funcionar em janeiro de 1893 quando iniciou suas atividades letivas. A Faculdade de Direito da antiga capital do estado mineiro foi “fruto do empreendimento particular, embora tenha merecido o apoio da administração estadual” (DIAS, 1997: p. 39). O corpo docente contava com um total de vinte e três professores, sendo que, desta lista, “três eram médicos, professores de Medicina Legal ou matérias correlatas (Silviano Brandão, Francisco Catão e Eduardo Montandon); três se formaram em Recife, na Faculdade de Direito (Adalberto Ferraz, Henrique Sales e Teófilo Ribeiro); todos os demais dezessete diplomaram-se na Faculdade de Direito de São Paulo” (DIAS, 1997: p. 43). De acordo com o autor, a Faculdade de Direito de São Paulo exerceu “ponderável influência na formação intelectual da elite mineira da época. Minas, [...], não dispõe de um centro vigoroso do pensamento social. [...]. Daí terem os mineiros assimilado muitas concepções ínsitas nas correntes doutrinárias que se digladiavam na capital paulista” (DIAS, 1997: p. 43). A transferência da Faculdade de Direito de Ouro Preto para Belo Horizonte acompanhou a transferência da capital de Minas Gerais e ocorreu logo após a inauguração de Belo Horizonte (DIAS, 1997: p. 44).

A transferência da capital e a recém fundada Belo Horizonte potencializaram o ímpeto para a criação de novas faculdade em Minas Gerais. A segunda instituição de ensino superior em Belo Horizonte, e a primeira propriamente criada na cidade, foi a Escola de Odontologia, que data de 1907, fruto das articulações pessoais realizadas pelo cirurgião dentista, Manuel Teixeira de Magalhães Penido.¹³⁵ A luta pela equiparação do curso de odontologia levou, por determinação do Conselho Nacional de Ensino, à criação de um novo curso condicionado à Faculdade de Odontologia. Nascia assim, em 1916, o curso de Farmácia (DIAS, 1997: p. 50)¹³⁶. Da Faculdade de Odontologia, Aurélio Pires

¹³⁵ A estrutura curricular estava formada pela distribuição das cátedras entre “Manuel Teixeira de Magalhães Penido, 7ª seção – Jurisprudência e Higiene Dentária; Fernando de Carvalho Soares Brandão, 5ª Seção – Terapêutica e Patologia; Antônio Joaquim Teixeira Duarte, 2ª seção – História Natural; Benjamin Moss, 3ª seção – Anatomia Descritiva da Cabeça e Médico-Cirúrgica da Boca; Antônio Prado Lopes Pereira, 1ª seção – Física e Mecânica Aplicadas e Metalurgia; João Ribeiro Viana, 4ª seção – Histologia e Fisiologia.” (DIAS, 1997: p. 48).

¹³⁶ A equiparação do curso de odontologia e farmácia da Escola Livre de Odontologia e Farmácia de Belo Horizonte a suas congêneres federais somente aconteceu em 1924, muito embora, ao menos desde 1917, os formados nesta Escola pudessem exercer seus ofícios legais. (DIAS, 1997: p. 51-52).

tentou formar, ainda na primeira década do século XX, a Faculdade de Medicina. Porém, contrário às suas vontades, a Faculdade de Medicina nasceu somente em 1911.

Também data de 1911 a fundação de uma escola de engenharia em Belo Horizonte – muito embora a ideia de se criar um escola de engenharia na nova capital tivesse origem na década anterior. (DIAS, 1997: p. 68-69). De acordo com Dias, a criação da escola de engenharia em Belo Horizonte encontrou uma resistência muito menor do que a formação da Faculdade de Medicina. De acordo com o autor, a “única ponderação surgida é a de que já existia uma escola de engenharia – a Escola de Minas – perto de Belo Horizonte. Concluíram os promotores da iniciativa que a dúvida era insubsistente, pois havia lugar para mais de uma escola do gênero, e cada qual poderia ter sua própria clientela sem prejuízo de nenhuma das duas” (DIAS, 1997: p. 69). O apoio das elites econômicas, dos poderes públicos e dos militantes da Sociedade Mineira de Agricultura foram fundamentais para “difundir por toda a intelectualidade local” a necessidade de se criar uma nova faculdade de engenharia em Minas Gerais. Os debates tiveram início em maio de 1911 e foi aberta uma votação para decidir se em Belo Horizonte era oportuno ou não a criação de uma nova faculdade de engenharia. A nova capital foi escolhida por unanimidade (DIAS, 1997: p. 71) e em junho daquele ano foi formado o corpo docente fundador. Segundo Dias, “quase todos [os professores] eram engenheiros, vários formados pela Escola de Minas de Ouro Preto e tendo todos eles, sem exceção, exercido funções técnicas na administração pública, ora federal, ora estadual.” (DIAS, 1997: p. 72). As aulas tiveram início no ano seguinte, em 1912, e sua equiparação à Escola Politécnica do Rio Janeiro, aconteceu em 9 de março de 1917, por ato do Ministro da Justiça e Negócios Interiores, Carlos Maximiliano. (DIAS, 1997: p. 75).

A Faculdade de Medicina de Belo Horizonte foi fundada em 1911, porém a criação de uma instituição de ensino médico era aspiração das elites mineiras desde o final do século XIX, quando ao menos duas tentativas de se fundar uma instituição de ensino médico foi registrada nos anais da Assembleia Legislativa Mineira. A primeira delas, apresentada por Severiano de Resende, procurou fundar uma faculdade de Medicina em São João del-Rei e uma outra de Direito em Diamantina. O projeto apresentado em 10 de julho de 1891 não obteve aprovação. (DIAS, 1997: p. 56). O segundo projeto, de acordo com Fernando Correa Dias, tratava-se de uma “proposição bem mais complexa que a anterior, prevendo a instituição dos seguintes cursos: Ciências Médicas e Cirúrgicas, Farmácia, Bacharelado em Ciências Naturais e Farmacêuticas,

Obstetrícia e Odontologia”, apresentado por iniciativa do Senador Virgílio Martins de Melo Franco, em 1893 (DIAS, 1997: p. 56-57). O projeto, embora aprovado em primeira discussão, acabou caindo em esquecimento (DIAS, 1997: p. 57). A aspiração de fundar uma Faculdade de Medicina nas terras mineiras era justificada, de acordo com Fernando Correa Dias, pela

busca do progresso regional, [e] havia outra motivação no pensamento dos dirigentes estaduais e das famílias mineiras. Era o afã de fazer com que os jovens estudantes escapassem das más condições sanitárias e climáticas do Rio de Janeiro, para onde muitos deles se dirigiam em demanda desse curso. Grassava a febre amarela na corte (depois capital federal); e ao clima, quente e úmido em excesso, não se adaptavam bem os estudantes precedentes de paragens mais amenas. Muitos alunos mineiros vieram a morrer nas epidemias (DIAS, 1997: p. 57).

Com a inauguração de Belo Horizonte, a discussão para fundar uma Faculdade de Medicina nas terras mineiras voltou a figurar entre os debates realizados entre membros das elites políticas mineiras, como Silviano Brandão e Afonso Pena. De acordo com Dias, o principal articulador e militante em prol da criação da Faculdade de Medicina de Belo Horizonte foi Aurélio Pires. Segundo consta, Aurélio Pires iniciou o curso de medicina no Distrito Federal, entretanto, devido a problemas de saúde, foi impedido de continuar a graduação no Rio de Janeiro e retornou para Minas Gerais, onde realizou seus estudos na Faculdade de Farmácia de Ouro Preto até 1894, quando, aos 32 anos, tornou-se bacharel. Aurélio Pires mudou-se para Belo Horizonte, chegando à nova capital simultaneamente à inauguração da cidade em 1897. A partir daí, utilizou da imprensa local como meio de militância para criação da Faculdade de Medicina em Belo Horizonte. Citando Pedro Nava, Dias transcreve a fala do famoso médico mineiro sobre Aurélio Pires: “A 10 de março de 1896, Aurélio Pires inicia pelas colunas do *Estado de Minas*, de Ouro Preto, a série de artigos doutrinários, de tópicos inflamados e de respostas polêmicas em que pregou, proclamou, recomendou, pediu e defendeu a criação de uma Faculdade de Medicina em Minas Gerais. Sua evangelização vai dessa data até 1911 [...]” (DIAS, 1997: p. 58).

A militância pela criação da faculdade de medicina em Belo Horizonte ganhou ainda mais ímpeto depois da fundação da Escola de Odontologia de Belo Horizonte (1907) e da formação da Associação Médico-Cirúrgica na capital mineira. Já contando com um importante hospital em 1910, a Santa Casa de Misericórdia (1899), a situação

para a fundação da Faculdade de Medicina em Belo Horizonte se tornava cada vez mais favorável.

Como lembra Marques (2011), as boas condições climáticas de Belo Horizonte serviram para atrair uma diversidade de médicos que buscavam tratar-se da tuberculose e depois se mantiveram na capital. Neste sentido, é destacada a presença de ilustres médicos em Belo Horizonte logo nos primeiros anos após sua inauguração: Cícero Ribeiro Ferreira Rodrigues, Ezequiel Dias, Hugo Werneck, Henrique Marques Lisboa, entre outros. Assim, conforme explica Marques, “todos os citados estavam presentes na fundação da Faculdade de Medicina e na direção de quase todas as instituições de saúde do início do século XX, inclusive os primeiros sanatórios.” (MARQUES, 2011: p. 94).

Para levar a cabo o projeto de fundação da faculdade de medicina, constituiu-se, em 1910, no seio da Associação Médico-Cirúrgica de Belo Horizonte, uma comissão composta pelos médicos Cornélio Vaz de Melo, Hugo Werneck e Zoroastro Alvarenga que produziu um parecer positivo sobre a criação da Faculdade e a partir daí

Começa o estudo dos respectivos estatutos, apresentados na reunião de 5 de março de 1911, por Hugo Werneck. O documento tivera a assistência, na formulação da sua parte jurídica, do senador Virgílio de Melo Franco. Nessa data foi considerada definitivamente instituída a Faculdade de Medicina. Os primeiros estatutos, aprovados em 3 de maio de 1911, trazem a assinatura dos seguintes fundadores: Cícero Ferreira, Cornélio Vaz de Melo, Olinto Meireles, Zoroastro Alvarenga, Hugo Werneck, Antônio Aleixo, Eduardo Borges da Costa, Samuel Libânio, Alfredo Balena e Otávio Machado, relator. Os professores designados inicialmente, com as respectivas cadeiras, foram os seguintes, todos empossados na sessão de 25 de junho de 1911: Alfredo Balena, 1ª Cadeira de Clínica Médica; Cornélio Vaz de Melo, Anatomia Médico-Cirúrgica, Operações e Aparelhos; Cícero Ribeiro Ferreira, Medicina Legal; Eduardo Borges da Costa, Clínica Cirúrgica; Hugo Furquim Werneck, Clínica Ginecológica e Obstétrica; Zoroastro Rodrigues Alvarenga, Higiene; Otávio Machado, Clínica Pediátrica Médica e Cirúrgica, Ortopedia e Higiene Infantil; Samuel Libânio, 2ª Cadeira de Clínica Médica; Antônio Aleixo, Clínica Dermatológica e Sifilográfica; Ezequiel Caetano Dias, Microbiologia; Honorato Alves, Clínica Oftalmológica e Oto-Rino-Laringologia; Olinto Deodato dos Reis Meireles, Farmacologia (DIAS, 1997: p. 60/61).

A pedra fundamental foi lançada no dia 30 de julho de 1911 (DIAS, 1997: p. 62), em evento que contava com a presença de lideranças médicas e políticas, como o presidente do Estado, Júlio Bueno Brandão. A faculdade começou a funcionar no ano seguinte e a primeira turma de médicos formada data de 1917, dentre eles estavam

Rivadavia V. Murta de Gusmão e Olinto Orsini de Castro, ambos reconhecidos na classe médica (DIAS, 1997: p. 66).

As relações de proximidade entre a Igreja e Faculdade de medicina de Belo Horizonte se notabilizaram pela ação de seus agentes. Como se tem objetivado demonstrar neste trabalho, o processo de institucionalização da medicina e das demais instituições que compõem o campo da saúde em Belo Horizonte foi caracterizado pela criação de instituições destinadas à assistência à saúde com ampla participação das instituições religiosas, sobretudo, vicentinas e marcado pelo trânsito dos agentes leigos e religiosos entre os campos científico e católico. De acordo com Rita de Cássia, a criação da Santa Casa de Misericórdia, no início do século XX, pode ser entendida como fruto deste processo de aproximação entre médicos e membros eclesiásticos que, por sua vez, marcaria o modelo de institucionalização da medicina em terras belo-horizontinas (Marques, 2011). Assim, como se verá, a fundação da primeira corporação de médicos católicos de Belo Horizonte, a Sociedade Médica São Lucas, foi fruto do encontro de interesses e expectativas do clero belo-horizontino com os professores do curso de medicina da Faculdade de Medicina. A aproximação dos médicos com a Igreja Católica de Belo Horizonte, representada por duas figuras eminentes do catolicismo regional, Dom Cabral e o Padre Alvaro Negromonte, teve ampla convergência na ação de alguns médicos mais influenciados pela Ação Católica, como, por exemplo, os médicos Olinto Orsini, Roberto Almeida Cunha e Lúcio José dos Santos, reitor da UMG. Os três eram amigos pessoais de Dom Cabral, sendo os médicos Olinto Orsini e Roberto Almeida Cunha professores da Faculdade de Medicina e importantes lideranças da Ação Católica belo-horizontina que participaram na fundação da Juventude Estudantil Católica, da Juventude Universitária Católica, da Juventude Operária Católica e da União dos Moços Católicos. Um exemplo da atuação dessas lideranças leigas e a aproximação com a Faculdade de Medicina de Belo Horizonte pode ser observada, quando entre 1931-1933, o Reitor da Universidade de Minas Gerais, Lúcio José dos Santos, participou de forma ativa na inauguração da Juventude Operária Católica, em 1932, dentro da própria instituição.

O que se percebe é que os agentes do campo religioso e do campo científico circulavam entre a igreja e a Universidade. A constituição das corporações profissionais devocionais consolidavam essa característica, assim, a crença privada destes homens entrelaçam suas atividades públicas de militância profissional, formando um trânsito de

mão dupla com a frequência dos agentes religiosos nas instituições de saúde e dos agentes do campo científico nas instituições religiosas, caracterizando um aspecto importante do processo de institucionalização da assistência e do campo médico na capital do estado. Assim, no dia 12 de agosto de 1941, na segunda página do jornal católico “*O Diário*”, estava anunciada a conferência a ser ministrada naquele dia pelo Padre Alvaro Negromonte, às 20 horas na reitoria da UMG. A palestra intitulada *Deus e a Ciência* foi fruto do convite feito pela Corporação dos Odontólogos Católicos e se estendia a “todos os círculos intelectuais de Belo Horizonte”.¹³⁷

Como estudado por Rita de Cássia Marques (2005), a atuação de Dom Cabral na faculdade de Medicina foi certamente ainda mais explícita no processo de sucessão do médico e professor Hugo Werneck pelo médico Lucas Machado. De acordo com a autora, o falecimento do dr. Werneck, em 1935, tornava seu discípulo, Lucas Machado, como o herdeiro natural. Nas palavras da autora, “a transferência, não só do serviço, mas da quase totalidade de seus pacientes particulares, fez com que Machado assumisse, naturalmente, os postos de Werneck. Machado era docente-livre da Faculdade de Medicina e, como tal, assumiu também as aulas de ginecologia.” (MARQUES, 2005: p. 135). O concurso para a substituição da cátedra de ginecologia ocorreu em 14 de dezembro de 1936, com a participação de três médicos: o dr. Lucas Machado, candidato natural a assumir a cátedra e “além de ser o escolhido de Werneck, era católico militante e o preferido do influente bispo Dom Antônio Santos Cabral” (MARQUES, 2005: 136). Além de Machado, participaram também Otavio Marques Lisboa, filho de professor da Faculdade de Medicina, médico da Santa Casa e também assistente de Werneck, e o também dr. Clóvis Salgado que, embora mineiro, tinha estudado no Rio de Janeiro. (MARQUES, 2005: p. 136). Apesar do resultado do concurso, o vencedor foi Clóvis Salgado que, apesar de ter perdido para Lucas Machado na primeira etapa de avaliação curricular, conseguiu recuperar-se na prova prática de cirurgia, o que lhe rendeu nota máxima, ultrapassando assim o seu concorrente, Lucas Machado. Certamente

a surpresa com o resultado atingiu a todos. [...]. A derrota de Lucas Machado para o desconhecido Clóvis Salgado ganhou primeira página do jornal católico “*O Diário*” e apareceu com destaque em todos os jornais. A legitimidade do concurso foi questionada e uma fraude foi insinuada. A polêmica em torno do resultado do concurso serviu para

¹³⁷ Arquivo da Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais. Documento: Deus e a Ciência. Periódico: *O Diário*, Data: 12/08/41 p.2.

mostrar como os católicos estavam mobilizados em defender seus interesses na Faculdade de Medicina. (MARQUES, 2005: p. 137).

A derrota no concurso foi contestada por Lucas Machado. Argumentando sobre a imprecisão do regimento interno da Faculdade em dissonância com as diretrizes do Conselho Nacional de Ensino, o concurso demoraria mais de ano para ter seu resultado homologado, o que somente aconteceu em 1937. (MARQUES, 2005: p. 140). O parecer deu-se contrário ao recurso de Machado, e a nomeação de Clóvis Machado à cátedra de ginecologia ocorreu. (MARQUES, 2005: p. 142). Vale registrar que Rita de Cássia Marques levanta uma interessante hipótese pautada nos bastidores da política mineira no conturbado período que se seguiu à Revolução de Outubro de 1930. De acordo com esta hipótese, a derrota de Lucas Machado teria sido uma espécie de retaliação pelo desfilamento de seu irmão, Cristiano Machado, do Partido Republicano Mineiro e sua respectiva entrada nas fileiras do Partido Progressista. Já Clóvis Salgado da Gama era filiado ao PRM, partido que tinha uma ampla adesão dos professores da UMG e o apoio de lideranças tradicionais da elite política mineira, como, por exemplo, Arthur Bernardes.

A despeito dos critérios que tenham sido utilizados para a derrota de Lucas Machado, o fato é que sua derrota foi vista com inconformismo dentro dos setores católicos e conservadores da sociedade belo-horizontina. De acordo com Rita de Cássia, a derrota de Lucas Machado serviu para minar a integração entre Santa Casa e a Faculdade de Medicina. Pesava contra Clóvis Salgado a visão de que o médico era ateu e não tinha o apoio de Dom Cabral, que havia apoiado Lucas Machado. E, assim, “sem uma militância católica e ainda derrotando o piedoso Lucas Machado, Salgado foi logo condenado pelos setores mais conservadores. A direção da Santa Casa, solidária a Lucas Machado, fechou suas portas para o ‘forasteiro’ Clóvis Salgado.” (MARQUES, 2005: p. 147). E uma embaraçosa situação se formou, pois, “impedido de entrar naquela instituição e sem poder contar com um outro campo de prática, [Clóvis Salgado] ministrava somente aulas teóricas. Os alunos que queriam a prática dirigiam-se à Santa Casa e frequentavam as aulas de Lucas Machado que, por ser livre-docente, tinha autorização para ministrá-las” (MARQUES, 2005: p. 147). Passadas as consequências diretas do concurso e a consolidação da trajetória dos dois médicos em Belo Horizonte, vale ressaltar o apoio dado pela Igreja a Lucas Machado para que ele conseguisse fundar uma nova faculdade de medicina em Belo Horizonte. Contando com os auspícios da Igreja Católica, “em

meados de 1950, [Machado] liderou um grupo de professores da Faculdade de Medicina e de ‘médicos idealistas da Santa Casa’ para criar uma outra Faculdade que poderia ser o embrião de uma sonhada Universidade Católica de Minas Gerais” (MARQUES, 2005: p. 157). Assim, Lucas Machado encaminhou à “Sociedade Mineira de Cultura, presidida pelo Arcebispo de Belo Horizonte Dom Antônio dos Santos Cabral, que era a entidade mantedora da Faculdade Mineira de Direito, da Escola de Enfermagem Hugo Werneck, da Faculdade de Ciências e Letras Santa Maria e da Escola de Serviço Social” (MARQUES, 2005: p. 157), o desejo da criação de uma nova Faculdade. Contando com sua nomeação para diretor, a faculdade teve seu corpo docente formado também por figuras da política como dr. Juscelino Kubistchek de Oliveira. O terreno foi doado pelo próprio JK em 1955, quando governador de Minas Gerais. E assim, conclui Rita de Cássia, que “a criação da Faculdade de Ciências Médicas no embrião da Universidade Católica foi mais uma demonstração de força do núcleo católico, capitaneado pelo Arcebispo Dom Cabral.” (MARQUES, 2005: p. 157).

A constituição de corporações médicas dentro do universo católico e dos grupos de leigos católicos certamente não se limitou apenas à qualidade devocional, ao apoio papal e ao fervor da militância católica dos leigos, muito embora estes não tenham sido fatores de menor importância. A formação de Corporações profissionais católicas estava em consonância com os interesses profissionais médicos que buscavam realizar a profissionalização da medicina e a inscrição da medicina na vida social, ou seja, realizar um processo de garantir à medicina a formação de sua autoridade cultural e o monopólio sobre o mercado de serviços médicos afastando as demais práticas curativas consideradas ilegais. Combater as práticas populares de cura, sobretudo as práticas curativas vinculadas ao espiritismo, era uma cruzada que interessava tanto à agenda médica quanto à católica, pois os médiuns espíritas eram um forte concorrente do médico diplomado que limitava o alcance do mercado de trabalho médico. Um dos principais padres de Belo Horizonte, Padre Álvaro Negromonte, escreveu, em 11 de setembro de 1941, um texto publicado pelo periódico “*O Diário*” intitulado *A saúde dos pobres*¹³⁸. Segundo o padre, uma das armas que o espiritismo usava “para iludir a nossa pobre gente é o fornecimento de remédios. O centro espírita é ali ao lado. A consulta é fácil: basta dizer o nome da pessoa...O ‘espírito’ é muito ativo, e ‘sabe’ o resto. A imensa maioria dos consulentes

¹³⁸Arquivo da Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais. Documento: A saúde dos pobres Periódico: O Diário Data: 11 de setembro de 1941 pág.: 2.

está á cata de motivo para sarar e sara mesmo... a consulta é barata ou mesmo gratuita, e agua custa muito pouco. O sujeito fica freguez”¹³⁹. O padre lembrava que a polícia fazia seu serviço dando “suas batidas saneadoras, mas os pobres atormentados pela molestia, crentes na força curativa das ‘mezinhas’, voltam ás escondidas”¹⁴⁰. E a situação se complicava quanto mais a cidade crescia, pois, a cada novo bairro operário que se criava, um novo centro espírita era aberto para atender o “pobre e doente”. O padre lastimava que a ação policial realizada e os sermões contrários ao espiritismo pregados nas paróquias não fossem suficientes, pois “depois de ter ouvido o sermão condenando o espiritismo e as consultas espíritas, o pobre continua doente e com os seus problemas.”¹⁴¹ Assim, o padre renovava sua esperança na criação de ambulatórios nas paróquias, que distribuindo remédios e ampliando o serviço médico pudesse combater os males do espiritismo. “Sabemos de outra paróquia que extinguiu o movimento espírita de suas vilas operarias, covis de macumbas e centros, com o serviço médico e remédios gratuitos aos pobres”¹⁴², e concluía afirmando que “as necessidades dos pobres não precisam mais de recorrer ao demonio, á ignorancia dos mediuns, ás imbecialissimas aguas fluidas e outras sandices semelhantes, porque terão médico e remédio. Este é o mais palpavel de todos os argumentos contra a praga espírita no meio de nosso pobre e atormentado povo.”¹⁴³ Observe-se que, ao longo do texto, o padre Negromonte recorreu a argumentos de afinidade corporativa e de defesa profissional, mostrando aos médicos que a presença dos médiuns representava um enfrentamento às pretensões hegemônicas profissionais médicas de controle do mercado de serviços curativos. Certamente este recurso argumentativo era um modo de capitanear a ação dos médicos para pressionar os poderes públicos a reprimir as práticas curandeiras populares ao considerá-las crimes. Vale lembrar que, de acordo com o código penal brasileiro de 1890 que estava em vigência quando o Padre Negromonte escreveu, os artigos 156, 157 e 158 tipificavam os crimes

¹³⁹ Arquivo da Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais. Documento: A saúde dos pobres Periódico: O Diário Data: 11 de setembro de 1941 pág.: 2.

¹⁴⁰ Arquivo da Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais. Documento: A saúde dos pobres Periódico: O Diário Data: 11 de setembro de 1941 pág.: 2.

¹⁴¹ Arquivo da Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais. Documento: A saúde dos pobres Periódico: O Diário Data: 11 de setembro de 1941 pág.: 2.

¹⁴² Arquivo da Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais. Documento: A saúde dos pobres Periódico: O Diário Data: 11 de setembro de 1941 pág.: 2.

¹⁴³ Arquivo da Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais. Documento: A saúde dos pobres Periódico: O Diário Data: 11 de setembro de 1941 pág.: 2.

contra a saúde pública.¹⁴⁴ Nas linhas do artigo 157, lia-se que “praticar o espiritismo, a magia e seus sortilégios, usar de talismans e cartomancias para despertar sentimentos de ódio ou amor, inculcar cura de molestias curáveis e incuráveis, emfim, para dascinar e subjugar a credulidade publica”, sendo assim cabível de prisão e multa. Assim, por detrás dos interesses católicos e de seus projetos contrários ao espiritismo e ao protestantismo, era elencada a construção da autoridade médico acadêmica como uma forma de construção da autoridade conjunta entre os agentes médicos e católicos.

A construção da autoridade dos médicos pelos caminhos da aproximação com a religião católica foi demonstrada por Rita de Cássia Marques. Vivendo em um contexto no qual o saber médico não se impunha por si só, ou seja, onde a autoridade médica estava sendo construída, era necessário que os médicos utilizassem de elementos externos à medicina como uma estratégia de legitimação e de inserção de sua prática à vida social. A aproximação ao catolicismo e a frequência às missas estiveram no leque de ações estratégicas utilizadas pelos médicos da década de 30 em Belo Horizonte para a construção da imagem social do médico. Um outro meio utilizado pelos médicos passava pela prática da caridade cristã. Em texto publicado pelos editores do jornal *O Diário*¹⁴⁵, datado de 21 de setembro de 1940 e intitulado *Caridade espontânea e caridade organizada*, Belo Horizonte era lembrada que mesmo sendo uma cidade recém inaugurada já tinha desenvolvido uma cultura caritativa que estava sempre disposta a ajudar um necessitado. Porém, o crescimento da cidade gerava um novo problema que a caridade espontânea não conseguia resolver. “Os movimentos de caridade aqui, são espontaneos. Manifestam-se, justamente, através de listas de subscrições e outros canais provisórios. Isso é um bem? Impossível negar, é um bem. Mas só enquanto Belo Horizonte for uma cidade nova. Quer dizer, uma cidade sem muitos problemas.”¹⁴⁶ Entretanto, o texto lembrava que os problemas sociais haviam chegado a Belo-Horizonte. “Já temos alguns grandes problemas sociais. A mendicancia é um dos maiores. A vida

¹⁴⁴ Sobre a constituição de 1890, ver: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/D847.htm. Acessado dia 18/05/2019. Vale lembrar que, embora o padre Negromonte tenha escrito em 1941, o novo código penal só entrou em vigência, de acordo com o artigo 361, em 1º de janeiro de 1942. E ainda, vale ressaltar que “o exercício ilegal da medicina, arte dentária ou farmacêutica”, o “charlatanismo”, e o “curandeirismo” continuaram a serem tipificadas respectivamente nos artigos 282, 283 e 284. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acessado em 18/05/2019.

¹⁴⁵ Arquivo da Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais. Documento: *Caridade espontânea e caridade organizada* Periódico: *O Diário*. Data: 21/09/1940, página 4. Atribuímos o texto ao corpo editorial do periódico pelo fato do texto não contar com a assinatura de um autor.

¹⁴⁶ Arquivo da Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais. Documento: *Caridade espontânea e caridade organizada* Periódico: *O Diário*. Data: 21/09/1940, página 4

nos subúrbios e vilas é outro. Caro amigo, Belo Horizonte já tem favelas! Belo Horizonte já tomou conhecimento com essa chaga das grandes metrópoles: habitações miseráveis, promiscuidade, crimes, fomes.”¹⁴⁷ Arrematava-se com a necessidade de criar uma caridade organizada, pois “para os mendigos e para os moradores de favelas pouco adiantavam as listas de subscrições. Precisamos de organizações sociais de caridade”.¹⁴⁸ A Sociedade São Vicente de Paulo era a candidata natural, “uma organização perfeita, admirável”, que mesmo com as “dificuldades com que lutam”, e tendo sua principal obra, a Cidade Ozanam, vivendo em déficit orçamentário, era necessário “que assegure a subsistência” da instituição e de suas obras.¹⁴⁹

A caridade organizada e capitaneada pelos grupos leigos da SSVP eram exaltados e a inserção dos médicos nesses grupos era uma forma promissora de conseguir construir a autoridade profissional, ascensão econômica e a busca por um caminho na inserção no mercado de trabalho. O estatuto firmado em 1935 por ocasião da fundação da CMC até chegava a permitir cobrança pelos serviços médicos prestados pelos médicos da Corporação, desde que não atrapalhasse sua função primordial de existência: a prestação de serviços médicos aos pobres gratuitamente. Assim, a CMC prestou seus serviços pelo viés da caridade, o que contribuía para a inserção dos médicos no mercado de trabalho. Como se verá nas futuras páginas, os médicos da CMC recorreram aos periódicos de Belo Horizonte para anunciarem seus serviços e o fizeram de dois modos: primeiro, anunciaram individualmente seus serviços clínicos; segundo, anunciaram como um grupo de médicos pertencentes à CMC. Ou seja, a prestação do serviço médico pelo viés da caridade trazia um outro lado da moeda que era a realização de uma estratégia manuseada por este grupo de médicos recém diplomados e que estavam em busca de inserção social e ascensão econômica.

No dia 6 de setembro de 1940, o jornal *O Diário* trazia, na sua quinta página, um anúncio sobre a proximidade de uma série de conferências sobre o ensino religioso que viriam a ser realizadas em Belo Horizonte nos próximos dias.¹⁵⁰ De acordo com o

¹⁴⁷Arquivo da Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais. Documento: *Caridade espontânea e caridade organizada* Periódico: *O Diário*. Data: 21/09/1940, página 4

¹⁴⁸Arquivo da Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais. Documento: *Caridade espontânea e caridade organizada* Periódico: *O Diário*. Data: 21/09/1940, página 4

¹⁴⁹Arquivo da Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais. Documento: *Caridade espontânea e caridade organizada* Periódico: *O Diário*. Data: 21/09/1940, página 4

¹⁵⁰Arquivo da Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais. Documento: Para aperfeiçoar os processos educativos. Periódico: *O Diário*, data: 6/9/40 pág. 5.

anúncio, na semana que se iniciaria, entre os dias 9 e 14 setembro, por iniciativa do Conselho Arquidiocesano de Ensino Religioso, aconteceria “uma série de conferências, a cargo de sociólogos, médicos higienistas, educadores e sacerdotes especializados na matéria”¹⁵¹ que tinham como objetivo debater o tema da educação na adolescência. Coube ao médico Francisco de Sousa Lima, que na época era o presidente da CMC e diretor do hospital São Francisco de Assis da Corporação de Médicos Católicos, a conferência intitulada “Higiene Infantil”, e ao médico Fernando Magalhães Gomes, a conferência “Higiene mental da criança”¹⁵². A conferência ministrada pelo médico Francisco de Souza Lima foi precedida pela fala do Rev. Pe. Alvaro Negromonte. De acordo com a publicação do jornal *O Diário*, coube ao médico que “estudando o problema da alimentação infantil e da disciplina a que se deve neste terreno submeter a criança, expendeu o orador importantes **teorias** sobre o assunto, documentando-as com **fatos** por ele verificados na clínica de criança”¹⁵³ [negrito nosso]. Certamente, a escolha para que a conferência fosse ministrada pelo médico Francisco de Souza Lima passava pela sua aproximação com o catolicismo. Porém sua fala, como ressaltada pelo jornal, foi marcada por *teorias* e comprovações feitas por *fatos* presenciados pelo próprio médico. Assim, sua fala era norteadas pelos valores da ciência e, certamente, corroboraram para a inscrição da medicina na vida social de Belo Horizonte.

Em agosto de 1941, os médicos estavam novamente em um evento católico a tratar sobre as questões do *problema educacional*¹⁵⁴ e da necessidade de construir uma *educação integral*¹⁵⁵. De acordo com o jornal *O Diário*, a fala do dr. Fernando Magalhães ocorreu no dia 8 de agosto de 1941. O médico proferiu seu discurso analisando com “proficiência” os vários tipos de *temperamentos* manifestados pelas crianças: “retraídos, expansivos, etc. e dos varios caracteristicos que, desde o berço, se manifestam nas pessoas. Instabilidade, irritabilidade, medo, timidez, volubilidade, colera, violencia,

¹⁵¹ Arquivo da Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais. Documento: Para aperfeiçoar os processos educativos. Periódico: O Diário, data: 6/9/40 pág. 5.

¹⁵² Arquivo da Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais. Documento: Para aperfeiçoar os processos educativos. Periódico: O Diário, data: 6/9/40 pág. 5.

¹⁵³ Arquivo da Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais. Documento: É sobretudo na adolescência que se devem formar o coração e o espírito do homem. Jornal: O Diário, Data: 12/9/1940 p. 1.

¹⁵⁴ Arquivo Hemeroteca Estadual de Minas Gerais. Documento: Por uma educação integral. Periódico: O Diário, Data: 09/08/1941.

¹⁵⁵ Arquivo Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais. Documento: Estudando o problema educacional. Periódico: O Diário, Data: 06/08/1941

emotividades, etc.”¹⁵⁶. Assim, dizia que, muito embora alguns destes *temperamentos* fossem transmitidos hereditariamente, “podem ser modificados graças ao emprego de adequados meios educativos.”¹⁵⁷ Dessa forma, os pais deveriam “procurar capacitar-se das particularidades próprias dos filhos, afim de poderem atenuar defeitos e desenvolver as qualidades.” O médico conclui, de acordo com o noticiado, “com muitos exemplos” unindo a prédica médica ao moralismo de uma “educação cristã católica”.¹⁵⁸

3.3 O associativismo leigo profissional: Corporação de Médicos Católicos

De acordo com Rita de Cássia Marques, data de 27 de setembro de 1871, na França, a fundação da primeira sociedade médica São Lucas sob os auspícios do Papa Leão XIII. Como já visto, este Papa foi o responsável pela publicação da encíclica *Rerum Novarum*, de 1891, que representou uma inflexão no catolicismo ao aproximar a Igreja Católica aos operários. De acordo com a autora, a encíclica propunha a criação de uma terceira via harmoniosa para resolução dos conflitos sociais que superasse a luta de classe do socialismo e o materialismo do capitalismo. Essa terceira via seria instrumentalizada pela criação de “corporações [católicas] e sua pregação incentivou a organização dos católicos em corporações específicas. Assim, surgiram as associações de operários, estudantes, mulheres, engenheiros e médicos católicos, entre outras.” (MARQUES, 2005: p.120). No Brasil, a primeira Sociedade São Lucas foi fundada em 1904, no Rio de Janeiro, pelo Dr. Araújo Penna. (MARQUES, 2005: p. 121).

O editorial trazido pelo jornal católico *O Horizonte*, que circulava na capital mineira, publicado em 24 de novembro de 1928 e intitulado “Intellectuaaes catholicos”, fazia votos para que uma corporação de médicos belo-horizontinos seguissem o modelo carioca e fundasse também uma Associação de Médicos São Lucas na capital mineira:

Já formulamos aqui uma vez o nosso voto para que se pudesse ver nesta capital, dentro em breve, uma Sociedade Médica São Lucas, isto é, uma associação de médicos católicos. Foi no Rio que se fundou a primeira

¹⁵⁶ Arquivo Hemeroteca Estadual de Minas Gerais. Documento: Por uma educação integral. Periódico: O Diário, Data: 09/08/1941.

¹⁵⁷ Arquivo Hemeroteca Estadual de Minas Gerais. Documento: Por uma educação integral. Periódico: O Diário, Data: 09/08/1941.

¹⁵⁸ Arquivo Hemeroteca Estadual de Minas Gerais. Documento: Por uma educação integral. Periódico: O Diário, Data: 09/08/1941.

do Brasil, reunindo alli o que a Medicina tem de mais representativo, um desmentido formal a esta corrente afirmação de que a Medicina tende a fazer de seus cultores outros tantos materialistas. Este anno foi S. Paulo que fundou a sua, com festas dignas da significação do acontecimento em que mais uma vez se marca o avanço que a Igreja vae fazendo nos espíritos sérios e ponderados. [...]. a acta da inauguração foi assignado por cincoenta médicos catholicos...Renovamos agora os nossos votos: queremos ver em breve os nossos médicos católicos – e graças a Deus os temos reunidos numa Associação São Lucas, porque é nestas organizações que repousa uma grande força de Acção Catholica.¹⁵⁹

O apelo do jornal católico foi ouvido. Fundou-se assim, em Belo Horizonte¹⁶⁰, a primeira corporação católica de médicos de que se tem notícia, no dia de 4 de abril de 1929, quando foi fundada a Sociedade Médica São Lucas.¹⁶¹ De acordo com matéria divulgada pelo periódico católico “*O Horizonte*”, a inauguração da Academia foi precedida por uma cerimônia religiosa que ocorreu na Catedral de Nossa Senhora da Boa Viagem, com missa realizada pelo Arcebispo de Belo Horizonte, Dom Cabral. O ato solene foi presidido pelo próprio arcebispo que dividia a inauguração da Academia com os “Drs. Borges da Costa, Alberto Cavalcanti, Almeida Cunha, Araújo Penna e Olyntho Orsini.” Aberta a sessão, realizou-se a cerimônia para a posse da mesa administrativa da Academia, que foi formada pelo “presidente honorario, D. Antonio dos Santos Cabral; Presidente, Dr. Borges da Costa¹⁶²; Vice-presidente, Prof. Almeida Cunha¹⁶³; Secretario

¹⁵⁹ Documento retirado de MARQUES, 2005: 121

¹⁶⁰ Vale destacar que associações médicas já eram recorrentes em Belo Horizonte. A primeira associação médica descrita data de apenas dois anos depois da fundação da cidade. Descrita por Pedro Salles e Sérgio A. Bicalho, essa associação foi fundada em outubro de 1899 e denominou-se “Sociedade de Medicina, Cirurgia e Farmácia”. De acordo com os autores, “teve como primeiro presidente o Dr. Olinto Meireles e, como primeiro secretário, o farmacêutico Aurélio Pires. [...] A sociedade foi efêmera e, ao mesmo tempo ativa, encerrando-se em 1º agosto de 1902, após haver realizado 27 sessões.” A segunda associação médica de Belo Horizonte denominou-se “Associação Médico-Cirúrgica de Minas Gerais” e, de acordo com autores, “funcionou de 1908 até 1937. [...] Contava então com 20 sócios fundadores, tendo sido eleito para a presidência o Dr. Cícero Ferreira. Foi de sua atuação na Associação que resultou, em 1911, a fundação da Faculdade de Medicina, hoje integrante da UFMG” (SALLES, Pedro. Esboço Histórico da Associação Médica de Minas Gerais: in MEDEIROS, José de Laurentys. Associação Médica de Minas Gerais, 1946-1996 – 50 anos. Belo Horizonte: AMMG, 1998. 2º Ed.p.8).

¹⁶¹ O Horizonte, 8 de abril de 1929.

¹⁶² O médico Eduardo Borges da Costa nasceu no Rio de Janeiro, chegou a Belo Horizonte em 1907 quando começou a trabalhar na Santa Casa de Misericórdia. É considerado um dos fundadores da Faculdade de Medicina de Belo Horizonte, em 1911, e tornou-se, em 1912, professor da disciplina Anatomia Descritiva Humana. Foi eleito diretor da Faculdade de Medicina de Belo Horizonte em agosto de 1920 e depois reeleito em dezembro de 1926. (PEDROSO, 2012: p. 484/485).

¹⁶³ O médico Roberto Almeida Cunha nasceu em São João del-Rei em 29, de março de 1890, diplomou-se médico no Rio de Janeiro, 1914, pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. “Fez seu doutoramento no Instituto de Manguinhos, onde trabalhava, sob a supervisão do entomologista Arthur Neiva, com a tese intitulada “Os sinápteros do Brasil”. Mudou para Minas Gerais por ter sido nomeado para o Posto

Geral, Dr. Olyntho Orsini¹⁶⁴; Secretario, Dr. Alberto Cavalcanti, e Thesoureiro, Dr. Magalhães Gomes.” A sessão contou com a participação de diversos outros médicos, inclusive com dr. Araujo Penna, presidente da Sociedade de São Lucas, do Rio de Janeiro, que em discurso proferido na ocasião dissertou “pelo auspicioso facto de sua fundação.” Seguiu-se a palavra ao Dr. Roberto Almeida Cunha e, por fim Dom Cabral, que afirmava “sentir-se imensamente satisfeito com a criação, entre nós, da Sociedade de São Lucas”¹⁶⁵.

Rita Marques traça importantes considerações sobre os médicos fundadores da Sociedade São Lucas, destacando a qualidade católica de cada um. De acordo com a autora, o médico Olinto Orsini, que ocupava o cargo de secretário, era “professor de dermatologia e sifilografia da Faculdade de Medicina, presidia o Conselho Superior da União dos Moços Católicos, dirigia o periódico ‘União dos Moços’ e, em 1929, começou a dirigir, também, o jornal católico ‘O Horizonte’, ou seja, era uma das maiores lideranças do movimento leigo em Minas Gerais” (MARQUES, 2005: p. 122). O médico Roberto da Almeida Cunha, professor de microbiologia da UMG e empossado vice-presidente da Sociedade médica São Lucas, era um dos principais nomes da militância católica mineira, participando de Congressos Católicos de Belo Horizonte, escrevendo nos jornais da capital e assumindo, em 1937, o cargo de Presidente da Junta Arquidiocesana da Ação Católica, “em seu discurso, atacava o racionalismo e reafirma a importância de uma associação exclusiva de médicos católicos” (MARQUES, 2005: p. 122). Ainda de acordo com Rita Marques, “com exceção do Dr. Alberto Calvalcanti, todos os demais médicos

Veterinário do Ministério da Agricultura. Em 1917 foi contratado pela Faculdade de Medicina e em 1919, “nomeado, após concurso, para a cadeira de Microbiologia da Faculdade de Medicina.” Atuou também como vice-reitor entre 1946-1949. Faleceu no dia 22 de agosto de 1958. (PEDROSO, 2012: p. 618).

¹⁶⁴ O médico Olinto Orsini de Castro, mineiro, nascido em 6 de outubro de 1891, diplomou-se em medicina em 1918, na primeira turma da Faculdade de Medicina de Minas Gerais, em Belo Horizonte. Especializou-se em demartologia e sifilogia, sendo que, em 1927, tornou-se professor assistente da cadeira de Clínica Dermatológica e Sifilográfica. Em 1945, foi empossado como catedrático de Clínica Dermatológica e Sifilográficas da Faculdade de Medicina. Teve atuação destacada no campo da clínica médica sendo médico da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. Mas foi no campo político que exerceu sua carreira de sanitarista. Em 1922 era médico auxiliar do “setor de profilaxia da lepra, sífilis e doenças venéreas do serviço de Saneamento Rural”, cargo que ocupou até 1930. Eleito membro da constituinte de 1934 por Minas Gerais, exerceu mandato de deputado entre 1935 e 1937. Foi “nomeado secretário de educação de Saúde Pública do estado de Minas Gerais, exerceu o cargo por seis meses, de 03 de fevereiro a 12 de agosto de 1946. Em dezembro de 1947, exonerou-se da força pública do estado na patente de major-médico”. E também “chefiou o serviço de Sifilográfia, Dermatologia, e Venerologia do Departamento Estadual de Saúde.” Faleceu em 1970. (PEDROSO, 2012: p. 598).

¹⁶⁵ De acordo com Rita de Cássia Marques, no estatuto da Academia São Lucas, vigente no artigo 12º que versa sobre as categorias de sócios, são listados dois tipos de sócios: os efetivos e os contribuintes. “Os sócios efetivos que assinaram os estatutos foram considerados também sócios-fundadores e teriam de ser, obrigatoriamente, membros da Corporação de Médicos Católicos” (MARQUES, 2005: 124).

eram professores da Faculdade de Medicina desde a primeira turma formada. O Cargo de presidente honorário de Dom Cabral reforça que antes de ser uma associação de médicos, era uma associação de católicos” (MARQUES, 2005 p. 122). Segundo consta, as reuniões e temáticas debatidas pelos médicos eram perpassadas por temas afins à ciência médica e somavam-se à moral religiosa. O tema predileto de Dom Cabral dava-se em torno da “educação sexual, aulas de religião nas escolas públicas, moral e política” (MARQUES, 2005: p.122). A presença de médicos consagrados em seus respectivos campos de atuação na Sociedade Médica São Lucas conferia à Sociedade Médica uma importância e um prestígio ainda maior.

Rita de Cássia Marques ainda afirma que existiria em Belo Horizonte outras associações médicas católicas, como a chamada Sociedade Médica da Creche Menino de Jesus, cuja primeira ata encontrada pela autora datava de 31 de março de 1935, quando ocorreu a fundação da Sociedade (MARQUES, 2005: p. 123).¹⁶⁶ De acordo com a autora sobre as associações médicas católicas, como, por exemplo, a Sociedade Médica da Creche do Menino Jesus, é “ilustrativo dessa variação de nomes para uma mesma agremiação. [...]. No mesmo livro [de atas], em 24 de agosto do mesmo ano, a ata já se refere à oitava sessão da Sociedade Médica São Vicente. Um ano depois de fundada, em três de março de 1936, na 13ª sessão, o nome da associação é Academia São Lucas, denominação que permanece até 21 de julho de 1944, data da última ata de reunião encontrada” (MARQUES, 2005: p. 123). Segundo a autora, essa associação mantinha diferenças regimentais importantes se comparada à Sociedade Médica São Lucas, uma vez que poderiam fazer parte “médicos, estudantes, farmacêuticos e dentistas, que trabalhavam na Creche [Menino Jesus] e que deveriam comparecer às reuniões às nove horas do último domingo de cada mês” (MARQUES, 2005: 124).¹⁶⁷

¹⁶⁶ A primeira ata teve assinaturas dos médicos Dr. Berardo Nunan, Hilton Rocha entre outros (MARQUES, 2005: p. 123).

¹⁶⁷ Acompanhando as atas das reuniões acontecidas no ano de 1935, encontra-se, de acordo com Rita de Cássia, a presença de “12 médicos e oito acadêmicos de medicina”, sendo ainda destacado que o “espaço reservado para dentistas e farmacêuticos ficou em branco” (MARQUES, 2005: p 124). Embora não tenha destacado nominalmente os 12 médicos presentes, a autora menciona a presença dos drs.: Jayme Eiras Furquim Werneck e Gastão Ribeiro de Oliveira. Rita de Cássia também acompanha os trabalhos apresentados nas reuniões. Se nos atermos a apenas um trabalho a título de exemplo, podemos citar então o trabalho apresentado em quatro de fevereiro de 1936, pelo dr. Jayme Werneck que “apresentou as estatísticas sobre o câncer do colo do útero, feito nos serviços do seu pai, o professor Hugo Werneck, na Santa Casa.” (MARQUES, 2005: p. 124). Assim, argumenta a autora que “por esse exemplo da participação

Outro ponto destacado por Rita de Cássia dá-se ao fato de, que a partir da década de 1930, os médicos de Belo Horizonte tiveram que procurar outras estratégias para a inserção no mercado de trabalho. A autora constata que “crescimento da influência de médicos ligados a outros interesses que não os católicos, como Beata Vianna e os influenciados pela Medicina americana, financiados pela Fundação Rockefeller, exigia dos católicos mais do que simplesmente parecerem que eram.” (MARQUES, 2005: 125). Não obstante, a ausência da autoridade cultural da medicina, a presença de instituições não católicas, o desenvolvimento do mercado de trabalho médico e a concorrência pela inserção no mercado de trabalho faziam com que os médicos, de um modo geral, mas mais especificamente àqueles médicos católicos que vinculavam sua imagem social à construção de estratégias que dialogassem com o mundo católico para promover sua respectiva inserção no mercado de trabalho, tivessem que procurar outros meios alternativos e mais complexos do que os médicos católicos antecessores, como, por exemplo, Hugo Werneck. Se, nas décadas anteriores aos anos de 1930, bastou a Hugo Werneck “frequentar missas e mostrar-se piedoso para ser reconhecido como bom médico, os contemporâneos de seu filho [Jayme Werneck, médico fundador da CMC] precisaram militar, pertencer à Corporação dos Médicos Católicos. O apoio do Arcebispo a esses profissionais era irrestrito e marcava a grande influência da Igreja Católica na cidade” (MARQUES, 2005: 125).

Vale ressaltar a observação trazida por Rita de Cássia em sua obra. Embora tivesse o conhecimento da existência de uma Corporação de Médicos Católicos da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte, a autora não encontrou o livro de atas e tampouco os termos de sua fundação, o que certamente tem a ver com os objetivos da autora em sua pesquisa. Como já ressaltado em outras partes, diferentemente de Rita de Cássia Marques, buscamos neste trabalho estudar a CMC de Belo Horizonte. Os arquivos e os documentos utilizados prestam a este objetivo. Desta forma, os passos iniciais para a realização desta pesquisa aconteceram no Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo. O Arquivo pertencente à SSVP é de extrema relevância e potencialidade para diversas pesquisas históricas, e ter acesso a ele foi um privilégio concedido pelo o ex-presidente do Conselho Metropolitano, Geraldo Magela. Porém, é necessário mencionar os obstáculos encontrados também. Com a eleição de um novo

de Werneck, pode-se avaliar que, apesar de abrigar médicos católicos e de serem propostos trabalhos unindo Medicina e religião, predominavam as questões médicas.” (MARQUES, 2005: p. 124).

presidente para o Conselho Metropolitano de Belo Horizonte, o acesso ao arquivo histórico da instituição foi-me negado sob a justificativa de que a documentação referente aos Médicos Católicos e ao Hospital São Francisco de Assis estava “sob séria investigação do Conselho Nacional Brasil (CNB), sendo assim, toda documentação estará sendo analisada pelo auditor, ficando impedido acesso a tais documentos.”¹⁶⁸ Entretanto, vale mencionar que a documentação que obtivemos acesso tem uma importância ímpar para o desenvolvimento desta pesquisa, pois, trata-se do livro de atas do Conselho Metropolitano da SSVP dos anos de 1927 a 1945, período em que as Corporações profissionais da SSVP, quais sejam os Médicos Católicos, Dentistas Católicos, os Engenheiros Católicos e os Advogados Católicos, foram fundadas. Embora pouco se fale nestas atas sobre as reuniões das Corporações profissionais, o certo é que foram nelas que pudemos encontrar seus estatutos que seguirão transcritos nos anexos 1, 2, 3 e 4. No arquivo do Conselho Metropolitano da SSVP, tive também acesso ao livro do balanço financeiro do Hospital São Francisco de Assis compreendendo o período de 1937 a 1945. Para melhor conhecer a CMC, seus membros, suas práticas e outras informações relevantes a respeito da Corporação, foi necessário também recorrer a outras instituições arquivísticas, como o arquivo da Cúria Metropolitana de Belo Horizonte, já destacada pela Rita de Cássia, o Arquivo da Biblioteca Pública Estadual de Minas Gerais, o Arquivo Municipal de Belo Horizonte, o Arquivo Público Mineiro, o Arquivo da Pontifícia Universidade Católica (PUC), o Arquivo da Fundação Ezequiel Dias (FUNED), o Centro de Memória da Medicina da UFMG (CEMEMOR), e a consulta a diversos periódicos, dos quais destaco os mais relevantes: o jornal católico “O Diário”, a revista “Belo Horizonte”¹⁶⁹, e o jornal “O Bebê.”¹⁷⁰

A Corporação de Médicos Católicos que buscamos compreender ao decorrer deste trabalho difere de suas congêneres belo-horizontinas. Enquanto as outras associações médicas e, em especial, a Sociedade São Lucas, destacadas por Rita de Cássia Marques em sua pesquisa, tiveram tempos de existências muito curtos, não passando de uma década sua vida associativa. Já a Corporação dos Médicos Católicos teve uma vida associativa muito longa, pois, fundada em 1935, somente em 2002 teve suas atividades

¹⁶⁸ A resposta foi recebida após novo pedido de solicitação no dia 9 de janeiro de 2019, assinada pelo Presidente do Conselho Metropolitano de Belo Horizonte, Wellington Corrêa.

¹⁶⁹ A revista Belo Horizonte encontra-se disponível para acesso pelo endereço <https://prefeitura.pbh.gov.br/fundacao-municipal-de-cultura/arquivo-publico/acervo/revistas>

¹⁷⁰ O periódico foi também digitalizado por parceria e conduzido pela UFMG e, assim como diversos outros jornais mineiros, pode ser acessado pelo <http://linhares.eci.ufmg.br/>

liquidadas. A fundação da CMC deu-se em 10 de junho de 1935¹⁷¹, em reunião extraordinária ocorrida no Conselho Metropolitano da SSVP de Belo Horizonte e presidida pelo dr. Furtado de Meneses. No ato de fundação, foi redigido um estatuto (Anexo 1) composto por dez artigos que continham as cláusulas básicas e versavam, no geral, sobre o pertencimento da CMC à hierarquia vicentina, o funcionamento da CMC, a incorporação de novos membros, a disposição financeira, a participação da CMC no processo de profissionalização da medicina, a prestação da assistência e o socorro aos pobres. Este estatuto passaria no ano seguinte, em 1936, por uma reformulação estatutária (Anexo 5).

De acordo com o primeiro regimento estatutário feito em 1935, a CMC era um órgão subordinado ao Conselho Central Metropolitano da SSVP de Belo Horizonte (1º artigo). O 2º artigo do Estatuto versava sobre a qualidade profissional dos membros da Corporação: “Serão admittidos todos os *medicos diplomados* que sendo cathólicos praticantes, forem propostos por dois membros da “Corporação” e aceitos pela sua directoria” [destaque nosso]. Se lido o 4º artigo, que versava sobre os objetivos da Corporação, em combinado com seu 9º inciso: “A directoria poderá aceitar o concurso *de medicos não catholicos praticante*, a titulo de collaborador” [destaque nosso], observamos uma transformação importante no regimento estatutário da CMC se comparado aos demais estatutos das outras associações médicas católicas. Enquanto a Sociedade Médica da Creche Menino Jesus permitia em seu estatuto a participação de profissionais de áreas distintas à medicina, o estatuto da Corporação dos Médicos Católicos estabelecia um recorte primeiramente profissional: apenas médicos, ou estudantes de medicina, podiam tornar-se membros da Corporação, sendo assim, o que caracterizava a filiação de um membro na CMC era o pertencimento à categoria profissional médica, e não necessariamente a prática da comunhão dos ritos e credos devocionais católicos. Isso é revelador de duas especificidades: a primeira, o caráter que a CMC assumiu, qual seja, um espaço de manutenção dos interesses profissionais médicos, como a militância pela defesa profissional, a busca pela inserção no mercado de trabalho de médicos jovens e recém-diplomados, a estratégia alternativa realizada pelos médicos para inscrever a medicina na vida social e a construção da autoridade médica e

¹⁷¹ Na mesma reunião do Conselho foram fundadas também as Corporações dos Advogados Católicos, dos Engenheiros Católicos e dos Dentistas Católicos. Os estatutos estão disponíveis nos anexos que vão no final deste trabalho. Ver anexos 2,3 e 4.

da imagem social do médico; a segunda especificidade advém da dimensão religiosa que compõe as Corporações profissionais fundadas sob a égide da Ação Católica. Em texto escrito por Joaquim Furtado de Menezes que viria a ser apresentado no Instituto Católico de Belo Horizonte, datado de 6 de julho de 1937, o líder vicentino procurou, em pouco menos de 200 páginas, propor um exercício reflexivo sobre a Doutrina Social Católica. Em suas páginas o autor escreveu sobre diversos assuntos referentes à Ação Católica, dedicando o capítulo XIV às *Associações Profissionais*. De acordo com Furtado de Menezes, as associações profissionais eram destinadas a três tipos: confraria, sindicato e corporação. No que se refere às corporações profissionais, lemos no texto de Menezes que estas são diferentes dos sindicatos, “porque não tem fim puramente economico, aspira trabalhar na constituição organica da sociedade, combatendo o espirito individualista.” (MENEZES, 1937: p. 160). Furtado de Menezes lembrava das orientações papais, tanto de Leão XIII quanto de Pio XI, na publicação de suas respectivas encíclicas *Rerum Novarum e Quadragesimo anno*, na qual, citando diretamente o papa Pio XI, escreveu:

A cura (da sociedade civil) só será perfeita quando a estas classes oppostas se substituirem organismos bem constituídos, ordens ou corporações, que agrupem os individuos, não segundo a sua categoria no mercado do trabalho, mas segundo as funcções sociaes, que desempenham. [...] Do que precede é facil concluir que no seio destas corporações estão em primeiro logar os interesses communs á profissão; entre os quaes o mais importante é vigiar por que a collectividade se oriente sempre para o bem commum de toda a sociedade. As questões que se refiram aos interesses particulares dos patrões ou operários poder-se-hão tractar e resolver separadamente. (MENEZES, 1936: p.: 160-162).

E concluía que as “corporações devem ser livres, isto é, não ser o profissional obrigado a aggregar-se a ellas para poder exercer a profissão. O ideal catholico será que as corporações sejam mixtas, isto é, compostas ao mesmo tempo de patrões e operarios; [...]. Devem ser sempre confissionais” (MENEZES, 1937: p. 163) e baseadas no espírito da justiça e caridade.

O 3º artigo do estatuto fundador da CMC de 1935, versava sobre a composição da mesa diretora. A CMC seria formada por uma “directoria composta de um presidente e um vice-presidente, nomeados pelo presidente do Conselho Metropolitano, e um secretario, um thesoureiro e um bibliothecario, nomeados pelo presidente da “Corporação”, devendo serem todos vicentinos” sendo que “o presidente e o

vicepresidente ficam fazendo parte do Conselho Metropolitano.” Para tanto, foram nomeados o confrade Francisco de Souza Lima para a presidência da CMC e o confrade Tupy Coutinho Soares para a vice-presidência da CMC – cargo que ocupou até 12 de outubro de 1936, quando solicitou exoneração por ocasião da mudança de Belo Horizonte, foi nomeado o novo vice-presidente, Delor Ferreira.¹⁷² Foi também proposto que o médico Roberto de Almeida Cunha fosse proclamado confrade honorário da CMC, porém não conseguimos descobrir se de fato tal nomeação ocorreu porque, embora o presidente do Conselho Metropolitano dos Vicentinos, dr. Furtado de Menezes, “achasse muito justo” a decisão era “de competencia do Conselho Diocesano.”¹⁷³

O 4º artigo do estatuto da CMC versava acerca dos objetivos para o qual foi criada a Corporação. Assim, divididos em seis parágrafos, os objetivos da CMC eram descritos como:

1º estreitar laços de amizade christã entre os incorporados.

2º assistir com os recursos medicos todos os pobres socorridos pela Sociedade de S. Vicente de Paulo, em varios ambulatorios, e, quando necessario, nos seus proprios domicilios;

3º ministrar aos pobres instrucções no sentido de observarem medidas hygienicas e preventivas de contagio de enfermidades;

4º dar ás mães noções de hygiene pre-natal e de puericultura, fornecendo por meio do lactario, alimentação sã e substancial ás creancinhas pobres;

5º facilitar por meio de uma sociedade medica, munida de bibliotheca e com sessões de estudos, o progresso scientifico dos seus associados;

6º defender a doutrina catholica, quando atacada em assumptos relacionados com as sciencias medicas.”

Vale aqui a observação de que, ao decorrer desta pesquisa e percorrendo os espaçados rastros deixados pelos médicos católicos da CMC, encontramos, no Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte, a cópia do estatuto da Corporação dos Médicos Católicos (Anexo 5), que de acordo com a divisão arquivística interna da instituição, o colocou pertencente aos documentos referentes à década de 1950. Porém, embora o documento não esteja datado, há importantes indícios que nos fazem acreditar que se trata de um documento produzido em 2 de março de 1936. Primeiramente, na margem superior

¹⁷² Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo. Documento: Livro de atas, 1927-1936, pág.: 189. Na reunião ocorrida em 28 de julho de 1939 foi informado o falecimento do médico Tupy Coutinho Soares. Ver: Livro de atas, 1937-1944, pág. 54.

¹⁷³ Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo. Documento: Livro de atas, 1927-1936, pág.: 167.

do estatuto, encontramos a assinatura de Dom Cabral acompanhada da data acima mencionada. O documento encontrado trata-se do estatuto reformulado da CMC que, possivelmente, foi enviado à Dom Cabral, pois é acompanhado de uma correspondência escrita de próprio punho por Dom Cabral, na qual o arcebispo de Belo Horizonte escrevera:

Fazemos saber que, atendendo ao que Vos requer a “Corporação de Medicos Catholicos”, com sede social e juridica nesta Archiepiscopal cidade de Bello Horizonte, Estado de Minas Geraes;

Havemos por bem aprovar, como pela presente Vossa Carta de Approvação o fazemos, os Estatutos da referida “Corporação de Medicos Catholicos”, filiada do “Conselho Metropolitano de Bello Horizonte”, da Sociedade de S. Vicente de Paulo. Fazemol-o com muita estima, por se trata de uma corporação, cujos fins sociaes visam a caridade evangelica, dentro do ambito, sempre que possivel, da Acção Catholica, tão preconizada pelos Soberanos Pontifices.

Dada e passada em Nossa Curia Metropolitana de Bello Horizonte, aos 2 de março de 1936.

E eu Mons. Vicente Soares, secretario do Arcebispado, a subescrever.

Antonio, Arcebispo de Bello Horizonte.”¹⁷⁴

Mais que nos revelar a possível data de produção do documento, a correspondência assinada por Dom Cabral nos revela muito dos aspectos da criação das corporações profissionais e de suas inserções dentro da Ação Católica. O envio do estatuto da CMC para Dom Cabral nos sugere as hierarquias e subordinações a que os membros do laicato leigos católicos deviam à hierarquia eclesiástica.

De acordo com o estatuto reformulado da CMC, em 1936 (Anexo 5), o artigo 4º é acrescido de dois novos objetivos, quais sejam, “Criar e manter uma revista medica, que será órgão official da ‘Corporação’” e “fundar um syndicato medico para defender os interesses da classe.”¹⁷⁵ O acréscimo destas novas disposições estatutárias para os fins da CMC reforça o entendimento da Corporação como um espaço de militância orgânica em

¹⁷⁴ Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte, Caixa 231, Pasta: Sociedade São Vicente de Paulo, Documento: vários. Segue no anexo 2 o estatuto citado da Corporação de Médicos Católicos.

¹⁷⁵ É certo que, no estatuto de 1936 da CMC, encontramos diversas diferenças se comparados ao de 1935. De acordo com o Capítulo IV, que versa sobre “*Da Academia*”, o art. 22º dizia que “Para cumprir o disposto na letra f do art. 4º, a CORPORACÃO manterá a Academia S. Lucas, de que farão parte os associados que quizerem.” Ou seja, com a criação da CMC os membros da Academia médica São Lucas tornaram, se assim fosse sua vontade, membros da CMC. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte, Caixa 231, Pasta: Sociedade São Vicente de Paulo, Documento: vários. Segue no anexo 2 o estatuto citado da Corporação de Médicos Católicos.

prol da profissionalização da medicina. Infelizmente não encontramos nenhuma revista médica que tenha sido fundada e mantida pela CMC. Neste sentido, a única publicação assinada pelos médicos da CMC encontrada trata-se de um único exemplar de um jornal chamado “O Bebê”.¹⁷⁶ E, embora também não seja possível afirmar com certeza a existência deste sindicato vinculado à CMC, uma vez que a documentação consultada não nos permite, podemos perceber que o Sindicato Médico de Belo Horizonte, como veremos a seguir, teve suas principais fileiras ocupadas pelos membros da CMC.

O 5º artigo do estatuto fundador, datado de 1935, era dedicado a regular o público a ser atendido pela CMC. De acordo com este artigo, os médicos da CMC deveriam prestar socorros gratuitos aos pobres assistidos pela SSVP, através da prática da caridade, sendo ainda prevista a possibilidade de cobrança de pagamentos e a utilização dos ambulatórios vicentinos para prestação do serviço médico da CMC desde que os “clientes que pagarem, não [prejudiquem o socorro] aos pobres”. A Creche Menino Jesus hospedaria a sede da CMC (art. 6º), sendo mantidos “ambulatorios para adultos e crianças” e promoveria a criação de um lactário. De acordo com o art. 7º, “a “Corporação” esforçar-se-há pelo estabelecimento de uma pharmácia e de um hospital infantil de tuberculosos.”

Segundo consta no estatuto fundador da CMC de 1935, eram elencados 24 médicos na qualidade de fundadores da Corporação, sendo eles os drs. Francisco de Souza Lima, Delor Luis Ferreira, Tupy Coutinho Soares, Berardo Nunan, Rodovalho Mendes Domenici, Mario Vas de Mello, José Ribeiro, Victor Lacombe, Jayme Werneck, Persio Pereira Pinto, Hilton Rocha, José Pinheiro Chagas, Ubirajara França Diniz, [Acacio] Dolabella, Paulo Miranda e João Ignácio da Costa Santos; e os doutorandos José Mariano, Theophilo de Souza Lima, Antonio Ximenes de Moraes, Arlindo Polizzi, Antônio Nunes Carvalho, Domingos Magalhães Lopes, Deodoro Barcellos e José Amaral Castro.

Ao analisar o estatuto reformulado da CMC de 1936, percebemos uma diferença uma vez que acrescenta novos nomes a estes fundadores e os separam em dois grupos: “socios – a) effectivos: Francisco de Souza Lima, Delor Ferreira, Tupy Coutinho Soares, Berardo Nunan, Rodovalho Mendes Domenici, José Ribeiro, Ubirajara França Diniz,

¹⁷⁶ Voltaremos a este documento novamente, porém vale mencionar que o único exemplar que encontramos deste jornal, trata-se de um exemplar do *Ano 1, número 2*, o que sugere que se não ter havido sequência na publicação, certamente é possível afirmar que foi publicado ao menos um outro exemplar o *Ano 1, número 1*.

Wilton Ferreira, José Pinheiro Chagas, João Rezende Alves, Gastão Ribeiro de Oliveira, Geraldo Coelho de Almeida, José Mariano, Theophilo de Souza Lima, Antonio Ximenes de Moraes, Deodoro Barcellos, Domingos Magalhães Lopes, Arlindo Polizzi, José Amaral Castro e Antonio Nunes Carvalho.” E os “Contribuintes: Mario Vaz de Mello, Victor Lacombe, Jayme Werneck, Persio Pereira Pinto, Hilton Rocha, Accasio Correa Dolabella, Paulo Miranda e João Ignácio da Costa Santos”. De acordo com este estatuto, a separação entre sócios efetivos e contribuintes implicava também em uma mudança na forma de como estes médicos estavam inseridos na CMC, pois, segundo o artigo 6º, os membros da corporação estarão divididos em duas categorias: efetivos e contribuintes, sendo que os “effectivos, aquellos que satisfazendo o art. 5º, prestarem os seus serviços médicos a indigentes, exclusivamente nas organizações da “Corporação”¹⁷⁷. E os “contribuintes aquellos que, satisfazendo o art. 5º, concorrerem com a mensalidade de 5\$000.” O art. 7º versava sobre os deveres dos sócios efetivos da CMC e dos contribuintes e o art. 8º a respeito dos direitos dos sócios efetivos e contribuintes. Assim ficava estabelecido que:

Art. 7º - São deveres dos socios, effectivos e contribuintes:

- a) Concorrer mensalmente com a quantia de 20\$000 para effectivos – e 5\$000 para contribuintes e estudantes; - para as despesas da “Corporação”.
- b) Comparecer ás sessões plenas e ás das commissões de que fizer parte, assignando o livro de presença.
- c) Aceitar e desempenhar com zelo e dedicação ás incumbencias que lhes forem dadas;
- d) Procurar trazer para o seio da “Corporação”, todos os collegas que, satisfazendo ás condições do artigo 5º, lhe parecerem bons elementos para a mesma;
- e) Empenhar-se quanto lhe seja possível, pelo progresso da “Corporação”

Art. 8º) São direitos do socio:

1º effectivo:

¹⁷⁷ Art. 5º Poderão fazer parte da “Corporação”, médicos e estudantes que, sendo catholicos praticantes, forem admittidos pela directoria, na forma deste refimento. Paragrafo 1º - O candidato será proposto por escripto, por dois socios. O presidente submeterá a proposta á directoria, que poderá resolver immediatamente ou adiar a solução, se assim o requerer um dos seus membros. Esse adiamento não poderá exceder de trinta dias. Paragrafo 2º - Sendo aceito o candidato, o presidente dará immediata communicação do facto a um dos representantes, para que leve ao conhecimento do interessado, que será considerado socio para os effectos, 24 horas depois da deliberação da directoria. Dentro deste prazo, qualquer socio pode impugnar a acceitação, caso o candidato não satisfaça as condições estatutarias. Essa impugnação tem efeito suspensivo.

Paragrafo 3º: Na 1º sessão plena que se realizar, o novo socio prestará o seguinte compromisso: “Prometto, na presença de Deus, jamais alistar-me em instituição condemnada pela Igreja, cumprir fielmente os estatutos da “Corporação de Médicos Catholicos” e empenhar-se com todo o zelo e entusiasmo em prol do progresso dessa instituição.

- a) Ser incumbido de trabalhos remunerados, como dispõe este regimento;
- b) Sugerir ao estudo da “Corporação”, questões de grande interesse;
- c) Fazer comunicações e consultas á Academia;
- d) Dirigir, de accordo com a directoria, os diversos serviços especializados da “Corporação”

2º Contribuinte:

- a) Fazer comunicações e consultas á Academia;
- b) Desempenhar incumbencias que lhe forem dadas, não remuneradas;
- c) Frequentar os serviços médicos da “Corporação”;
- d) Passar a effetivo depois de satisfeitas as condições deste regimento.

A experiência associativa dos médicos em espaços devocionais em Belo Horizonte já era bastante conhecida e utilizada pela classe médica da cidade. Vale lembrar, como demonstra Rita de Cássia Marques (2005), que os fundadores da Academia São Lucas, por exemplo, eram médicos já inseridos no mercado de trabalho, com posições consolidadas e ocupando posições de prestígio social e profissional. Ao compararmos os médicos fundadores desta Associação aos médicos que, no ano de 1935, fundaram a CMC, percebemos importantes diferenças. Embora o próximo capítulo desta tese seja dedicado a analisar o perfil dos médicos da CMC, vale aqui antecipar algumas poucas palavras para ilustrar nosso argumento. Em 1935, todos os médicos diplomados que participaram da fundação da CMC haviam obtido seu diploma, no máximo, há três anos. Sendo mais específico, dos dezessete médicos diplomados que participaram da fundação da CMC, excluindo Victor Lacombe, de quem não encontrei referência sobre o ano de conclusão do ensino superior, cinco terminaram suas respectivas graduações em 1932 (Delor Luiz Ferreira, Francisco de Souza Lima, José Mariano, Mário de Vaz de Mello, Ubirajara França Dinis), sete concluíram seu curso em 1933 (Berardo Nunan, Hilton Rocha, Jayme Eiras Furquim Werneck, João Ignácio da Costa, José Pinheiro Chagas Filho, José Ribeiro Filho, Paulo de Castro Miranda) e quatro concluíram em 1934 (José Amaral Castro, Rodovalho Mendes Dominici, Tupy Coutinho Soares, Acacio Correa Dolabella)¹⁷⁸. Desta forma, percebe-se uma importante diferença entre este grupo e o grupo de médicos fundadores da Associação São Lucas. Todos os fundadores da CMC eram médicos recém-diplomados e em busca de consolidação no mercado de trabalho,

¹⁷⁸ A respeito do médico Pérsio Pereira Pinto, vale ressaltar que sua formação difere da dos demais, pois, iniciando o curso de medicina em Belo Horizonte, o médico solicitou a transferência para o Rio de Janeiro onde concluiu o ensino. Assim, embora não tenha sido possível saber com precisão a data em que concluiu o ensino médico, certamente é possível colocá-lo dentro deste grupo de recém formados.

formação de uma clientela fixa, reconhecimento social, prestígio e reconhecimento entre seus pares, em um momento em que a medicina passava por transformações e a profissão médica por intervenções estatais. Vale ressaltar mais duas características em comum entre os médicos da CMC: todos eles optaram pelo caminho da especialização médica e fizeram carreiras no atendimento clínico.¹⁷⁹

A historiadora Keila Auxiliadora Carvalho¹⁸⁰, em sua pesquisa de mestrado, procurou estudar, entre outros, a disposição dos médicos dentro da comunidade médica belo-horizontina entre os anos de 1920 e 1930. Segundo a autora, a classe médica que vivia na capital mineira nas primeiras décadas do século XX caracterizava-se pela manutenção de perfis médicos distintos que coexistiam dentro da classe médica, sugerindo assim, dentro da categoria, uma divisão interna referente à forma como praticar e exercer os ofícios da profissão médica. Assim, inspirando-se na divisão proposta por André Pereira, segundo a qual existiam três perfis médicos dominantes no Brasil, quais sejam: os médicos generalistas, os médicos especialistas e os médicos higienistas ou sanitaristas. Keila Carvalho procurou demonstrar que esta divisão encontrada na medicina brasileira refletia também na composição da comunidade médica belo-horizontina, e, por sua vez, na forma como cada perfil médico procurou inscrever sua prática e suas concepções na vida social. De acordo com a autora, a classe médica do início do século XX não representava uma classe coesa, e não se orientava pela “homogeneidade de ideias, práticas e interesses entre seus membros, [pois], muito pelo contrário, existiram e ainda existem muitas contradições internas”. (CARVALHO, 2008: p. 11).

Mantendo sua investigação em torno do processo de profissionalização e de inserção dos médicos sanitaristas na vida pública, Keila Carvalho argumenta que este grupo médico percorreu a via institucional da política para garantir sua inserção profissional. Segundo a autora, “tais médicos, atuavam nos diversos órgãos e instituições de saúde existentes em Minas Gerais, todos ligados ao serviço público. Dentre estes estavam: Inspetoria de Demografia e Educação Sanitária, Diretoria de Saúde Pública, Inspetoria de Higiene Escolar, Serviço de profilaxia da Lepra, Centro de Estudos e Profilaxia da Lepra, Leprosários, entre outros.” (CARVALHO, 2008: p. 21). Mantendo a inserção na política

¹⁷⁹ Ver capítulo 3º quando se fala sobre os médicos e suas respectivas especialidades.

¹⁸⁰ CARVALHO, Keila Auxiliadora. *A Saúde pelo Progresso: Medicina e Saúde Pública em Minas Gerais*. Programa de pós-graduação em História da Universidade Federal de Juiz de Fora [Dissertação de Mestrado], 2008.

como uma estratégia profissional, os sanitaristas tiveram a atuação fundamental para que se criasse uma agenda de saúde pública no Brasil, com participação dos poderes públicos concomitante a um processo crescente de inserção dos sanitaristas à burocracia estadual e federal que representou o resultado de um longo processo histórico iniciado na década de 1910 e culminou no que conceitua Gilberto Hockman como a *Era do Saneamento*¹⁸¹.

As peculiaridades históricas percorridas pelos sanitaristas e sua inserção profissional pelas vias da política marcaram as características deste grupo. Certamente vinculado ao passado de Belo Horizonte como uma cidade construída a partir de critérios higiênicos e sanitários, e, por se tratar da capital do Estado, a presença dos sanitaristas na burocracia governamental confunde-se com a história da saúde na cidade. Como foi acentuado, a existência destes três perfis médicos em Belo Horizonte, e sobretudo as diferenças entre estes três grupos na forma de praticar o exercício profissional, fez com que os caminhos de inserção profissional também fossem diferentes entre si. Ao contrário dos médicos sanitaristas estudados por Keila Carvalho, os médicos da CMC não recorreram à burocracia estadual para realizarem a constituição de sua autoridade profissional. Certamente, optando pelo perfil médico especialista, que à época era um perfil em construção, dadas as transformações políticas, técnicas e epistemológicas pelas quais a medicina passava, os médicos da CMC procuraram outras vias para conseguirem realizar a sua inserção profissional. Acreditamos, assim, que essa via passava pela inserção nas Corporações profissionais católicas que simultaneamente desenvolveram uma prática médica sustentada sob um tripé da pedagogia, ciência e caridade.

Entre as corporações profissionais compostas por leigos que atuaram no campo da saúde está também a Corporação de Dentistas Católicos (CDC) que foi fundada juntamente com a Corporação de Médicos Católicos em 10 de junho de 1935.¹⁸² A exemplo da CMC, a CDC foi orientada pela criação de um estatuto (anexo 2) que a inseria na ordem hierárquica vicentina subordinando-a ao Conselho Central Metropolitano de Belo Horizonte. A composição estatutária da CDC se assemelhava às demais corporações de ofício leigas do mundo vicentino. De acordo com o 2º artigo estatutário da CDC, seriam “**admittidos todos os dentistas diplomados**, que sendo catholicos praticantes,

¹⁸¹ HOCHMAN, Gilberto. *A Era do Saneamento*. SP: Hucitec editora, 2012.

¹⁸² Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo. Documento: Livro de Atas, 1927-1936, pág.: 171 e 172.

forem propostos por dois membros da “Corporação” e aceitos pela sua directoria.”¹⁸³ Se combinada a leitura do 2º com o 6º artigo – “A directoria poderá aceitar o concurso de **dentista não catholicos** praticantes a titulo de collaboradores”¹⁸⁴ – percebe-se que, a exemplo da CMC, a orientação para o acolhimento de novos membros para a CDC era realizada a partir de critérios profissionais e técnico-científicos, e não propriamente devocionais. Este aspecto é central dentro da composição das corporações profissionais e devocionais dos anos de 1930 no mundo vicentino: o associativismo leigo profissional orientou-se pelos seus valores técnico-científicos, em um contexto no qual se expandia as regulamentações profissionais realizadas pelos poderes públicos e as transformações por que o campo da saúde passava nas décadas de 1920 e 1930. Tal como a medicina, a odontologia passava, naquele contexto, por regulamentações dos poderes públicos, destinando a prática odontológica ao profissional portador de um diploma acadêmico reconhecido e seu respectivo registro nos órgãos de fiscalização.¹⁸⁵

A composição da mesa administrativa era orientada pelo 3º artigo do estatuto que informava ser a CDC composta por um presidente e um vice-presidente que deveria ser vicentinos e compor a mesa do Conselho Metropolitano, ambos nomeados pelo presidente do Conselho Metropolitano. Além destes, a mesa administrativa era formada por um tesoureiro, um secretário e um bibliotecário, sendo todos estes indicados pelo presidente da CDC.¹⁸⁶ O 4º artigo, composto por quatro parágrafos, versava em sobre os fins da Corporação:

Art. 4º São fins da “Corporação”:

- 1º estreitar laços de amizade christã entre os incorporados;
- 2º assistir com os recursos de sua profissão os pobres socorridos pela Sociedade S. Vicente de Paulo, em gabinetes junto dos varios ambulatorios medicos da cidade;
- 3º facilitar por meio de uma sociedade munida de bibliotheca e com sessões de estudos, o progresso scientifico dos seus associados.
- 4º defender a doutrina a catholica, quando atacada assumptos relacionados com as sciencias estudadas pelos dentistas.

¹⁸³Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo. Documento: Livro de Atas, 1927-1936, pág.: 171.

¹⁸⁴Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo. Documento: Livro de Atas, 1927-1936, pág.: 171.

¹⁸⁵ Ver em especial o 1º, 2º e 5º artigo do Decreto nº 20.931 de 11 de janeiro de 1932. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D20931.htm. Acessado: 17/09/2020

¹⁸⁶Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo. Documento: Livro de Atas, 1927-1936, pág.: 171.

Assim, à semelhança da CMC, a CDC tinha entre suas funções assistenciais a prestação dos serviços odontológicos aos “pobres socorridos pela Sociedade de S. Vicente de Paulo”, sendo que estes serviços deveriam ser “inteiramente gratuitos”, permitindo, entretanto, “aos dentistas dos gabinetes atender nesses outros clientes que paguem desde que não sejam prejudicados os pobres” (Art. 6º)¹⁸⁷. Constaram, como os fundadores da CDC, os dentistas: Dr. Lafayette Padua, Prof. Elias Andrade, José Pedro Ferreira, Castorino José Teixeira, Francisco Monteiro e Arthur Dias de Souza.

Existe uma profunda lacuna historiográfica a respeito das corporações de ofícios católicas e, em especial, acerca das corporações leigas de profissionais que atuaram no campo da saúde. Compreender a história do associativismo católico a partir da formação das corporações profissionais leigas, e, sobretudo, a história sobre os agentes do campo da saúde, suas práticas, seus entendimentos, seus modos de agir e se posicionar frente aos problemas profissionais e às transformações pelas quais passavam a assistência e a medicina, é um desafio ainda a ser feito pela historiografia especializada. Destes poucos estudos sobre o tema, destacamos a existência das pesquisas realizadas por Ana María Teresa Rodríguez¹⁸⁸, que têm buscado compreender o fenômeno do associativismo profissional leigo, com destaque para a formação e a atuação dos médicos católicos na Argentina entre os anos de 1930-1950. Em diálogo com os trabalhos da autora, poderemos traçar alguns paralelos e comparar a atuação dos médicos católicos argentinos com os médicos católicos brasileiros, sobretudo os médicos católicos de Belo Horizonte, buscando compreender as semelhanças e as diferenças entre essas duas corporações.

De acordo com a autora, nos anos de 1930, a Argentina vivenciava um contexto propício para a efervescência da militância leiga católica que, inspirada pela Ação Católica e pelo desejo de “transformar a religião no princípio organizador do Estado, anulando a separação [entre Igreja e Estado]” (RODRÍGUEZ, 2005: p. 4) [tradução nossa], promoveu o aparecimento de corporações profissionais leigas. O surgimento de corporações médicas argentinas, em especial, foi resultado do encontro da tradição associativa dos médicos com as inspirações da militância da Ação Católica, e o impulso

¹⁸⁷Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo. Documento: Livro de Atas, 1927-1936, pág.: 171.

¹⁸⁸ Entre outras pesquisas realizadas pela autora, citamos o trabalho RODRÍGUEZ, Ana María Teresa. *Médicos, Iglesia y Estado. Tensiones entre discursos, políticas y prácticas: sobre la construcción política de los cuerpos generizados em la Argentina de los años '30-'45*. Facultad de Ciencias Humanas, Universidade Nacional de La Pampa, 2005.

das autoridades do vaticano “criaram as condições da emergência do Consórcio de Médicos Católicos” (RODRÍGUEZ, 2005: p. 36) [tradução nossa].

Os médicos católicos argentinos fundaram uma corporação profissional católica em 1929. De acordo a autora, o Consórcio de Médicos Católicos Argentino foi composto por médicos que ocupavam posições marginais dentro do campo médico argentino, ou seja, médicos em busca de ascensão e posições de maior prestígio dentro da comunidade médica. Assim, “se está em presença de um agente com múltiplas identidades, que pretendeu adquirir o monopólio da prática legítima no campo científico donde disputou relações de força e por transformar e conservar posições, apesar de que ostentava um lugar relativamente marginal.” (RODRÍGUEZ, 2005: p. 15) [tradução nossa]. Vale ressaltar que, a despeito da atuação dos Médicos Católicos argentinos, a autora supracitada demonstra que o grupo de médicos do Consórcio pautou suas ações na tentativa de criar uma “perspectiva católica sobre a saúde e [sobre] a prática médica”, ou seja, uma “medicina moral” que buscava conciliar-se com o projeto de “construir uma sociedade médico católica” através da intervenção na sociedade “para conseguir alcançar um crescimento qualitativo e quantitativo da população: o natalismo e as questões eugênicas” (RODRÍGUEZ, 2005: p. 20) [tradução nossa]. Os temas em torno das questões populacionais, como, por exemplo, eugenia, castidade e educação sexual, eutanásia, aborto, limitação da natalidade, a vida matrimonial, o charlatanismo, a fecundação artificial etc., eram os principais temas que “conformaram a agenda médica católica que, desde uma concepção política e ideológica acerca da sociedade, estavam construindo a vertente católica argentina sobre o populacionismo e a perspectiva católica sobre a saúde e a prática médica [...]” (RODRÍGUEZ, 2005: p. 29/30) [tradução nossa]. Para tanto, os médicos católicos argentinos se organizaram em torno de uma revista chamada *Iatria* que tornou uma “ferramenta de militância, espaço de encontro e de discussão, que permitiria recrutar e educar os profissionais médicos e inclusive agentes eclesiais.” (RODRÍGUEZ, 2005: p. 22) [tradução nossa].

Sobre as características dos membros que compunham o Consórcio de Médicos Católicos argentino, podemos perceber que o grupo era composto por médicos exclusivamente do sexo masculino, jovens com idade inferior a 30 anos e recém-diplomados. Todas essas características são semelhantes às dos médicos fundadores da CMC de Belo Horizonte. A formação do perfil médico dos membros do Consórcio de Médicos Católicos Argentinos seguiu também pelo caminho das especialidades. Assim,

de acordo com Ana Maria Rodríguez, “dentro do Consórcio, estavam representadas as distintas especialidades médicas da época. Mas predominavam os profissionais vinculados de alguma maneira as questões sociais; [...]” (RODRÍGUEZ, 2005: p. 44) [tradução nossa]. Lembra a autora que as enfermidades sociais (alcoolismo, as enfermidades venéreas, a prostituição, a tuberculose) e a defesa da raça, compunham o binário prática médica e problemas sociais com “a formulação de diagnósticos sobre as condições demográficas, epidemiológicas e sanitárias da população, a colaboração das autoridades na formação e aplicação de políticas públicas, constituíram novas tarefas que a profissão reclamou como própria.” (RODRÍGUEZ, 2005: p. 44) [tradução nossa]. Assim, o Consórcio de Médicos Católicos argentinos era representado por médicos das especialidades: “Tisiología (3), Inmunologia (1), Enfermidades da pele (2), Ginecologia (4), Obstetrícia (1), Urologia (1), Puericultura (1), Pediatría (1), Clínica Infantil (1), Neurologia e Psiquiatria (2).” (RODRÍGUEZ, 2005: 44). Os médicos católicos argentinos escolheram, sobretudo, dois modos de exercerem sua profissão. O primeiro, prevaleceu o ambiente universitário, pois atuar nas universidades foi o caminho encontrado para poder recrutar novos médicos e também disputar a hegemonia do campo médico, embora não lograsse êxito em suas pretensões hegemônicas. (RODRÍGUEZ, 2005: p. 45-55). O segundo lugar de atuação dos médicos católicos se deu nos centros hospitalares municipais.

De acordo com a autora, a particularidade dos grupos confessionais e profissionais se dá em torno da constituição de sua identidade. Estes grupos são caracterizados pelo que temos chamado de uma dupla inscrição identitária que seria seu pertencimento tanto ao campo médico quanto ao confessional. Assim, para Rodríguez

a particularidade [dos médicos católicos era que] como agentes do campo médico e do campo religioso, conjugou uma militância religiosa com o reconhecimento da legitimidade do conhecimento científico. Por este duplo pertencimento, deveriam levar a religião ao campo médico e a ciência ao campo religioso. Uma estratégia fundamental foi alcançar tanto o reconhecimento dos médicos que se diziam católicos como do clero. (RODRÍGUEZ, 2005: p. 82) [tradução nossa].

A dupla inscrição identitária, que caracteriza os grupos devocionais e profissionais, se reafirmava em torno do pertencimento à comunidade médico-científica de portadores de um saber que buscava construir sua legitimidade, monopolizar o mercado da prestação de serviços médicos, controlar a exclusividade sobre as práticas médicas-curativas e

construir sua autoridade. Ao mesmo tempo, estes médicos são também agentes da militância leiga que estão em consonância com os preceitos da Ação Católica e defendem os princípios da Igreja dentro de suas profissões, conformando uma moral médica católica, ou seja, constituindo uma *perspectiva católica sobre a saúde e sobre a prática médica*. Esta perspectiva católica sobre a saúde baseava-se em torno de duas questões centrais que confluem: “1º a medicina moral, que concebeu os profissionais da saúde como ‘apóstolos’. O médico cumpria um dever com Deus e com a sociedade, sustentada em bases morais e científicas. 2º uma concepção da saúde, como um direito individual onde não cabia a intervenção do Estado.” (RODRÍGUEZ: 2005, p. 89) [tradução nossa].

A identidade deste grupo se caracteriza sob a problemática devocional e a profissional. A constituição de uma identidade devocional manuseada pelo grupo de médicos ultrapassava os sentimentos religiosos de cada um dos membros e caminhava em sentido a um projeto de inscrição profissional conduzido pelos médicos nos anos 30. Neste sentido, percebemos que os fatores que levaram à fundação das corporações profissionais leigas, das quais a CMC faz parte, não devem se limitar aos valores católicos, mas sim entendê-los em conjunto com os fatores profissionais. Desta forma, entendemos que, para os médicos da CMC, caridade e ciência são valores indissociáveis.

3.4 A Revista “O Bebê”

No ano de 1935, especificamente nos meses de fevereiro e março, os médicos que fundariam a CMC em junho daquele ano estavam reunidos em torno de uma outra associação médica: a Sociedade Médica da Creche do Menino Jesus. Muito embora a criação de uma revista médica vinculada à Corporação tenha sido uma disposição estatutária da CMC, ao decorrer desta pesquisa não encontrei nos arquivos pesquisados nenhum tipo de publicação assinada pelos médicos da CMC que pudesse caracterizar algum tipo de revista médica. A única publicação encontrada nesse sentido foi um semanário chamado “O Bebê” que está disponível para pesquisa através do Projeto Linhares.¹⁸⁹ No acervo disponível para pesquisa estão as fotocópias da coleção privada

¹⁸⁹ O Projeto Linhares foi criado em 2005, vinculado à Escola de Ciência da Informação, ao Departamento de História e à Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Minas Gerais, mantém em seu acervo as cópias fotográficas do acervo de Joaquim Nabuco Linhares.

de jornais de Joaquim Nabuco Linhares, autor de uma importante obra para os historiadores que pretendiam estudar Minas Gerais, sobretudo em Belo Horizonte, intitulada *Itinerário da imprensa de Belo Horizonte (1895-1954)*.¹⁹⁰ Nesta obra, o autor menciona a existência de pelo menos 839 jornais que circularam em Belo Horizonte durante o período mencionado. Em sua obra, Linhares realiza uma pequena análise e descrição de cada um destes periódicos. Assim, dentre os mencionados e analisados pelo autor, vê-se a descrição do semanário “O Bebê” no verbete 498. É dito que “O Bebê é um semanário das mães, publicado em auxílio à Creche Menino de Jesus” (LINHARES, 1995: p. 317). Suas publicações tiveram início em 23 de fevereiro de 1935, “sob a direção do Sr. Vicente Guimarães que fez circular 16 ou 17 números. Passando à propriedade do Sr. Juraci Barra, saíram mais sete ou oito edições” (LINHARES, 1995: p. 317). O semanário tinha o “formato de 28 x 20,5 cm, seis páginas e quatro colunas. Até o número 13, de 1º de junho, último que vimos, pouca alteração sofreu o cabeçalho. [...] Impresso na Tipografia Guimarães, à Rua do Espírito Santo, 980, com tiragem de 3.000 exemplares. Redação dos Carijós, 408” (LINHARES, 1995: p. 317/318). Linhares ainda menciona que

Tratando-se de jornal consagrado a aconselhar às mães o tratamento e a criação dos filhos, foi escolhido competente corpo de redação, composto de ilustres pediatras, que orientavam prática e cientificamente suas leitoras. Fizeram parte desse corpo os Drs. Francisco de Souza Lima, Fernando Magalhães Gomes, Mercedo Moreira, Dolor (*sic*) Luíz Ferreira, Rodovalho Mendes, Berardo Nunam e Tupi Coutinho Soares. [...]. A primeira impressão que se tem deste jornal é de uma publicação para divertimento infantil, tal o seu título, e, no entanto, trata-se de utilíssimo repositório de informações e conselhos sobre puericultura e que inestimáveis serviços deve ter prestado às mães (LINHARES, 1995: p. 317/318).

Encontramos apenas um único exemplar desse semanário, datado do dia 2 de março de 1935, Ano 1, nº 2, o que se trata, assim, do segundo semanário publicado pelos médicos – Francisco de Souza Lima, Fernando Magalhães Gomes, Mercedo Moreira, Delor Luiz Ferreira, Rodovalho Mendes, Berardo Nunam e Tupy Coutinho Soares. Como se verá ao longo deste texto, os médicos da CMC pouco se dedicaram a participar das publicações das revistas médicas especializadas. Assim, foi possível encontrar seus

¹⁹⁰ Sou extremamente agradecido aos funcionários do Centro de Memória da Faculdade de Medicina da UFMG, em especial à Ethel Mizrahy, que me mostrou a existência desta obra tão rica.

escritos, sobretudo no jornal *O Diário*¹⁹¹ e na publicação do semanário “O Bebê”. Ambas as publicações refletem traços em comum: os médicos da CMC escreveram, preferencialmente, nos meios de comunicação que visavam ao público leigo da capital, ou seja, procuraram escrever em revistas e jornais que visasse o grande público, sobretudo, composto por mães, dedicando, assim, menos atenção às revistas especializadas que circulavam entre os pares na capital - a exceção deve-se aos médicos Berardo Nunan e Hilton Rocha. Destaca-se também que, em todas as publicações encontradas ao decorrer da pesquisa e assinadas pelos médicos católicos, prevaleceram os princípios profissionais/científicos/médicos na construção de seus argumentos, ou seja, muito embora participassem de um grupo devocional, os médicos membros da CMC nortearam sua ação pela primazia dos valores técnicos e científicos, e sobretudo pela defesa de seus interesses profissionais e nos meios de inserção da medicina na vida social.

Se levarmos em consideração o texto intitulado *Nosso aparecimento*¹⁹², publicado na revista “O Bebê” de 2 de março de 1935, o projeto de inscrição da medicina na vida social pelas vias do semanário teve “franca aceitação” dado ao fato de ter sido “grande o numero de felicitações que tivemos pela feliz idéa de editarmos um jornal para o ensino da puericultura e dedicado ás Mães.” De acordo com a publicação, o “jornalzinho” fazia-se necessário, pois “geralmente as mães brasileiras são excessivamente dedicadas, carinhosas e amorosas, mas, infelizmente, completamente ignorantes no que se relaciona á hygiene e aos cuidados necessarios aos seus queridos filhos. O numero de doenças e mesmo mortes infantis advindas da ignorancia das mães é muito maior do que se póde suppor.”¹⁹³ Inserir a prédica médica na vida das mães e dos filhos e mostrar as vantagens da puericultura e da educação higiênica, através de “artigos e conselhos” publicados semanalmente, incentivando “a leitura instructiva e agradável do jornal” que objetivava melhorar “a educação das mães e consequentemente criação perfeita de filhos sadios”, era a finalidade do jornal. Para o financiamento deste periódico, era realizada uma campanha que obstinava arrecadar assinaturas anuais no valor de 10\$000, e lembrava que a assinatura do jornal era um “acto de verdadeira solidariedade

¹⁹¹ Ver, por exemplo, o texto publicado pelo jornal “O Diário”, do dia 14 de janeiro de 1941, que era uma entrevista com o Dr. Jayme Werneck, intitulada “Para que não sejamos em breve um país de velhos”.

¹⁹² Periódico: O Bebê. Ano 1, número 2. Data: 2 de março de 1935. Pág.: 2. Disponível para acesso: http://linhares.eci.ufmg.br/ln2_infofasc.php?status=2&jornal_id=34&jornal_ano=1935&jornal_pag=0&jornal_pi=0&jornal_pf=0&ji=29&jl=14&jornal_data=19350302. Acessado dia: 31/05/2019.

¹⁹³ Periódico: O Bebê. Ano 1, número 2. Data: 2 de março de 1935. Pág.: 2. Disponível para acesso: http://linhares.eci.ufmg.br/ln2_infofasc.php?status=2&jornal_id=34&jornal_ano=1935&jornal_pag=0&jornal_pi=0&jornal_pf=0&ji=29&jl=14&jornal_data=19350302. Acessado dia: 31/05/2019.

humana, pois, parte da renda de ‘O BEBÊ’ é em benefício da Creche Menino Jesus.” Assim, cada “assinatura de ‘O BEBÊ’ representa alguns copos de leite a mais em favor das creancinhas pobres da Creche Menino de Jesus”. E concluía afirmando: “magnífico é o nosso programma: Instruir ás mães e levar o alimento ás creancinhas pobres. [...]. Pouco é o que pedimos em comparação com o benefício que esperamos offerecer a humanidade.”¹⁹⁴

Dentre os textos produzidos pelos médicos católicos que procuravam instruir as mães a partir da assimilação dos valores da medicina e afirmar a autoridade médica na relação entre mãe e filho, podemos citar o texto assinado pelo dr. Fernando Magalhães Gomes, intitulado *Erros de alimentação*¹⁹⁵, que começava afirmando que “A nossa creança se alimenta mal. [...] Tanto qualitativamente como quantitativamente. Fructo da miséria, da ignorancia e dos preconceitos, os erros de alimentação constituem os factores mais communs da elevada morbi-lethalidade infantil. Se não actuam directamente, [...], os erros de alimentação irão constituir um organismo de pouca resistencia ás infecções-grippe, pneumonia, etc.”¹⁹⁶ De acordo com o médico, a “preocupação maxima das mães deve ser, portanto, uma alimentação completa, que assegure pleno desenvolvimento de seus filhos”, e inicia-se a partir daí a defesa da amamentação materna. Considerado “crime innominavel, equiparavel ao infanticidio, será o deixar de dar ao seu filho o leite do seu peito, por commodismo ou vaidade. As mães vaidosas pode-se assegurar que a amamentação não envelhece e nenhum prejuizo acarreta á esthetica. Os prazeres sacrificados aos deveres da amamentação serão largamente compensados pela saude e robustez de seus filhos.”¹⁹⁷ Feita a defesa, o médico passava a instruir as mães sobre como realizar amamentação de seus filhos, que deveriam seguir um padrão de “3 em 3 horas, 6

¹⁹⁴ Periódico: O Bebê. Ano 1, número 2. Data: 2 de março de 1935. Pág.: 2. Disponível para acesso: http://linhares.eci.ufmg.br/ln2_infofasc.php?status=2&jornal_id=34&jornal_ano=1935&jornal_pag=0&jornal_pi=0&jornal_pf=0&ji=29&jl=14&jornal_data=19350302. Acessado dia: 31/05/2019.

¹⁹⁵ Periódico: O Bebê. Ano 1, número 2. Data: 2 de março de 1935. Pág.: 1 e 3. Disponível para acesso: http://linhares.eci.ufmg.br/ln2_infofasc.php?status=2&jornal_id=34&jornal_ano=1935&jornal_pag=0&jornal_pi=0&jornal_pf=0&ji=29&jl=14&jornal_data=19350302. Acessado dia: 31/05/2019.

¹⁹⁶ Periódico: O Bebê. Ano 1, número 2. Data: 2 de março de 1935. Pág.: 1. Disponível para acesso: http://linhares.eci.ufmg.br/ln2_infofasc.php?status=2&jornal_id=34&jornal_ano=1935&jornal_pag=0&jornal_pi=0&jornal_pf=0&ji=29&jl=14&jornal_data=19350302. Acessado dia: 31/05/2019.

¹⁹⁷ Periódico: O Bebê. Ano 1, número 2. Data: 2 de março de 1935. Pág.: 1. Disponível para acesso: http://linhares.eci.ufmg.br/ln2_infofasc.php?status=2&jornal_id=34&jornal_ano=1935&jornal_pag=0&jornal_pi=0&jornal_pf=0&ji=29&jl=14&jornal_data=19350302. Acessado dia: 31/05/2019.

vezes ao dia, respeitando o intervalo de 8 a 9 horas á noite.”¹⁹⁸ A amamentação materna deveria ser mantida pelos primeiros seis meses da vida do recém-nascido, pois, sendo “o leite humano pobre em saes, sobretudo de ferro, não satisfazendo as necessidades do lactente nessas idades”, assim, “é, pois, medida salutar iniciar-se o desmame após o sexto mez, substituindo-se uma das refeições ao seio por caldo de carne (250 grs. de carne magra em 1 litro d’agua), engrossado com semolina e batata ingleza, podendo ajuntar-se sal ou assucar, conforme o paladar da creança”¹⁹⁹.

No semanário assinado pelos médicos católicos encontramos a sessão destinada a “conselhos uteis ás mães”²⁰⁰ que trazia rápidas, pequenas e diretas instruções de como uma mãe deveria cuidar de seus filhos. Dentre as assertivas médicas estava o incentivo às mães a terem uma relação de maior proximidade com seus filhos, pois “só o coração de mãe é capaz de conhecer as necessidades do seu filho”. Era ainda aconselhável pelos médicos que “o vosso bêbê tenha uma caminha só para elle. Durante a noite deveis verificar se a sua fralda está molhada ou suja e se elle não está com a cabeça coberta. É bôa pratica mudal-o de posição durante o somno. O habito de embalar a creança para dormir deve ser evitado.”²⁰¹ As condições de higiene, salubridade, luminosidade e ventilação deveriam ser observadas: “o quarto do vosso filhinho deve ser espaçoso, bem arejado e bem illuminado. Deveis banhar o vosso bêbê diariamente e leval-o para passear ao ar livre”, e caso a criança “não estiver prosperando ou se ficar doente, não percaes tempo: levae-o immediatamente ao vosso medico.”²⁰²

A participação dos Médicos Católicos nas revistas médicas especializadas de Belo Horizonte e de Minas Gerais ocorreu de forma tímida e esteve circunscrita à iniciativa de alguns poucos médicos da CMC que não escreviam em nome da Corporação. Desta

¹⁹⁸ Periódico: O Bebê. Ano 1, número 2. Data: 2 de março de 1935. Pág.: 1. Disponível para acesso: http://linhares.eci.ufmg.br/ln2_infofasc.php?status=2&jornal_id=34&jornal_ano=1935&jornal_pag=0&jornal_pi=0&jornal_pf=0&ji=29&jl=14&jornal_data=19350302. Acessado dia: 31/05/2019.

¹⁹⁹ Periódico: O Bebê. Ano 1, número 2. Data: 2 de março de 1935. Pág.: 1 e 6. Disponível para acesso: http://linhares.eci.ufmg.br/ln2_infofasc.php?status=2&jornal_id=34&jornal_ano=1935&jornal_pag=0&jornal_pi=0&jornal_pf=0&ji=29&jl=14&jornal_data=19350302. Acessado dia: 31/05/2019.

²⁰⁰ Periódico: O Bebê. Ano 1, número 2. Data: 2 de março de 1935. Pág.: 3. Disponível para acesso: http://linhares.eci.ufmg.br/ln2_infofasc.php?status=2&jornal_id=34&jornal_ano=1935&jornal_pag=0&jornal_pi=0&jornal_pf=0&ji=29&jl=14&jornal_data=19350302. Acessado dia: 31/05/2019.

²⁰¹ Periódico: O Bebê. Ano 1, número 2. Data: 2 de março de 1935. Pág.: 3. Disponível para acesso: http://linhares.eci.ufmg.br/ln2_infofasc.php?status=2&jornal_id=34&jornal_ano=1935&jornal_pag=0&jornal_pi=0&jornal_pf=0&ji=29&jl=14&jornal_data=19350302. Acessado dia: 31/05/2019.

²⁰² Periódico: O Bebê. Ano 1, número 2. Data: 2 de março de 1935. Pág.: 3. Disponível para acesso: http://linhares.eci.ufmg.br/ln2_infofasc.php?status=2&jornal_id=34&jornal_ano=1935&jornal_pag=0&jornal_pi=0&jornal_pf=0&ji=29&jl=14&jornal_data=19350302. Acessado dia: 31/05/2019

forma, percebemos que a inserção profissional dos Médicos Católicos ocorreu sob o viés da atuação em grupo e individual. Os caminhos percorridos por cada membro da Corporação foram diferentes entre si, revelando formas diferentes de inserção profissional dentro do mesmo grupo.²⁰³

Ao menos duas revistas médicas especializadas circulavam em Belo Horizonte entre os anos aqui estudados, sendo elas a Revista Médica de Minas Gerais e a Revista Minas Médica.²⁰⁴ Ambas traziam artigos assinados por médicos que as utilizavam para expor trabalhos e compartilhar experiências clínicas. Entretanto, há de se mencionar também que as publicações médicas carregavam características diferentes: enquanto a revista Minas Médica era majoritariamente composta por trabalhos originais publicados por médicos visando o desenvolvimento das questões específicas da medicina, o que sugere uma certa linearidade editorial, a revista Médica de Minas Gerais teve publicações com conteúdos mais diversos e heterogêneos, que iam desde a publicação de trabalhos científicos médicos à transcrição do estatuto do Lactário Menino Jesus e publicações do Sindicato de Médicos de Belo Horizonte.

As publicações dos médicos católicos na revista Minas Médica são basicamente inexistentes, porém ressalvas devem ser feitas aos trabalhos dos médicos Fernando

²⁰³ Ver em especial o 3º Capítulo.

²⁰⁴ Estas revistas estão disponíveis para pesquisas nos arquivos da Fundação Ezequiel Dias, no Arquivo Público Mineiro e no Centro de Memória da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Magalhães Gomes²⁰⁵, Berardo Nunan²⁰⁶, Hilton Rocha²⁰⁷. Embora composto em torno de um grupo, a Corporação dos Médicos Católicos não foi homogênea e os caminhos e as trajetórias que cada membro percorreu dentro do campo médico diferem entre si. Certamente a presença desses três médicos na revista refletem a trajetória pessoal que escolheram.²⁰⁸ Quanto à publicação da Revista Médica de Minas Gerais, a situação tampouco mudou.²⁰⁹ Nos exemplares consultados percebemos que foram poucos os médicos fundadores que tiveram algum estudo publicado nas páginas da revista. No exemplar de 15 de outubro de 1934, nº 14, volume 2, aparecem os nomes dos drs. Francisco de Souza Lima e de Vitor Jacobina Lacombe como colaboradores efetivos da Revista, e ainda um índice anual com os trabalhos já publicados, mencionando o trabalho do dr. Victor Lacombe, publicado na revista de número 1, intitulado “Considerações em torno de um caso de provocação de parte antes do termo, em bacia estrita.”²¹⁰

Como visto nas páginas acima, as corporações profissionais leigas eram orientadas por um regimento estatutário que previa estar entre as finalidades das corporações profissionais a realização de uma “bibliotheca” e a promoção de “sessões de

²⁰⁵ Foram publicados nos exemplares: Revista Minas Médica – Ano V – nov/dez. de 1938 – nº 31, intitulado nanismo endocrino. Março e abril de 1940 – nº 39, trabalho intitulado: Contribuição ao estudo biotipológico da criança retardada de Belo Horizonte. Novembro e dezembro de 1940 – nº 41, trabalho intitulado: Pneumonia crônica na coqueluche. Novembro-dezembro de 1947 – nº 67, trabalho intitulado: A Fundação Benjamin Guimarães na profilaxia e tratamento da tuberculose infantil. Maio e Junho de 1949 – nº 72, trabalho intitulado: Estudos realizados entre as crianças do preventório da Fundação Benjamin Guimarães.

²⁰⁶ Foram publicados nos exemplares: maio-junho de 1939 – nº 34, trabalho intitulado: Contribuição ao tratamento da Amebíose intestinal infantil. Setembro-outubro de 1939 – nº 34-6, trabalho intitulado: Exantema súbito. Novembro-Dezembro de 1939 – nº 37, trabalho intitulado: As otites silenciosas na primeira infância. Março e abril de 1940 – nº 39, trabalho intitulado: Síndromes meningêas purulentas na infância. Maio e junho de 1940 – nº 40, trabalho intitulado: Estado Febril Prolongado em crianças com distonia neuro-vegetativa. Novembro e dezembro de 1940 – nº 41, trabalho intitulado: Diagnóstico da Giardiose na Infância. Março e abril de 1941 – nº 44, trabalho intitulado: Pitiatismo. Janeiro e Fevereiro de 1945 – nº 62, trabalho intitulado: Distrofia policarencial da segunda infância. Janeiro e Fevereiro de 1947 – nº 66, trabalho intitulado: Em torno de um caso de meningite sérosa na criança. Novembro-dezembro de 1947 – nº 67, trabalho intitulado: Nefropatia crônica, benigna na infância. Maio-Junho de 1948 – nº 69, trabalho intitulado: Aula inaugural da cadeira de clínica pediátrica e higiene infantil da Faculdade de Medicina da UMG. 1948. Janeiro – Fevereiro de 1949 – nº 70, trabalho intitulado: Espienomegalias na infância.

²⁰⁷ Março e abril de 1944 – nº 58, trabalho intitulado: Aula inaugural da Faculdade de Medicina da U.M.G. em 1944.

²⁰⁸ Ver, em especial, o 3º capítulo.

²⁰⁹ As Revistas foram consultadas no Arquivo Público Mineiro (APM) e no Centro de Memória da Faculdade de Medicina da UFMG (CEMEMOR)

²¹⁰ Arquivo da Fundação Ezequiel Dias. Revista Médica de Minas Gerais - outubro de 1934, nº 14, volume 2.

estudos” a fim de facilitar “o progresso científico dos seus associados.”²¹¹ Desta forma, as corporações profissionais leigas mantinham, entre seus afazeres, o provimento de reuniões e congressos entre os pares e a comunidade católica belo-horizontina e que, vez ou outra, eram divulgados nas páginas do jornal católico de Belo Horizonte, “O Diário”. Assim, embora espaçadas e fragmentadas, ao longo da pesquisa foram encontradas algumas destas reuniões que nos ajudam a compreender uma importante faceta das corporações profissionais.

Ao que tudo indica, a sessão de estudos dos médicos da CMC deveria acontecer mensalmente. A escolha dos membros debatedores e da temática a ser apresentada era prévia: dava-se na sessão anterior à reunião. A cada início de reunião ocorria a aprovação da ata da sessão anterior e alguns informes de momento eram mencionados, como a inauguração de algum estabelecimento de saúde²¹² ou o pesar de algum falecimento.²¹³ Neste aspecto, as reuniões da CMC se assemelhavam bastante à estrutura de uma reunião vicentina. Dado os informes, a sessão de “trabalhos científicos” era aberta e seguia com a apresentação dos debatedores previamente escolhidos. Findada a apresentação dos trabalhos, dava-se sequência então aos debates sobre as temáticas apresentadas entre os membros presentes na sessão.

Em 10 de abril de 1936, o periódico católico “O Diário” trazia em suas páginas a transcrição de uma sessão de estudos da CMC.²¹⁴ Presidida pelo médico Berardo Nunan, a reunião teve a presença dos médicos Francisco de Souza Lima, José Ribeiro, Geraldo Almeida, Culonelo Polizzi, Domingos Lopes e Theophilo de Souza Lima, além dos mencionados visitantes Paulo de Souza Lima e Fernando Magalhães Gomes.²¹⁵ Feitos os informes iniciais, a reunião seguiu para a parte destinada aos “trabalhos científicos.”

²¹¹ Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo. Documento: Livro de Atas, pág.: 1927-1936, págs.: 169, 170 e 171. Estatuto de fundação da Corporação de Médicos Católicos, 4º artigo, parágrafo 4º.

²¹² Arquivo da Hemeroteca da Biblioteca Pública Estadual de Minas Gerais. Periódico: O Diário – Documento: Corporação de Médicos Católicos – última sessão da Academia S. Lucas. Data: 10/04/1936 – nº 364, pág.: 5.

²¹³ Arquivo da Hemeroteca da Biblioteca Pública Estadual de Minas Gerais. Periódico: O Diário – Documento: Sociedade médica do Hospital São Francisco de Assis. Data: 24/09/1940.

²¹⁴ Arquivo da Hemeroteca da Biblioteca Pública Estadual de Minas Gerais. Periódico: O Diário – Documento: Corporação de Médicos Católicos – última sessão da Academia S. Lucas. Data: 10/04/1936 – nº 364, pág.: 5.

²¹⁵ Arquivo da Hemeroteca da Biblioteca Pública Estadual de Minas Gerais. Periódico: O Diário – Documento: Corporação de Médicos Católicos – última sessão da Academia S. Lucas. Data: 10/04/1936 – nº 364, pág.: 5.

Foram apresentados os trabalhos do dr. Paulo de Souza Lima que teceu “considerações em torno de dois casos de colapsotherapia bilateral; a combinação phrenicectomia pneumo em vez de pneumo bilateral” e o trabalho do médico Fernando Magalhães Gomes que realizou “uma observação de um caso raro de invaginação intestinal.” Seguido o debate das temáticas entre os presentes, a reunião foi encerrada. Passado o mês de abril, o jornal “O Diário” trazia novamente, nas páginas de sua edição 397 de 20 de maio de 1936,²¹⁶ um novo encontro dos médicos da CMC para realizarem sua sessão de estudos. A exemplo da reunião ocorrida no mês anterior, a reunião foi presidida pelo médico Berardo Nunan, e a

parte científica constou de magnífica dissertação do dr. José Ribeiro Filho sobre “A interpretação do exame da função digestiva”, tendo o orador criticado brilhantemente o valor semiológico do exame microscópico das fezes e a importância das pesquisas químicas. Assumpto de vivo interesse, foi largamente debatido pelos associados presentes.²¹⁷

Realizada a exposição dos trabalhos pelos médicos da CMC, seguia-se o debate das temáticas e era designado um novo grupo para apresentar os trabalhos da próxima sessão, sendo que, nesta ocasião, foi nomeado o grupo de Pediatria e Urologia como responsáveis pela apresentação dos trabalhos no futuro encontro.²¹⁸

Ao que tudo indica, as reuniões da CMC continuaram a acontecer nos anos subsequentes e, em 24 de setembro de 1940, o jornal “O Diário” trazia em suas páginas mais uma sessão de estudos realizada pelos médicos da CMC.²¹⁹ Presidida pelo médico Francisco de Souza Lima, a sessão foi aberta pela leitura do capítulo de “Deontologia Médica” pelo dr. Deodoro Barcelos. Em seguida, a palavra foi passada ao médico Geraldo Coelho de Almeida “que discorreu longamente sobre “Aspectos Radiográfico na ulcera duodenal”, e em seguida o médico Theophilo de Souza Lima apresentou o trabalho “um caso de sífilis vesical.” Na sequência, aconteceram então os debates sobre os temas

²¹⁶ Arquivo da Hemeroteca da Biblioteca Pública Estadual de Minas Gerais. Periódico: O Diário. Documento: Academia São Lucas, 20/05/1936 – nº 397, pág.: 5.

²¹⁷ Arquivo da Hemeroteca da Biblioteca Pública Estadual de Minas Gerais. Periódico: O Diário. Documento: Academia São Lucas, 20/05/1936 – nº 397, pág.: 5.

²¹⁸ Arquivo da Hemeroteca da Biblioteca Pública Estadual de Minas Gerais. Periódico: O Diário. Documento: Academia São Lucas, 20/05/1936 – nº 397, pág.: 5.

²¹⁹ Arquivo da Hemeroteca da Biblioteca Pública Estadual de Minas Gerais. Periódico: O Diário – Documento: Sociedade médica do Hospital São Francisco de Assis. Data: 24/09/1940.

apresentados pelos médicos João Rezende Alves, Paulo Miranda e José Benedito dos Santos.²²⁰

As reuniões dos médicos da CMC eram um aspecto importante dentro das características que a corporação médica e o associativismo profissional assumiram. Dentro do contexto de mudanças internas e externas ao campo da saúde, pelo qual as profissões de saúde passavam, as reuniões tinham um aspecto importante no desenvolvimento científico de seus membros. Como se vê, sua orientação não se deu pelos valores devocionais, mas, antes, por questões internas e específicas do conhecimento médico.

A inscrição de uma profissão na vida social não é um caminho linear, sendo antes caracterizado pelos avanços e pelos recuos. Mesmo contando com o apoio dos poderes públicos e seus braços repressores, os médicos tiveram que disputar o monopólio das práticas curativas com os demais agentes que atuavam no campo curativo, e, mais do que isso, tiveram que buscar criar a autoridade cultural médica, na qual os valores da medicina acadêmica passassem a mediar as relações pessoais e a estar presente na vida cotidiana. Os médicos belo-horizontinos criaram diversas estratégias para a inserção da profissão médica na vida social.²²¹

A CMC foi fundada em 1935, e vinte e quatro médicos foram considerados seus fundadores – destes, um total de dezessete médicos não nasceram em Belo Horizonte, ou seja, não eram filhos de famílias tradicionais da cidade e possivelmente não estavam na cidade há mais de uma década. O mais velho deles, dr. Acácio Correa Dolabela, tinha apenas 32 anos, enquanto o restante do grupo tinha uma média de idade inferior a 26 anos. Ou seja, o pertencimento a corporações católicas e a criação de um jornal leigo que visava a instrução das mães e a educação higiênica de seus filhos iam de encontro aos anseios da classe médica e da inscrição da medicina na vida social, mas, sobretudo, representavam um caminho profissional para que médicos recém-diplomados, filhos de famílias não tradicionais de Belo Horizonte, pudessem constituir uma clientela e conseguir inserção ao mercado de trabalho. Assim, o pertencimento a grupos de militância que se caracterizavam a partir de uma dupla inscrição identitária, qual seja, a identidade profissional com a qualidade devocional, fazia dos médicos agentes de uma militância

²²⁰ Arquivo da Hemeroteca da Biblioteca Pública Estadual de Minas Gerais. Periódico: O Diário – Documento: Sociedade médica do Hospital São Francisco de Assis. Data: 24/09/1940.

²²¹ Ver o capítulo 3.

leigo-profissional que ocorria em campos distintos – o campo médico e o campo religioso – mas que, a partir do entrecruzamento identitário deste grupo, permitia aos médicos a consolidação da prática médica mediante uma práxis sustentada pela caridade e pela ciência.

3.5 – O Sindicato Médico de Minas Gerais

Se nas páginas das revistas médicas que circulavam em Belo Horizonte é tímida a quantidade de trabalhos escritos pelos médicos católicos, exceção feita aos médicos mencionados anteriormente, não quer dizer que os médicos da CMC não transitavam pelos órgãos profissionais criados pelos seus pares. Em torno da Revista Médica de Minas Gerais aglutinaram diversos grupos científicos, a saber: a Sociedade de Biologia, a Sociedade Médica da Santa Casa, a Sociedade Médica do Hospital Militar, a Sociedade de Dermatologia, e o Sindicato Médico.²²² Ao olharmos em especial o Sindicato Médico, a partir do ano de 1939, vemos que ele é composto por quatro médicos: Paulo de Souza Lima, Pérsio Pereira Pinto, Mário Vaz de Melo e José Amaral Castro. Chamamos a atenção para o fato de todos estes serem membros fundadores da CMC, exceto o dr. Paulo de Souza Lima, no entanto este era irmão dos médicos Francisco de Souza Lima e Theófilo de Souza Lima, ambos fundadores da CMC, sendo o primeiro também presidente da CMC e do Hospital São Francisco de Assis.

O Sindicato Médico de Belo Horizonte foi criado em 24 de fevereiro de 1934, seguindo o exemplo associativo dos médicos do Rio de Janeiro e de São Paulo, que criaram seus sindicatos, respectivamente, em 1927 e 1929.²²³ Como dito anteriormente, a experiência associativa médica não era desconhecida em Belo Horizonte, e os médicos da capital conviviam em associações que datavam do final do século XIX e início do século XX. O Sindicato Médico de Belo Horizonte foi fundado pelos professores da Faculdade de Medicina, sendo seu primeiro presidente “Melo Teixeira, pediatra e professor da Faculdade de Medicina, que já havia presidido a Associação Médico

²²² Faço referência aos grupos que circulavam na revista a partir do ano de 1939.

²²³ SANTOS, Regina Célia Nunes dos Santos; SOBRINHO, Délcio da Fonseca. O associativismo médico em Minas Gerais. Revista Medica Minas Gerais, 2008. p. 75.

Cirúrgica.”²²⁴ Ainda preenchiam as fileiras do Sindicato Médico de Belo Horizonte os professores Alfredo Balena, Alberto Cavalcanti, José Lins, Francisco Ribeiro de Oliveira, Ismael Faria, Aroeira Nives e José Maria Figueiró²²⁵.

A criação do Sindicato Médico de Belo Horizonte insere-se na história de militância profissional realizada pela categoria, que almejava a regulamentação do exercício profissional e o monopólio da prática curativa, restringindo a liberdade profissional e vinculando o exercício à condição de portador de um diploma emitido por uma instância validada. Analisando o processo de profissionalização da medicina no Rio Grande do Sul, a autora Beatriz Weber traz importantes argumentos para que possamos nortear e contextualizar melhor a criação do sindicato médico de Belo Horizonte. De acordo com a autora, que sejam feitas as ressalvas das conjunturas locais do sul do Brasil, os médicos militaram contrários à *liberdade profissional*, que representava um valor ambíguo para eles, pois questionavam a liberdade profissional do exercício das práticas terapêuticas, acusando a “liberdade profissional [como] responsável pela ‘curanderagem desenfreada’, que deveria ser impedida pelas luzes da ciência. [...]. E, como o principal responsável legal pela manutenção da ignorância era o princípio da liberdade profissional, suas estratégias de atuação atingiam, privilegiadamente, esse princípio” (WEBER, 2003: p. 97). A posição ambígua dava-se exatamente pela defesa do princípio da liberdade profissional argumentado pelos médicos para posicionarem-se contra o processo de intervenção estatal na profissão médica que gozava de status liberal. De acordo com a autora, os médicos começaram a se organizar em Sindicatos a partir de novembro 1927, quando foi criado o Sindicato Brasileiro no Rio de Janeiro. O Sindicato teve seu estatuto aprovado no mesmo ano e tinha como objetivo “promover a defesa e o amparo da classe, manter estreita solidariedade entre seus membros e ditar-lhes regras de conduta profissional nas relações entre eles, entre o médico e o cliente e entre o médico e as coletividades.” (WEBER, 2003: p. 108). Figurava entre os principais interesses do Sindicato

a organização de um código de deontologia médica e ética profissional, a melhoria da situação econômica da “classe”, o combate ao charlatanismo, ao curandeirismo e à prática desonesta da medicina, o estreitamento das relações sociais entre os membros, a regulação do processo de habilitação do profissional estrangeiro, as questões referentes ao ensino médico, a criação da ‘casa do médico’, a criação

²²⁴ Idem, idem. Ver capítulo 3.

²²⁵ Idem, idem.

de uma lei que regulasse as questões concernentes aos riscos e acidentes profissionais e o amparo jurídico (WEBER, 2003: p. 108).

É possível perceber que a militância profissional médica pela regulamentação da profissão no Brasil foi exitosa já em 1932 com a publicação do decreto nº 20.931 de 11 de janeiro de 1932.²²⁶ O decreto expedido pelo Governo Provisório regulamentava em seu 1º artigo “o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteiro e enfermeiro” garantindo uma fiscalização burocrática à prática destes exercícios. De acordo com o 2º artigo, só seria “permitido o exercício das profissões enumeradas no art. 1º, em qualquer ponto do território nacional, a quem se achar habilitado nelas de acordo com as leis federais e tiver título registrado na forma do art. 5º deste decreto”, ou seja, deveria ter, como caráter obrigatório, o registro do diploma dos médicos e demais profissionais no Departamento Nacional de Saúde Pública e nas repartições sanitárias estaduais (Art.5). Foram também regulamentados, no artigo 15º, os deveres dos médicos, que versavam desde a obrigação do médico em informar, no primeiro trimestre de cada ano, à autoridade sanitária local e federal, a “sede de seu consultório ou sua residência para organização do castro médico regional”, até sobre a formatação dos anúncios médicos que deveriam “mencionar em seus anuncios somente os títulos científicos e a especialidade.” E no 16º artigo ficavam vetadas aos médicos treze disposições que proibiam, dentre outros, manter

consultório comum com individuo que exerça ilegalmente a medicina; receitar sob fórmula secreta, como a de código ou número; dar-se a práticas que tenham por fim impedir a concepção ou interromper a gestação, só sendo admitida a provocação do aborto e o parto prematuro, uma vez verificada, por junta médica, sua necessidade terapêutica; [e fica vetado aos médicos] fazer parte, quando exerça a clínica, de empresa que explore a indústria farmacêutica ou seu comércio; e de exercer simultaneamente as profissões de médico e farmacêutico quando formado em medicina e farmácia, devendo optar por uma delas, do que deve dar conhecimento, por escrito, ao Departamento Nacional de Saúde Pública.

Vê-se assim que, a partir desse decreto, era realizada a regulamentação dos exercícios profissionais da área da saúde, e, embora buscasse normatizar as ações médicas e balizar as funções de cada profissional no campo da saúde, os médicos haviam conseguido

²²⁶ O decreto pode ser acessado no endereço eletrônico http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D20931.htm. Acessado dia 30 de maio de 2019.

assegurar o monopólio das práticas curativas vinculando o acesso ao mercado da saúde à posse de um diploma que legitimava o conhecimento médico e garantia uma importante reserva de mercado.

A Revista Médica de Minas tornou-se o porta voz oficial do Sindicato Médico de Belo Horizonte, nascido em 1934. O discurso pronunciado por ocasião da composição da diretoria, que teve Melo Teixeira à frente, foi transcrito no exemplar nº 7, ano I, publicado em 15 de março de 1934.²²⁷ De acordo com o discurso proferido pelo professor da UMG, a criação do Sindicato Médico de Minas Gerais “objetiva uma velha aspiração de muitos de nós e vem concretizar uma indisfarçável necessidade da classe médica mineira.” Esse discurso procurava refletir sobre as características inerentes à profissão médica em um momento em que a profissão se encontrava em processo de intervenção dos poderes públicos. As transformações do mundo do trabalho, iniciadas na década de 1930, colocavam as profissões em uma época caracterizada pelo médico como “época do associacionismo, do classismo e, portanto, do cooperativismo, do sindicalismo.” E assim, o “‘individualismo’ é uma concepção falida, vasia de sentido, hoje, como tantas outras. [...] Na vertigem da vida atual o indivíduo não conta como expressão ponderável. É apenas, uma parte integrativa de totalidades, as únicas que podem ter significação sociológica. Ninguém mais consegue viver isolado: de si, nem para si”, tampouco o médico, pois, “em que profissão, alguém poderá, hoje, pretender bastar-se a si mesmo como outrora, se a vida atual é uma múltipla e permanente dependência, e as atividades profissionais, sobretudo, a nossa – pelo aperfeiçoamento e diferenciação constante da técnica e pela progressiva especialização – acarretam, cada vez mais, uma interdependência de todos os instantes?” E, ainda, “que êxito profissional, material e social, poderia obter no seu próprio ofício quem se excluiu da sua coletividade, para acastelar-se num isolamento estéril, julgando prescindir da colaboração mútua?”²²⁸

Para o diretor do Sindicato de Médicos de Minas Gerais, “o cooperativismo, o sindicalismo são as únicas formas de resistência e de coesão da vida profissional no ambiente sociológico que vivemos.”²²⁹ E, a despeito dessa necessidade, os “proletários

²²⁷ De acordo com a publicação trazida na Revista Médica de Minas, datando de 15 de abril de 1934, compunha a mesa diretora do Sindicato: Secretário Geral, dr. Alberto Cavalcanti; 2º Secretário, dr. J. Martins Vieira; Tesoureiro, dr. Armando Werneck. Arquivo Fundação Ezequiel Dias, Revista Médica de Minas, Data: 15 de abril de 1934, p. 46-49. Nº 8 ano 1.

²²⁸ Arquivo Fundação Ezequiel Dias. Revista Médica de Minas, 15 de março 1934, p. 35-41, Nº 7 ano I.

²²⁹ Arquivo Fundação Ezequiel Dias. Revista Médica de Minas, 15 de março 1934, p. 35-41, Nº 7 ano I

intelectuais” deveriam seguir o exemplo das “massas operárias” e sindicalizar-se “para guardar com nobreza o seu lugar ao sol, no sol”. E, dentre os proletários intelectuais, “nenhuma outra profissão liberal precisa mais dessa intercooperação, desse espírito de classe, da coesão sindical, do que esta dos médicos, contra cujo equilíbrio, prestígio e nobreza tantos fatores nocivos se congregam.”²³⁰ Dos fatores nocivos, elencados pelo autor, que ameaçavam a classe médica está a “desproteção pecuniária em que do ponto de vista legal, ou daquele que promana da própria natureza do ofício, está a actividade clínica. A paga é quase sempre um ato voluntário e sem obrigações explícitas.” A dificuldade de receber a remuneração pelos serviços médicos prestados afligia o médico em dois momentos: quando clinicavam, mas, sobretudo, a maior dificuldade dos médicos era devido aos “casos das ordens terceiras, das caixas de socorros, das organizações de auxílios mutuos” que representavam “instituições muitas vezes, milionárias, em que os serviços médicos, sua única razão de ser, são humilhantemente retribuídos.”²³¹

Segundo Melo Teixeira, os médicos deveriam associar-se por outros motivos, como as que pesassem suas questões éticas e profissionais. Passava, no horizonte das aspirações médicas, a necessidade de construir uma “deontologia profissional, que urge encarar com superioridade de propósitos, com espírito de renúncia e são intuitos de manter o nosso conceito moral acima de mesquinhas materiais, que pouco valem.” Dentre os objetivos que deveriam guiar a criação da deontologia médica estava

Coibir abusos e traçar normas de uma ética rigorosa, que só serviria para nos elevar individualmente, extinguir o charlatanismo diplomado, moralizar o exercício da clínica; impedir a concorrência desleal e comercializadas; limitar o abuso da propaganda profissional charlatanesca e sem decôro; impor os ditames da ética nas relações com os doentes e com os colegas – em sua, fazer com que a prática da clínica se faça dentro dos rigores e dos preceitos próprios de uma profissão de tanta nobreza, de tanta elevação e que tão grandes e graves responsabilidades envolve como nenhuma outra.²³²

E conclamava os médicos que “cumpre igualmente que, como classe, neste momento nacional de reformas políticas e sociais, em que todas as classes se integram nas diretrizes do profissional-cooperativismo, que, nós os médicos, também nos

²³⁰ Arquivo Fundação Ezequiel Dias. Revista Médica de Minas, 15 de março 1934, p. 35-41, Nº 7 ano I.

²³¹ Arquivo Fundação Ezequiel Dias. Revista Médica de Minas, 15 de março 1934, p. 35-41, Nº 7 ano I. .

²³² Arquivo Fundação Ezequiel Dias. Revista Médica de Minas, 15 de março 1934, p. 35-41, Nº 7 ano I.

sindicalizemos para a conquista de franquias e prerrogativas, não liberalizadas pelo acaso, mas nitidamente estabelecidas em códigos e leis por nós próprios, formulados.”²³³

Quando, em 1928, o presidente do Brasil, Washington Luís, anunciou o apoio formal à candidatura de continuidade paulista de Júlio Prestes, rompendo o pacto político firmado pelas oligarquias mineiras e paulistas, uma vez que era esperado por parte das elites políticas mineiras, sobretudo as que gravitavam em torno de Antônio Carlos, à época presidente de Minas Gerais, e o apoio dos paulistas ao presidente do estado. Com a ausência do apoio paulista, constituiu-se, liderado por Antônio Carlos e demais oligarquias dissidentes, em especial as oligarquias do Rio Grande do Sul e da Paraíba, um novo rearranjo das formas políticas, que culminariam na chamada Revolução de 1930, liderada pelo presidente do Rio Grande do Sul, Getúlio Vargas. A chegada de Getúlio Vargas ao poder central trazia também um novo governo constituído e comprometido com uma outra agenda político-econômica que agregava aos interesses dos militares, das elites do café, e o compromisso com uma maior dinamização econômica do Brasil ao promover um processo crescente de industrialização do país atrelada a criação de uma agenda social, sobretudo marcada pelo crescente processo de intervenção estatal no mundo do trabalho e expansão de uma legislação social destinada às classes trabalhadoras.

O governo provisório varguista começou com o fechamento do Congresso Nacional, das câmaras legislativas estaduais e municipais de todo país e a suspensão da carta constitucional de 1891. Vargas começaria a governar o país e realizar a implementação de sua agenda intervencionista a partir da nomeação de interventores para presidente dos estados da federação e com a publicação de decretos. A disposição em convocar uma constituinte para a criação de uma nova constituição para o país era cada vez mais postergado por Vargas, que, dois anos depois de ter feito a autointitulada *revolução de outubro*, ainda governava o país a partir de decretos presidenciais – contrariando as suas próprias promessas. Os ares para uma nova constituição no Brasil foram sentidos somente por consequência de uma guerra civil iniciada em 1932, colocando os estados de Minas Gerais e São Paulo no campo de batalha. Apesar da vitória das forças mineiras que apoiavam o governo de Vargas, um dos objetivos centrais que

²³³ Arquivo Fundação Ezequiel Dias. Revista Médica de Minas, 15 de março 1934, p. 35-41, N° 7 ano I.

levaram os paulistas a se revoltarem contra o governo foi atingido: foi estabelecida, para o dia 3 de maio de 1933, a convocação de uma Assembleia Constituinte.²³⁴

A Assembleia Constituinte foi instalada no dia 15 de novembro de 1933 e a nova constituição promulgada em 16 de julho de 1934. De acordo com as autoras Lilia Schwarcz e Heloisa Starling

A nova Constituição refletia os esforços modernizadores e democratizantes dos deputados – a racionalização da autoridade, a manutenção do federalismo, o reforço para o desenvolvimento das instituições políticas, a inclusão de novos setores sociais por meio de um processo eleitoral mais alargado. Mas ela também expunha os limites dessa mesma República, que continuavam em vigência após 1930: conservou inalterada a estrutura agrária do país e manteve o trabalhador rural fora da legislação protetora do trabalho. Os analfabetos continuavam excluídos do processo eleitoral, e os imigrantes foram submetidos a uma política restritiva em suas garantias individuais, que permitia ao Estado expulsar estrangeiros considerados politicamente perigosos à ordem pública ou aos interesses nacionais. O texto constitucional também assegurava ao Executivo o uso de um instrumento coercitivo que trazia embutida a concessão de plenos poderes – estado de sítio -, além de permitir a adoção da censura para todo tipo de publicação. Mesmo assim, essa era uma Constituição inovadora, que ampliava as condições para o exercício da cidadania. Mas ela durou menos de dois anos. No Brasil, como em toda parte do mundo, enquanto avançavam os anos 1930, a atmosfera tornava-se cada vez mais pesada. Uma mudança radical estava em andamento, alterando a ordem das prioridades e indicando que a democracia não estava mais no topo da lista das preferências políticas.²³⁵

A agenda trabalhista e sindical – variantes indissociáveis do mesmo tema – ocupou preocupação central na política varguista. Apesar da existência de uma ampla bibliografia que trata sobre o tema, é nos importante perceber que a construção da agenda trabalhista durante a Era-Vargas aconteceu mediante duas medidas: extensão de uma legislação social que visava a regulamentação do mundo trabalho a partir da intervenção estatal e, ao mesmo tempo, o controle das instituições sindicais. Os médicos do Sindicato Médicos de Minas Gerais acompanharam de perto, e com bastante atenção, as principais transformações legalistas que ocorreram neste contexto. O exemplar publicado em 15 de novembro de 1934²³⁶ trazia a transcrição completa da “lei que regula os sindicatos

²³⁴ SCHWARCZ, Lilia Moritz. Brasil: uma biografia. São Paulo: Companhia das Letras, 2015. p. 366.

²³⁵ Idem, p. 367.

²³⁶ Arquivo Fundação Ezequiel Dias. Revista Médica de Minas, 15 de setembro de 1934, p. 91-100, nº 13, ano II.

profissionais. Decreto n. 24.694 – de 12 de julho de 1934.” Vale ressaltar que, de acordo com o decreto, ficava vigente a possibilidade de criação de sindicatos de profissões liberais (art. 3º; inciso c) que abarcava a categoria médica e ficava vedada aos funcionários públicos a sindicalização. Tornava obrigatório o reconhecimento dos sindicatos (art. 5º e art. 8º) por parte do Ministério do Trabalho, Comércio e Indústria.

Nestas publicações da Revista Médica de Minas, que ocorreram no calor dos debates em torno da homologação da Carta Magna de 1934, o exemplar datado de 15 de outubro de 1934²³⁷ trouxe importantes considerações do Sindicato Médico Brasileiro que, em nome do médico Austregesilo Filho, secretário do Sindicato Médico Brasileiro, comunicava aos médicos mineiros através do Sindicato de Médicos de Minas Gerais. Iniciava a publicação, intitulada como *A nova Constituição Federal e os Direitos dos Medicos*, dizendo que “o Syndicato Medico Brasileiro”, com o apoio das demais sociedades médicas do país e de alguns deputados, conseguiu “fazer incluir na Constituição Federal dispositivos que asseguram aos [médicos] brasileiros, *quasi exclusivamente*, o exercicio da Medicina e aos medicos assalariados, os direitos e vantagens que a legislação social oferece aos trabalhadores em geral (Artigos 133 e 121, paragrapho 2º).”²³⁸ Foram elencados 14 pontos vistos como medidas vitoriosas da categoria para assegurar aos médicos a extensão aos amparos e a proteção social ao trabalhador. Assim, dos 14 pontos elencados pela publicação, sete deles se referiam a alterações no artigo 121²³⁹ que versava, principalmente, sobre a proteção social do trabalhador. Ficava proibida a diferença salarial, entre médicos que realizam o mesmo trabalho, por motivos de nacionalidades; era estabelecido um salário mínimo que devesse satisfazer às “suas necessidades normaes”; ficava formalizado que o trabalho diário não pudesse exceder tempo superior a 8 horas, com direito a repouso semanal e “de preferência aos domingos”; a existência de férias remuneradas, o direito à indenização em caso de demissão sem justa causa e a “instituição de *previdencia* em favor da vertice, da invalidez e nos casos de accidente do trabalho ou de morte”²⁴⁰ [Itálico do original]. A

²³⁷ Arquivo Fundação Ezequiel Dias. Revista Médica de Minas, 15 de outubro de 1934, p. 76-77, nº 14, ano II.

²³⁸ Arquivo Fundação Ezequiel Dias. Revista Médica de Minas, 15 de outubro de 1934, p. 76-77, nº 14, ano II.

²³⁹ Disponível para acessar: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10619014/artigo-121-da-constituicao-federal-de-16-de-julho-de-1934>. Acessado dia 17/09/2020

²⁴⁰ Arquivo Fundação Ezequiel Dias. Revista Médica de Minas, 15 de outubro de 1934, p. 76-77, nº 14, ano II.

publicação ainda elencava outras conquistas da categoria médica, sobretudo as que tangenciam a consolidação do monopólio das práticas curativas pelos médicos diplomados e de naturalidade brasileira. Assim, era apresentada a conquista:

- “Regulamentação da profissão medica, *por lei federal* (artigo 121, paragrapho 1º, alinea ‘i’), e art. 133, nº 13, que permitirá o *exerminio dos charlatães*”.
- “Direito ao reconhecimento pelo governo, dos *Syndicatos* que se fundarem (artigo 120)”
- “Pleitear perante a Justiça do Trabalho (artigos 122 e 123).”
- “Exigência de *concurso* para a primeira investidura nos postos de carreira das repartições publicas e nos demais que a lei determinar (artigo 100, nº 3º).”
- “Somente os brasileiros *natos* ou os naturalizados que tenham *prestado serviço militar ao Brasil*, poderão exercer a medicina, ressalvados [*sic*] os direitos adquiridos (artigo 133)”.
- “Somente aos *brasileiros natos* é permitida a revalidação de diploma medico, expedido por instituto estrangeiro de ensino (artigo 133).”

Os tópicos eram seguidos de um rápido comentário que argumentava que as conquistas acima elencadas eram fruto da articulação do Sindicato Médico Brasileiro e gerava para a categoria “direitos que ela nunca possuiu”. E concluía incentivando a sindicalização de mais médicos para fortalecer a instituição sindical²⁴¹. Os tópicos transcritos pela publicação representavam, no entender dos médicos, importantes vitórias para a classe. Garantiam aos médicos o mercado exclusivo das práticas curativas, impedindo que agentes curativos não diplomados, chamados genericamente de *charlatões*, pudessem exercer suas práticas curativas. Mas não apenas os *charlatões* eram expulsos do mercado formal da prestação dos serviços curativos: os médicos estrangeiros sofreram também importantes restrições para atuarem no mercado médico brasileiro. E ainda, pelo entender da exigência de concurso, para a *primeira investidura nos postos de carreira das repartições públicas*, garantia aos médicos já inseridos na burocracia pública a formação de uma elite aristocrática médica.

As regulamentações e as conquistas referidas na Constituição não foram, de acordo com os médicos, suficientes para promover uma condição econômica e de

²⁴¹ Arquivo Fundação Ezequiel Dias. Revista Médica de Minas, 15 outubro de 1934, p. 76-77, nº 14, ano II. Os destaques no corpo textual seguem como nos originais.

seguridade melhor aos médicos diplomados e brasileiros. A Revista Médica de Minas trazia, nas páginas da publicação datada de 15 de maio de 1937, um parecer apresentado pelo médico Raul Leite, no Sindicato Médico Brasileiro. Intitulado *A Crise Medicapharmaceutica*, fazia um diagnóstico das profissões médicas e farmacêuticas no Brasil, das dificuldades vivenciadas pelos profissionais, pois, de acordo com o médico, a “profissão medica soffreu uma socialização unilateral; os doentes e os proprios Governos recorrem aos serviços dos medicos sem o mais longínquo desejo de remuneral-os” e tampouco a clínica privada era sinônimo de garantia de sustento uma vez que os doentes não pagavam nem mesmo 10% dos honorários médicos.²⁴² A situação se agravava pelo fato do mercado médico estar cada vez mais concorrido, pois “o governo tem consentido na criação de numeros Escolas de Medicina sem capacidade techica, sem installações, sem material”²⁴³ e a crise médica se acentuava com a especialização e o desenvolvimento da medicina, pois deixava os médicos obrigados a investir cada vez mais em livros e em formações continuadas, assim, não raramente, de acordo com o médico do Sindicato Médico Brasileiro, muitos não conseguiam nem mesmo manter a subsistência de sua família.

Mas, certamente, de acordo com a publicação, a maior insegurança do médico era quanto à sua aposentadoria, pois, “para o medico não há previdencia devotada ao trabalho intensivo, fica invalido e sem recursos, só lhe resta valer-se dos parentes, dos amigos e da caridade publica emfim [*sic*]”.²⁴⁴ Propunha a criação de um *Instituto dos Médicos e Pharmaceuticos do Brasil*, a existência de novas formas de arrecadação de receitas – “um imposto sobre honorarios medicos, sobre a renda das casas de saude, sobre transacções pharmaceuticas, além da contribuição obrigatoria de cada associado” – e caberia ao Instituto o distribuição das rendas arrecadas de seguinte maneira:

1º) Seguro social com a instituição de peculio aos herdeiros pobres, de amparo em caso de doença ou invalidez e de aposentadoria na fórmula que melhor se coadunar com a natureza da sociedade. 2º) Cooperativa de consumo para aquisição em commum dos apetrechos, utensilios e material destinado ao exercício da profissão. 3º) Cooperativa de construção para casa propria gratuitas para atender doentes pobres. 4º) Construcção em cada cidade de policlinicas gratuitas para atender

²⁴² Arquivo Fundação Ezequiel Dias. Revista Médica de Minas, 15 de maio de 1937, p. 59-62, nº 15, ano IV.

²⁴³ Arquivo Fundação Ezequiel Dias. Revista Médica de Minas, 15 de maio de 1937, p. 59-62, nº 15, ano IV.

²⁴⁴ Arquivo Fundação Ezequiel Dias. Revista Médica de Minas, 15 de maio de 1937, p. 59-62, nº 45, ano IV.

doentes pobres. 5º) Premios em dinheiro ou de viagem por trabalhos científicos, aos profissionaes sem recursos.²⁴⁵

Uma vez conseguida a regulamentação da profissão médica e o monopólio legal das práticas curativas, medidas fundamentais para a construção da autoridade médica e da autoridade cultural do médico, cabia agora ao Sindicato e à classe médica expressar sua autoridade cultural pelo desenvolvimento econômico da classe. Certamente, foi a militância em prol da valorização econômica da classe médica, seja pelo Estado seja pela população, que norteou a atividade sindical médica após a segunda metade da década de 1930. As publicações trazidas pela revista a este respeito se acentuaram e, no ano de 1939, o exemplar datado do mês de outubro, nº 74, ano VII, trouxe, na sessão intitulada *Várias*, uma enorme publicação que transcrevia um relatório encomendado pelo Sindicato Médico Brasileiro para ser enviado ao Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio. O relatório era iniciado com a menção a dois artigos da constituição: o artigo 136²⁴⁶ e o artigo 138²⁴⁷, e em seguida apontava para o contexto vivido pelos médicos, “a profissão médica atravessa grave e angustiosa crise econômica, sem precedente na história das profissões liberais. – *Não há trabalho para a generalidade dos médicos!* – *Praticamente,*

²⁴⁵Arquivo Fundação Ezequiel Dias. Revista Médica de Minas, 15 de maio de 1937, p. 59-62, Nº 45, ano IV.

²⁴⁶ O artigo 136 foi inclusive transcrito pela publicação original. “O trabalho é um dever social. O trabalho intelectual, técnico e manual tem direito à proteção e à solicitude especiais do Estado. A todos é garantido o direito de subsistir, mediante o seu trabalho honesto, e este, como meio de subsistência do indivíduo, constitui um bem, que é dever do Estado proteger, ASSEGURANDO-LHE CONDIÇÕES FAVORÁVEIS E MEIOS DE DEFESA” [Caixa alta do original]. Revista Médica de Minas, 15 de outubro de 1939, pág. 67-77, Nº 74, Ano VII.

²⁴⁷ Artigo 138 – Incumbe à União, aos Estados e aos Municípios, nos termos das leis respectivas:

- a) Assegurar amparo aos desvalidos, criando serviços especializados e animando os serviços sociais, cuja orientação procurarão coordenar;
- b) Estimular a educação eugênica;
- c) Amparar a maternidade e infância;
- d) Socorrer as famílias de prole numerosa;
- e) Proteger a juventude contra toda exploração, bem como contra o abandono físico, moral e intelectual;
- f) Adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a moralidade e a morbidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis;
- g) Cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais.

desapareceu a clientela! – Não se pagam honorários médicos, senão excepcionalmente” [itálico do original]²⁴⁸.

As causas responsáveis por “tão pungente situação” enfrentada pelos médicos foram elencadas em 10 pontos. Apareceram compondo estas causas situações de concorrência que os médicos diplomados enfrentavam devido ao exercício ilegal da medicina, realizado pelos agentes do espiritismo e curandeiros, a disputa com os farmacêuticos que medicavam os pacientes, através de “anúncios-receitas produtos e especialidades farmacêuticas” ou por “venda a varejo, independente de receita médica, de medicamento, remédios e especialidades farmacêuticas”.²⁴⁹ A ampliação da oferta médica, em decorrência do aumento das escolas de medicina, produzia um duplo aspecto que contribuía para a manutenção da precária situação enfrentada pelos médicos: primeiro, a qualidade da formação era colocada em dúvida pois, devido às condições insatisfatórias de aprendizagem, havia uma decadência do ensino/aprendizagem médica; segundo, o aumento da concorrência, somado ao “falseamento da assistência médica gratuita” e da “assistência clínica gratuita prestada pelas repartições de higiene e saúde pública”, ajudava a perpetuar a situação diagnosticada pelo relatório para a precária condição econômica da classe médica no Brasil.²⁵⁰

De acordo com o relatório, soma-se às causas da precariedade econômica vivenciada pelos médicos a existência das instituições de mutualidade. Estas instituições, apontadas de forma genérica e sem levar em conta as peculiaridades de cada uma, são apresentadas como locais de trabalho onde as relações entre os prestadores de serviço – os médicos – e seus patrões são caracterizadas pelas desigualdades e pela exploração que contribui para a manutenção do pauperismo vivenciado pelos médicos. Assim, os “médicos que nelas prestam seus serviços atende, em média, a vinte consulentes por hora. Três minutos talvez sejam ainda poucos para uma consulta. [...] Assim exposto, percebe-se quanto é excessivo, e quanto deve ser imperfeito, o trabalho dos médicos das mutualidades.”²⁵¹ A existência das mutualidades era vista como uma ameaça à

²⁴⁸ Arquivo Fundação Ezequiel Dias. Revista Médica de Minas, 15 de outubro de 1939, pág.: 67-77, n° 74, Ano VII.

²⁴⁹ Arquivo Fundação Ezequiel Dias. Revista Médica de Minas, 15 de outubro de 1939, pág.: 67-77, n° 74, Ano VII.

²⁵⁰ Arquivo Fundação Ezequiel Dias. Revista Médica de Minas, 15 de outubro de 1939, pág.: 67-77, n° 74, Ano VII.

²⁵¹ Arquivo Fundação Ezequiel Dias. Revista Médica de Minas, 15 de outubro de 1939, pág.: 67-77, n° 74, Ano VII.

consolidação do mercado de serviços ofertados pelos médicos, uma vez que essas instituições, devido aos baixos preços das consultas pagas pelos pacientes, funcionavam como “chamariz” para atrair mais clientes. Assim, a existência das mutualidades ameaçava o desenvolvimento econômico dos médicos, pois, de acordo com o relatório, a remuneração tinha um valor “ridículo e [constituía] verdadeira exploração do trabalho alheio, a que se sujeitam os médicos, premidos pela *chômage*”. Entretanto, o problema destacado pelo relatório era, em essência, representado pela desigualdade na distribuição das riquezas produzidas pelos trabalhadores médicos. O baixo valor pago, a superexploração da mão de obra médica gerava uma situação de desigualdade já que “algumas [destas instituições de mutualismo] tem enriquecido seus argutos fundadores, que nunca são médicos, e dispõem de patrimônio nababesco”, enquanto os médicos “vivem na pobreza e começam a morrer na pobreza.”²⁵²

O relatório produzido pelo Sindicato e transcrito na Revista Minas Médica enfatizava também a necessidade de corrigir essa situação de penúria econômica vivenciada pelos médicos. Era necessário consolidar a autoridade médica e imprimir a ela a consolidação da autonomia econômica, combater os agentes terapêuticos que praticavam a medicina de forma ilegal, limitar o atendimento clínico gratuito e caritativo apenas aos pobres e miseráveis que comprovassem sua situação – uma vez que a prática médica prestada gratuitamente, sobretudo aos que não comprovassem a pobreza e a necessidade, representava uma outra ameaça a consolidação dos interesses mercadológicos médicos, pois “compreende-se, de pronto, como, em virtude disso, desviam-se dos consultórios médicos milhares de clientes. Tira-se ao médico, o trabalho, o que equivale a dizer, a remuneração, o pão. O nível mental, o traquejo social e a audácia do impostor, fazem deste objeto de preferência nas clínicas gratuitas e, em consequência, muita vez ao verdadeiro necessitado frustra-se o ensejo de receber assistência. Aos médicos, furta-se o pão. Ao indigente, o remédio, o socorro da saúde” –, e também combater e corrigir a situação das mutualidades.²⁵³ Assim, um longo caminho foi proposto:

É preciso distribuir mais equitativamente o trabalho dos médicos e o respectivo rendimento pecuniário. Como fazê-lo. Mediante o estabelecimento para os médicos empregados das mutualidades, do

²⁵² Arquivo Fundação Ezequiel Dias. Revista Médica de Minas, 15 de outubro de 1939, pág.: 67-77, n° 74, Ano VII.

²⁵³ Arquivo Fundação Ezequiel Dias. Revista Médica de Minas, 15 de outubro de 1939, pág.: 67-77, n° 74, Ano VII.

salário profissional ou da remuneração mínima; da limitação das horas de trabalho e do mundo de pacientes a atender; de razoável participação dos médicos, nos lucros das mutualidades, oriundos dos respectivos serviços clínicos.²⁵⁴

As questões trabalhistas continuaram a despertar a atenção dos médicos belo-horizontinos pelos meses seguintes do ano de 1939. Nas páginas da Revista Médica de Minas, dos meses de novembro²⁵⁵ e de dezembro²⁵⁶ de 1939, foi publicado, na íntegra, o decreto assinado pelo presidente Vargas, no dia 1º de maio de 1939, que regulamentava a criação da Justiça do Trabalho.

Enquanto a Revista Médica de Minas trazia em suas páginas o que acima foi demonstrado, os médicos de Belo-horizonte, vinculados ao Sindicato Médico de Minas Gerais, procuraram transcrever em práticas as ideias vindas do Rio de Janeiro que foram divulgadas pela Revista. Assim, o Sindicato Médico de Minas Gerais organizou os trabalhos da Primeira Quinzena Médica de Minas Gerais, ocorrida no mês de abril de 1939, mas só mereceu divulgação nas páginas da Revista Minas Médica cerca de um ano depois, em fevereiro de 1940²⁵⁷. Formou-se uma diretoria composta pelos médicos Paulo de Souza Lima, na qualidade de Presidente; João Evangelista do Amaral, como secretário; e José Ribeiro Filho, como tesoureiro; e uma comissão organizadora composta por Gastão Ribeiro de Oliveira, Pérsio Pereira Pinto, Haroldo da Silva Pereira, Hilton Rocha, João Guerra Pinto Coelho e Deodoro Barcelos Correa. A Quinzena Médica foi realizada com dois principais objetivos: primeiro, promover uma formação continuada aos médicos do interior de Minas Gerais, referidos, na fala de abertura do orador do Sindicato, Hilton Rocha, como “verdadeiros heróis desconhecidos, que difundem mancheias de benefícios não visando em geral outra recompensa que a satisfação íntima de prestá-los. São esses colegas que lutam com a vastidão de nosso território, onde o índice de habitação é restrito, exigindo que cada qual abranja em sua atividade um raio de ação dilatado e penoso”;

²⁵⁴ Arquivo Fundação Ezequiel Dias. Revista Médica de Minas, 15 de outubro de 1939, pág.: 67-77, nº 74, Ano VII.

²⁵⁵ Arquivo Fundação Ezequiel Dias. Revista Médica de Minas, 15 de novembro de 1939, pág.: 51-69, Nº 75, Ano VII.

²⁵⁶ Arquivo Fundação Ezequiel Dias. Revista Médica de Minas, 15 de dezembro de 1939, pág.: 43-55, Nº 76, Ano VII.

²⁵⁷ Arquivo Fundação Ezequiel Dias. Revista Médica de Minas, 15 de fevereiro de 1940, pág.: P. 37-48, Nº 78, Ano VII.

segundo, defender os interesses corporativistas representados pelo Sindicato e conclamar aos médicos uma adesão maior ao Sindicato.²⁵⁸

A conferência inaugural foi realizada pelo orador do Sindicato, Hilton Rocha. O médico, que aparecia na lista de fundadores da CMC, proferiu um texto com bastante afinidade às questões pautadas pelo Sindicato Médico Brasileiro e divulgada pela Revista Médica de Minas.²⁵⁹ De acordo com Rocha, o Sindicato Médico de Minas Gerais deveria dedicar especial atenção aos médicos do interior, uma vez que estes enfrentam, no seu cotidiano, inúmeras dificuldades para exercerem sua profissão, como, por exemplo, percorrer o território de Minas Gerais devido à extensão do estado, mas, sobretudo, eram os médicos do interior que estavam sempre em luta contra “curandeiros, curiosos, benzedores e semi-deuses [que] exploram a ignorância de nosso povo e a boa-fé de nossa gente, em detrimento daqueles que na verdade podem auxiliar a natureza no debelar os males do organismos.” O orador do Sindicato pedia a ajuda do governo para “extermínio da praga daninha do charlatanismo” e lamentava que a realidade desses médicos fosse ainda distante dos médicos da capital – “lutando com as nossas armas vezes muito falíveis, com a adversidade do território, com a má educação de nossa gente, que por isso mesmo se deixa fácil influenciar e favorece a hiperplasia dêsse neoplasma infiltrante e maligno, que é o charlatanismo, os nossos médicos [do interior] vivem uma vida de sacerdócio” – que era agravada ainda mais pela não remuneração e a ausência de um sistema previdenciário destinado aos médicos, o que os obrigava a recorrerem à caridade pública ou assistência familiar para ampará-los.²⁶⁰

Hilton Rocha também destacou, em sua fala como representante do Sindicato, a necessidade de os médicos se unirem em uma instituição de representatividade classista. De acordo com ele, a Ordem dos Médicos encontrava uma grande resistência, dentro da própria classe, que dificultava sua implementação. Argumentava que, devido a algumas “questiúnculas de grupos, interesses individuais e quiçá interferências estranhas, nocivas e indesejáveis”, a resistência interna da classe médica criava “diques a uma medida que se impunha, que se impõe e pela qual precisamos lutar.” O orador, entretanto, apontava

²⁵⁸ Arquivo Fundação Ezequiel Dias. Revista Médica de Minas, 15 de fevereiro de 1940, pág.: P. 37-48, Nº 78, Ano VII.

²⁵⁹ Arquivo Fundação Ezequiel Dias. Revista Médica de Minas, 15 de fevereiro de 1940, pág.: P. 37-48, Nº 78, Ano VII.

²⁶⁰ Arquivo Fundação Ezequiel Dias. Revista Médica de Minas, 15 de fevereiro de 1940, pág.: P. 37-48, Nº 78, Ano VII.

para a dispersão da classe médica e o isolamento de cada médico como os responsáveis pelos fracassos na tentativa de se criar órgãos de representação “que falem com a autoridade de muitas vozes e com a força de uma coletividade.” Nesse sentido, o orador conclamava a atividade realizada pelo Sindicato Médico de Minas Gerais em promover a representatividade da classe e fomentar entre os médicos a Quinzena Médica.²⁶¹

Em todo o período de existência do Sindicato Médico de Minas Gerais (1934-1944), pelo menos dois grupos médicos estiveram à sua frente. O primeiro grupo, que compôs as principais fileiras do sindicato representava os próprios médicos fundadores, sendo todos professores da Faculdade de Medicina de Minas Gerais. Ou seja, um grupo médico de prestígio, reconhecido pela comunidade acadêmica e que ocupava os principais espaços do campo médico mineiro. O segundo grupo, que esteve à frente do Sindicato a partir da década de 40, tinha características completamente diferentes de seus predecessores. Todos os quatro médicos que aparecem na Revista Médica de Minas compondo o Sindicato Médico de Minas Gerais – Paulo de Souza Lima, Pêrsio Pereira Pinto, Mário Vaz de Melo, José Amaral Castro – eram médicos recém-diplomados, com idades inferiores a 30 anos²⁶², que buscavam ainda consolidar-se no mercado de trabalho médico, obter o reconhecimento de seus pares, constituir uma clientela fixa, a consolidação de seu prestígio médico e a autonomia econômica, e, como já dito, todos os quatro médicos eram membros pertencentes também à CMC. Assim, faz-nos necessário ressaltar o que outrora argumentamos: o associativismo leigo profissional foi, sobretudo, orientado pelos valores técnico-profissionais, ou seja, a criação de corporações profissionais leigas representou espaços constituídos pelos vetores da militância profissional – e permeados pela qualidade religiosa, dimensão indissociável da militância profissional leiga católica que não pode ser perdida de vista – que visava a consolidação dos interesses profissionais nos respectivos espaços da vida social.

Quando formalizado o estatuto da CMC em 1935 e seguido uma readequação do estatuto em 1936 que foi enviada à Dom Cabral, ficou estabelecido que, de acordo com o artigo 4º, um dos objetivos da Corporação de Médicos Católicos era “fundar um sindicato medico para defender os interesses da classe.”²⁶³ Ao decorrer da pesquisa não encontrei

²⁶¹ Arquivo Fundação Ezequiel Dias. Revista Médica de Minas, 15 de fevereiro de 1940, pág.: P. 37-48, Nº 78, Ano VII.

²⁶² Ver próximo capítulo.

²⁶³ Ver anexos 1 e 5.

nenhum tipo de documento que sugerisse a criação de um sindicato médico específico vinculado à CMC. Entretanto, a possibilidade de sua criação estava prevista pelo estatuto fundador da CMC. Assim, algumas perguntas surgem: é possível perceber e estabelecer alguma relação entre ser membro da CMC e presidir o Sindicato de Médicos de Minas Gerais? Em qual dimensão *ser católico* e vivenciar o contexto de militância promovido pela Ação Católica e, de certa forma, ser um agente da militância católica foi fundamental para impulsionar os médicos da CMC a ocuparem os principais lugares do Sindicato Médico de Minas Gerais? Ou então, as relações entre catolicismo e medicina, embora presentes, não foram os fatores primordiais?

É, pois, muito difícil, embora tentador, descobrir em qual dimensão a qualidade devocional católica que cada um dos médicos professava nos seus respectivos espaços privados e, sobretudo, públicos, foi elemento central que ajudasse a compreender os entranhas que fizeram com que os médicos da Corporação de Médicos Católicos assumissem e desejassem buscar as posições centrais dentro do sindicalismo médico mineiro. Certamente, a Igreja Católica procurava construir uma visão própria sobre a assistência e sobre a prática médica. A Igreja prezava e seus principais membros hierárquicos, a citar o próprio Papa Pio XII, incentivaram a construção de uma agenda médico-católica – que refletisse em determinadas práticas, comportamentos, deontologia e concepções sobre a medicina e sobre os médicos. O contexto religioso das décadas de 1930/40 foi de muito impulso à militância católica, incentivado pela hierarquia católica para que seus fiéis leigos, sobretudo os membros das elites, preenchessem as posições mais importantes da sociedade, construindo uma Ação Católica pautada na intervenção social, principalmente no mundo do trabalho. Assim, a Igreja Católica foi uma grande defensora do pluralismo sindical²⁶⁴, militou na criação dos Círculos Trabalhistas²⁶⁵, e, em especial em Belo Horizonte, a Igreja Católica pautou a condução do movimento operário²⁶⁶.

Porém, não nos é correto perceber que a CMC tenha se limitado a ser uma corporação católica organizada pela ideia da manutenção da religião católica dentro do

²⁶⁴ VIANA, Luís Werneck. *Liberalismo e sindicato no Brasil*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.

²⁶⁵ SOUSA, Jessie Jane Vieira de. *Da transcendência à disciplina: a Igreja Católica e o mundo do trabalho no Brasil*. Rio de Janeiro, Ed. UFRJ, 2002.

²⁶⁶ DUTRA, Eliana Regina de Freitas. *Caminhos operários nas Minas Gerais: um estudo das práticas operárias em Juiz de Fora e Belo Horizonte na Primeira República*. HUCITEC-ED. UFMG, 1988

espaço profissional. Certamente esse é um elemento fundamental e estatutário da CMC. A organicidade e coesão da CMC perpassa os valores técnicos e profissionais, isto é, a formação de um determinado grupo profissional ocorreu a partir do encontro de características que uniam os médicos da CMC, que procuraram e militaram em prol de sua inserção dentro comunidade médica de Belo Horizonte transitando a partir de uma atividade que permeava o contexto da militância católica e as transformações internas e externas do exercício médico. Dessa forma, a criação de grupos médicos que centrassem sua prática médica à práxis caritativa e científica era um caminho já tradicionalmente utilizado pelos médicos belo-horizontinos. Nesse sentido, a criação da CMC corresponde a um projeto profissional de inserção da profissão médica na vida social.

A participação nas fileiras do Sindicato Médico, tal como na CMC, pode ser vista como fruto de uma estratégia profissional de militância de um determinado grupo de médicos, com características em comum, que estavam em busca de ascensão profissional, econômica e social, e atuavam sob duas perspectivas: uma condicionada à ascensão de suas trajetórias pessoais, e a outra vinculada à militância em prol da classe. Nesse sentido, organizar-se em grupos, construir redes de sociabilidades, formalizar-se em espaços de militância profissional (seja constituindo um grupo leigo-profissional, ou preenchendo as fileiras do Sindicato Médico de Minas Gerais), nos parece ser mais interessante para um grupo específico de médicos que elencassem características em comum: recém-diplomados, com idade média inferior a 26 anos, construindo seu caminho profissional a partir do perfil de formação médica *especialista*, em uma cidade que ainda não completara sua quarta década de existência.

A existência do Sindicato Médico de Minas Gerais se encerrou com o fim do ciclo da Revista Minas Médica. As constantes menções sobre a necessidade dos médicos mineiros se organizarem e superarem seus afastamentos – causados tanto pela extensão territorial do estado de Minas Gerais quanto pelos obstáculos colocados pela própria classe médica mineira –, que aparecem da primeira à última publicação da Revista, levam-nos a entender que a experiência associativa sindicalista em Minas Gerais não teve a duração que os médicos que preenchiam os quadros sindicais acreditavam que deveria. Somente no final da década de 40, liderados por um outro grupo de médicos, com destaque para Hilton Rocha, que um novo grupo associativista médico irá constituir um órgão que, embora não seja propriamente um sindicato, terá como fim agrupar e representar a classe médica mineira.

As trajetórias individuais, profissionais e os perfis médicos de cada um dos membros da CMC será matéria a ser tratada no próximo capítulo. Porém, é necessário ressaltar que os caminhos de inserção profissional utilizados pelos médicos de Belo Horizonte eram compartilhados entre a classe. Nesse sentido, os médicos da capital utilizaram das páginas dos periódicos belo-horizontinos para divulgarem e anunciarem a prestação de seus serviços. Os jornais belo-horizontinos da década de 30 e 40 traziam em suas páginas uma série de anúncios médicos que destacavam o nome do profissional, sua especialidade – caso houvesse –, seu endereço, telefone, e seus respectivos espaços de atuação profissional. Para a realização desta pesquisa, foi consultada uma série de anúncios médicos presentes nas páginas do jornal “O Diário” entre os anos de 1935 a 1945. Dentre centenas de anúncios médicos, geralmente correspondidos pelos mesmos anunciantes, indicando uma pouca variação ao passar dos anos, lá estavam alguns poucos anúncios produzidos em novembro de 1940 que traziam escrito em letras maiúsculas: “PROFISSIONAIS Da Corporação de Médicos Católicos”, e posteriormente o nome de 16 médicos²⁶⁷ e um laboratório de pesquisa clínica²⁶⁸ que atendiam no Edifício Monte Santo, na Rua Tamoios, número 522, no centro de Belo Horizonte²⁶⁹.

²⁶⁷ Os médicos anunciantes são drs. Paulo de Souza Lima, Theophilo de Souza Lima, Maurilio Soares, Bolivar de Castro, Enio Pinto Correa, Mario Vaz de Melo, Francisco de Sousa Lima, Oswaldo Silveira, João Evangelista do Amaral, Paulo Miranda, José Amaral Castro, José Benedito dos Santos, Levy Coelho R. Filho, Deodoro Barcelos Corrêa, João de Rezende Alves, Pêrsio Pereira Pinto.

²⁶⁸ Laboratório S. Paulo – Direção do Dr. José Ribeiro Filho.

²⁶⁹ Arquivo Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais. O Diário, 17 de novembro de 1940, pág. 3.

Capítulo 4 - Os médicos da Corporação de Médicos Católicos

4.1 Apresentação

Como foi visto no capítulo anterior, no dia 10 de junho de 1935, em reunião extraordinária realizada no Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, foi formalizada a ata de fundação da Corporação de Médicos Católicos da Sociedade São Vicente de Paulo. No entanto, a CMC não foi a primeira experiência caritativa orquestrada pela sociedade vicentina no campo da assistência à saúde em Belo Horizonte. Antes, é de se mencionar que o Conselho Metropolitano de Belo Horizonte contava, em seus quadros assistenciais, com a iniciativa de confrades médicos que prestavam socorros, de forma não sistematizada e fragmentada, através da ação particular destes membros e não pela fomentação de uma corporação de médicos reunidos. Dessa forma, até junho de 1935, era inexistente qualquer tipo de associação exclusivamente profissional vinculada à SSVP, de forma que a ação caritativa de seus membros era mais fruto das iniciativas particulares de seus confrades que da organização corporativa da profissão no mundo vicentino. A criação das corporações de ofício de médicos, engenheiros, dentistas, entre outras pertencentes ao Conselho Metropolitano da SSVP de Belo Horizonte, representava uma alteração na forma como os confrades representantes dessas categorias profissionais se orientariam dentro do mundo vicentino e profissional.

A ata de fundação da CMC nomeava 24 pessoas, entre médicos e graduandos em medicina, como fundadores. O capítulo anterior buscou compreender a criação da CMC vinculando a fundação da Corporação não só como fruto do fenômeno do associativismo leigo profissional inspirado pela Ação Católica, mas, sobretudo, como resultado do encontro dos interesses profissionais e militância em defesa da categoria médica e da busca pela ascensão no mercado de trabalho. Assim, este capítulo procurará descrever a origem regional e social, bem como as experiências socioculturais, procurando compreender as experiências escolares e acompanhar a trajetória profissional dos médicos fundadores da CMC.

Embora os médicos que fundaram a CMC certamente merecessem toda a atenção de uma historiografia especializada, que utiliza a construção biográfica dos indivíduos como metodologia de pesquisa, este não é um trabalho biográfico.. Entendemos que qualquer leitura neste sentido não estará de acordo com os objetivos desta pesquisa.

Porém, isso não quer dizer que não utilizaremos os dados biográficos destes médicos. Assim, é necessário expor o que entendemos e a forma como iremos construir este capítulo.

Como se viu, a CMC foi uma corporação profissional médica que tinha como característica principal um duplo valor identitário, ou seja, representava ao mesmo tempo um grupo de identidade devocional, nascido do contexto da militância religiosa católica no Brasil, sobretudo de Belo Horizonte, e um grupo de identidade profissional, formado pelos valores orgânicos em prol da defesa da profissão e da militância. As múltiplas identidades que caracterizam o grupo estão também presentes quando olharmos os indivíduos que o compõem. Não obstante, como afirma Rodríguez (2005), se “é certo que exista uma ação conjunta dos membros, também é indiscutível que nem todos os membros do grupo atuam da mesma maneira.” Dessa forma, deve-se constituir “dois planos de análise, o individual e o grupal, [que] se bifurcam para a compreensão da complexidade social e remetem uma e outra vez as múltiplas identidades sociais” (RODRÍGUEZ, 2005: p. 17). Dentre os 24 signatários – médicos e aspirantes – que constaram como fundadores da CMC, nenhum destes eram profissionais que possuíam, em 1935, enorme fama, prestígio social ou científico ou que gozasse das posições hegemônicas dentro do campo médico-científico. Todos eram médicos recém-diplomados, jovens que buscavam sua inserção no mercado de trabalho e sua respectiva ascensão dentro da comunidade médica. Assim, embora tenham sido diversos destes médicos que no final de suas vidas possuíam carreiras clínicas de prestígio, participaram da institucionalização da medicina, formaram discípulos, foram diretores de hospitais, criaram Sociedades Médicas ou foram nomeados professores da Universidade de Minas Gerais, quando formaram a CMC, no dia 10 de junho de 1935, suas carreiras estavam apenas começando. Dado o recorte temporal que usamos para a realização desta pesquisa, qual seja a da criação da CMC em 1935 até a realização do Primeiro Congresso Brasileiro de Médicos Católicos acontecido em julho de 1946, é nos correto afirmar que estamos estudando um grupo de médicos que buscava ainda consolidar sua profissão como legitimadora do monopólio das práticas curativas, e que, sobretudo, buscavam ascender profissionalmente e socialmente.

Este capítulo busca, ao decorrer de suas páginas, acompanhar as trajetórias individuais, as origens sociais e as trajetórias profissionais dos médicos fundadores da CMC se valendo de dois momentos em comum a todos os profissionais membros da CMC, antes e depois da criação da CMC. Ou seja, este capítulo se estrutura a partir de

duas orientações: a primeira diz respeito à compreensão das origens sociais dos médicos fundadores da CMC, em que procuraremos analisar os aspectos familiares, regionais, as condições socioculturais, a formação acadêmica e a participação no catolicismo, fatores estes que acompanharam a vida destes médicos anteriormente à fundação da CMC em 1935; e a segunda à análise das trajetórias profissionais, o desenvolvimento de suas respectivas carreiras, os caminhos percorridos pelos médicos em busca de realizar suas inserções no mercado de trabalho, ou seja, condições estas que vieram depois da criação da CMC. Todos os 24 médicos que participaram da fundação da CMC tiveram uma carreira consolidada a partir do exercício da clínica médica e majoritariamente exerceram seu ofício pelo perfil médico especialista. Porém, muito embora houvesse semelhanças entre os médicos, vale destacar que os caminhos profissionais percorridos pelos fundadores da CMC não foram iguais para todos. Mesmo participando do mesmo grupo profissional, é possível perceber que coexistiram múltiplos caminhos profissionais – e não excludentes – que os médicos da CMC percorreram para a construção de suas trajetórias – que em certo grau nos revela a dimensão da participação de cada médico dentro da CMC. O primeiro caminho profissional possível a ser percorrido pelos membros da CMC deu-se a partir da construção de sua identidade profissional com maior proximidade com o mundo católico, ou seja, ao percorrer por esta via de inserção profissional no mercado de trabalho, estes médicos construíram suas trajetórias profissionais mais ligadas aos anseios das instituições católicas, exercendo papéis importantes dentro da assistência médica prestada pelos vicentinos, como foi o caso de Francisco de Souza Lima, que presidiu a Assistência Médica Vicentina (antes da fundação da CMC), tornou-se o médico responsável pela Cidade Ozanan, presidente da Corporação dos Médicos Católicos, diretor do Hospital São Francisco de Assis e vice-presidente do Conselho Metropolitano da SSVP. Um outro caminho pode ser melhor representado pelas trajetórias profissionais dos médicos Hilton Rocha, Berardo Nunan e Jayme Werneck, que, em especial, construíram suas identidades profissionais marcadas pela aproximação com o mundo acadêmico ao se tornarem professores da UMG, participando da criação de programas de pós-graduação e Sociedades Profissionais, além de publicar em revistas especializadas de Belo Horizonte. Ao acompanhar as formas de inscrição de suas respectivas carreiras profissionais, em especial do médico Berardo Nunan, percebemos como as possibilidades em percorrer estes caminhos profissionais coexistiam dentro da CMC permeando-se, de forma que não representavam caminhos excludentes. Entretanto, ressaltamos que ao acompanhar as trajetórias destes médicos, a partir da tentativa de

apreender os meios e os caminhos profissionais, visamos apreender apenas os modos de agir e as estratégias profissionais disponíveis e manuseadas por cada um deles, entretanto estes caminhos não devem ser vistos como fechados e inflexíveis, pois, antes eles se entrecruzavam e se permeavam.

Para a construção deste capítulo, buscou compreender os médicos da Corporação de Médicos Católicos dentro de sua totalidade²⁷⁰, levantando os fatores anteriores e posteriores à fundação da CMC. Assim sendo, em um primeiro momento, a sintetizar os dados encontrados durante a pesquisa arquivística, estes dão conta das respectivas origens regionais, como local de nascimento e falecimento, e da origem social de cada médico, como a descrição dos membros familiares, das instituições de ensino frequentadas pelo médico, o ano que concluiu o seu ensino superior em medicina e a especialidade que seguiu. Após acompanhar as origens regionais e sociais, procuramos sintetizar os dados que dessem informações acerca do modo como os médicos da CMC construíram suas carreiras e trajetórias médicas, o modo como exerceu a medicina, as cidades em que trabalhou, o pertencimento a Sociedades médicas e revistas especializadas, bem como a participação destes médicos na Revista O Bebê e no Congresso Nacional de Médicos Católicos.

Antes de iniciar o texto, é necessário ainda ressaltar as transformações sociourbanas e políticas vividas por Minas Gerais entre o final do século XIX e início do século XX. Como se procurará demonstrar ao longo do capítulo, Minas Gerais era um estado eminentemente agrário, caracterizado majoritariamente por uma população jovem, com parcela expressiva dessa sociedade com idade entre 0 a 30 anos, analfabeta e que

²⁷⁰ As informações contidas neste capítulo foram conseguidas a partir de uma ampla varredura em diversos arquivos de Belo Horizonte. Para tanto foram consultados os arquivos do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, o acervo da Hemeroteca Nacional, o Centro de Memórias da Faculdade de Medicina da UFMG, o Arquivo da Fundação Ezequiel Dias, o Arquivo da Prefeitura de Belo Horizonte, o arquivo da Hemeroteca Pública de Belo Horizonte, o Arquivo Público da Cidade de Belo Horizonte, o Arquivo Público Mineiro, o Arquivo da Associação Médica de Minas Gerais, Arquivo da Pontifícia Universidade Católica e a coleção privada de jornais do Hospital São Francisco de Assis. As fontes consultadas consistem numa enorme gama diferenciada de documentos, que serão referenciados no texto quando mencionados em citação, entretanto esta documentação é composta essencialmente pelas atas vicentinas, jornais de circulação em Belo Horizonte entre 1930-1945, relatórios da prefeitura e a documentação produzida pela Faculdade de Medicina, como, por exemplo, as fichas de matrícula e conclusão de curso. Todos os dados contidos na tabela são de acesso público e foram obtidos a partir de uma grande análise documental e de um entrecruzamento de dados que, na maioria das vezes, encontravam-se dispersos. Entretanto existem lacunas não preenchidas e repostas incompletas. Dadas as más condições documentais, o processo de fálencia do Hospital São Francisco e os descartes de documentos pertencentes à Corporação de Médicos Católicos, muita documentação não foi possível ser encontrada, e alguns destes médicos não puderam ser seguidos mais de perto.

vivia sobretudo no campo e/ou em pequenas vilas e cidade. No que se refere às questões higiênicas, salubres e sanitárias, o estado era descrito pelos médicos como sendo “um vasto hospital” e a grande precarização, dentre outros motivos, fazia o estado ter uma das menores médias de expectativa de vida do país. Entre o final do século XIX e início do século XX, Minas Gerais deu início a um conservador e contraditório processo de modernização econômica, urbana, social e política. Nesse sentido, percebe-se no estado o incentivo à criação de novas vias urbanas, ao uso de novos transportes viários, ao desenvolvimento de cidades e indústrias. Certamente o desenvolvimento vivenciado em Minas Gerais e as tentativas de modernização pelas quais o estado passava podem ser melhor compreendidos pela criação de Belo Horizonte. A transferência da capital, da antiga Ouro Preto para a recém-inaugurada e planejada cidade de Belo Horizonte, foi um enorme marco histórico e geracional para o estado, trazendo um grande impacto para a vida dos futuros médicos que, em 1935, fundariam a CMC. A fundação da nova capital produziu uma reconfiguração das forças políticas e econômicas do estado, o que, por consequência, alterou a dinâmica política, social e econômica, reaquecendo um debate outrora realizado e que até então não se concretizara: a fundação de uma faculdade de medicina em Minas Gerais, bem como, os meios institucionais para a prestação da assistência à saúde no estado. A nova capital representou, assim, o principal marco geracional para todos aqueles futuros médicos que fundaram a CMC e que nasceram entre 1901-1916. Ao construir a nova capital sob a égide da modernidade, entendida naquele contexto como sinônimos do higienismo e sanitarismo, Belo Horizonte, com suas particularidades históricas, trazia também importantes avanços para a realização de um incipiente processo de profissionalização da medicina nas terras mineiras, com a criação de aparatos burocráticos e a respectiva inserção dos médicos sanitaristas na administração pública da cidade, e a fundação de instituições vinculadas ao ensino médico, bem como a criação e ampliação das instituições dedicadas à assistência à saúde. Nesse sentido, ao acompanharmos as trajetórias dos médicos que fundaram a CMC em 1935, percebemos uma série de características que se bifurcaram em Belo Horizonte e possibilitaram a criação da Corporação.

4.2 – Origem social e regional dos Médicos Católicos

No dia 10 de junho de 1935, o Conselho Metropolitano da SSVP formalizou a criação da CMC. Foram nomeados 24 médicos ou estudantes de medicina, sendo eles: os drs. Francisco de Souza Lima (1909-[?]), Delor Luis Ferreira (1905-[?]), Tupy Coutinho Soares (1907-[?]), Berardo Nunan (1908-1992), Rodovalho Mendes Domenici (1908-[?]), Mario Vas de Mello (1907-[?]), José Ribeiro (1909-[?]), Victor Lacombe ([?]-[?]), Jayme Werneck (1908-1993), Persio Pereira Pinto (1905-[?]), Hilton Rocha (1911-1993), José Pinheiro Chagas (1909-[?]), Ubirajara França Dinis(1906--[?]), [Acacio] Dolabella (1902-[?]), Paulo Miranda (1910-[?]) e João Ignácio da Costa Santos ([?]-[?]), e os doutorandos: José Mariano (1912-[?]), Theophilo de Souza Lima (1913-[?]), Antonio Ximenes de Moraes (1914-1993), Arlindo Polizzi (1916-[?]), Antônio Nunes Carvalho (1913-[?]), Domingos Magalhães Lopes (1915-[?]), Deodoro Barcellos (1911-[?]) e José Amaral Castro (1912-[?])²⁷¹.

Entre os 22 médicos fundadores da CMC cujos dados referentes a suas origens conseguimos mapear, o nome do pai consta em todos os registros, sendo que apenas para oito médicos foi encontrada referência ao nome da mãe (Tabela 3.1). No que se refere às profissões exercidas pelos seus pais, encontrei informações apenas sobre seis dos 22 médicos²⁷². Certamente, esse pequeno número de informações encontradas não nos permitiu criar um mapeamento completo sobre as origens sociais e classes socioeconômicas de onde provieram os médicos fundadores da CMC, porém é possível perceber uma relativa diferença social representada pelos diferentes lugares de origem ou pelas características familiares. Foi possível mapear as origens familiares apenas dos médicos Biaggio Arlindo Polizzi, Hilton Rocha, Francisco de Souza Lima e seu irmão Theophilo de Souza Lima, e Jayme Furquim Werneck.

²⁷¹ Todos os dados referentes às datas de nascimento, local de nascimento, nome do pai, data do ingresso na Universidade e de conclusão foram levantadas a partir de uma análise e de um entrecruzamento de dados retirados do *Livro de registros de diplomas nº 3, 4 e 5* e do *Livro de Matrícula nº 1 e 6*. Exceção feita ao referir-se ao médico Pérsio Pereira Pinto cujos dados expostos foram obtidos junto à *Caixa de alunos excluídos da Medicina*. Todos estes documentos estão disponíveis à pesquisa no Centro de Memória da Faculdade de Medicina (CEMEMOR) da Universidade Federal de Minas Gerais.

²⁷² Vale aqui informar, pela precisão dos dados encontrados, que Francisco de Souza e Theophilo de Souza são irmãos, então, para fins de conta e para evitar a repetição, foi contada apenas uma vez a profissão de seu pai.

3.1 – Composição familiar e profissão do pai²⁷³²⁷⁴

Médico	Filiação	Demais membro da familiar	Profissão do pai
Acácio Correa Dolabela	Pai: Pedro Alcantara Dolabella		
Antônio Nunes de Carvalho²⁷⁵	Pai: Antônio Nunes de Carvalho Filho Mãe: Elisa Vieira de Carvalho Cônjuge: Celuta Veloso Carvalho [professora]	Elisa de Carvalho Gomilde [irmã]; Aurora de Carvalho Ferreira [irmã], esposa do sr. Aredio Ferreira; Antonia de Carvalho Barbosa [irmã]; Maria de Carvalho Botelho [irmã], esposa do sr. Celino Botelho; Eleonora de Carvalho Pierucetti [irmã], esposa do dr. Osvaldo Plerucetti; Cacilda de Carvalho Brasil [irmã], esposa do sr. Antonio Brasil; Vasco Carvalho [irmão], casado com d. Olga de Carvalho; Latino de Carvalho [irmão], casado com Rosa Fortuna Carvalho; Tasso de Carvalho [irmão] casado com Norma de Carvalho; dr. Bias de Carvalho [irmão], casado com Abadia A. de Carvalho; Hebe de Carvalho Castro [irmã], casado com Rodrigo Castro, e Maltus de Carvalho [irmão].	Jornalista ²⁷⁶
Antônio Paulo Ximenes de Morais	Pai: João Paulo de Morais Mãe: Maria das Dores Ximenes de Morais Cônjuge: Julia Regina da Fonseca Brandão [data do matrimônio 1943]	Maria José Morais [irmã] ²⁷⁷	

²⁷³ No que se refere ao preenchimento da coluna “Filiação”, destaco que este foi feito a partir de um entrecruzamento dos dados obtidos na pesquisa através dos jornais referenciados e das informações disponíveis para acesso à pesquisa no Centro de Memória da Faculdade de Medicina da UFMG (CEMEMOR), em especial, nas caixas destinadas aos “Livros de Matrícula n 1º (1929-1942)”, “Livro de Matrícula nº 6 (1937-1952)”, “Caixa alunos excluídos da medicina”, nos “Livros de Diploma nº 3 e nº4”

²⁷⁴ Infelizmente não nos foi possível encontrar todas as informações para o preenchimento completo da tabela, ficando, assim, invariavelmente, lacunas a serem preenchidas.

²⁷⁵ Acervo da Hemeroteca Nacional. Jornal: Botija Parda. Data: 18 de julho de 1993. Pág. 6 – Araguari/MG. Disponível:

<http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=847275&Pesq=Celuta%20Veloso%20Carvalho&pagfis=131>. Acessado: 08/07/2020.

²⁷⁶ Acervo da Hemeroteca Nacional. Documento: O Reporter – 10 de outubro de 1959 – Nº 3365 p.4.

²⁷⁷ Arquivo da Hemeroteca Nacional. Documento: Voz Diocesana – Campanha, 20 de abril de 1969 Nº 674 – ano 23.

Biagio Arlindo Polizzi²⁷⁸	Pai: Biagio Pollizzi (Itália, 1871 – Belo Horizonte, 1944) e Mãe: Angela Pollizzi (italiana)	Giácomo Polizzi [irmão] Waldemar Polizzi [irmão]	Construtor e mestre de obras
Berardo Nunan	Pai: Berardo Augusto da Rocha Nunan Mãe: Almerinda Thompson Nunan Cônjuge: Maria de Lourdes Penna Nunan		
Deodoro Barcellos Correa	Pai: Francisco de Assis Barcellos Correa		
Delor Luis Ferreira	Pai: Vicente Luiz Ferreira		
Domingos Magalhães Lopes	Pai: Caetano Lopes Junior		
Francisco de Souza Lima	Pai: Luciano de Souza Lima ([?] - 25/03/1944) Mãe: Josephina de Souza Lima Cônjuge: Clotilde Souza Lima	Theofilo de Souza Lima (irmão) (médico), Paulo de Souza Lima (irmão) (médico), Joselina Souza Lima (filha?)	Juiz de Direito ²⁷⁹
Hilton Ribeiro Rocha	Pai: Francisco Ramos da Rocha Mãe: Maria Ribeiro da Rocha Cônjuge: Maria do Carmo Neves Rocha		Funcionário Público
Jayme Eiras Furquim Werneck	Pai: Hugo Furquim Werneck Mãe: Dora Eiras Furquim Werneck Cônjuge: Alfida Magalhães de Melo Viana (1909-1978) [matrimônio 1935]		Médico

²⁷⁸ FILGUEIRAS, Zuleide Ferreira. A presença italiana em nomes de ruas de Belo Horizonte: passado e presente. FACULDADE DE LETRAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS LINGUÍSTICOS [Tese] - Universidade Federal de Minas Gerais (2011). Pág.: 129.

²⁷⁹ Arquivo Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais. Periódico: O Pharol. Juiz de Fora, 29 de novembro de 1918 Ano LIII n° 279 p. 1.

João Ignácio da Costa Santos			
José Amaral Castro	Pai: José de Oliveira Castro		
José Mariano	Pai: João Baptista Mariano		
José Pinheiro Chagas Filho	Pai: José Pinheiro Chagas		
José Ribeiro Filho	Pai: José Ribeiro da Costa Cônjuge: Thelma Franco Ribeiro	Anna Maria [Filha], Maria Inês [Filha], Alaíde [Filha], Thelma Maria [Filha], Antônio Augusto [Filho], José Euclides [Filho e médico] e Cláudia Maria [Filha e médica]	
Mário Vaz de Mello	Pai: João Vaz de Mello [Pereira?]		Subdelegado de polícia do distrito de Sete Lagoas ²⁸⁰
Paulo de Castro Miranda	Pai: Alan Miranda		
Pérsio Pereira Pinto	Pai: João Pereira Pinto		
Rodovalho Mendes Domenici	Pai: Ilídio Mendes de Magalhães		
Theophilo de Souza Lima	Pai: Luciano de Souza Lima (- 25/03/1944) Mãe: Josephina de Souza Lima Cônjuge: Helena Xavier Monteiro	Paulo Souza Lima (irmão) (médico católico da Corporação de Médicos Católicos e do Hospital São Francisco); Francisco de Souza Lima (irmão) (médico católico da Corporação de Médicos e do Hospital São Francisco de Assis)	Desembargador de Justiça
Tupy Coutinho Soares	Pai: João Bento Soares		
Ubirajara França Dinis	Pai: Antônio de Alvim Diniz		
Victor Lacombe			

²⁸⁰ Arquivo Hemeroteca Digital: Periódico: A província de Minas Data: Ouro Preto, 25 de setembro de 1889 ed. 612 (1) p. 2

O médico Jayme Furquim Werneck nasceu no dia 27 de julho de 1908, em Belo Horizonte. Do grupo de fundadores da Corporação de Médicos Católicos, era o único que era filho de um médico, o dr. Hugo Furquim Werneck. O dr. Hugo Werneck era filho do também médico dr. Francisco Furquim Werneck de Almeida, que se tornou obstetra em 1846 no Rio de Janeiro, sendo considerado, à época, o maior ginecologista da capital do Brasil. Foi médico da Princesa Isabel, deputado da constituinte de 1891 e Prefeito do Rio de Janeiro. Segundo o biografado por João Vaz da Silva em citação indireta ao médico Pedro Nava, Hugo Werneck “descendia das mais aristocráticas famílias das províncias de Minas, São Paulo e Rio de Janeiro, descendendo do Barão de Pati dos Alferes, do Barão de Vassouras, da Viscondessa de Mayrink e da Viscondessa de Taunay.”²⁸¹

O dr. Hugo Werneck era certamente um dos principais médicos clínicos de senhoras de Belo Horizonte entre as décadas de 20 e 30 e, como demonstrado por Rita de Cássia Marques (2005), foi um dos fundadores da Faculdade de Medicina e presidiu a Mesa Administrativa da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. De acordo com a autora, mesmo com uma carreira profissional de sucesso e ocupando posições centrais no campo médico, o dr. Werneck teve de investir na construção social de sua imagem como um médico de senhoras. Assim, de acordo com Rita Marques, os médicos, de um modo geral, mas sobretudo os médicos de senhoras, “precisaram se preocupar muito mais com sua imagem do que com sua técnica. A imagem mais adequada não era obtida pelo discurso médico, mas por uma ação dentro dos padrões do que a sociedade considerava confiável.” (MARQUES, 2005: p. 7). O dr. Werneck foi um médico que soube investir e construir sua imagem através dos signos da caridade e da piedade. Quando faleceu em 17 de março de 1935, o jornal católico *Lar Catholico: revista social, religiosa, dedicada as famílias* trazia, em suas páginas do dia 7 de abril de 1935, um relato sobre o médico e destacava suas virtudes profissionais, como “Irmão Benemerito da Mesa Administrativa da Santa Casa de Belo Horizonte, Provedor dessa Casa durante muitos anos, lente da Faculdade de Medicina na Capital Mineira”, mas, dava maior destaque a suas virtudes católicas declarando que “o dr. Hugo Werneck tem sido admiravel, de uma grandeza invejavel, que é o premio do justo, do christão fervoroso” e lamentando o falecimento do médico, informava o periódico, que “sobre o que foi o Dr. Hugo Werneck, nada preciso dizer. Todos lhe conhecem a vida, o talento, a operosidade, a firmeza de caracter, a

²⁸¹ SILVA, João Vaz. *O Corpo Docente: Hugo Werneck*. In.: PEDROSO, Enio Roberto Paiva (Editor). Centenário da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – (1911-2011). p.: 507.

bondade de coração, a caridade sem limites. [...]. Sua memória será indelevel; indelevel será o grandioso exemplo que a todos deu, de homem de bem, de um grande médico, de um grande católico.”²⁸² As relações de aproximação e os usos do catolicismo foram amplamente exploradas por Rita de Cássia de Marques (2005).

Jayme Werneck seguiu os passos trilhados pelo seu pai, Hugo Werneck. Tornou-se também médico de “doenças das senhoras, partos e operações”²⁸³, destacou-se na clínica médica e fez carreira na Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte²⁸⁴. A influência do pai na vida profissional e nos meios de inscrever sua profissão na sociedade parece, ao que tudo indica, ter ultrapassado as semelhanças pelas escolhas profissionais médicas e ter influenciado no modo como entendia a necessidade de inscrever sua profissão médica nos anos 30. Em consonância com Rita de Cássia Marques, entendemos que a medicina ainda não tinha construído sua autoridade cultural, o que fazia com que os médicos buscassem vias alternativas aos discursos e técnicas médicas para inscrever a profissão na sociedade, entrar no mercado de trabalho e, além disso, ter prestígio frente à formação de sua clientela. É nesse sentido que vimos a criação da CMC – uma corporação médica e religiosa orientada pelos valores profissionais e religiosos – constituída por médicos recém-diplomados. Ao contrário dos seus demais colegas cofundadores da CMC, o médico Jayme Werneck era filho de um médico conhecido em Belo Horizonte, de uma família tradicional na cidade e, com o falecimento de seu pai, herdava dele mais do que o gosto pela profissão médica, mas também o sobrenome e o modo de construir a imagem social do médico de senhoras. Assim compreendemos a participação do dr. Jayme Werneck na formação da Corporação de Médicos Católicos. Ao contrário dos demais médicos, Jayme Werneck tinha herdado um capital de prestígio de seu pai. Sua participação na fundação da CMC deve-se, assim, para além de suas crenças religiosas, ao modo herdado e aprendido com o pai na forma de como construir a imagem social do médico de senhoras – pela aproximação entre o mundo médico e o mundo religioso. Como se viu no primeiro capítulo, o modo de inscrever a medicina nos anos 30 e 40 na vida social mudou. Não bastava ser ou aparentar ser caridoso e piedoso – como, fora Hugo

²⁸² Biblioteca Digital da Fundação Biblioteca Nacional. Periódico: O Lar Católico: revista social, religiosa, dedicada as famílias (MG) – 1891 – 1957. Ano 1935, Ed. 00014 (1). p. 110. Data: 7 de abril de 1935.

²⁸³ Arquivo Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais. Periódico: O Diário. Data: 12/1/1941 p.3.

²⁸⁴ O próximo tópico dedicará seus esforços sobre a carreira médica e os modos de exercer a profissão.

Werneck. Era necessário unir e constituir corporações de ofícios que militassem pelos valores profissionais médicos – e católicos.

A biografia de Jayme Werneck era uma exceção dentro da CMC, pois, nenhum outro membro da CMC era filho de médico. O médico Biagio Arlindo Polizzi também nasceu em Belo Horizonte no dia 7 de janeiro de 1916. Era filho dos italianos Biaggio Polizzi (Itália, 1871 – Belo Horizonte, 1944) e Angela Polizzi que chegaram a Belo Horizonte para trabalharem nas obras de construção da cidade. De acordo com Filgueiras (2011), Biaggio Polizzi chegou ao Brasil e a Minas Gerais em 1896, com 29 anos de idade, e a sua esposa, Angela Polizzi, com 21 anos, trazendo o filho Giácomo Polizzi em um contexto de chegada de imigrantes em busca de emprego, encontraram na construção civil a oportunidade de trabalhar. Assim, de acordo com a autora, Biaggio Polizzi

Trabalhou nas obras de construção do edifício dos Correios (1904/1906), dirigindo, também, a sua demolição (1940). Sabe-se que, em 1911, teve matrícula, como mestre-de-obras, registrada na *Diretoria de Obras Públicas da Prefeitura de Belo Horizonte*. Na *Construtora Carneiro de Rezende*, participou, dentre outras, da construção do prédio da *Secretaria do Estado de Segurança Pública* (1930). Foi homenageado com a *Ordem dos Pioneiros*, em 1976, prêmio recebido por seu filho, *Waldemar Polizzi*. (FILGUEIRAS, 2011: p. 129).

A imigração italiana para Minas Gerais fazia parte de um duplo contexto externo e interno ao Brasil: primeiramente, o contexto externo tratava-se da formação e da unificação política do estado italiano que se realizara em 1870 e, em consequência do processo de industrialização acelerado a partir de 1876, das questões fiscais e do crescimento populacional, culminou na emigração em massa da população italiana (CAVALIERI, 2011 p. 31/32.) E o contexto interno, o fim da escravidão, a necessidade de preencher as lacunas deixadas na mão de obra e os debates sobre o atraso brasileiro incentivavam um debate sobre a necessidade de embranquecer a população brasileira, ambos os contextos serviram de motores econômicos e ideológicos para o incentivo à imigração para Minas Gerais. Dados os fatores culturais de semelhança entre italianos e brasileiros,²⁸⁵ a criação de um modelo ideal de imigrante para o Brasil, que atendesse às expectativas dos grupos

²⁸⁵ De acordo com Daniel Cavalieri, “os italianos acabaram sendo os mais solicitados pela sua proximidade cultural com o Brasil, por sua especialização e conhecimento nas diversas áreas e por sua fácil assimilação se comparado aos outros imigrantes”. (CAVALIERI, 2011: p. 10). E, assim, continua o autor, “foi a proximidade da língua, dos costumes e da religião que fez com que os italianos se tornassem mais assimiláveis do que os imigrantes de outros países. Além disso, foram os que mais se adaptaram às condições do Brasil.” (CAVALIERI, 2011: p. 35).

políticos, econômicos e religiosos,²⁸⁶ os italianos acabaram sendo vistos como os imigrantes ideais por serem brancos, católicos e possuidores de um saber especializado para o incipiente processo de industrialização brasileira.

A exemplo de Biaggio Polizzi, a grande maioria dos imigrantes que chegaram a Minas Gerais vieram depois da proclamação da República, no mesmo momento em que Belo Horizonte estava sendo erguida e logo foram absorvidos pela construção civil. Segundo Daniel Cavaliere, no final do século XIX, às vésperas da proclamação da República, Minas Gerais era um estado que enfrentava problemas relacionados a enormes áreas despovoadas no estado. De acordo com o autor, Minas Gerais registrava um crescimento demográfico inferior se comparado às demais províncias do país e, “na década de 1880, o problema do povoamento continuava preocupando ao governo mineiro, aliado ao fim da eminente da escravidão. [...] Somente em 1887, a imigração começou a ser incentivada pelo governo mineiro, depois de vários pedidos feitos por fazendeiros, que haviam organizado naquele ano a Sociedade Promotora de Imigração em Minas Gerais, devido à falta de mão-de-obra nas lavouras” (CAVALIERI, 2011: p. 44). Assim, salienta o autor que

Criou-se, nesse mesmo ano, a lei provincial nº 2819, onde o governo se dispôs a trazer braços estrangeiros, financiando parte das passagens, criando núcleos coloniais, construindo a hospedaria de imigrantes em Juiz de Fora e iniciando uma política de divulgação na Europa. Em 1888, o governo instituiu a hospedaria (e a colocou em funcionamento no ano seguinte) e iniciou a criação de núcleos coloniais oficiais e particulares. Deu-se também a fundação da Inspeção de Imigração, que foi abolida no ano seguinte, em 1889, devido ao fluxo imigratório ter sido interrompido para o Estado. (CAVALIERI, 2011: p. 44).

Ainda segundo o autor, no ano de 1894 o estado de Minas Gerais começou a subvencionar a vinda dos imigrantes para o estado e criou a Superintendência de Emigração na Europa, com sede em Gênova, com o objetivo de “cuidar da propaganda, visar passaportes e controlar os emigrantes para que apresentassem os pré-requisitos exigidos para a obtenção da passagem gratuita.” (CAVALIERI, 2011: p. 45). Foi exatamente entre 1894 e 1897 que se registou o período de maior entrada de imigrantes em Minas Gerais, sendo a grande maioria deles italianos, momento este que coincide com a chegada da família de Biaggio Arlindo Polizzi a Minas Gerais e depois a Belo Horizonte. De acordo com o

²⁸⁶ Ver CUNHA (2017) em especial entre as páginas 100-200.

autor, os dados constantes no Livro da Hospedaria de imigrantes de Juiz de Fora informam que entraram, neste período, 49.882 imigrantes em Minas Gerais, sendo que 44.511 eram italianos. E, de acordo com a documentação referente ao relatório de Carlos Prates, chegaram, no mesmo período, um total de 70.817 imigrantes, sendo 65.153 italianos (CAVALIERI, 2011: p. 45). Apesar das diferenças numéricas, o autor argumenta que “o mais importante, independente de nuances nos dados, é afirmar que os italianos em Minas Gerais representavam a maioria maciça dos imigrantes” (CAVALIERI, 2011: p. 45).

Data também deste período o início das obras de construção de Belo Horizonte. A futura capital, como já dissemos, havia sido escolhida para sediar a nova sede do governo, assumindo, concretamente e simbolicamente, o papel de uma nova Minas Gerais, moderna e republicana. O projeto já estava feito, os marcos legais haviam sido criados, entretanto, para se levantar a capital, faltava ainda a mão de obra especializada. Foi para suprir a ausência de uma mão de obra que a Comissão de engenheiros solicitou ao governo do estado a chegada de imigrantes na cidade. Assim, é, “principalmente, nesse contexto que os italianos começam a chegar em massa para erguer a nova cidade mineira. Não podemos deixar de lado a participação portuguesa e espanhola nesse processo [...]. A importância dos imigrantes não se deu somente na construção, mas, também, no desenvolvimento e industrialização da capital.” (CAVALIERI, 2011: p. 52). A primeira leva de imigrantes trouxe para Belo Horizonte, em 1894, 292 italianos. E em 1900, segundo Cavalieri, o *Almanack da cidade de Minas* anunciava que dos 5.000 construtores de Belo Horizonte ao menos 3.000 eram italianos, destacando que “esses números apontam para importância que os imigrantes italianos tiveram na construção da capital, já que superam a soma de trabalhadores brasileiros juntamente com outros estrangeiros.” (CAVALIERI, 2011: p. 52-53). Como explica o autor, os “imigrantes italianos representavam boa parte dos arquitetos, engenheiros, projetistas, desenhistas, mestres-de-obras, pintores, serralheiros, marceneiros, escultores, paisagistas e operários” (CAVALIERI, 2011: p. 52-53).

A origem de Hilton Rocha é diferente dos médicos acima mencionados, e se assemelha mais aos demais médicos da Corporação. Assim como a grande maioria dos médicos da CMC (17 do total), Hilton Rocha não nasceu em Belo Horizonte. Oriundo da vila de São Sebastião de Cambuquira, no sul do estado de Minas Gerais, nasceu no dia

23 de dezembro de 1911, filho do funcionário público Francisco Ramos da Rocha²⁸⁷. Quando tinha dez anos de idade, mudou-se com a família para Belo Horizonte²⁸⁸, onde realizou o ensino secundário no Ginásio Mineiro de Belo Horizonte.

Francisco de Souza Lima teve uma trajetória parecida, em certa medida, com Hilton Rocha. Ambos nasceram fora da capital, ao sul do estado. Francisco de Souza Lima nasceu em 26 de agosto de 1909, na cidade de Varginha. Filho de Luciano de Souza Lima e irmão dos também médicos da CMC: Theóphilo de Souza Lima e Paulo de Souza Lima. Seu pai, Luciano de Souza Lima, era juiz de direito na cidade de Cataguazes, lugar onde nasceu seu segundo filho, Thephilo de Souza Lima²⁸⁹. A exemplo do médico Jayme Werneck, Francisco de Souza Lima herdou de seu pai também a aproximação com o mundo católico vicentino, pois seu pai era também vicentino e presidente do Conselho Particular da Sociedade São Vicente de Paulo de Cataguazes²⁹⁰. E foi por decreto do governo do Estado, publicado no dia 29 de outubro de 1918, que Luciano de Souza Lima foi nomeado juiz na capital, assumindo a segunda vara de Belo Horizonte.²⁹¹

A população de Belo Horizonte cresceu de forma acentuada nas primeiras duas décadas. Em 1900, a cidade contava com 13.472 habitantes, e uma década depois, em 1910, viviam na cidade 33.245 habitantes. De acordo com os dados da *Enciclopédia dos Municípios Brasileiros (1958)*, em 1918, quando Francisco de Souza Lima se mudou para Belo Horizonte, a cidade contava com uma população de 51.834 habitantes e três anos após, em 1921, quando Hilton Rocha se mudou para a cidade, a população crescera em quase 10 mil novos habitantes, sendo recenseada com 61.156²⁹². As transformações urbanas e o deslocamento do eixo político para a Belo Horizonte levaram as elites políticas da cidade a criarem a Faculdade de Medicina em 1912.

As transformações pelas quais o estado mineiro passava no início do século XX e a criação de Belo Horizonte, a constituição de um aparato burocrático de servidores

²⁸⁷ Não localizei informações sobre o trabalho realizado pelo pai.

²⁸⁸ Acessado dia 08/11/2019. <https://ammg.org.br/noticia/homenagem-a-hilton-rocha/>

²⁸⁹ Arquivo Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais. Periódico: O Estandarte (1911-1914). Cataguazes, 16 de março de 1918 – Ano III n° 55.

²⁹⁰ Arquivo Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais. Periódico: O Estandarte (1911-1914). Cataguazes, 20 de abril de 1913 Ano III n° 60.

²⁹¹ Arquivo Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais. Periódico: O Pharol. Juiz de Fora, 29 de novembro de 1918 Ano LIII n° 279 p. 1.

²⁹² Arquivo Centro de Memórias da Faculdade de Medicina de Minas Gerais. Documento: Enciclopédia dos Municípios Brasileiros 1958 (IBGE), p. 165. Data: 31 de Janeiro de 1958.

públicos na nova capital do estado, bem como a criação da primeira faculdade de medicina e das instituições de assistência à saúde nas terras mineiras formaram as condições necessárias para o surgimento da CMC. A partir da comparação entre suas respectivas origens, percebemos que cada um dos médicos vieram de famílias com características diferentes entre elas, sendo que a grande maioria dos fundadores da CMC em 1935 não provieram de famílias tradicionais do campo médico, a exceção é justamente o médico Jayme Werneck. Todos os médicos cujos dados familiares foram encontrados, bem como os dados profissionais dos pais, vieram para Belo Horizonte por consequência, direta ou indireta, da transferência da capital. O médico Biaggio Pollizi era filho de imigrantes italianos que vieram trabalhar na construção da cidade e que depois acabaram fazendo residência na cidade. Os médicos Hilton Rocha e Francisco de Souza Lima eram ambos filhos de funcionários públicos que vieram compor o aparato burocrático do estado de Minas Gerais. Muito embora não tenhamos conseguido mais documentos referentes aos demais médicos da CMC – limitando apenas ao nome de seus respectivos pais e a cidade de nascimento –, é possível afirmar que nenhum deles também proveio de família de médicos. Ou seja, dentre os 22 médicos que fundaram a CMC e que conseguimos mapear os dados biográficos, as origens de 21 deles não estão relacionadas ao nascimento em famílias compostas por médicos. Dentre os 22 médicos fundadores da CMC, vale mencionar que 21 nasceram no estado de Minas Gerais, a exceção é o dr. José Pinheiro Chagas Filho, que nasceu no Rio de Janeiro. E também, dentre os 24 médicos fundadores da CMC, conseguimos descobrir os dados referentes à instituição de ensino superior de 23 deles – exceção é o dr. Victor Lacombe. É comum a todos estes 23 médicos terem realizado seus estudos de graduação em medicina na mesma faculdade: a Faculdade de Medicina de Minas Gerais, em Belo Horizonte.

Embora na CMC tenha havido casos de médicos que provieram de famílias médicas, como o médico Jayme Werneck, a maioria dos médicos católicos foram produtos das mudanças protagonizadas pela criação de uma nova capital e de uma faculdade de medicina nas terras mineiras, que, como se viu no capítulo anterior, tinha um peculiar fluxo de agentes leigos militantes do campo católico. A criação da Faculdade de Medicina foi fruto das aspirações das elites políticas e econômicas de Belo Horizonte para fazerem com que seus membros não precisassem se deslocar ao Rio de Janeiro para cursar a graduação – haja visto que esse deslocamento era considerado perigoso pela possibilidade de contrair tuberculose, estatuto que Belo Horizonte tinha como o oposto,

pois era uma cidade vista como benéfica para se tratar da tuberculose. Porém, com a criação da faculdade de medicina em Belo Horizonte, outros setores da população mineira puderam adentrar no curso de medicina²⁹³. Relatando em um esboço autobiográfico, Hilton Rocha lembrava sobre sua infância em Belo Horizonte:

Aqui [em Belo Horizonte] aportei aos dez anos de idade, no ano de 1922. Com meus pais, a cuja dedicação e sacrifício, e principalmente a cujo exemplo me habituei, crescendo num ambiente modesto, probo, honesto e digno. Cheguei a Belo Horizonte em 1922. Cidade pequena, provinciana, mas com todas as condições de bem nascida. Cresci na cidade" (Esboço autobiográfico)²⁹⁴.

O relato revela a vida de uma pessoa que não vivia a opulência das elites de Belo Horizonte. Nesse sentido, o surgimento da CMC está inserido dentro das mudanças vivenciadas em Minas Gerais, com seus processos contraditórios e excludentes de modernização, a reação conservadora do catolicismo mineiro, a militância profissional médica e as transformações sociais no campo médico com a criação da Faculdade de Medicina em Belo Horizonte.

Como se pode acompanhar pela tabela 3.2, todos os médicos, ou aspirantes a médicos, que fundaram a CMC nasceram entre os anos de 1901 a 1916, compreendendo assim um recorte geracional entre estes médicos que é o fato de todos eles terem nascido nos anos do século XX.²⁹⁵ Entre eles, o médico Acácio Correa Dolabella era o mais velho no momento de fundação da CMC, pois, nascido no ano de 1902, tinha 33 anos quando participou da fundação da CMC em 1935. Já o médico mais novo do grupo era o dr. Biagio Arlindo Polizzi, que nasceu em 1916, e em 1935 tinha apenas 19 anos. Se dividirmos por década, percebemos que 13 dos 22 médicos nasceram na primeira década do século XX (1901-1910), compreendendo 59% do total. Os demais 9 médicos nasceram na década seguinte (1911-1920), compreendendo uma amostra de 41%. Ao levarmos em conta a idade dos médicos foi fundada a CMC, percebemos que a maior parte deles tem idade entre 25 e 30 anos, sendo esta média representada por 11 médicos, ou 50%, seguido

²⁹³ De acordo com Ana María Teresa Rodríguez (2005), ao estudar o Consórcio de Médicos Católicos argentinos, o grupo era composto por certa heterogeneidade social, sendo o Consórcio “produto de mudança que a universidade argentina havia introduzido, permitindo o acesso de outros setores de formação profissional” p. 55.

²⁹⁴ Disponível em: <http://www.cbo.com.br/novo/medico/pdf/jo/ed140/8.pdf>. Acessado em 18/09/2020.

²⁹⁵ Faço aqui a observação de não ter conseguido encontrar nenhuma informação referente aos médicos João Ignácio da Costa Santos e Victor Lacombe. Assim, os dados referidos serão sempre excluindo os médicos citados.

pelos mais novos, com idade entre 20 e 25 anos, que correspondem ao total de 9 médicos ou 40%. Apenas um único médico (5%), como vimos, tinha idade inferior a 20 anos, da mesma forma que apenas um único médico tinha idade superior aos 30 anos (5%). O que se percebe pela análise descritiva é que todos os médicos nasceram no mesmo quarto de século e tinham, em 1935, uma idade muito próxima.

Tabela 3.2 *Idade x Ano natal*

Nome do médico	Idade em 1935			
	1901-1905	1906-1910	1911-1915	1916-1920
Acácio Correa Dolabella	1902 – 33 anos			
Antônio Nunes de Carvalho			1913 – 22 anos	
Antônio Paulo Ximenes de Morais			1914 – 21 anos	
Biagio Arlindo Polizzi				1916 – 19 anos
Berardo Nunan		1908 – 27 anos		
Deodoro Barcellos Correa			1911 – 24 anos	
Delor Luis Ferreira	1905 – 30 anos			
Domingos Magalhães Lopes			1915 – 20 anos	
Francisco de Souza Lima		1909 – 26 anos		
Hilton Ribeiro Rocha			1911 – 24 anos	
Jayme Eiras Furquim Werneck		1908 – 27 anos		
João Ignácio da Costa Santa				
José Amaral Castro			1912 – 23 anos	
José Mariano			1912 – 23 anos	
José Pinheiro Chagas Filho		1909 – 26 anos		
José Ribeiro Filho		1906 – 29 anos		
Mário Vaz de Mello		1907 – 28 anos		

Paulo de Castro Miranda		1910 – 25 anos		
Pérsio Pereira Pinto	1905 – 30 anos			
Rodovalho Mendes Domenici		1908 – 27 anos		
Theophilo de Souza Lima			1913 – 22 anos	
Tupy Coutinho Soares		1907 - 28 anos		
Ubirajara França Dinis		1906 – 29 anos		
Victor Lacombe				

Dos 22 médicos cuja origem regional conseguimos mapear, 20 deles, ou aproximadamente 91% do total, nasceram em Minas Gerais, e apenas dois deles nasceram em algum outro estado da União – sendo eles os médicos José Amaral Castro e José Pinheiro Chagas Filho, que nasceram, respectivamente, em São Paulo, na cidade de Queluz, e no Distrito Federal, Rio de Janeiro. Dentre as 7 zonas regionais (Triângulo Mineiro, Oeste, Norte, Leste, Centro, Zona da Mata e Sul de Minas) que compõem o *mosaico mineiro*, como é proposto por Wirth (1982: p. 42-61), é possível localizar, a partir das mesorregiões utilizadas pelo autor, o local onde os médicos fundadores da CMC nasceram. Segundo os dados coletados durante a pesquisa e expostos pela tabela 3.3, a maior parte dos médicos que fundaram a CMC vieram da região central do estado, representado por um total de 10 médicos, ou, 50%²⁹⁶, sendo naturais das cidades de Belo Horizonte (5), Sete Lagoas (3), Lagoa Santa (1) e Ouro Preto (1). Da região sul do estado provieram um total de quatro médicos, que representam 20%, sendo naturais das cidades Campanha (1), Varginha (1), Cambuquira (1), e Itajubá (1). Seguidos, da Zona da Mata vieram três médicos, que representam 15%, sendo naturais das cidades de Rio Casca (1), São João do Matipó (1) e Cataguases (1). Do Triângulo Mineiro provieram também três médicos, 15%, naturais das cidades de Araguari (1), Patos de Minas (1) e Uberaba (1). Das demais regiões do estado não provieram nenhum dos médicos fundadores da CMC.

²⁹⁶ Dos 22 médicos cujos dados conseguimos levantar, em relação a 20 deles foi possível utilizar os critérios geográficos utilizados por Wirth. A exceção são os médicos José Pinheiro Chagas Filho que é natural do Distrito Federal, Rio de Janeiro, e o José Amaral Castro que é natural de Queluz, São Paulo.

Sendo ainda acrescido, como dissemos, que os médicos José Amaral Castro e José Pinheiro Chagas Filho nasceram em outros estados.

Tabela 3.3 – *Mesorregião e a cidade natal*

Nome do médico	Região/Cidade natal			
	Centro	Sul de Minas	Triângulo Mineiro	Zona da Mata
Acácio Correa Dolabella	Lagoa Santa			
Antônio Nunes de Carvalho			Araguari	
Antônio Paulo Ximenes de Moraes		Campanha		
Biagio Arlindo Polizzi	Belo Horizonte			
Berardo Nunan	Belo Horizonte			
Deodoro Barcellos Correa	Belo Horizonte			
Delor Luis Ferreira			Patos de Minas	
Domingos Magalhães Lopes	Ouro Preto			
Francisco de Souza Lima		Varginha		
Hilton Ribeiro Rocha		Cambuquira		
Jayme Eiras Furquim Werneck	Belo Horizonte			
José Mariano	Sete Lagoas			
José Ribeiro Filho				Rio Casca
Mário Vaz de Mello	Sete Lagoas			
Paulo de Castro Miranda			Uberaba	

Pérsio Pereira Pinto		Itajubá		
Rodovalho Mendes Domenici				São João do Matipó
Theophilo de Souza Lima				Cataguases
Tupy Coutinho Soares	Belo Horizonte			
Ubirajara França Dinis	Sete Lagoas			

De acordo com John D. Wirth, no período em que os futuros médicos fundadores da CMC nasceram, Minas Gerais passava por uma série de transformações políticas, econômicas, sociais e culturais. Do ponto de vista político, o Brasil vivia uma fase de inflexão caracterizada pela implantação de uma república federativa, que descentralizava o poder historicamente centralizado pelo Império no Rio de Janeiro, e dava às províncias uma importância política outrora renegada. A relação entre província e Estado foi marcada por uma “complexa interação das unidades estaduais e nacionais, o governo assumiu novas atribuições, não só em matéria de controle social mas também de bem-estar público, educação em todos os níveis (grandemente negligenciada antes de 1889) e *marketing* de comodidades, dentro e fora das fronteiras.” (WIRTH, 1982: 29), dentro das estruturas da *política dos governadores* (WIRTH, 1982: 29). Do ponto de vista econômico, as tradicionais elites vinculadas ao café constituíam o Estado e o governo, vivendo um crescente período de expansão até atingir seu apogeu e uma rápida crise, que levou o Brasil a ser governado por um outro grupo de representantes oligárquicos. A sociedade brasileira transformava-se também com a chegada de pelo menos 3 milhões de imigrantes entre os anos de 1897 a 1937, e nas cidades “as primeiras organizações trabalhistas foram o caldo de cultura para a atividade anarquista e comunista, que o aparelho governamental canalizaria e controlaria de cima abaixo depois de 1930.” (WIRTH, 1982: p. 29).

De acordo com o Wirth, Minas Gerais tinha uma posição, no mínimo, contraditória durante o Brasil republicano. Se comparado ao estado de São Paulo, Minas

Gerais era um estado com menor desenvolvimento econômico, mas se comparado aos estados do nordeste, Minas Gerais era um estado de maior desenvolvimento, porém, se analisado por outros indicadores que não o econômico, Minas Gerais mostrava uma realidade sombria:

em renda per capita, analfabetismo e saúde pública, os mineiros se aproximavam mais dos nordestinos do que de seus compatriotas do sul. Sendo dos primeiros no poder político, Minas dominou a federação na República Velha (1889-1930) juntamente com São Paulo e Rio Grande do Sul. Não se tratava de um estado marginal. Era antes um estado em transição, uma região central, que fazia fronteira e em parte pertencia ao dinâmico do sul, mas também se ligava às vastas e dependentes regiões do norte. (WIRTH, 1982: p. 39).

A economia mineira era predominantemente agrícola, atividade que, em 1920, empregava 4 entre cinco mineiros, (WIRTH, 1982: p. 46) e, em 1940, dos 6,7 milhões de habitantes que viviam em Minas Gerais, a maior parte deles vivia nas zonas rurais ou pequenas cidades, vilas e aldeias, muito embora a partir da criação de Belo Horizonte, mas sobretudo, a partir da segunda década do século XX, Minas Gerais já apresentava um crescente fluxo migratório da área rural para a área urbana (WIRTH, 1982: p. 40).

Segundo os dados demográficos demonstrados por Wirth, Minas Gerais era o “estado mais populoso da federação até a década de 1920, quando São Paulo o ultrapassou”. (WIRTH, 1982: p. 50). A partir da documentação consultada ao decorrer desta pesquisa²⁹⁷ e um entrecruzamento dos dados encontrados na pesquisa arquivística com os trazidos por Wirth, podemos construir a seguinte tabela que trata da população nacional, da população do estado de Minas Gerais e da população de Belo Horizonte:

²⁹⁷ Anuário Estatístico de Minas Gerais – Ano III de 1949, do Departamento Estadual de Estatística de Minas Gerais.

Tabela 3.4²⁹⁸ - *População de Minas Gerais, Belo Horizonte em comparação com a população brasileira*

Ano do Censo	População do estado de Minas Gerais	População de Belo Horizonte	População no Brasil	Índice de crescimento da população do estado de Minas Gerais entre os censos
1872	2.102.689	-	10,112	2.3%
1890	3.184.099	-	14,334	1.2
1900	3.594.471	13.472	17,319	2.5
1920	5.888.174	55.563	30,636	0.7
1940	6.803.410	211.377	41,236	0.7

Faz-se também possível a construção da Tabela 3.5 que demonstra a divisão da população mineira pelo sexo e pela idade

Tabela 3.5²⁹⁹ - *Censo da população mineira em relação a idade e sexo*

Discriminação	1900			1920			1940		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Totais	Homens	Mulheres	Totais
Total	1.838.238	1.756.233	3.594.471	2.981.806	2.906.368	5.888.174	3.363.958	3.372.458	6.736.416
Idade									
0 a 9 anos	610.125	578.537	1.188.662	953.980	921.114	1.875.094	1 058 234	1 023 761	2 081 995
10 a 19 anos	398.666	403.350	802.016	782.390	813.817	1.596.207	810.400	828.622	1.639.022
20 a 29 anos	313.715	313.992	627.707	417.709	419.646	837.355	563.243	600.669	1.163.912
30 a 39 anos	210.826	194.779	405.605	331.893	309.286	641.179	377.529	381.609	759.138
40 a 49 anos	144.445	128.691	273.136	241.598	208.956	450.554	273.422	254.888	528.310
50 a 59 anos	85.177	72.643	157.820	139.087	124.873	263.960	159.076	151.070	310.146

²⁹⁸ A construção desta tabela se dá a partir de um entrecruzamentos de dados apresentados pelo autor John Wirth (1982: p. 51) e os dados referidos ao Anuário Estatístico de Minas Gerais – Ano III de 1949, publicado em 1950 pelo Departamento Estadual de Estatística, disponível para pesquisa no Arquivo Público Mineiro.

²⁹⁹ Para mais, ver Anuário Estatístico de Minas Gerais – Ano III de 1949. Ano de publicação 1950, Departamento Estadual de Estatística. Arquivo Público Mineiro.

60 a 69 anos	37.704	31.872	69.576	74.644	68.103	142.747	82.319	82.976	165.295
70 a 79 anos	13.897	12.718	26.615	26.177	25.781	51.958	27.794	31.623	59.417
80 anos ou mais	6.057	6.239	12.296	10.090	11.941	22.031	10.405	15.170	25.575
Idade Ignorada	17.626	13.412	31.038	4.238	2.851	7089	1.536	2.070	3.606

Como se pode observar pela leitura das tabelas acima, Minas Gerais registrou um relativo crescimento demográfico e contava no estado com uma população majoritariamente com idade inferior aos 30 anos. Estes dados devem ser contrapostos aos expostos por Wirth, referentes à expectativa de vida em Minas Gerais, que, em 1950, registrava uma idade média de expectativa de vida inferior aos 40 anos, sendo que, em dados comparativos, Minas Gerais tinha uma expectativa média de vida inferior à expectativa média nacional, que era de 42,3 anos e só não era menor que a do Rio de Janeiro, com uma expectativa média de 39,5 anos³⁰⁰.

A baixa expectativa de vida em Minas Gerais estava relacionada ao “péssimo estado da saúde pública em Minas” (WIRTH, 1982: p. 55), tanto da população do interior do estado, descrito pelo médico Miguel Pereira como “um vasto hospital”, quanto da população que vivia nas cidades, como no caso de Belo Horizonte, que levava a pejorativa denominação de “Papudópolis, em homenagem aos caboclos bulbíferos que lá viviam quando começou a construção da nova capital.” (WIRTH, 1982: p. 55). De acordo com Wirth, “a doença e a morte ameaçavam todas as classes em Minas” (WIRTH, 1982: p. 55) e a situação somente começou a melhorar nas cidades quando, a partir de 1910, se iniciou processo de reforma sanitária protagonizado pelas zonas mais desenvolvidas do estado, a zona da Mata e o sul do estado, que levou à implementação de sistema de esgoto

³⁰⁰ O autor analisa a expectativa média de vida em Minas Gerais a partir da comparação com os estados do Rio Grande do Sul, São Paulo, Pernambuco, Bahia, Rio de Janeiro e do Brasil. Assim, de acordo com o autor, no Rio Grande do Sul a expectativa média de vida para homens era 51,2 anos enquanto para mulheres 59,4 e a média geral era de 55,2. Para o estado de São Paulo 46,1 anos para homens, 53,3 anos para as mulheres e 49,8 anos média geral. Em Pernambuco a expectativa era de 39 anos para homens, e de 47,8 anos para as mulheres, sendo a média geral era 43,3 anos. Na Bahia e no Rio de Janeiro, a expectativa era, respectivamente, 37,9 e 36,9 para homens, enquanto para as mulheres 44,9 e 42,3, sendo que a média geral na Bahia era 41,4 e no Rio de Janeiro era de 39,5. No estado de Minas Gerais, a expectativa média do homem era de 37,6 anos enquanto da mulher 42,3 anos, sendo a média da expectativa de vida no estado de 39,9, e, por fim, a média da expectativa de vida do homem no Brasil era de 39,3 anos e a da mulher de 45,5, sendo a média geral de 42,3 anos (WIRTH, 1982: p. 58).

e abastecimento de água. Assim, “por volta de 1923, 40 das 178 localidades municipais tinham sistema de esgoto e 149 tinham sistemas de abastecimento de água de qualquer tipo.” (WIRTH, 1982: p. 56). Porém, vale a ressalva de que, se as condições sanitárias melhoraram nas cidades, “o campo, ao contrário, ainda estava assolado pela doença e desnutrição. Desse modo, em 1950, a expectativa de vida do mineiro ficava entre as mais baixas do país”. (WIRTH, 1982: p. 57).

Minas Gerais tinha uma população que vivia essencialmente em zonas rurais. De acordo com o autor, ainda em 1920 “apenas 11% viviam em sedes de municípios e o restante na zona considerada rural” (WIRTH, 1982: p. 63), sendo que, se excluídas as cidades com menos de cinco mil habitantes, “a população [que vivia nos centros urbanos mineiros] cai para 5%”. O desenvolvimento do transporte ferroviário foi fundamental para que se desenvolvessem as cidades no estado e se promovesse o início de uma maior aproximação inter-regional entre as zonas do estado mineiro, promovendo uma maior dinâmica do mercado urbano. Contudo, ainda em 1940, apenas “25% da população viviam em cidades, mas 13% em centros urbanos com menos de 5.000 cidadãos” (WIRTH, 1982: p. 63). O autor salienta que um bom referencial para se medir o grau de desenvolvimento urbano do estado de Minas Gerais neste período dá-se através de uma análise a partir do número de governos municipais. Nessa perspectiva, temos que dos “91 [governos municipais] em 1888, passaram para 288, em 1938” (WIRTH: 1982: p. 63), e, que se a análise não se referenciar pelos padrões políticos, mas pelos padrões econômicos, como, por exemplo, o desenvolvimento comercial, industrial, fabril e/ou transportes, é possível perceber que as cidades em Minas Gerais “progrediram rapidamente após 1920. Assim, entre os três censos de 1920, 1940 e 1950, o número de cidades maiores cresceu de 5 para 22 para 36; e elas atraíram 2%, depois 8% e, finalmente, 13% da população estado” (WIRTH, 1982: p. 63).³⁰¹

Das sete zonas que dividem o estado mineiro, Wirth argumenta serem a zona da Mata, o Sul e o Triângulo Mineiro as regiões mais desenvolvidas economicamente do estado, caracterizadas pelo maior desenvolvimento urbano e comercial – sendo as cidades de Uberaba, no Triângulo Mineiro, Juiz de Fora na Zona da Mata e Itajubá no Sul de Minas – enquanto o norte e o leste do estado eram marcados pelo atraso, sendo as

³⁰¹ Vale mencionar aqui a observação feita pelo autor de que a partir de 1930, como no Brasil todo se verificou, houve uma tendência de migração para os centros urbanos, e assim “como em todo o resto do Brasil, as cidades atraíram os moradores do campo com seu movimento, seus cinemas e farmácias, suas escolas e centros de saúde pública e, acima de tudo, sua oferta de trabalho” (WIRTH, 1982: p. 63).

principais cidades, respectivamente, Montes Claros e Teófilo Ottoni, cidades com mais de 4.000 habitantes. E a zona central com aumento de crescimento após 1920, com o desenvolvimento capitaneado por Belo Horizonte (WIRTH, 1982: p. 61-65).

No início do século XX, quando os médicos que fundaram a CMC nasceram, a nova capital do estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, havia acabado de ser inaugurada. Nascidos sob o alvorecer desta nova capital, e, por consequência, dos novos símbolos e significados encarnados pela cidade planejada, moderna e republicana, a geração destes médicos foi amplamente sensibilizada pela criação da nova capital no estado mineiro. A mudança da capital, da antiga Ouro Preto para a recém-inaugurada e planejada cidade de Belo Horizonte, foi um enorme marco histórico e geracional para o estado, o que trouxe um grande impacto para a vida dos futuros médicos que, em 1935, fundariam a CMC, e para o processo de profissionalização da medicina em Minas Gerais.

A fundação de uma nova capital produziu uma reconfiguração das forças políticas e econômicas de Minas Gerais, o que, por consequência, alterou a dinâmica política, social e econômica do estado, reacendendo debates outrora realizados e que até então não se concretizaram: a fundação de uma faculdade de medicina em Minas Gerais, bem como, os meios institucionais para a prestação da assistência à saúde no estado. Ao se construir a nova capital sob a égide da modernidade, entendida naquele contexto como sinônimos do higienismo e sanitarismo, Belo Horizonte, com seus contraditórios marcos geográficos e urbanos, produziu importantes avanços para a realização de um incipiente processo de profissionalização da medicina nas terras mineiras, com a inserção dos médicos sanitaristas nos condomínios da administração pública da cidade, e a fundação de hospitais, como a Santa Casa de Misericórdia, que começou a funcionar em 1899, e de instituições vinculadas à pesquisa médica, como a Fundação Ezequiel Dias fundada em 1909, e a fundação da Faculdade de Medicina em 1911, bem como a ampliação das instituições dedicadas à assistência à saúde. Nesse sentido, quando os médicos da CMC nasceram e, posteriormente, mudaram-se para Belo Horizonte, a cidade buscava constituir seus aparatos institucionais dedicados à prestação da assistência à saúde e à profissionalização da medicina, e fazia este processo em forte associação com a ação dos vicentinos.

Em 1889, o advento da proclamação da República no Brasil trouxera para o estado mineiro um reacendimento de um debate outrora realizado: a mudança da capital do

estado.³⁰² De acordo com Cláudia Viscardi (2007)³⁰³, a pressão para a transferência da capital de Minas Gerais de Ouro Preto para uma nova localidade iniciou-se através do jornal de Juiz de Fora, *O Pharol*. Circulava, em torno deste jornal, os grupos políticos *mudancistas* que defendiam a transferência da capital do estado, mais especificamente para Juiz de Fora, por se tratar da zona mais desenvolvida do estado e pela sua proximidade ao Rio de Janeiro, principal local de escoamento da produção do café da Zona da Mata e do Sul de Minas. Contrários a este grupo *mudancista*, estavam os grupos que gravitavam em torno do jornal ouro-pretano, *Jornal de Minas*. A disputa entre *mudancistas* e *anti-mudancistas* acabou se intensificando com a ameaça de “luta armada” e da separação de Juiz de Fora do estado mineiro (VISCARDI, 2007: p.31). Assim, a autora argumenta que

Como se pode perceber, o debate na imprensa opunha dois grupos de valores estereotipados. De um lado, Juiz de Fora, uma cidade que se via moderna, industrializada e economicamente avançada. Mas era vista pelos seus oponentes como rebelde e viciada. De outro, Ouro Preto, que se percebia como um lídimo representante do Estado de Minas, por ser uma cidade culta e tradicional. Mas o grupo oponente a via como suja, mal-cheirosa e empobrecida. O grupo ouro-pretano inventava-se na tradição. O juiz-forano, na modernidade (VISCARDI, 2007: p. 31).

A transferência de uma nova capital para o estado de Minas Gerais foi acertada durante o Congresso de convocação de uma constituinte, e a Constituição do estado legislava acerca da mudança da capital em dois artigos: “o primeiro decretava a mudança; o segundo estipulava a realização de novos estudos que seriam apresentados ao Congresso ordinário, a quem caberia a escolha da nova sede do governo, o que ocorreria somente dois anos mais tarde, durante o governo de Affonso Pena” (SILVEIRA, 2007: p. 100).

A missão de realizar a transferência da capital ficou ao encargo de uma comissão chefiada pelo engenheiro Aarão Reis³⁰⁴ que teria como objetivo realizar uma análise

³⁰² Argumenta Anny Torres que a mudança da capital do estado já era uma questão discutida desde o passado colonial de Minas Gerais. De acordo com a autora, “já por volta de 1720 o Conde de Assumar indicaria a conveniência da transferência da residência dos governadores [...]. A conjuração mineira de 1789 apresentaria nova proposta de transferência da sede do governo, indicando a vila de São João del Rei” (SILVEIRA, 2007: p. 96). Sobre os debates realizados em defesa da transferência da capital de Minas Gerais durante o período imperial brasileiro, ver Silveira p. 96 e 97, em especial a nota nº 30.

³⁰³ VISCARDI, Cláudia. M. R.. *A Capital Controversa*. Revista do Arquivo Público Mineiro, v. XLIII, p. 28-41, 2007.

³⁰⁴ De acordo com Cláudia Viscardi, a escolha de Aarão como chefe da comissão que realizaria os estudos para realização da transferência da capital, visava ao objetivo de “dar à discussão um caráter técnico e menos político. Reis era formado pela Escola Politécnica do Rio de Janeiro, a mesma de Pereira Passos.” (VISCARDI, 2007: p. 36). Compunham a comissão “cinco engenheiros, encarregados de executar os

técnica da escolha de um “local higienizado, ordenado e moderno, segundo padrões franceses, especialmente os de Paris” (VISCARDI, 2007: p. 37). Neste contexto, concorreram à capital do estado, além de Juiz de Fora, outras 4 localidades: Barbacena, Belo Horizonte, Paraúna e Várzea do Marçal. (SILVEIRA, 2007: p. 100). O relatório apresentado pela Comissão, em 1893, deixava a escolha entre duas cidades: a primeira – e que tinha maior apoio de Aarão Reis – Várzea do Marçal, e a segunda, Belo Horizonte. (SILVEIRA, 2007: p. 100). Com a apresentação do relatório, acirraram-se as discussões entre grupos *mudancistas* e *anti-mudancistas*, e as atividades sobre a transferência da Capital de Minas Gerais tiveram de ser concluídas em Barbacena. Aberta a votação, venceu, por dois votos de diferença, Belo Horizonte, superando, assim, Várzea do Marçal. (SILVEIRA, 2007: p. 100).

A despeito das diferenças interpretativas que existem acerca da transferência da capital de Minas Gerais, e sem negar as importantes contribuições já realizadas entre os trabalhos que procuraram compreender a construção de Belo Horizonte como resultado de uma conciliação de interesses das elites ou como forma de garantir a formação de uma coesão entre as elites do estado³⁰⁵, vale ressaltar o trabalho realizado por Anny Jackeline Torres que propõe uma interpretação que perpassa as questões sanitárias e higiênicas como explicação para compreender a transferência da capital. Segundo a autora, “as representações construídas sobre o espaço urbano a partir da segunda metade do século XIX”, e, sobretudo, com a República no Brasil, os valores de “progresso e civilização foram dois emblemas desse ideário sobre a cidade e, [...], sanear e reformar o tecido urbano tornaram-se fórmulas amplamente difundidas para alcança-los.” (SILVEIRA, 2007: p. 102). Assim, o projeto de modernização econômica e política vivenciado pelo Brasil no final do século XIX teve, segundo a autora, o espaço das cidades como um de seus cenários:

É a partir desta perspectiva que entendemos a importância assumida por aspectos como topografia, águas, clima e salubridade no processo que definiu a transferência da capital. [...], o problema da salubridade foi um dos fatores usados na desqualificação de Ouro Preto como capital. Por outro lado, as instruções que orientaram os estudos de localidade para a edificação da nova sede do governo estabeleciam a higiene como um dos requisitos básicos de julgamento. A salubridade seria ainda um

estudos específicos de cada localidade – José Carvalho de Almeida, Samuel Gomes Pereira, Manuel da Silva Couto, Eugênio de Barros Raja Gabaglia e Luiz Martinho de Moraes – e um médico higienista – José Ricardo Pires de Almeida (SILVEIRA, 2007: p. 100).

³⁰⁵ VISCARDI, *op. cit.* pág.:32-37.

dos aspectos mais privilegiados pelos congressistas nos debates sobre os relatórios encomendados pelo governo. (SILVEIRA, 2007: p. 102).

Belo Horizonte foi escolhida como nova sede para a capital de Minas Gerais, sob os dogmas do sanitarismo e do higienismo.³⁰⁶ As obras de construção da nova capital iniciaram-se em 1894 e depois de três anos, em 1897, a cidade era inaugurada. A cidade nascia sob dois significados: o da cidade republicana³⁰⁷ e o da cidade moderna. A cidade republicana que Belo Horizonte representava foi fruto das disputas simbólicas e concretas do contexto macro político brasileiro que, com a proclamação da República no Brasil, promoveu um alinhamento com os ideais simbólicos de progresso e ordem trazidos pela república positivista que transpareceram nos projetos de construção da cidade representados em racionalização do planejamento urbano e numa “arquitetura eclética (muito influenciada pelo neoclassicismo, indicativa da exaltação dos clássicos) e de uma simbologia instituída nos espaços da cidade, Belo Horizonte destacou a liberdade como ideal e definiu uma organização de poderes que encenavam uma participação.” (CALVO, 2013: p. 78). E a cidade moderna “relaciona-se, com a influência europeia do século XIX, marcadamente pela reurbanização das grandes cidades e das inovações técnicas e transformações nas rotinas, nas relações de trabalho e no progresso material do período” (CALVO, 2013: p. 72) que, sob a égide do higienismo, havia sido escolhida e planejada.

³⁰⁶ Os ideias do higienismo e do sanitarismo perpassaram todo o processo. As críticas apresentadas à manutenção de Ouro Preto como capital do estado eram endossadas por aqueles favoráveis à mudança, que argumentavam que Ouro Preto, além de uma cidade economicamente atrasada, era uma cidade com problemas de higiene, com focos de moléstias pulmonares, e com uma umidade que causava problemas no solo e nas construções. (SILVEIRA, 2007: p. 103-104). E ainda, de acordo com Silveira, “nas instruções recebidas pela comissão chefiada por Aarão Reis, higiene era objeto principal de três dos nove itens de que era composta. Topografia, clima, umidade, pressão, regime dos ventos, composição e permeabilidade do solo – fatores analisados pelas topografias médicas dos séculos XVIII-XIX – e nosologia, qualidade dos mananciais, drenagem, sistema de esgotos, coleta e depósito de lixo figuravam entre os elementos que deveriam balizar a classificação das localidades indicadas para a nova capital.” (SILVEIRA, 2007: p. 104). As questões higiênicas são também contrárias à escolha de Barbacena, que, segundo Aarão Reis “apesar do bom clima, a topografia não permitia o estabelecimento, em boas condições técnicas e higiênicas, de uma cidade superior a 50.000 habitantes” e quanto à Paraúna e Juiz de Fora a insalubridade e “a presença de moléstias palustres” foram às condições contrárias, entre outras, a escolha destas localidades. Sobre Belo Horizonte, apesar de ser identificado a presença endêmica de bócio, não foi visto como uma ameaça ao desenvolvimento da cidade e “Aarão Reis não levantava qualquer objeção de natureza higiênica” (SILVEIRA, 2007: p. 106-107).

³⁰⁷ De acordo com Julia Calvo, “Belo Horizonte carrega como marca de nascimento o contexto republicano. É justamente a implantação da República que promove a consolidação dos esforços para desenrolar a questão da mudança da capital. [...] Nesse quadro o planejamento da nova capital é definido como uma capital que se apresenta não só como uma necessidade latente para a administração estadual, mas principalmente como o lugar do novo e da república na paisagem nacional e assim, a imagem de cidade republicana se assenta como uma tentativa da materialidade da Constituição Brasileira de 1891.” (CALVO, 2013: 72).

Nascida do anseio político republicano³⁰⁸ e das modernas técnicas dos seus engenheiros, “Belo Horizonte, a de Cidade Moderna, se traduz em tudo aquilo que a cidade vai proporcionar de ordem e perfeição aos seus habitantes: desde os confortos advindos dos progressos técnicos, que tornariam o viver na cidade mais fácil do que o viver no campo, até a tentativa de imitação dos modelos e estilos do mundo europeu.” (CALVO, 2013: p. 81). Para levantar a cidade foi organizada uma Comissão Construtora que ficou com a responsabilidade de criar uma infraestrutura adequada à construção, a criação de ferrovias para o transporte de pessoas e de mercadorias, além de promover um controle dos trabalhadores imigrantes que chegavam a todo momento para realizarem a construção da cidade.

Chegado o ano de inauguração, em 1897, Belo Horizonte era uma cidade diferente da imaginada pelos engenheiros da comissão construtora. A cidade era um canteiro de obras inacabadas e o tão sonhado ordenamento urbano restringindo a cidade aos limites da Avenida do Contorno não aconteceu. Embora criada sob os signos da modernidade, Belo Horizonte era uma cidade que vivia uma ambiguidade temporal entre o futuro e o passado. A modernidade anunciada pelo higienismo não se realizou. A expectativa de uma cidade que não convivesse com doenças, com a pobreza e com a miséria, como era imaginada pela elite mineira às vésperas da inauguração de Belo Horizonte, não se traduzia em realidade.

De acordo com Rita de Cássia Marques, "certos dessa vantagem, embora constasse de uma área selecionada para tal, os engenheiros positivistas que planejaram Belo Horizonte não viam a construção de um hospital como prioridade. Contudo, sua falta acarretou problemas desde os tempos da construção da cidade"³⁰⁹ Para os diversos trabalhadores envolvidos na construção civil de Belo Horizonte, a nova capital trazia em sua planilha e em seus contornos os traços da exclusão e da marginalização, uma vez que, de acordo com as planilhas dos engenheiros mineiros, a cidade ficaria circunscrita à sua principal avenida chamada Avenida do Contorno, e não levava em conta os próprios

³⁰⁸ De acordo com Júlia Calvo “pode-se compreender Belo Horizonte como uma cidade representativa da República brasileira que carregou, no seu planejamento, os desejos de uma elite ansiosa por uma ordem que rompesse com o passado monárquico visto com opressão em favor da valorização da liberdade dos inconformes. Vai concretizar simbolicamente esses desejos por meio das linhas e traçados da cidade, nas avenidas, largas, nas construções ousadas, nas estruturas jurídico-administrativas, na preocupação sanitária e nos modelos de gestão administrativa” (CALVO, 2013: p. 81)

³⁰⁹ MARQUES, Rita de Cássia. A Caridade criando hospitais em Minas Gerais (Brasil) - séculos XVIII e XIX. *Dynamis* 2011; 31(1): 107-129.

trabalhadores. Não obstante, percebemos que, se em tese a cidade de Belo Horizonte aspirou ser escolhida e planejada para representar a modernidade e um ambiente considerado salubre, higienicamente construída e imune às mazelas sociais e nosológicas, tais aspirações ocorreram no ponto de vista da construção urbana sitiada e limitada às poucas avenidas da área urbana da cidade e não na formação de sua população, e, em especial, os pobres e trabalhadores da cidade, que conviveriam com as doenças, a exclusão e as desigualdades. Nesse contexto, Belo Horizonte conviveria desde seu nascimento com os signos da exclusão da população proletária. Constituíam-se, assim, duas Belo-Horizontes: a cidade imaginada e a cidade concreta.

De acordo com Júlia Calvo, Belo Horizonte, na expectativa de se tornar uma metrópole, “colocou-se como um espaço excludente” e procurou ordenar

as classes sociais e os grupos conforme sua importância valorativa na cidade e criou modelos de vida pautados em intervenções que iam além das soluções estritamente arquitetônicas de definição do espaço como a gestão mais complexa e interdisciplinar, mobilizando saberes externos de caráter jurídico, médico-sanitário, estatísticos que respondiam às problemáticas urbanas causadas pelo adensamento populacional e já experimentadas pelas cidades industriais (miséria, carência de saneamento, doenças e revoltas sociais). (CALVO, 2013: p. 88).

A despeito das contradições envolvidas na criação da cidade, Belo Horizonte teve uma grande importância na fomentação do desenvolvimento econômico e no incentivo de promover um crescente fluxo migratório para a região central do estado. Já em 1900, três anos após a inauguração da cidade, a região havia sido ocupada e sua população deixava de ser as pouco mais de 300 famílias que viviam na antiga Curral del-Rei³¹⁰, para o exorbitante número de 13.472 habitantes. Passadas duas décadas de sua inauguração, o censo de 1920 registrava 55.563 habitantes, um crescimento populacional superior a 300% (Ver tabela 3.3). Assim,

A cidade foi ocupada por gente de toda parte. Braços trabalhadores que ainda tornavam-se necessários para o grande canteiro de obras e a manutenção dos serviços que a cidade apresentava; funcionários e burocratas para gerir o novo e ordenar a grande cidade; profissionais liberais da saúde, da construção, do comércio e de todo lugar para caracterizar o moderno e dar funcionalidade; gente para encher as ruas longas e largas, para ocupar os bancos da universidade, as mesas do bar, as cadeiras do bonde, do cinema, do teatro. Vir para a capital mineira significava, nas primeiras décadas do século XX, a possibilidade de

³¹⁰ OLAVO, Romano. *Muito além da cidade planejada*. Belo Horizonte: Magnum, 1997.

começar a vida numa cidade nova, portanto cheia de oportunidades e também de evidentes carências da cidade imberbe que se estabelece. (CALVO, 2013: p.89).

A partir da leitura da Tabela 3.6, percebemos que, entre as sete zonas regionais utilizadas por Writh (1982), existe uma desigualdade quanto à distribuição populacional. A zona central do estado mineiro é a de maior porcentagem populacional em todos os anos em que se realizou o censo. Seguido à zona central, destaca-se o sul do estado e a zona da Mata, que têm características numéricas muito semelhantes, sendo que as três zonas somadas perfaziam 29,4% da área de Minas Gerais, enquanto a região norte representava 36,6% da área territorial do estado mineiro, e o norte, juntamente com o leste e triângulo mineiro registravam as menores porcentagens populacionais.

Tabela 3.6 - *Porcentagem da população nas principais regiões de Minas Gerais (1872-1940)*³¹¹

Zona	1872	1890	1900	1920	1940
Norte	17%	16%	16%	15%	13%
Leste		4	4	11	15
Centro	26	25	25	16	18
Triângulo	7	6	6	6	7
Oeste	12	12	11	12	12
Sul	19	19	20	21	18
Mata	17	17	18	18	17

Procurando estudar o processo de modernização dos meios de transporte de Minas Gerais, Godoy (2017) tece importantes considerações a respeito das diferenças existentes entre cada zona territorial do estado. Muito embora não seja nosso objetivo estudar o processo de modernização da estrutura viária do estado mineiro, vale acompanhar o trabalho do autor, que procura relacionar a modernização dos transportes com dados referidos ao adensamento populacional em determinadas *zonas fisiográficas (ZF)* com o desenvolvimento econômico dessas localidades. Assim, de acordo com o autor, em primeiro lugar vale ressaltar que a modernização das estruturas viárias (sobretudo, na

³¹¹ Os dados dessa tabela foram transcrito de WRITH: 1982, p. 61.

primeira fase chamada de *era ferroviária*) e dos meios de transportes em Minas Gerais, não acabaram com a utilização dos transportes tradicionais (muars, equinos, carros de tração animal) e tampouco promoveu uma efetiva integração do território mineiro que, somente aconteceu com a expansão da malha rodoviária a partir da década de 1940. Pois, de acordo com o autor, o desenvolvimento dos “trilhos [para a expansão ferroviária] se concentraram nas regiões Centro-sul de Minas Gerais” (GODOY, 2017: p. 289/290), seguindo uma lógica historicamente percebida no estado mineiro, na qual “as representações cartográficas evidenciam que em Minas Gerais certo determinismo histórico-geográfico presidia a distribuição espacial dos meios tradicionais (muars, equinos e carros de tração animal) e certo determinismo econômico presidia a distribuição dos meios modernos (veículos automotores de passageiro e de carga).” (GODOY, 2017: p. 291).

Assim, caracteriza o autor que, em Minas Gerais vigorou um processo de modernização das estruturas viárias seguindo uma lógica de acompanhar as ZF com maior densidade populacional e com maior dinamismo econômico (GODOY, 2017: 285). Dessa forma, a modernização da estrutura viária mineira e dos meios de transporte seguiram os limites e as contradições (GODOY, 2017: p. 297/298) das assimetrias internas do estado de Minas Gerais.

A partir do exposto até agora e seguido o apresentado por Wirth (1982) e Godoy (2017), é possível perceber a existência de uma correlação entre as regiões com maior adensamento populacional e maior nível de desenvolvimento econômico. De acordo com os autores, o processo histórico de formação do estado mineiro produziu um estado caracterizado pela desigualdade da distribuição populacional, das formas de organização econômica e um estado caracterizado pela distância e o isolamento das regiões intraestaduais³¹².

Como se pode ver na Tabela 3.7³¹³, Minas Gerais se caracterizou pela desigualdade econômica entre as regiões internas do estado. Sendo o Sul, o Centro e a

³¹² Ver WRITH (1982), sobretudo, entre p. 39-152.

³¹³ A tabela é uma transcrição de GODOY (2017) pág. 285. Vale mencionar que o autor utiliza uma metodologia diferente de Wirth para analisar o processo de ocupação, de desenvolvimento econômico e modernização dos transportes das regiões geográficas do estado de Minas Gerais. Para Wirth, Minas Gerais era durante a Primeira República uma região caracterizada distanciamento das elites mineiras, que, por sua vez, se aproximavam mais das elites de fora do estado de Minas Gerais, e assim, cada elite e cada regionalismo compunham o estado de Minas Gerais que não era coeso. Assim, de acordo com o autor, Minas Gerais era um *mosaico territorial* composto de sete zonas regionais de características econômicas,

Zona da Mata as regiões onde houve um maior desenvolvimento econômico e um maior dinamismo econômico. Nas regiões do Triângulo Mineiro houve um menor desenvolvimento econômico se comparado às regiões do centro-sul, e nas regiões do norte e leste do estado foi onde se observou um menor desenvolvimento econômico.

Tabela 3.7 - *Distribuição das zonas fisiográficas de Minas Gerais segundo o nível de desenvolvimento econômico*

Nível de Desenvolvimento	Zona Fisiográficas
Baixo	Urucuaia, Alto São Francisco, Alto Médio São Francisco, Montes Claros, Itacambira, Alto Jequitinhonha, Médio Jequitinhonha, Baixo Médio Jequitinhonha e Mucuri
Médio	Triângulo Mineiro, Paranaíba-Grande, Oeste e Rio Doce
Alto	Sul de Minas, Campos da Mantiqueira Mineira, Metalúrgica e Zona da Mata

Vinculando os dados referentes ao desenvolvimento econômico das regiões de Minas Gerais com adensamento populacional e os dados referentes às origens regionais (Tabela 3.2) dos Médicos Católicos, percebemos que todos os médicos que fundaram a CMC nasceram nas principais (ou medianas) zonas econômicas e populosas do estado de Minas Gerais. Como visto nas páginas anteriores, dos 22 médicos que fundaram a CMC, 10 nasceram na Zona Central do estado, 4 na Zona Sul, 3 na Zona da Mata e outros 3 no Triângulo Mineiro – as exceções, como dissemos, tratam-se dos drs. José Amaral Castro e José Pinheiro Chagas Filho que nasceram, respectivamente, na cidade de Queluz, São Paulo e no Distrito Federal, Rio de Janeiro. Nenhum dos médicos fundadores da CMC nasceu nas Zona Norte, Leste ou Oeste do estado, regiões menos populosas e menos desenvolvidas. Se somados os médicos que nasceram na Zona Sul, Centro e Zona da Mata, temos um total de 17 médicos, ou, aproximadamente, 78%, sendo que somente 3,

demográficas, políticas, sociais e culturais diferentes. Estas sete zonas eram divididas entre Norte, Leste, Centro, Triângulo, Oeste, Sul, Mata (WIRTH, 1982: p. 39-45). Godoy utiliza uma outra metodologia, optando por adotar em seu trabalho as 17 *Zonas Fisiográficas (ZF)* seguindo, assim, a divisão do estado de Minas Gerais utilizada pelo IBGE em 1941 (GODOY, 2017: p. 282), sem, contudo, negar as diferenças socioeconômicas de cada região que resultou em um processo desigual de distribuição populacional, econômico e de modernização dos meios de mobilidade no estado. Desta forma, a Tabela 1.4 utiliza uma metodologia diferente de Wirth, dividindo o estado em 17 *Zonas Fisiográficas (ZF)*. Muito embora haja relevantes diferenças metodológicas entre os autores, entendemos que as diferenças entre eles não prejudicam a construção do nosso argumento e deste trabalho e ajudam a ilustrar nosso argumento.

ou, aproximadamente, 14%, vieram do Triângulo Mineiro. Assim, percebe-se que estes médicos eram descendentes de famílias que viviam nas áreas mais desenvolvidas do estado, tanto economicamente quanto demograficamente, e que, por sua vez, estiveram mais acessíveis às modernizações, tenha sido nos meios de transportes ou urbanas, realizadas a partir do final do século XIX e início do século XX. Vale ressaltar entretanto que, embora não tenham sido encontrados dados qualitativos sobre a vida familiar de todos esses médicos, quais sejam, as profissões dos pais, os inventários ou renda familiar, ou seja, dados que pudessem nos levar a um amplo detalhamento das origens e das classes sociais destes médicos, é possível levantar como hipótese que, pela documentação encontrada sobre origem de algumas famílias destes médicos, estamos diante de um grupo caracterizado por certa heterogeneidade social, e que, ao que tudo indica, vieram de estratos sociais diferentes, havendo entre eles uma relativa diferença socio-familiar.

4.3 A Faculdade de Medicina e a criação da Universidade de Minas Gerais

Dos 24 médicos que criaram a CMC, 22³¹⁴ realizaram a totalidade de sua graduação na Faculdade de Medicina que, em 1927, se juntou às faculdades de Direito, Odontologia e Engenharia para fundar a Universidade de Minas Gerais (UMG). O médico Pêrsio Pereira Pinto teve uma trajetória diferente dos demais colegas fundadores da CMC. Ao que tudo indica, o médico iniciou a faculdade de medicina em 1925, com 20 anos de idade, no Rio de Janeiro, onde ficou até 30 de março de 1927, quando solicitou a transferência para a Universidade de Minas Gerais, em Belo Horizonte. Porém, no dia 20 de março de 1930, solicitou novamente transferência para o Rio de Janeiro, onde se graduou³¹⁵. Todos os demais médicos fundadores da CMC iniciaram e terminaram seus estudos na UMG.

Sendo assim, dentre os 24 médicos fundadores da CMC, foi possível obter informação acerca do ano em que frequentaram a UMG em 22 casos – exceções são Victor Lacombe e Pêrsio Pereira Pinto. Segundo demonstra a tabela 3.8, os 22 médicos

³¹⁴ Como já dissemos, não foi encontrado nenhum documento sobre o médico Victor Lacombe que pudesse mostrar onde o médico fez sua graduação médica.

³¹⁵ Arquivo do Centro de Memória da Faculdade de Medicina (CEMOMOR) da Universidade Federal de Minas Gerais. Caixa *Alunos Excluídos da Medicina*. Documento: *Guia de Transferência*.

dos quais obtemos informações, cursaram suas graduações entre os anos de 1927 – ano de formação da UMG – e 1938, ou seja, pouco mais de uma década foi o tempo em que todos os membros fundadores da CMC realizaram suas respectivas graduações. Quando em 1935 fundou-se a CMC, os médicos veteranos tinham concluído o curso de medicina há apenas três anos – são eles os médicos Delor Luis Ferreira, Francisco de Souza Lima, José Mariano, Mário Vaz de Mello e Ubirajara França Dinis. Estes cinco médicos frequentaram a 16º turma de medicina da UMG, entre os anos de 1927 a 1932, representando 23% dos médicos fundadores da CMC. Seguido a estes médicos, estão os da 17º turma da UMG, sendo eles Berardo Nunan, Hilton Ribeiro Rocha, Jayme Eiras Furquim Werneck, João Ignácio da Costa Santos e José Pinheiro Chagas Filho, que frequentaram a UMG entre os anos de 1928 e 1933, representando, em 1935, 23% dos médicos fundadores da CMC. Da 18º turma da UMG, entre os anos de 1929 e 1934, vieram seis outros médicos, sendo eles Acácio Correa Dolabella, José Amaral Castro, José Ribeiro Filho, Paulo de Castro Miranda, Rodovalho Mendes Domenici e Tupy Coutinho Soares, representando, em 1935, 27% dos médicos que fundaram a CMC. Da 20º turma da UMG, vieram apenas dois médicos, Antônio Nunes de Carvalho e Deodoro Barcellos Correa, que realizaram seus estudos médicos entre 1931 a 1936 e representavam apenas 9% entre os médicos fundadores da CMC. Os demais quatro médicos vieram da 22º turma da UMG, iniciaram seus estudos em 1933 e o concluíram em 1938, sendo os médicos Antônio Paulo Ximenes de Moraes, Biagio Arlindo Polizzi, Domingos Magalhães Lopes e Theophilo de Souza Lima, todos estes últimos graduandos quando a CMC foi fundada, representando um total de 18%. Assim, percebe-se uma característica em comum aos médicos fundadores da CMC: eram jovens e com pouco tempo atuando como profissionais médicos.

3.8 – *Tabela sobre o ingresso na Faculdade de Medicina e o ano de conclusão e a turma pertencente*

Ingresso/Conclusão				
1927 – 1932 (16º Turma)	1928 – 1933 (17º Turma)	1929 – 1934 (18º Turma)	1931 – 1936 (20º Turma)	1933 – 1938 (22º Turma)
		Acácio Correa Dolabella		

			Antônio Nunes de Carvalho	
				Antônio Paulo Ximenes de Morais
				Biagio Arlindo Polizzi
	Berardo Nunan			
			Deodoro Barcellos Correa	
Delor Luis Ferreira				
				Domingos Magalhães Lopes
Francisco de Souza Lima				
	Hilton Rocha Ribeiro			
	Jayme Eiras Furquim Werneck			
	João Ignácio da Costa Santos			
		José Amaral Castro		
José Mariano				
	José Pinheiro Chagas Filho			
		José Ribeiro Filho		
Mário Vaz de Mello				
		Paulo de Castro Miranda		
		Rodovalho Mendes Domenici		

				Thephilo de Souza Lima
		Tupy Coutinho		
Ubirajara França Dinis				

A ideia de criar uma faculdade de medicina em Minas Gerais remontava a outras épocas. Como se viu no capítulo anterior, os debates sobre a criação derivava da época do Brasil Imperial, porém foi com a proclamação da república e a transferência da capital que este debate foi reaquecido. Os interesses que levaram à criação da Faculdade de Medicina em Minas Gerais estavam em consonância com às aspirações dos grupos políticos capitaneados pelo presidente de Minas Gerais, Silviano Brandão, que entendiam a criação de uma faculdade de medicina em Minas Gerais como um sinônimo de progresso para a região mineira.

A fundação da Faculdade de Medicina ocorreu no início da segunda década do século XX, especificamente em 1911, fruto da iniciativa do professor da Faculdade de Odontologia, Aurélio Pires, que soube se articular com Silviano Brandão e Afonso Pena³¹⁶. Em 1910, uma comissão composta pelos médicos Cornélio Vaz de Melo, Hugo Werneck e Zoroastro Alvarenga acenou de forma positiva para a criação da Faculdade na cidade. Os primeiros estatutos da Faculdade foram assinados em 3 de maio de 1911, trazendo a assinatura dos seguintes fundadores: “Cícero Ferreira, Cornélio Vaz de Melo, Olinto Meireles, Zoroastro Alvarenga, Hugo Werneck, Antônio Aleixo, Eduardo Borges da Costa, Samuel Libânio, Alfredo Balena e Otávio Machado, relator” (CAMPOS, 1961: p. 50). A pedra fundamental do prédio que abrigaria a Faculdade foi inaugurada no dia 30 de julho de 1911, contando com a presença das lideranças políticas mineiras, como, por exemplo, Delfim Moreira, representando o presidente do Estado, Júlio Bueno Brandão, e o famoso médico da capital do Brasil, dr. Miguel Couto (DIAS, 1997: p. 62). Em 3 de maio foi eleita a primeira diretoria, que viera a “ser empossada a 25 de junho de 1911: Diretor, Cícero Ribeiro Rodrigues Ferreira; vice-diretor, Cornélio Vaz de Melo;

³¹⁶ De acordo com Campos (1961), os grupos políticos mineiros propuseram já em 1893 a criação da Faculdade de Medicina em Minas Gerais. Neste ano, por exemplo, Afonso Pena, presidente do estado, deu à Silviano Brandão, secretário do Interior, a autorização em transformar a Faculdade de Farmácia de Ouro Preto em Faculdade de Medicina (CAMPOS, 1961: p. 19).

secretário-tesoureiro, João Batista Freitas” (CAMPOS, 1961: p. 50). A estrutura curricular e o corpo docente foram compostos pelos professores fundadores:

Alfredo Balena, 1ª Cadeira de Clínica Médica;
 Cornélio Vaz de Melo, Anatomia Médico-Cirúrgica, Operações e Aparelhos;
 Cícero Ribeiro Ferreira, Medicina Legal;
 Eduardo Borges da Costa, Clínica Cirúrgica;
 Hugo Furquim Werneck, Clínica Ginecológica e Obstétrica;
 Zoroastro Rodrigues Alvarenga, Higiene;
 Otávio Machado, Clínica Pediátrica Médica e Cirúrgica, Ortopedia e Higiene Infantil;
 Samuel Libânio, 2ª Cadeira de Clínica Médica;
 Antônio Aleixo, Clínica Dermatológica e Sifilográfica;
 Ezequiel Caetano Dias, Microbiologia;
 Honorato Alves, Clínica Oftalmológica e Oto-Rino-Laringologia;
 Olinto Deodato dos Reis Meireles, Farmacologia. (CAMPOS, 1961: p. 51).

Ressalta-se que o corpo docente, ao longo da primeira década, foi se transformando e novas disciplinas médicas foram acrescentadas à estrutura curricular. Data do início de 1918, especificamente em 20 de fevereiro de 1918, a equiparação do curso de Medicina às demais congêneres federais “ficando reconhecidos pelo governo federal os diplomas pelas mesma conferidos, a partir de 21 de março, com a portaria então publicada.” (CAMPOS, 1961: 82). O corpo docente e a estrutura curricular haviam se transformado bastante ao decorrer dos primeiros anos da Faculdade. Em 1918, o quadro de professores da instituição era composto por

3.9 – Tabela quadro de professores e suas respectivas cadeiras³¹⁷

Nome do Professor	Cadeira
Dr. Alfredo L. Pimenta Bueno (Catedrático)	Física Médica;
Dr. Francisco de Paula Magalhães Gomes (Catedrático)	Química Médica
Dr. Henrique Marques Lisboa (Catedrático)	História Natural;
Dr. David Corrêa Rabelo (Catedrático)	Anatomia Descritiva
Dr. Otaviano R. de Almeida (Catedrático)	Anatomia Descritiva e Médico-Cirúrgica;
Dr. Otávio Coelho Magalhães (Catedrático)	Fisiologia
Dr. Roberto Almeida Cunha (Contratado)	Histologia e Anatomia Patológica;

³¹⁷ Tabela montada a partir do exposto por CAMPOS, 1961: 89/90.

Aurélio Pires (Catedrático)	Farmacologia e Arte de Formular;
Dr. Cornélio Vaz de Melo (Catedrático)	Anatomia Médico-Cirúrgica, Operações e Aparelhos
Dr. Ezequiel Caetano Dias (Catedrático)	Microbiologia
Eurico de Azevedo Vilela (Catedrático)	Patologia Geral
Dr. Eduardo Borges da Costa (Catedrático)	Clínica Cirúrgica (1ª cadeira);
Dr. Zoroastro Viana Passos (Catedrático)	Clínica Cirúrgica (2º cadeira);
Dr. Alfredo Balena (Catedrático)	Clínica Médica (1ª cadeira)
Dr. Samuel Libânio (Catedrático)	Clínica Médica (2ª cadeira)
Dr. Antônio Aleixo (Catedrático)	Clínica Dermatológica e Sifilográfica
Dr. Honorato Alves (Catedrático)	Clínica Oftalmológica;
Lineu Silva (Substituto)	Clínica Oftalmológica;
Dr. Olinto dos Reis Meireles (Catedrático)	Terapêutica
Dr. Cândido de Melo Leitão (Catedrático)	Clínica Pediatria
Dr. Renato B Machado (Catedrático)	Clínica Oto-Rino-Laringológica
Dr. Júlio Godoi Tavares (Substituto)	Terapêutica e Farmacologia
Dr. Zoroastro Alvarenga (Catedrático)	Higiene;
Dr. Hugo Furquim Werneck (Catedrático)	Clínica Ginecológica
Dr. Carlos Alberto Pires de Sá (Catedrático)	Clínica Obstétrica;
Dr. Cícero Ferreira (Catedrático)	– Medicina Legal
Dr. Álvaro Ribeiro de Barros (Catedrático)	Clínica Psiquiátrica

No contexto promovido pela reforma do ensino superior em 1923, os professores da Faculdade de Medicina se reuniram em 25 de abril daquele ano, quando decidiram constituir uma comissão composta pelos professores Alfredo Balena, Aurélio Pires, David Rabelo, Roberto Almeida Cunha, João Melo Teixeira, Lineu Silva e Marcelo Libânio que tinha o objetivo de apresentar uma nova reestruturação curricular. A readequação curricular foi apresentada pela comissão em 27 de abril e tinha como principal característica dividir a formação superior do ensino médico em uma seriação de 7 anos. Desta forma, a estrutura curricular do curso de medicina passava a ser

3.10 – *Tabela sobre a estrutura curricular do curso de Medicina relacionando o ano com as disciplinas ofertadas a serem cursadas*³¹⁸

³¹⁸ Tabela montada a partir do exposto por CAMPOS, 1961: p. 127

Ano	Disciplinas ofertadas a serem cursadas
1º Ano:	Física Médica, Química Médica (Orgânica e Biológica), Parasitologia e Técnica Microscópica;
2º Ano:	Anatomia (1º Parte), Histologia, Farmacologia;
3º Ano:	Anatomia (2º Parte), Microbiologia, Fisiologia (1ª Parte), Patologia Cirúrgica, Propedêutica Médica;
4º Ano:	Fisiologia (2º Parte) Patologia Interna, Anatomia e Fisiologia Patológicas, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Dermatológica;
5º Ano:	Anatomia Médico-Cirúrgica e Operações, Patologia Geral, Terapêutica Clínica e Arte de Formular, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica;
6º Ano:	Higiene, Medicina Legal, Clínica Médica, Clínica das Vias Urinárias, Clínica Ginecológica, Clínica Obstétrica.
7º Ano:	Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil, Clínica Pediátrica Cirúrgica e Ortopedia, Clínica Oto-Rino-Laringológica, Clínica Oftalmológica, Clínica Neurológica, Clínica Psiquiátrica

A década de 1920 em Belo Horizonte foi caracterizada por uma série de novas transformações sociourbanas na capital. De acordo com Dias, houve nesse momento a formação de uma geração de intelectuais constituída na própria capital, fruto das escolas de ensino (superior e normal) que foram formadas ao longo da década anterior. Posterior à formação de um novo grupo de intelectuais da capital mineira, foi acompanhada da entrada destes grupos de intelectuais na vida pública, sobretudo, na política³¹⁹ e a criação de um ambiente institucional que favorecesse a consolidação da vida intelectual na capital, com a transferência da Academia Mineira de Letras de Juiz de Fora para Belo Horizonte, em 1913, e a revitalização do Instituto Histórico Geográfico de Minas Gerais – fundado em 1907 – pelo governo de Antônio Carlos, e a proliferação da imprensa mineira. De acordo com o autor, essa imprensa que viveu na segunda década do século

³¹⁹ De acordo com Fernando Correa Dias, esse grupo gravitava em torno de Antônio Carlos que, segundo o autor, era um político de tendência liberal que conseguiu conciliar e formar um grupo de jovens políticos e intelectuais na cidade (DIAS, 1997: p. 83) e manter o apoio de Dom Cabral com a assinatura do decreto que regulamentava o ensino religioso no estado (Ver primeiro capítulo).

XX tinha características diferentes da imprensa da primeira década do século, uma vez que tinha uma duração maior de existência e passava a refletir “as transformações nos modos comunitários de sociabilidade. Passa a dar destaque ao noticiário cinematográfico, ao futebol como esporte de massas e às raras ocorrências policiais. Tudo isso sem perder o contato com a realidade política, com a qual estabelece vínculos de natureza nova”. (DIAS, 1997: p. 82).

A formação da *intelligentsia* mineira levou à condução de dois projetos: o primeiro era a formação da primeira Universidade em Minas Gerais, e o segundo, a preservação do patrimônio artístico existente em território mineiro³²⁰. De acordo com Dias, a primeira menção sobre a criação de uma universidade em Belo Horizonte surgiu em 12 de julho de 1902, quando o “conhecido jornalista Augusto Franco, em artigo publicado no *Diário de Minas*, examina as vantagens de uma Faculdade de Medicina a ser criada na capital mineira e discute os sérios obstáculos que se interpunham à busca desse objetivo” (DIAS, 1997: p. 111). E ainda segundo o autor, no campo político o primeiro projeto de lei, de autoria de Azevedo Sodré, mas apresentado pelo deputado federal Gastão da Cunha, representante mineiro, data de 1903, e tomava a “iniciativa de localizar uma instituição universitária em Belo Horizonte” (DIAS, 1997: p. 111). A militância política para a criação de uma universidade em Belo Horizonte desdobrou-se na criação, no final da década de 1910, de diversas escolas de ensino superior, como foram as Faculdade de Direito, Farmácia-Odontologia, Medicina e Engenharia.

Embora o objetivo deste trabalho não seja acompanhar os trâmites legais e a militância de alguns agentes para a formação da Universidade em Belo Horizonte, vale destacar a atuação de dois importantes nomes para a criação da universidade. O primeiro deles, o professor da Faculdade de Medicina, Otávio Machado, que, em 22 de janeiro de 1913, concedeu uma entrevista ao jornal belo-horizontino *Minas Gerais*. De acordo com Dias, “propunha Otávio Machado que se reunissem três estabelecimentos de ensino

³²⁰ De acordo com Dias, esses dois projetos da *intelligentsia* mineira da segunda década do século XX são fruto do processo de renovação das instituições de ensino criadas na capital. De acordo com o autor, a valorização do patrimônio cultural – material e imaterial – de Minas Gerais, encontrou maior expressão nos escritos dos modernistas mineiros, entre os quais o autor menciona Pedro Nava, Rodrigo M. F. de Andrade, Aníbal Machado, Milton Campos, Drummond. Vale destacar também os nomes de Francisco Campos e Gustavo Capanema, ambos fruto deste novo ambiente intelectual da capital, e que seriam ministros do governo de Getúlio Vargas. Porém, de acordo com Dias, “os modernistas não foram mentores nem fundadores da UMG. Situados, entretanto, em postos estratégicos no campo intelectual, deram decidido apoio à iniciativa de criá-la e implantá-la.” (DIAS, 1997: p. 94). Desta forma, a criação da UMG não partiu dos grupos modernistas de Minas Gerais, como foi, por exemplo, a conservação do patrimônio material e imaterial de Minas.

superior de Belo Horizonte – as Faculdade de Direito e de Medicina e a Escola de Engenharia – e mais o Ginásio Mineiro, para formar a Universidade local.” (DIAS, 1997: p. 115). Porém, embora o autor ressaltasse a boa receptividade do projeto entre o meio culto do estado, a proposta não logrou êxito. O segundo importante nome da luta pela criação da Universidade em Minas Gerais foi Aurélio Pires. Após conseguir implementar a Faculdade de Medicina na cidade, o professor iniciava uma nova luta pela criação da Universidade de Minas Gerais já em 1911, quando publicou seu primeiro artigo a este respeito no jornal da capital *O Estado*. De acordo com Aurélio Pires, deveria haver um “acordo entre as congregações das escolas superiores de Belo Horizonte, unindo-as ‘sob uma direção e um espírito comum’, para constituir uma universidade.” (DIAS, 1997: p. 112). O desejo expresso por Aurélio Pires demoraria a se tornar uma realidade, mas seu artigo se inseria em um contexto de militância pela oficialidade do ensino superior, ou seja, que transformava o ensino superior como uma das funções atribuídas ao Estado, “rejeitando a prática de desoficialização do ensino, vigente no Brasil dessa época” (DIAS, 1997: p. 113).

Na década de 1920, a Faculdade de Medicina conduzia importantes embates políticos que se norteavam a partir da criação da Universidade de Minas Gerais, - aspiração que Faculdade de Medicina endossava e exercia importante papel - e o da oficialização do estabelecimento.³²¹ O caminho em prol da criação da Universidade

³²¹ Pelo menos desde 1923, consta nas atas de reunião da associação de professores da Faculdade de Medicina, a aspiração à oficialização da instituição pelo Governo Federal. O chamado problema da oficialização da Faculdade era visto como “verdadeiro objetivo de primordial transcendência para o futuro da instituição” (CAMPOS, 1961: p. 129). Assim, em 20 de maio de 1923, constituiu um ofício assinado pelos professores David Rabelo, J. Melo Teixeira, Renato Machado, Lineu Silva, Leontino Cunha, Otávio Magalhães, Zoroastro Passos e Alfredo Balena, no qual buscava tratar do problema da oficialização da Faculdade “questão vital para os interesses dêste estabelecimento” (CAMPOS, 1961: p. 128). No ano seguinte, especificamente em 23 de março de 1924, o Diretor Borges da Costa voltava da Capital Federal com uma mensagem do presidente Artur Bernardes, que ressaltava “as dificuldades nacionais de ordem financeira, disso resultando um grande receio do governo em assumir as responsabilidades da oficialização” (CAMPOS, 1961: p. 129). Entretanto, embora com a negativa trazida pelo diretor da Faculdade, o debate pela oficialização da Faculdade ganhou novos adeptos, como a Associação Médico-Cirúrgica de Minas Gerais que fez publicar no jornal *Diário de Minas*, através de seu membro Otaviano de Almeida, uma notícia intitulada “OFICIALIZAÇÃO DA ESCOLA DE MEDICINA”. De acordo com o transcrito na notícia, a Associação Médico-Cirúrgica de Minas Gerais, em reunião realizada em maio de 1924, endossava os anseios dos professores da Faculdade de Medicina e se somava ao coro em prol da oficialização da instituição, uma vez que “o curso de estudos dispendiosos como é o médico, fácil é de se compreender o que representa de sacrifícios a manutenção de uma Escola de Medicina cujas rendas são tão somente hauriadas nas taxas escolares e nas subvenções dos governos federal e estadual, tôdas elas muito parcas, com relação às despesas que devem cobrir.” (CAMPOS, 1961: p. 130). Seguiu Otaviano Almeida dizendo que “dadas as exigências atuais do ensino médico, que já não são as mesmas que existiam ao tempo em que foram fundadas as nossas duas Escolas oficiais, uma delas, a do Rio de Janeiro [...], não se podia esperar que reforma do ensino deixasse de chamar a prestar serviços, como Faculdade oficial, a nossa que,

conseguiu uma importante conquista em 10 de setembro de 1925, quando ficava estabelecido pela Lei nº 895, em seu artigo 9º, a autorização dada ao governo para “criar Universidade na Capital do Estado, entrando em acordo com os estabelecimentos de ensino existentes, abrindo os créditos necessários e expedindo regulamento, que será submetido à aprovação do Congresso” (DIAS, 1997: p. 119). E assim, segundo Dias, “a solução encontrada – que obedecia à legislação federal da época – é a mesma que se aplicou no Rio de Janeiro, em 1920. Tratava-se do artifício de reunir estabelecimentos preexistentes” (DIAS, 1997: p. 119).³²²

Em janeiro de 1927, os futuros médicos fundadores da CMC - Delor Luis Ferreira, Francisco de Souza Lima, José Mariano, Mário Vaz de Mello e Ubirajara França Dinis – iniciaram seus estudos na Faculdade de Medicina e foram testemunhas de uma série de transformações estruturais vividas pela instituição. A Faculdade de Medicina caminhava para sua segunda década de existência, já havia deixado para trás seu prédio provisório e se mudado para o terreno cedido pela prefeitura. Pelas cadeiras da instituição já haviam passado pouco mais de mil alunos, e, especificamente, no curso de medicina até 1925, já haviam sido diplomados novos 153 médicos. Os três primeiros quinquênios vividos pela Faculdade (1912-1927) tinham sido caracterizados pela organização administrativa e regimental, (re)elaboração curricular, formação do corpo docente, militância em prol da equiparação, desenvolvimento de parcerias com os hospitais da

aparelhada para ministrar o ensino médico com todo o rigor necessário, só tem carência de meios pecuniários com que possa reformar os seus laboratórios e refazer as suas clínicas que, tendo duração limitada como tudo que é trabalhado e gasto, estão condenados a um fim talvez bem próximo, se não benfazeja, secundando a de seus fundadores, não lhes trouxer um alento novo que as subvenções ordinárias não saberiam dar.” (CAMPOS, 1961: p. 130/131). Para representar os anseios médicos de Belo Horizonte, constituiu-se uma comissão que ficou responsável por levar à esfera federal o intuito da oficialização. A comissão era composta pelo “professor Miguel Couto, paraninfo da Faculdade; Dr. Carlos Chagas, membro honorário da Associação Médico-Cirúrgica; professor Samuel Libânio, diretor de Higiene do Estado; professor Leontino Cunha e Carlos Pinheiro Chagas, lentes da Faculdade de Medicina, e Dr. Casimiro Laborne Tavares, 1º Secretário da Associação Médico-Cirúrgica” (CAMPOS, 1961: p. 132). Com a criação da Universidade dois anos depois e os acontecimentos políticos pelos quais o Brasil caminhou na década de 30, o lugar do debate pela oficialização da Faculdade foi sendo tomados por outros, como as reformas regimentais e a luta pela autonomia universitária. No final do ano de 1936, volta-se ao debate no objetivo de tornar a Universidade de Minas Gerais federalizada.

³²² De acordo com o autor, em 1915 surge na legislação brasileira um decreto nº 11.530 que, de acordo com seu 6º artigo, estabelece que “o Governo Federal, quando achar oportuno, reunirá em universidade as Escolas Politécnica e de Medicina do Rio de Janeiro, incorporando a elas uma das Faculdades livres de Direito, dispensando-a a taxa de fiscalização e dando-lhe gratuitamente edifício para funcionar” (DIAS, 1997: p. 124). O momento oportuno aconteceu em janeiro de 1920, quando o Rei Alberto I, da Bélgica, veio ao Rio de Janeiro para receber o título de *Doutor Honoris Causa* e daí criou-se a Universidade do Rio de Janeiro (DIAS, 1997: p. 124).

cidade³²³ e a criação de uma revista científica intitulada *Anais da Faculdade de Medicina de Belo Horizonte* (CAMPOS, 1961: p. 59-138).

O quarto quinquênio da Faculdade de Medicina (1927-1931) teve início com a aula inaugural ministrada pelo professor João de Melo Teixeira, catedrático de Clínica Pediátrica Médica. Em sua fala, o professor destacava os feitos já realizados pela Faculdade que contava nestes quinze anos de existência com a matrícula de, pelo menos, 1.052 alunos, e com a formação de novos 153 médicos. Os números pareciam agradar o professor que perguntava em seu discurso “dir-se-á, porventura, que nós não precisamos de médicos? Que sejam êstes diplomados, inócus, inúteis, em demasia? Creio que não haverá quem ouse afirmar isso” (CAMPOS, 1961: p. 142). E assim, de acordo com o exposto pelo professor, era a vez do estado de Minas Gerais cuidar de frente do ensino superior – criando a Universidade de Minas Gerais. “A Universidade de Minas Gerais não é ideia de hoje. Há já um século que foi proposto criar-se em Minas a primeira Universidade do Brasil. Porque não realizar êsse propósito secular, revivido em autorização parlamentar na benemérita administração passada?³²⁴” (CAMPOS, 1961: p; 142).

A questão financeira, de acordo com o professor, não podia justificar como negativa ao desejo de criar a Universidade de Minas Gerais, pois “a prosperidade crescente, o adiantamento material, as possibilidades financeiras e econômicas, o grau de cultura de Minas Gerais, permitem, sem ameaças de desequilíbrio financeiros, que o Estado possua o seu ensino superior eficientemente constituído [...], capaz de ombrear nesse terreno com os mais adiantados Estados da Federação” (CAMPOS, 1961: p. 143). As palavras do professor reafirmavam a principal pauta da militância política realizada pela Faculdade de Medicina na década de 20: os anseios pela criação da Universidade de

³²³ Em 1914, a Faculdade de Medicina firmou o primeiro acordo com a Santa Casa para poder utilizar da instituição hospitalar como lugar para o ensino clínico. Em 1920, a instituição acertou-se com duas outras instituições hospitalares: a primeira foi o Hospital São Geraldo que seria a sede das clínicas de Oftalmologia e Otorrinolaringologia; a segunda tratou do acerto com o Hospital São Vicente de Paulo, que foi firmado após o compromisso da Faculdade em ajudar a subvencionar as obras do hospital no valor de 20 contos de réis, e ficaria, assim, a Faculdade “com a garantia de poder dispor, no Hospital, em janeiro de 1921, de duas enfermarias e dois gabinetes para os chefes das citadas Clínicas [Clínica Pediátricas Médica e Cirúrgica], bem como de dois consultórios e salas de cirurgia e de curativos e material clínico disponível. [...]. Deste modo, asseguraram-se proveitosas condições para a instalação dos Serviços de Pediatria Médica e Pediatria Cirúrgica no Hospital S. Vicente de Paulo que, desde então até presentemente, em regime de compreensiva cooperação, muito vem contribuindo para o desenvolvimento da assistência médico-cirúrgica à infância da Capital” (CAMPOS, 1961: p. 112).

³²⁴ O professor Melo Teixeira faz referência à lei nº 895 homologada 10 de setembro de 1925 que em seu artigo 9º autorizava-se a criação da Universidade de Minas Gerais.

Minas Gerais. Entretanto, mais do que promover uma afinação dos discursos dos médicos da Faculdade com os médicos da Associação Médico-Cirúrgica de Belo Horizonte e inserir os novos alunos à questão política mais importante dentro da Faculdade, a aula inaugural ministrada pelo professor apontava também que o tardar para a criação da Universidade devia-se à ingerência dos políticos mineiros, pois, “se a iniciativa particular foi capaz dêste hercúleo esforço de fundar e manter Faculdades Superiores, como as que possuímos, a custo de labôres ingentes e dedicações insuperáveis, e os governos não o são – será que êstes não são dignos dos seus governados? Não. Não é possível” (CAMPOS, 1961: 143). O aporte estatal para criação da UMG era condição *sine qua non* para o desenvolvimento da Universidade e, sobretudo, para o desenvolvimento da vida científica no estado. Assim, a criação da Universidade deveria ser acompanhada da instalação de laboratórios de pesquisa e de estudo que “conveniente e abundantemente providos, dessas oficinas de cultura sairão não meros diplomados teóricos e decorativos, mas homens de ciência sólida e prática, que irão ser os fatores do nosso progresso e os condutores esclarecidos de uma grande e forte coletividade” (CAMPOS, 1961: p. 1961).

Com a possibilidade legal de criar a Universidade de Minas Gerais desde 1925, coube ao presidente do estado de Minas Gerais, Antônio Carlos, em 1927, a condução do processo que levaria à formação da Universidade Minas Gerais. Delegou, então, a Francisco Campos, secretário do Interior, a incumbência de reformar o ensino primário e normal, e a Mendes Pimentel, professor da Faculdade de Direito – e futuro primeiro reitor da UMG –, o planejamento da Universidade. O Presidente do Estado de Minas, no dia 11 de agosto de 1927, enviou uma mensagem para as casas legislativas (à época bicameral) submetendo a criação da Universidade³²⁵. Os trâmites legais ocorreram com certa agilidade e “por fim, com ligeiras modificações, foi aprovado por unanimidade” (DIAS, 1997: p. 126). O projeto foi sancionado, transformado na lei nº 956 e trazia em seu texto original nove artigos, sendo que o 1º artigo regulamentava a distribuição dos

³²⁵ Na abertura do legislativo mineiro, em 14 de julho de 1927, o presidente do estado, Antônio Carlos, enviou ao congresso uma mensagem na qual solicitava ao congresso certo entendimento com os institutos de ensino superior da Capital que “estão reclamando particular atenção dos poderes públicos, a fim de que se organizem patrimonialmente com a eficiência necessária aos altos fins que objetivam.” Assim, de acordo com o presidente do estado, estes “fundos deve coincidir a criação da Universidade de Minas Gerais, em Belo Horizonte, sem prejuízo, em caso algum, da autonomia administrativa e didática dos estabelecimentos que a tenham de compor.” Sendo que a intervenção dos poderes públicos limitaram-se “às medidas necessárias à fiscalização do emprego dado ao patrimônio e seus rendimentos” (CAMPOS, 1961: p. 146). Em 11 de agosto daquele ano, Antônio Carlos fez novamente um encaminhamento ao Congresso Legislativo Mineiro reafirmando sua mensagem anterior para a criação da Universidade de Minas Gerais. O decreto de criação da Universidade de Minas Gerais foi firmado no dia 7 de setembro de 1927.

rendimentos entre as 4 Faculdades para a constituição de seus respectivos patrimônios³²⁶ e, de acordo com o 3º artigo, “os quatro institutos de ensino superior se reunirão para constituir a Universidade de Minas Gerais, conservando a autonomia didática e administrativa de que gozam, com as restrições constantes desta lei” (CAMPOS, 1961: p. 149).

A Faculdade de Medicina aglutinou-se às demais Faculdades de Belo Horizonte para compor a Universidade de Minas Gerais. Alterou o regulamento universitário e criou, pela lei nº 1046, homologada em 25 de setembro de 1928, um fundo especial para o “aparelhamento da Universidade de Minas Gerais. Era constituído, de início, pela importância de quatro mil contos, deduzida do saldo orçamentário” que destinava “a construção da sede da Universidade, do Hospital das Clínicas e à aquisição de laboratórios e material de ensino médico” (DIAS, 1997: p. 143). O corpo docente da Faculdade de Medicina da UMG era composto do seguinte quadro

Professores Catedráticos: Francisco de Paula Magalhães Gomes – Química Geral e Mineral; José Baêta Viana – Química Orgânica e Biológica (e Física (em substituição)); Alfredo L. Pimenta Bueno – Física; Henrique Marques Lisboa – Biologia e Parasitologia (e Patologia Geral (em substituição)); Eurico de Azevedo Vilela (licenciado) – Patologia Geral; Farmacêutico Aurélio Pires – Farmácia Galênica e Farmácia Química; Cornélio Vaz de Melo (licenciado) – Anatomia Humana; José Otaviano Neves (contratado) – Anatomia Humana; Antônio de Melo Alvarenga (contratado) – Anatomia Humana; Otávio Coelho de Magalhães – Fisiologia; Eugênio de Souza e Silva (licenciado) – Histologia; Braz Pelegrino (em substituição) – Histologia; Carlos Pinheiro Chagas (licenciado) – Anatomia Patológica; Roberto Almeida Cunha – Microbiologia (e Anatomia Patológica (em substituição)); Olinto dos Reis Meireles – Terapêutica; Luiz Adelmo Lodi – Anatomia Médico-Cirúrgica e Clínica Propedêutica Cirúrgica; Antônio Aleixo – Clínica Dermatológica e Sifilográfica; Oswaldo de Melo Campos – Clínica Propedêutica Médica; João Afonso Moreira – Patologia Médica; Leontino da Cunha – Medicina Legal; Alfredo Balena - Clínica Médica (1ª Cadeira); Marcelo dos Santos Libânio – Clínica Médica (2ª Cadeira); Eduardo Borges da Costa – Clínica Cirúrgica (1ª Cadeira); Otaviano Ribeiro de Almeida – Clínica Cirúrgica (2ª Cadeira); Zoroastro Viana Passos – Clínica Cirúrgica (3ª Cadeira); João de Melo Teixeira – Clínica Pediátrica Médica; David Corrêa Rabelo – Clínica Pediátrica Cirúrgica; Honorato Alves – Clínica Oftalmológica; Lineu Silva (em substituição) – Clínica Oftalmológica; Washington Ferreira Pires – Clínica Neurológica; Hermelino Lopes Rodrigues (licenciado) – Clínica Psiquiátrica; Joaquim Martins Vieira (livre docente) – Oto-Rino-

³²⁶ Foram assim distribuídos: 200:000\$000 para Faculdade de Direito, 350:000\$000 para Escola de Engenharia, 600:000\$000 para Faculdade de Medicina, e 50:000\$000 para Escola de Odontologia e Farmácia (CAMPOS, 1961: p. 148).

Laringológica; Hugo Furquim Werneck – Clínica Ginecológica; Oto Pires Cirne (Clínica Obstétrica). *Professores contratados*: Antônio Melo Alvarenga – Anatomia Humana; José Otaviano Neves – Anatomia Humana; Abílio de Castro – Higiene; Galba Moss Veloso – Clínica Psiquiátrica (CAMPOS, 1961: p. 153-154).

Foi empossado, como reitor da UMG, o professor da Faculdade de Direito, Mendes Pimentel. E para a Faculdade de Medicina foram eleitos para o biênio (1928-1929) os respectivos diretor e vice-diretor, Alfredo Balena e Antônio Aleixo, e como secretário, Dr. Omar Franqueira. (CAMPOS, 1961: p. 157). Segundo Dias, os três primeiros anos da nova instituição foram caracterizados por duas iniciativas levadas a cargo pelo reitor da UMG. A primeira tratava da reestruturação do patrimônio da Universidade, promovendo uma reforma no edifício da Faculdade de Medicina, uma melhora no aparelhamento material, criação e ampliação de laboratórios, anfiteatros e gabinetes. A segunda iniciativa foi a busca pela conquista da autonomia universitária. Entretanto, essa autonomia foi curta, uma vez que, com o golpe da Aliança Liberal em outubro de 1930 e nomeação de Francisco Campos, a autonomia universitária foi extinta. (DIAS, 1997: p. 223 e 245-246).

Segundo Campos (1961), a autonomia universitária havia sido conquistada durante o governo de Washington Luiz. De acordo com a leitura da ata de 23 de janeiro de 1930, os professores da Faculdade de Medicina da UMG haviam celebrado em reunião a assinatura do decreto pelo presidente que “outorgava autonomia administrativa, econômica e didática à Universidade de Minas Gerais” (CAMPOS, 1961: p. 164-165). Resolveram, assim, enviar um telegrama ao presidente da República a fim de congratulá-lo “pelo ato de grande elevação cívica e de manifesta deferência e homenagem aos créditos do ensino em Minas Gerais, assinando o áureo decreto que confere autonomia didática à Universidade de Minas Gerais” (CAMPOS, 1961: p. 165), subscreviam os professores Melo Teixeira, Zoroastro Passos e Antônio de Melo Alvarenga.

Seguido ao êxito da tomada do poder pela Aliança Liberal, iniciou-se uma reestruturação legal do ensino superior, com a criação de diversos decretos, dos quais, destacamos o de nº 19.850 que levou a criação do Conselho Nacional de Educação, e o decreto de nº 19.851, ambos de abril de 1931. De acordo com o decreto 19.851, dava-se a regulamentação do ensino superior no Brasil que deveria “obedecer, de preferência, pelo sistema universitário, podendo ainda ser ministrado em institutos isolados, e a organização técnica e administrativa das universidades é instituída no presente decreto,

regendo-se os institutos isolados pelos respectivos regulamentos” e de acordo com o artigo 6º “universidades brasileiras poderão ser criadas e mantidas pela União, pelos Estados ou, sob a forma de fundações ou de associações, por particulares, constituindo universidades federais, estaduais e livres” (DIAS, 1997: p. 246). Na prática, as mudanças promovidas na legislação pelo ministro da Educação e Saúde, Francisco Campos, estavam inseridas na centralidade política da Era-Vargas – que limitou a autonomia universitária e centralizava o controle das instituições.

A luta pela autonomia da instituição foi pauta central dos primeiros anos que seguiram a Revolução de Outubro. De acordo com Dias (1997), foi em busca da garantia da autonomia universitária que Mendes Pimentel pautou suas ações na reitoria da instituição. Entretanto, a volta da autonomia universitária somente aconteceu em 1934, quando no dia 10 de abril os “professores tomaram conhecimento do ofício do Vice-Reitor em exercício, professor Francisco Brant, comunicando à Diretoria o teor do decreto federal nº 24.039 de 24 de março de 1934, em virtude do qual ficou restabelecida em sua plenitude a autonomia da Universidade de Minas Gerais outorgada por Decreto de 22 de janeiro pelo Presidente Washington Luís Pereira [...]” (CAMPOS, 1961: 185).

No que se refere à estrutura curricular, embora tenha havido diversas discussões sobre a reforma do ensino médico, o modelo curricular dividido em séries, criado em 1923, foi mantido após a formação da Universidade. Assim, todos os futuros médicos que fundaram a CMC tiveram a mesma grade curricular. A principal mudança que houvera, durante os 10 anos em que todos os médicos fundadores da CMC frequentaram a instituição (1927-1938), aconteceu em 4 de março de 1931. A mudança apresentada em reunião da Congregação dos Professores da Faculdade de Medicina fazia parte da Reforma do Ensino Médico que vinha sendo cogitada no Ministério da Educação pós revolução de 1930. Segundo o entendimento de Campos (1961), professores da Faculdade de Medicina buscaram se antecipar aos mandos institucionais do Ministério e propuseram a criação de Cursos Complementares³²⁷ e Cursos de Adaptação ou Pré-Médicos³²⁸, além

³²⁷ Os Cursos Complementares seriam “sobre assuntos que, por sua extensão e importância, não possam ser tratados nas respectivas disciplinas” (CAMPOS, 1961: p. 170).

³²⁸ Os Cursos de Adaptação ou Pré-Médicos seriam compostos pelas seguintes matérias: “Física Experimental, Química Geral e Mineral (com Noções de Química Analítica), Química Orgânica e História Natural (Zoologia e Botânica)” (CAMPOS, 1961: p. 170).

da criação de dez departamentos que seriam responsáveis pelas disciplinas curriculares, ficando assim figuradas:

Criação de Departamentos com as seguintes disciplinas:

- 1) Departamento de Anatomia: Anatomia, Histologia e Embriologia;
- 2) Departamento de Fisiologia: Fisiologia, Física Biológica, Química Fisiológica, Farmacologia;
- 3) Departamento de Patologia: Patologia Geral, Anatomia e Fisiologia Patológica, Microbiologia, Parasitologia;
- 4) Departamento de Clínica Médica: Propedêutica Médica, Clínica Médica, Clínica Terapêutica, Moléstias Infecto-Contagiosas;
- 5) Departamento de Clínica Cirúrgica: Técnica Operatória e Cirurgia Experimental, Clínica Cirúrgica
- 6) Departamento de Pediatria: Pediatria Médica e Pediatria Cirúrgica
- 7) Departamento Oftalmo-Otorrinolaringológico: Oftalmologia e Otorrinolaringologia;
- 8) Departamento Ginecológico-Obstétrico: Ginecologia e Obstetrícia;
- 9) Departamento Dérmato-Sifilográfico: Dermatologia e Sifilografia;
- 10) Departamento de Medicina Pública: Higiene e Medicina Legal; (CAMPOS, 1961: p. 169-170).

As mudanças na estrutura do curso e nas disposições das disciplinas, estão em consonância, sobretudo, de acordo com Lúcia Grando Bulcão (2007), com os papéis que as Universidades assumiram dentro das estruturas políticas da Era-Vargas. Através do decreto 19.851, publicado em abril de 1931, que regulamentava as instituições de ensino superior, formalizando a criação do Estatuto das Universidades Brasileiras, Bulcão argumenta ter este decreto “alinhado com o pensamento em vigor que preconizava a adoção de padrões científicos, [determinando] que o ensino universitário teria como finalidade elevar o nível da cultura geral, estimulando a investigação científica e habilitando o estudante ao exercício de atividades que exigissem preparo técnico e científico superior (art. 1º)” (BULCÃO, 2007: p. 476). Assim, de acordo com a autora, para as universidades atingirem os pressupostos por Francisco Campos era necessário “resolver alguns problemas de caráter técnico, científico e social das universidades, tais como: corpo de disciplinas, e métodos de ensino, pesquisa original, recrutamento do corpo docente, autonomia didática, regime disciplinar, extensão universitária e vida social das universidades” (BULCÃO, 2007: p. 476). Neste sentido a autora demonstra ter havido um desenvolvimento dos laboratórios experimentais, das pesquisas e de uma maior aproximação das universidades com os hospitais que, juntamente às salas de autópsia, tornaram-se os campos de formação técnica e científica do médico (BULCÃO, 2007: p. 476).

É neste contexto de transformações sociourbanas e econômicas que caracterizou parte da Era Vargas, que se produziu a transformação do ensino superior médico. Potencializou-se neste momento a figura do médico especialista, figura que representava uma transformação no modo de como construir o perfil médico – especialista e generalista – e no modo de ser médico e no modo de exercer a medicina, antenado às transformações epistemológicas da medicina, com o desenvolvimento da microbiologia, da bacteriologia, da parasitologia, da cirurgia, da anestesia, da assepsia, da imunologia, da medicina tropical, dos preceitos higiênicos e preventivos e dos avanços tecnológicos, e fruto dos modos de inscrição profissional médica na sociedade e do desenvolvimento industrial e urbano que o país vivenciava naquele contexto. Assim, a reforma do ensino médico conduzida por Francisco Campos buscava pregar o desenvolvimento da técnica, do laboratório e das experiências práticas, e promover o desenvolvimento do médico de perfil especialista. A citação trazida pela autora do então Ministro Francisco Campos é exemplar:

tão vastos e complexos são os conhecimentos necessários à prática moderna da medicina, de tal modo se ampliaram os métodos de prevenir ou de curar a doença, que escapam às possibilidades de uma só inteligência, de uma única atividade individual, o preparo técnico perfeito e a cultura científica aprofundada em cada um dos ramos da medicina. E, entretanto, os interesses superiores da vida humana não podem prescindir da intervenção de alta competência em determinados casos patológicos, de especialidades médicas, competência que só poderá ser adquirida, atualmente, em estudo e tirocínio especializado (Campos, 1931, citado em Bulcão, 2007, p. 477).

Vale, no entanto, ressaltar que as transformações institucionais pelas quais a Faculdade passava na década de trinta estavam inseridas também na presença da Fundação Rockefeller na instituição. Data de 20 de maio de 1919 quando a Faculdade de Medicina de Belo Horizonte firmou seu primeiro contrato com a Fundação Rockefeller. De acordo com Campos (1961), a congregação deliberou em aprovar o contrato de financiamento de uma bolsa de estudos de Histologia e Anatomia Patológica para o dr. Carlos Pinheiro Chagas a serem realizados no Instituto Rockefeller, nos Estados Unidos, mediante “condição de aceitar ulteriormente a regência dessas duas disciplinas na

Faculdade, ao término da referida bolsa e até o provimento, por concurso, das duas cátedras” (CAMPOS, 1961: p. 80)³²⁹.

A presença da Fundação Rockefeller se acentuou na década de 1930 com o financiamento de pesquisas e o pagamento de bolsas de estudos a professores para formação em universidades americanas, “daí o importante papel da Fundação não só na difusão da cultura norte-americana e do seu modo de vida, como também na exportação de seus ideais, seus modelos e seus produtos, entre os quais figurava o seu *know-how* materializado em livros didáticos universitários e em intelectuais” (BULCÃO, 2007: p. 482). A aproximação com a Fundação Rockefeller fez com que as instituições de ensino médico abandonassem sua tradicional inspiração francesa para se alinharem ao ensino médico norte americano, e, dado ao volumoso capital financeiro que a Fundação Rockefeller possuía para executar seus projetos, “podia influir nas decisões relativas à pesquisa e ao funcionamento de nossas universidades e determinar, no meio acadêmico, o *brazilian way of life* pautado no modelo norte-americano” (BULCÃO, 2007: p. 483). Desta forma, as reformas realizadas nas instituições de ensino médico brasileira, e em específico no caso de Minas Gerais, fazem parte da presença da Fundação no estado e na UMG.

A limitação do número de alunos, juntamente com o ensino individual, a disposição das cátedras em departamentos e a obrigatoriedade de dedicação em tempo integral para os professores de matérias fundamentais (área básica) eram condições para o recebimento dos investimentos, nas instituições de ensino em que a Fundação Rockefeller interferiu mais diretamente (BULCÃO, 2007: p. 483).

4.4 As especialidades médicas e os modos de exercer a medicina.

Como vimos nas páginas anteriores, dos 24 médicos que fundaram a CMC, ao menos 22 iniciaram e concluíram seu curso superior na Faculdade de Medicina entre os anos de 1927 e 1938. As exceções são os médicos Pêrsio Pereira Pinto, que migrou da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro para Belo Horizonte e depois voltou ao Rio de

³²⁹ De acordo com Campos (1961), a reunião da Congregação de 6 de novembro de 1919, marcava o retorno do dr. Carlos Chagas para Belo Horizonte depois de ter passado o período de estudos nos Estados Unidos. Assim, diz o autor que, nesta reunião, Carlos Chagas apresentou um minucioso “relatório a respeito do curso realizado” e que certamente “iria beneficiar-se o ensino das importantes disciplinas” (CAMPOS, 1961: 94).

Janeiro onde concluiu seu curso, e Victor Lacombe, cujos dados sobre a instituição em que cursou seu ensino superior não foi possível descobrir. Dos 24 médicos fundadores da CMC, é possível perceber uma tendência quanto ao perfil médico exercido majoritariamente entre os médicos da Corporação: a maioria deles optou por exercer sua profissão pelo perfil do médico especialista.³³⁰ Porém vale ressaltar que, dos 24 médicos fundadores da CMC, sobre sete deles ainda não encontrei nenhuma informação a respeito de sua especialização³³¹, o que representa um total aproximado de 29%. Assim sendo, e conforme se vê na tabela 3.11, dentre os 17 médicos sobre os quais encontrei informações referentes aos modos como formaram seus perfis médicos – especialistas ou generalistas –, 15 deles (aproximadamente 88%) optaram pelo perfil médico especialista enquanto apenas dois (aproximadamente 12%) optaram pelo perfil médico generalista. Dentre as especialidades médicas mais encontradas entre o grupo de médicos da CMC está, em primeiro lugar, a pediatria com 7 médicos – sendo eles Acácio Correa Dolabella, Antônio Nunes de Carvalho, Berardo Nunan, Deodoro Barcellos Correa, Francisco de Souza Lima, José Ribeiro Filho e Pérsio Pereira Pinto – o que representa aproximadamente 47%. Entre os demais médicos nenhuma outra especialidade predomina com tanto destaque, sendo a ginecologia e obstetrícia com 2 médicos – Jayme Eiras Furquim Werneck e Victor Lacombe –, o que representa um total aproximado de 13%. O médico Biagio Arlindo Polizzi seguiu a especialidade de cardiologia, enquanto que Hilton Rocha seguiu a especialidade de oftalmologia, o médico José Pinheiro Chagas Filho a especialidade de otorrinolaringologista, o médico Mário Vaz de Mello declarava-se como tisiologista, o médico Theophilo de Souza Lima especializado em cirurgia, urologia e sífilis, o médico Tupy Coutinho Soares *moléstias em nutrição*. No que se refere aos médicos José Amaral Castro e Paulo de Castro Miranda, as referências quanto ao modo como construíram seu perfil médico sugerem que foram optadas pelo perfil médico generalista, uma vez que as informações sobre ambos os médicos aparecem como *clínica de adultos*.

³³⁰ A lacuna referente à especialidade médica foi preenchida a partir do entrecruzamento de dados obtidos nos anúncios médicos realizados no periódico *O Diário*, entre os anos de 1935-1945, na seção *Indicador Profissional*, com os dados obtidos no Arquivo da Associação de Médicos de Minas Gerais. Todas as informações são de acesso público.

³³¹ São eles os médicos Delor Luis Ferreira, José Mariano, Ubirajara França Dinis, João Ignácio da Costa Santos, Domingos Magalhães Lopes e Antônio Paulo Ximenes de Moraes.

3.11 – Tabela relacionando nome e perfil médico,

Nome do Médico	Perfil médico	
	Especialização	Generalista
Acácio Correa Dolabella	Pediatria	
Antônio Nunes de Carvalho	Pediatria	
Biagio Arlindo Polizzi	Cardiologista	
Berardo Nunan	Pediatria	
Deodoro Barcellos Correa	Pediatria e ortopédica	
Francisco de Souza Lima	Pediatria	
Hilton Ribeiro Rocha	Oftalmologista	
Jayme Eiras Furquim Werneck	Ginecologia e obstetrícia	
José Amaral Castro		Generalista
José Pinheiro Chagas Filho	Otorrinolaringologista	
José Ribeiro Filho	Pediatria	
Mario Vaz de Melo	Tisiologia	
Paulo de Castro Miranda		Generalista
Pérsio Pereira Pinto	Pediatria e alimentação das crianças	
Theophilo de Souza Lima	Cirurgia, urologia e sífilis	
Tupy Coutinho Soares	Moléstia em Nutrição	
Victor Lacombe	Ginecologia e obstetrícia	

De acordo com Bulcão (2007), a formação de médicos especialistas era a bola da vez a partir dos anos 30. Entendidos como médicos mais antenados às transformações internas da medicina, com maiores habilidades e conhecimentos para o manuseio dos avanços tecnológicos e vistos como melhores representantes do projeto político varguista, a formação dos especialistas foi tratada com afinco durante a década de 30 na Era-Vargas, atingindo seu apogeu profissional na década de 50. De acordo com a leitura das atas das reuniões da Congregação de professores da Faculdade de Medicina e pelo já exposto neste trabalho, percebemos que a Faculdade de Medicina de Belo Horizonte procurou inserir na formação profissional médica ofertada pela instituição os quadros de uma medicina que especializava. Para isso, a instituição debateu em diversas ocasiões, entre os anos de 1912-1916, como seria a melhor forma de formar um corpo docente de acordo com as novas disciplinas curriculares ofertadas. Em 1912, depois de quase um semestre em debate, a questão da formação do Corpo Docente ficou formalizada em julho daquele ano, a proposta apresentada pelos professores Samuel Libânio e Hugo Werneck condicionava a posse do professor da Faculdade de Medicina à obrigatoriedade em residir na capital

(CAMPOS, 1961: p. 63), e em 1915 foi estabelecido que a posse dos professores substitutos seria mediante a realização e a respectiva aprovação em concursos (CAMPOS, 1961: p. 72). Desta forma, o generalista currículo médico, ofertado pela Faculdade em 1911, foi se moldando em um currículo cada vez mais especializado com a contratação de novos professores para docência e o desdobramento de cadeiras, como, por exemplo, a cadeira Clínica Oftalmológica e Oto-Rino-Laringologia que transformou-se em 1915 em duas outras: Clínica Oftalmologia e Clínica Oto-Rino-Laringologia³³². Data também do início do ano de 1915 a decisão dos professores Samuel Libânio, Marques Lisboa e Antônio Aleixo, acerca da criação de uma nova cadeira de Clínica Pediátrica que seria preenchida mediante a realização de concurso que seria realizado entre os dias 15, 16 e 17 de setembro e levou à aprovação do professor Cândido Firmino de Melo Leitão, empossado em 21 de novembro daquele ano. (CAMPOS, 1961: p; 69-73). Porém, o primeiro catedrático da cadeira Clínica Pediátrica e Cirurgia, Ortopedia e Higiene Infantil foi o professor Otávio de Carvalho, um dos fundadores da Faculdade. Faleceu em 1914, sem ter ministrado o curso de pediatria que foi implantado em 1916, a partir do 6º ano. Em virtude da exigência do Conselho Superior de Ensino que reordenava a estrutura curricular da Faculdade de Medicina, algumas cadeiras de clínicas tiveram que ser desdobradas, o que levou a Congregação a se reunir em 24 de março de 1918. Foram criadas as novas cadeiras de “Clínica Neurológica e Clínica Psiquiátrica, Clínica Obstétrica e Clínica Ginecológica, Clínica Médica e Clínica Pediátrica Cirúrgica” (CAMPOS, 1961: p. 84) e, junto a elas, ocorreram mudanças no corpo docente: o professor Cândido Mello Leitão foi para a cadeira de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil, enquanto que a nova cadeira de Clínica Pediátrica Cirúrgica foi preenchida mediante a aprovação em concurso do professor David Corrêa Rabêlo.

A cátedra de Pediatria Médica e Higiene Infantil ficou sob a responsabilidade do professor Mello Leitão até o ano de 1920, quando este se mudou para o Rio de Janeiro. Um concurso foi realizado e acabou com a aprovação final, em 3 de março, de dois médicos: João de Melo Teixeira, na qualidade de substituto, e Martinho da Rocha, na

³³² Em 27, 28 e 29 de janeiro de 1916, realizaram-se as provas para concurso de Clínica Oftalmológica, que teve a aprovação dos três inscritos, sendo eles os médicos “Edilberto Campos e Joaquim de Santa Cecília, classificados como docentes-livres e Lineu Silva, indicado para professor substituto.” Em 9 de julho, o médico Lineu Silva tomou posse como substituto da Clínica de Oftalmologia, e o professor Renato Brancante Machado tornou-se catedrático de Clínica Oto-Rino-Laringológica. (CAMPOS, 1961: p. 74-75). Cinco anos depois, em 1920, professor Lineu Silva tornou-se catedrático na respectiva cadeira que havia sido empossado como substituto (CAMPOS, 1961: p. 97).

qualidade de livre docente, para lecionarem Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil (CAMPOS, 1961: p. 98). Em 31 de maio, com a renúncia de Mello Leitão, foi empossado no cargo de catedrático de Clínica Pediátrica Médica o professor substituto João de Melo Teixeira (CAMPOS, 1961: p. 99)³³³.

O professor Melo Teixeira lecionou para todos os médicos que fundaram a Corporação de Médicos Católicos em 1935. Melo Teixeira nasceu no Rio de Janeiro, em 1891, onde realizou seus estudos médicos na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, diplomando-se em 1915. Transferiu-se para Belo Horizonte em 1917, depois de ter passado um tempo no interior de Minas Gerais, na cidade de Cláudio, dedicando-se à clínica. Em Belo Horizonte exerceu o cargo de Chefe do Posto de Profilaxia Rural, quando, em 1918, fez sua principal descoberta: a existência de oito casos de *Schistosoma Mansoni*, tratando “essa da primeira documentação oficial da parasitose, constante do Relatório de 1919, feito pelo Diretor de Higiene, dr. Samuel Libânio, ao Secretário do Interior” (ALMEIDA, 2009: p. 59). A descoberta lhe rendeu a tese intitulada *Schistosoma Mansoni na infância de Belo Horizonte* que foi apresentada no concurso realizado em 1920 para substituição do professor Mello Leitão. O ensino clínico de pediatria, cátedra assumida por Melo Teixeira a partir de maio de 1920, passou a ser realizado no Hospital São Vicente após a firmação do contrato entre a Faculdade e o Hospital. Almeida (2009) explica que a aula inaugural ficou sob a incumbência de ser lecionada pelo professor Melo Teixeira, que a proferiu com o título “*A Pediatria na Medicina*”. Segundo o autor, o professor da Faculdade de Medicina “explanou sobre as bases da pediatria como especialidade médica” e que a criança não se reduzia a “uma miniatura do adulto”, pois é “um ser vivo à parte, com atributos peculiares, dotados de caracteres que lhe são próprios e inconfundíveis” (ALMEIDA, 2009: p. 60). Almeida ressalta que foi a partir desta aula ministrada em 1920 pelo professor Melo Teixeira que nasceu a “escola de Pediatria Mineira” e, nela, “a Puericultura adquire foro de ciências. Médicos e clientes passam a entender que pediatria cuida de crianças, e que somente ele deve cuidar delas” (ALMEIDA, 2009: p. 60).

³³³ Com a renúncia de Mello Leitão, os dois professores, Martinho da Rocha Jr. e João de Melo Teixeira, disputaram a cátedra vaga. Martinho da Rocha acabou desclassificado e mudou-se para o Rio de Janeiro, onde atuou como pediatra e tradutor. João de Melo Teixeira foi empossado a 31 de maio de 1920, ocupando o cargo por 28 anos, até 1948, quando se aposentou e foi substituído por Berardo Nunan. (PEDROSO, 2012: p. 537).

O primeiro contato efetivamente acadêmico dos fundadores da CMC com o professor Melo Teixeira aconteceu tão logo teve início o ano letivo de 1927, quando os futuros médicos Delor Luis Ferreira, Francisco de Souza Lima, José Mariano, Mário Vaz de Mello e Ubirajara França Dinis adentraram na Faculdade de Medicina, pois coube ao professor Melo Teixeira ministrar a aula inaugural do curso daquele ano. Como se viu em outras páginas deste texto, a aula aconteceu em janeiro de 1927, momento em que a Faculdade debatia sua transição para a Universidade de Minas Gerais. Nesse contexto, a temática que norteou a aula inaugural tratou mais especificamente dos debates políticos institucionais que ocorriam às vésperas da formação da Universidade que da ciência médica propriamente dita (CAMPOS, 1961: p. 141). A influência do professor Melo Teixeira na formação e nas escolhas individuais pela especialidade médica pediátrica entre os médicos fundadores da CMC pode ter sido importante, uma vez que entre eles a especialidade pediátrica é majoritária. Vejamos, por exemplo, os caminhos profissionais percorridos pelo médico Berardo Nunan, que foi um dos signatários da fundação da Corporação de Médicos Católicos em 1935. Berardo Nunan entrou na Faculdade de Medicina no ano de 1928, pertencendo à 17ª turma, e graduou-se em 1933. A especialidade que seguiu para exercer sua carreira profissional foi a clínica pediátrica, seguindo os passos de seu professor Melo Teixeira. Em 1942, Berardo Nunan se submeteu a um concurso para se tornar livre docente da Faculdade de Medicina com o objetivo de lecionar a cadeira de Clínica Pediátrica Médica. Para sua aprovação no concurso, apresentou a tese intitulada *Da Oto-Antrite latente na primeira infância: sua relação com os distúrbios trofo-digestivos*.³³⁴ Nunan era assistente de Melo Teixeira desde a época de seus estudos superiores na Faculdade de Medicina, e, em discurso proferido em 1949 por ocasião de sua posse na cátedra de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil, afirmou que sua afeição à especialidade pediátrica estava muito ligada a Melo Teixeira, professor que viera a substituir após sua saída em 1948. Assim, dizia Nunan: “com que honra e com que responsabilidade irei assumir a cátedra que abrilhantastes” e “a ele [Melo Teixeira] devo o estímulo para o início de minha arrancada no terreno do magistério, a ele devo os melhores conselhos, e o tenho no mais especial dos escaninhos que o meu coração lhe puder reservar.”³³⁵ Aprovado como professor de livre-docência em 1943, Berardo Nunan

³³⁴ NUNAN, Berardo. *Da Oto-Antrite latente na primeira infância: sua relação com os distúrbios trofo-digestivos*. Gráfica Queizon Breiner LTDA, Belo Horizonte: 1943.

³³⁵ Arquivo CEMEMOR. Revista Minas Médica – Ano XVI – Maio – Junho de 1949 – nº 72, p. 134.

dividiu a cátedra com Melo Teixeira que se aposentou em 1948, cabendo a Nunan continuar a disciplina, tornando-se o quarto catedrático da cadeira de pediatria da Faculdade de Medicina e futuro herdeiro da 12ª cadeira da Academia Mineira de Medicina, fundada e ocupada por Melo Teixeira.

Vale aqui ressaltar o que temos denominado por especialidade médica. Assim percebemos que, primeiramente, o aparecimento das especialidades médicas e a forma como compreendemos a organização dos profissionais dentro do campo médico – dividido entre profissionais de perfil generalista, especialista ou higienista – é fruto de um desenvolvimento histórico e cultural. O desenvolvimento da medicina e dos demais enunciados que compõem o campo da saúde não são processos históricos evolutivos e/ou lineares que representam o ponto final da constituição do campo médico. Sendo assim, a organização do mundo profissional médico e a instituição de perfis médicos não seguem um caminho linear e tampouco podem ser vistos descolados dos ambientes, das relações sociais e das disputas de forças em que estão inseridos. Nesse sentido, a divisão do campo médico em especialidades segue lógicas internas do próprio desenvolvimento da medicina – como, por exemplo, a ortopedia e a oftalmologia – que representam formas de entender a relação binária saúde/doença a partir do desenvolvimento da ciência, sobretudo com o aparecimento da bacteriologia, da assepsia, da higiene e dos avanços tecnológicos que, por sua vez, aumentavam a resolubilidade médica; e lógicas externas ao desenvolvimento da ciência, como, por exemplo, do mercado de serviços médicos, cuja especialidade médica pode ser compreendida como uma forma de segmentar o mercado de serviços ofertados a fim de diminuir a concorrência entre os pares (COELHO, 1999). Não obstante, entendemos que a especialidade médica é um campo de saberes que compreende práticas próprias, representações, procedimentos, linguagens específicas, modos de agir, códigos de conduta, objeto próprio e autônomo, grupos de autorregulamentação que pressupõe a formação de problemas próprios pertencentes a ela, de monopólios, e de agentes legitimadores e legitimados, que procuram gerar sua própria regulamentação e fomentar um objeto específico que a diferencie dos demais membros do campo médico.³³⁶

A pediatria foi uma especialidade que nasceu no decorrer da segunda metade do século XIX e era caracterizada por uma peculiaridade que, segundo Júnia Pereira (2006),

³³⁶ Me inspiro a partir das leituras dos autores: Coelho (1999), Pereira (2001), Starr (1991) e Pereira (2006)

fez com que “a pediatria não surgisse como uma medicina voltada para doença ou uma parte do corpo (como a oftalmologia e a ortopedia, por exemplo) mas para uma idade de vida”, sendo assim, “não segmenta o corpo, mas pensa o corpo infantil em sua singularidade e diferença em relação ao corpo adulto” (PEREIRA, 2006: p. 5) Entretanto, a peculiar medicina especializada nos cuidados de uma idade específica do desenvolvimento humano, a pediatria, não pode ser entendida como processo natural do desenvolvimento da medicina, pois, de acordo com a autora, esta especialidade “foi resultado de experiências sociais, culturais e políticas vivenciadas no país entre finais do século XIX e início das primeiras décadas do XX, em diálogo com as transformações pelas quais já vinha passando a medicina europeia e em confronto com as experiências pelas quais passariam as instituições de formação e da atuação do médico no Brasil” (PEREIRA, 2006: p. 14). Dessa forma, a pediatria surgiu a partir de transformações consoantes no campo médico, principalmente como fruto das novas formas de entender e de perceber a infância. De acordo com a autora, ao analisar o argumento dos pediatras brasileiros ao procurarem demonstrar as especificidades das faixas etárias que compreendem o próprio desenvolvimento humano, caminho que promoveu a afirmação social e profissional da pediatria - o pediatra demonstrava também que estava frente a um novo problema médico - de forma que, ao contrário das demais especialidades, como a ortopedia ou fisiologia, o pediatra não estaria reduzindo o seu objeto de estudo a uma parte do corpo humano ou a alguma nosologia. Assim,

Os argumentos de pediatras indicam que, em seu momento de afirmação profissional e social, ao fazer uma opção por uma faixa etária, a pediatria não estaria reduzindo o objeto de estudo e ação prática a uma parcela menor da totalidade dos processos de diagnóstico e de terapêutica. Pelo contrário, estaria anunciando uma nova semiologia, uma nova terapêutica e novos objetos na formação médica, ao trazer à baila o que seriam as peculiaridades da infância frente às doenças e o que seriam as posturas diferenciadas dos médicos (de crianças e não de adultos) em situações de atuação profissional. (PEREIRA, 2006: p. 57).

Dessa forma, era necessário entender a infância como um espaço de vida que se inicia imediatamente após o nascimento e que tem suas peculiaridades, seus cuidados próprios, seus agentes médicos próprios, cuidados específicos que, por sua vez, a clínica de adultos não era capaz de ofertar.

A pediatria ganhou uma grande relevância social quando formou seu objeto de intervenção primordial: a criança doente. Segundo a autora, o desenvolvimento da

estatística e sua consequente utilização para obtenção dos dados sociais revelavam os altos números relacionados ao problema do óbito infantil o que demonstrava um grande entrave para o desenvolvimento das sociedades. Coube aos médicos pediatras elencar as doenças infantis como centralidade do saber e de suas respectivas atuações profissionais, e, desta forma,

no processo de singularização de seu saber, a pediatria, ao fazer opção pela medicina de doenças, o fazia num contexto de demarcação de um território em que o saber técnico não poderia atributo de outros agentes sociais. Esse recurso permitiu à pediatria reservar a doença infantil a um território de saber exclusivo de pediatras, transformando em leigos os outros agentes sociais e disponíveis no mercado de cura, como os parteiros/as, enfermeiros/as e obstetras, bem como todos os outros médicos, não especialistas (PEREIRA, 2006: p. 65).

Concomitante ao processo de vincular a criança, sobretudo a criança doente, à tutela de seus saberes, práticas e representações, os médicos pediatras também deslegitimavam os agentes terapêuticos práticos que historicamente dominavam o campo de assistência infantil, como as parteiras, as obstetras, e procuravam colocar a família, sobretudo a mãe, dentro das balizas da pediatria “a quem [a mãe] deveria confiar inteiramente suas dúvidas e a quem deveria recorrer sempre em caso de perigo, doença, dor ou mesmo em momento de anseio por aconselhamento” (PEREIRA, 2006: p. 81).

Como se viu, o currículo das disciplinas ofertadas pela Faculdade de Medicina de Belo Horizonte procurou realizar um movimento vertical na formação de médicos especialistas ao longo das duas décadas após o nascimento da Faculdade. A disciplina de pediatria começou a constar na grade de matérias oferecidas em 1916 a partir do sexto ano de curso e, dois anos depois, em 1918, a cadeira se desdobrou em duas outras. A tendência à formação de médicos especializados norteou as instituições de ensino, e foi entre o período dos anos 30 e 50 do século XX que houve uma expansão do médico de perfil especialista no Brasil – como se viu em outras páginas, fruto do incentivo das reformas de ensino durante a Era-Vargas e das novas concepções que giravam em torno do médico especialista. No que tange à pediatria especificamente, a especialidade seguiu o caminho de expansão das demais, e foi no momento em que demarcava seu campo de atuação e se consolidava como disciplina acadêmica que conheceu a proliferação de sua produção científica e sua difusão social. A proliferação da pediatria foi resultado de um longo processo histórico que estava em curso no Brasil desde o século XIX, culminando

na criação de consultórios médicos especializados no atendimento à infância, na criação de instituições próprias para cuidado com crianças, como os lactários, os dispensários, os hospitais especializados e as policlínicas que serviam com um duplo fim: ofertar cuidado à criança e à família, bem como lugares para o aprendizado médico (PEREIRA, 2006: p. 91-111).

Ao mesmo tempo em que ocorria o processo de criação de instituições específicas para o cuidado da infância doente, os médicos pediatras investiram também na criação de jornais leigos que pudessem ser facilmente lidos e de amplo acesso às mães e às famílias. Neste sentido, alguns dos médicos que fundaram a CMC em junho de 1935 criaram, como vimos no capítulo anterior, um periódico intitulado *O Bebê*, que tinha como fim “instruir as mães” com publicações que visavam “conselhos uteis às mães”, a “educação materna”, uma correta alimentação aos filhos, além da indicação profissional de médicos e manuais de medicina para aquisição das mães.³³⁷ Para além da criação do periódico, é interessante ressaltar que, a partir da leitura do jornal *O Bebê*, percebemos que os médicos da CMC estavam em contato e atentos às transformações sociais em torno da criança e da especialidade pediátrica. Um exemplo disso é a transcrição trazida na 4ª página da Declaração dos Direitos da Crianças, firmada na Convenção de Genebra datada de 26 de setembro de 1924.³³⁸ Segundo a publicação, a criança era amparada por cinco direitos:

1º À criança devem ser dados todos os meios necessários ao seu completo desenvolvimento physico como intellectual;

2º A criança que tem fome deve ser alimentada; a criança doente deve ser tratada; a criança retardada deve ser assistida; a criança delinquente deve ser corrigida; ao orphão e ao desamparado devem ser dado abrigo e soccorro;

3º A criança deve ser sempre, em caso de perigo, soccorrida em primeiro logar;

4º À criança devem ser facilitados todos os meios de ganhar a vida e ser protegida contra as explorações;

5º A criança deve ser educada na convicção de que todas as suas aptidões devem ser consagradas aos seus semelhantes.

³³⁷ Periódico: O Bebê. Ano 1, número 2. Data: 2 de março de 1935. Pág.: 1 e 6. Disponível para acesso: http://linhares.eci.ufmg.br/ln2_infofasc.php?status=2&jornal_id=34&jornal_ano=1935&jornal_pag=0&jornal_pi=0&jornal_pf=0&ji=29&jl=14&jornal_data=19350302. Acessado dia: 31/05/2019.

³³⁸ Periódico: O Bebê. Ano 1, número 2. Data: 2 de março de 1935. Pág.: 4. Disponível para acesso: http://linhares.eci.ufmg.br/ln2_infofasc.php?status=2&jornal_id=34&jornal_ano=1935&jornal_pag=0&jornal_pi=0&jornal_pf=0&ji=29&jl=14&jornal_data=19350302. Acessado dia: 31/05/2019.

O periódico ainda trazia na suas duas últimas páginas um grande artigo assinado pelo dr. Moncorvo Filho, intitulado *ABC das mães*. O artigo havia sido produzido para ser lido pelo público leigo e trazia 23 conselhos que iam das letras A à Z, neles havia instruções sobre alimentação, bons costumes de higiene e hábitos das crianças.³³⁹ Entretanto, o que nos vale destacar aqui é a influência e os pares médicos que os profissionais da CMC procuravam elencar para construir seus argumentos de autoridade e demonstrar suas influências. O dr. Moncorvo Filho³⁴⁰ era um conhecido pediatra da Capital Federal e filho de um dos principais pediatras brasileiros responsáveis pela criação de instituições de saúde específicas para cuidado de crianças (PEREIRA, 2006: p. 101-110). De acordo com Maria Martha Freire, o dr. Moncorvo Filho era um médico que unia sua prática profissional e as defesas dos princípios científicos (seja em prol do higienismo ou em prol da educação da prole) à filantropia/caridade, criando o que o próprio médico denominou de *caridade científica*. A publicação transcrita pelos médicos de Belo Horizonte revela potencialmente a similaridade existente entre os profissionais da capital do estado mineiro com o da capital carioca que tinha na defesa dos princípios médicos/científicos e na práxis caritativa o modo de exercer a medicina.

A relação entre o professor Melo Teixeira e os médicos da CMC certamente ultrapassou as fronteiras da Universidade e a inclinação para a especialidade pediátrica, e influenciou também na luta política profissional que esses médicos travariam no Sindicato Médico de Belo Horizonte. Vale agora lembrar que Melo Teixeira foi um dos fundadores do Sindicato Médico de Minas Gerais, juntamente com demais professores da Faculdade de Medicina, além disso, foi também o primeiro presidente do Sindicato até ser justamente substituído pelo grupo médico fundador da CMC, a partir de 1939. Em seu tempo de presidência (1934-1939), o Sindicato de Médicos de Minas Gerais orientou suas publicações e seu incentivo à militância em torno das pautas da regulamentação do mercado de serviços da área da saúde, regulamentação das profissões e dos sindicatos. Tratava-se, neste contexto, do início das políticas trabalhistas e sindicalistas da Era Vargas. O grupo de médicos que assumiu o Sindicato logo após a gestão de Melo Teixeira - membros e fundadores da CMC, os drs. Paulo de Souza Lima, Pêrsio Pereira Pinto,

³³⁹ Periódico: O Bebê. Ano 1, número 2. Data: 2 de março de 1935. Pág.: 5 e 6. Disponível para acesso: http://linhares.eci.ufmg.br/ln2_infofasc.php?status=2&jornal_id=34&jornal_ano=1935&jornal_pag=0&jornal_pi=0&jornal_pf=0&ji=29&jl=14&jornal_data=19350302. Acessado dia: 31/05/2019

³⁴⁰ FREIRE, Maria Martha de Luna. Quando a caridade encontra a ciência: um olhar sobre a trajetória do dr. Arthur Moncorvo Filho. In.: SANGIARD, Gisele [et. al.] – Filantropos da nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

Mário Vaz de Melo, José Amaral Castro - o fizeram em outro contexto de militância profissional. Assim, não mais se limitavam a militar pela regulamentação legal dos serviços à saúde ou pela regulamentação profissional, agenda conquistada pelos médicos nos primeiros anos da década de 30. A pauta que norteava a ação sindical a partir de 1939 circulava em torno da garantia da autonomia financeira à classe médica, da aposentadoria e da realização de jornadas médicas na capital do estado.

Todos os médicos da CMC dedicaram-se à clínica, quase sempre constituindo consultório particular, conciliando a clínica particular com alguma outra atividade, seja dedicada à vida acadêmica, como foram Berardo Nunan e Hilton Rocha, ou à clínica privada com o atendimento em hospitais. No geral, era recorrente aos médicos de Belo Horizonte utilizarem-se dos periódicos que circulavam na cidade para anunciarem a oferta de seus serviços médicos. Dessa forma, para constituir individualmente os passos profissionais dos Médicos Católicos, foi feita uma pesquisa arquivística em dois sentidos que se encontram no interesse de constituir a carreira e os modos como os médicos da CMC exerceram a medicina. No primeiro momento, foram levantados os anúncios médicos publicados na sessão destinada ao *Indicador Profissional* do jornal católico *O Diário* entre os anos de 1935 ao início da década de 1940, com o objetivo de acompanhar e perceber as características, bem como compreender as mudanças e nuances dos enunciados de prestação de serviço médico. O segundo caminho seguido foi uma pesquisa nominal realizada no acervo disponibilizado na Hemeroteca Nacional, acervo este composto por uma ampla coleção de jornais que circulavam em Minas Gerais no decorrer do século XX. Esta pesquisa procurou destacar a atuação dos médicos fora dos limites geográficos de Belo Horizonte, bem como o estabelecimento de redes de contato e demais informações sobre os médicos da CMC.

A partir do entrecruzamento dos dados obtidos foi possível traçar os tipos de trajetórias profissionais construídas pelo médicos fundadores da CMC. Foi possível também perceber que a maioria deles, muito embora não fossem naturais de Belo Horizonte, permaneceram e procuraram desenvolver suas carreiras profissionais na capital. Dessa forma, dos 24 médicos fundadores da CMC, ao menos 19 permaneceram e trabalharam em Belo Horizonte após o término da graduação. O médico Antônio Nunes

Carvalho voltou à sua cidade natal, Araguari³⁴¹. Antônio Paulo Ximenes de Moraes³⁴² se mudou para Patos de Minas, José Mariano se tornou professor e participou da fundação da Faculdade de Medicina de Juiz Fora³⁴³, Tupy Coutinho renunciou à vice-presidência da CMC por motivos de mudança da capital, e Victor Lacombe, que mesmo tendo anunciado seus serviços médicos em Belo Horizonte em 1935,³⁴⁴ não foi encontrada nenhuma outra referência sobre ele. As referências encontradas sobre estes últimos quatro nos levam a crer que, embora não se descarte a possibilidade de terem vivido e/ou trabalhado em Belo Horizonte por algum momento, foi em outras cidades que desenvolveram a principal parte de suas vidas profissionais.

Sobre o médico Victor Lacombe, encontrei apenas três anúncios que datavam dos meses de abril, maio e junho do ano de 1935. De acordo com o enunciado, o médico era especialista em ginecologia e obstetrícia e atendia na Avenida Rio de Janeiro, nº 451. O médico Berardo Nunan, em 1935, um ano depois de colar grau, atendia como pediatra no Edifício Haas³⁴⁵, e, a partir da década de 40, o médico começou a atender no Edifício Queluz que se localizava na Rua São Paulo, 692.³⁴⁶ Era nesse mesmo endereço que os também médicos pediatras Acácio Correa Dolabela e Francisco de Souza Lima realizavam seus atendimentos clínicos privados.³⁴⁷ Francisco de Souza Lima³⁴⁸, em 1935, pouco mais de 2 anos depois de colar grau, atendia em consultório privado que se

³⁴¹ Biblioteca Digital da Fundação Biblioteca Nacional. Documento: Secção Livre – Agradecimento. Jornal Triangulo – 12/03/1939, Edição: 484. Pag.7.

³⁴² "Trabalhou no Hospital Regional Antônio Dias, primeiro na enfermaria de homens. Posteriormente conseguiu instalar um pequeno laboratório de análises clínicas e fazer funcionar o arcaico aparelho de raios – x, único da região. Foi diretor da instituição de 1965 a 1968. Como um dos sócio-fundadores do Hospital e Maternidade Nossa Senhora de Fátima, em 1958 implantou e manteve o laboratório de patologia clínica até seu afastamento, em 1981." (RIBEIRO, Giovanni Roncalli Caixeta. Contribuição à História da Medicina em Patos de Minas: das origens até 1950. Revista Alpha, UNIPAM (9):67-81, nov. 2008).

³⁴³ Biblioteca Digital da Fundação Biblioteca Nacional. Documento: *20 milhões de cruzeiros para a instalação da Faculdade de Medicina de J. Fora*. Jornal: Folha Mineira – 8 de maio de 1952. Biblioteca Digital da Fundação Biblioteca Nacional. Documento: *Funcionará este ano a Faculdade de Medicina de Juiz de Fora*. Jornal: Folha Mineira – 5 de janeiro de 1953 – ed. 1648.

³⁴⁴ Foram encontrados anúncios do médico nos meses de abril, maio e junho do ano de 1935. Arquivo da Pontifícia Universidade Católica, Periódico: O Diário.

³⁴⁵ Foi encontrado anúncios do médico nos meses de abril, maio e junho do ano de 1935. Arquivo da Pontifícia Universidade Católica, Periódico: O Diário.

³⁴⁶ Berardo Nunan – Alimentação e doenças de crianças – Cons.: Ed. Queluz, Rua S. Paulo, 692 – 2º Andar, das 3 às 6. Arquivo Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais - Periódico: O Diário - Data: maio de 1941.

³⁴⁷ Arquivo Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais, Periódico: O Diário Data: 10/5/41 p. 7 e Arquivo Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais - Periódico: O Diário - Data – 3/9/1940 – p. 5

³⁴⁸ Arquivo Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais - Periódico: O Diário - Data – 3/9/1940 – p. 5

localizava no prédio Palacete Viaducto, sala 108, e em setembro de 1940 começou a clinicar no Edifício Queluz, local que permaneceu por pelo menos dois meses, até se mudar novamente, agora para o Edifício Monte Santo, na rua Tamoios, nº 522. Paulo de Souza Lima, irmão dos também médicos Francisco de Souza Lima e Theophilo de Souza Lima, especialista em doenças pulmonares, atendia no mesmo Edifício Queluz, localizado na Rua São Paulo, nº 692³⁴⁹, local onde também atendiam seus colegas de Corporação e por lá trabalhou até se mudar para o Edifício Monte Santo, na rua Tamoios nº 522.³⁵⁰ De acordo com os anúncios de indicadores profissionais, o médico Deodoro Barcelos Correa era especialista em pediatria e ortopedia, e anunciava, em setembro de 1940, que estava clinicando em consultório privado localizado na Avenida Augusto Lima, nº 170³⁵¹, local em que esteve atendendo até novembro de 1940, quando os anúncios de indicadores profissionais informavam que o dr. Deodoro Barcelos Correa começou a clinicar no Edifício Monte Santo, na Rua Tamoios nº 522. De todas as informações encontradas a respeito do local onde prestavam o serviço de clínica privada, consta que apenas os médicos Berardo Nunan, Hilton Rocha, José Pinheiro Chagas Filho e Jayme Eiras Furquim Werneck não seguiram o movimento dos demais membros da CMC. Hilton Rocha e Pinheiro Chagas, em todos os indicadores profissionais pesquisados, sempre aparecem prestando clínica no mesmo local – Instituto de Olhos, Ouvidos, Nariz e Garganta – que era localizado no Edifício Cine-Brasil.³⁵² Sobre Jayme Eiras Furquim Werneck encontrei anúncios de prestação de serviço apenas referentes aos primeiros meses do ano de 1941, sendo que o médico mantinha consultório privado no décimo andar do Edifício Capichaba.³⁵³

A partir da análise dos endereços comerciais dos médicos da CMC, percebemos que até 1940 os médicos ofertavam seus serviços clínicos em consultórios isolados um do outro, no entanto eram endereços muito próximos. Ao que tudo indica, em 1940 uma nova tendência se expressou dentro do grupo: a tentativa de ofertar seus serviços em um

³⁴⁹ Arquivo Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais - Periódico: O Diário - Data, setembro de 1940.

³⁵⁰ Arquivo Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais - Periódico: O Diário - **julho de 1941**.

³⁵¹ Arquivo Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais - Periódico: O Diário – Data **Setembro de 1940**

³⁵² Arquivo da Pontifícia Universidade Católica. Periódico: O Diário, Data: **Abril** de 1935. Arquivo Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais - Periódico: O Diário - Data **Outubro de 1940**, e **Junho de 1941**.

³⁵³ Arquivo Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais - Periódico: O Diário - Data, **maio de 1941**.

mesmo local simultaneamente. Assim, em setembro de 1940, no Edifício Queluz, localizado na rua São Paulo 692, constituíram clínica os médicos da CMC: Berardo Nunan, Acácio Correa Dolabella, Francisco de Souza Lima e Paulo de Souza Lima. Posteriormente, passados apenas dois meses, essa tendência se acentuaria em um novo endereço. Então, em novembro de 1940, com a exceção dos médicos Berardo Nunan, Jayme Werneck, Hilton Rocha, José Pinheiro Chagas e Victor Lacombe – e claro, dos médicos que não montaram clínica em Belo Horizonte – os médicos da CMC se reuniram na Rua Tamoios, nº 522 - em um pequeno prédio de três andares divididos entre os dezesseis médicos, um dentista e um laboratório, sendo eles:

Nome do médico	Especialidade
Paulo de Souza Lima	Doenças Pulmonares
Theophilo de Souza Lima	Operações, vias urinárias e sífilis
Maurilio Soares	Ouvido, nariz e Garganta
Bolivar de Castro	Cirurgião Dentista
Enio Pinto Correa	Cirurgia – Vias Urinárias – Sífilis
Mario Vaz de Melo	Tuberculose e Clínica Médica
Francisco de Souza Lima	Clínica de crianças
Oswaldo Silveira	Doença dos Olhos
João Evangelista do Amaral	Molestia de Senhoras, Parto e Operações
José Ribeiro Filho	Pesquisa Clínica – Laboratório S. Paulo
Paulo Miranda	Clínica Médica e Glândulas de secreção interna
José Amaral Castro	Molestia Interna no Adulto
José Benedito dos Santos	Molestias das Senhoras, Cirurgia e Partos
Levy Coelho R. Filho	Clínico médico cirurgica e urológica
Deodoro Barcelos Correa	Cirurgia Infantil – Ortopedia – Defeitos congênitos e doenças dos ossos e articulações
João de Rezende Alves	Clínica e cirurgia
Pérsio Pereira Pinto	Alimentação e doenças das crianças

Entre os costumeiros anúncios médicos que estiveram constantemente estampados nas páginas do periódico *O Diário*, chama atenção o anúncio feito pelos médicos da Corporação de Médicos Católicos em novembro de 1940. A começar pelo

fato característico de o anúncio profissional dos médicos da CMC estar impresso fora da sessão destinada aos *Indicadores Profissionais*, estando ou na segunda ou na terceira página do periódico e trazendo letras em caixa alta com o nome PROFISSIONAIS Da Corporação de Médicos Católicos em um anúncio que ocupava uma parte considerável da página do jornal católico. Como procuramos demonstrar ao longo deste trabalho, os valores confessionais e profissionais se convergiam e, embora estivessem em diálogo e permeados, os valores técnicos e profissionais predominaram e nortearam a criação da Corporação. Assim, entendemos que a Corporação nasceu de um grupo de médicos muito específico, com características que muito se assemelham, uma vez que todos os membros eram do sexo masculino, pessoas com pouca idade e recém diplomadas, a maioria vindo de fora de Belo Horizonte e que optando por construir seus perfis médicos pelos caminhos da especialidade médica que estava ainda em busca de legitimação e consolidação. Nesse sentido entendemos que os médicos da CMC se organizam em grupo para criar estratégias de defesa profissional, disputa de mercado e ascensão social. Entretanto, a CMC não correspondeu a um grupo homogêneo em que todos os médicos percorreram os mesmos caminhos para a construção de suas respectivas carreiras.

É possível perceber que existiram, ao menos, dois caminhos profissionais primordialmente trilhados pelos médicos da CMC para a construção de suas respectivas carreiras médicas. Vale reafirmar que a tentativa de apreender os caminhos profissionais percorridos por esse médicos, a partir da escolha de características comuns e diferentes, visa compreender os modos de agir e as estratégias profissionais disponíveis e manuseadas por cada um deles e não devem ser vistos como caminhos fechados e inflexíveis, pois antes acreditamos que esses caminhos se entrecruzavam e se permeavam – como, se pretende mostrar. O primeiro caminho partilhado entre os profissionais da CMC, e melhor representado pela trajetória do médico Francisco de Souza Lima e pelos médicos que orbitavam em torno dele, deu-se pela trilha da construção de suas identidades profissionais mais próxima ao mundo católico e à práxis caritativa, ou seja, foram médicos que construíram suas trajetórias em maior diálogo com os anseios vicentinos, exercendo papéis importantes dentro da assistência médica prestada pelos vicentinos, como foi o caso de Francisco de Souza Lima que presidiu a Assistência Médica Vicentina (antes da fundação da CMC), tornou-se o médico responsável pela Cidade Ozanan, presidente da Corporação dos Médicos Católicos, diretor do Hospital São Francisco de Assis e vice-presidente do Conselho Metropolitano da SSVP. O outro caminho

profissional percorrido pelos médicos da CMC pode ser melhor percebido pela análise das trajetórias profissionais dos médicos Hilton Rocha, Berardo Nunan e Jayme Werneck. Todos estes médicos construíram suas identidades profissionais marcadas pela aproximação com o mundo acadêmico, pois se tornaram professores da UMG, criando programas de pós-graduação, buscaram a criação e inserção em Sociedades Profissionais, e participaram de revistas especializadas de Belo Horizonte.

Francisco de Souza Lima, natural do sul de Minas, da cidade de Varginha, formou-se médico em 1932 e exerceu a clínica médica pela especialidade de pediatria. Sua família se mudou para Belo Horizonte, onde seu pai, Luciano de Souza Lima, foi nomeado juiz. Luciano de Souza Lima era vicentino e presidente do Conselho Particular da Sociedade São Vicente de Paulo de Cataguazes, e, em Belo Horizonte, continuou a seguir sua vida religiosa vicentina frequentando o Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo e participando de forma ativa em comissões, como quando, em 17 de fevereiro de 1929, foi membro de uma comissão, juntamente com os confrades Benedicto dos Santos, Vicente Assumpção e João Pinto, que seria responsável por “apresentar, ao Snr. Arcebispo e Consul Italiano, felicitações [vicentinas]” por ocasião de sua visita³⁵⁴. Francisco de Souza Lima herdou do pai a qualidade de vicentino, e a primeira vez que seu nome aparece entre os presentes na reunião do Conselho Metropolitano da SSVP data da quarta sessão de 1928³⁵⁵, que aconteceu no dia 11 de abril daquele ano, quando ainda era um graduando de medicina.

Como se verá no próximo capítulo, o Conselho Metropolitano da SSVP ofertava uma série de serviços caritativos destinados aos pobres de Belo Horizonte. Em reunião que ocorreu no dia 10 de outubro de 1928, o presidente vicentino, Furtado de Meneses, propôs uma reorganização das atividades vicentinas realizadas pelo Conselho Metropolitano dividindo-as em 10 seções.³⁵⁶ Desta forma, a 7ª seção foi destinada à *Assistência Médica*, e, em 19 de junho de 1929, o médico Almeida da Cunha foi nomeado seu presidente³⁵⁷, até, pelo menos, 12 de dezembro de 1932, quando Francisco de Souza

³⁵⁴ Livro de Atas da Sociedade São Vicente 1927-1937, pág. 33. Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo.

³⁵⁵ Livro de Atas da Sociedade São Vicente 1927-1937, pág. 21. Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo.

³⁵⁶ Livro de Atas da Sociedade São Vicente 1927-1937, pág. 26. Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo.

³⁵⁷ Livro de Atas da Sociedade São Vicente 1927-1937, pág. 38. Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo.

Lima aparece como “chefe da assistência médica, da Villa Vicentina e da Creche [Menino Jesus]”³⁵⁸. Data ser exatamente em dezembro de 1932 que Francisco de Souza Lima colou grau em medicina pela Faculdade de Medicina da UMG.

Em 10 de março de 1935, coube ao médico à leitura espiritual³⁵⁹ e no mês seguinte a criação da Conferência S. Luiza de Marilac³⁶⁰, que preparou a criação da Corporação de Médicos Católicos em junho.³⁶¹ Já como presidente da Corporação de Médicos Católicos, a presença de Francisco de Souza Lima – e Delor Luis Ferreira, vice-presidente da CMC³⁶² - nas reuniões do Conselho Metropolitano da SSVP foi quase sempre constante. Dentro do mundo vicentino, Francisco de Souza Lima exerceu diversas atividades, como leitura espiritual, participação em eventos, foi nomeado presidente da Comissão de Obras e Fiscalização da Cidade Ozanam³⁶³, cargo que ocupou até setembro de 1937, quando foi desligado da presidência da Comissão de Obras e Fiscalização da Cidade Ozanam devido a incompatibilidade por exercer a presidência da CMC.³⁶⁴ E, embora tenha deixado de ser presidente da Comissão de Obras e Fiscalização, Francisco de Souza Lima, juntamente com José Ferreira e Benedicto José dos Santos, continuou participando da compra de lotes para a construção da Cidade Ozanam³⁶⁵.

Com a criação da Cidade Ozanam, Francisco de Souza Lima foi o médico responsável pelo atendimento aos pobres assistidos, secretário³⁶⁶ e tesoureiro³⁶⁷ da

³⁵⁸ Livro de Atas da Sociedade São Vicente 1927-1937, pág. 106. Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo.

³⁵⁹ Livro de Atas da Sociedade São Vicente 1927-1937, pág. 162. Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo.

³⁶⁰ Livro de Atas da Sociedade São Vicente 1927-1937, pág. 165. Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo.

³⁶¹ Livro de Atas da Sociedade São Vicente 1927-1937, pág. 167. Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo.

³⁶² Livro de Atas da Sociedade São Vicente 1927-1937, pág. 189. Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo.

³⁶³ Livro de Atas da Sociedade São Vicente 1927-1937, pág. 197. Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo.

³⁶⁴ Livro de Atas da Sociedade São Vicente 1937-1945, pág. 06. Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo.

³⁶⁵ Livro de Atas da Sociedade São Vicente 1937-1945, pág. 23. Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo.

³⁶⁶ Livro de Atas da Sociedade São Vicente 1937-1945, pág. 184. Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo

³⁶⁷ Livro de Atas da Sociedade São Vicente 1937-1945, pág. 186. Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo

Cidade Ozanam, além de ser diretor do Hospital de São Francisco de Assis, a partir de sua fundação em 1935, função que ocupou até seu falecimento.

Em 23 de janeiro de 1940, o Conselho Metropolitano da SSVP de Belo Horizonte recebeu a visita do vice-presidente do Conselho Metropolitano de S. Catarina que viera até Belo Horizonte “estudar em nome do seu conselho o nosso sistema de tratar os pobres que transitavam pelas ruas, principalmente na Cidade Ozanam”³⁶⁸. Foi montada uma comissão chefiada por Francisco de Souza Lima para apresentar as obras vicentinas, em especial o Hospital São Francisco de Assis e a Cidade Ozanam. Por ocasião das enfermidades que vitimavam Furtado de Menezes e levaram-no ao falecimento, foi também constituída uma comissão que tinha Francisco de Souza Lima como médico responsável pelo tratamento do presidente vicentino³⁶⁹. Com a ausência de Furtado de Menezes nas reuniões do Conselho Metropolitano, Francisco de Souza Lima assumiu a condição de secretário³⁷⁰ e, em agosto de 1941, tornou-se vice-presidente do Conselho Metropolitano³⁷¹. Passados dois anos, em maio de 1943, o então presidente do Conselho Metropolitano, Benedito dos Santos, alegando motivos de saúde, licenciou-se do cargo, em face disso foi sugerido o nome de Francisco de Souza Lima, juntamente com o confrade Lafayette de Pádua, para tomar posse da presidência do Conselho Metropolitano³⁷² após falecimento de Benedito dos Santos.

Para a construção da carreira médica, era necessário investir na construção social da imagem do médico, uma necessidade que fazia com que médicos investissem em estratégias de legitimação para além do campo da medicina. Sobretudo se fossem jovens, recém diplomados, vindos de fora de Belo Horizonte e de famílias não tradicionais. Assim, uma série de médicos se juntaram para constituir uma Corporação de Médicos Católicos a fim de firmarem seus lugares no mercado médico e construírem suas carreiras profissionais. Dedicaram-se aos caminhos da clínica médica privada, constituíram consultórios e procuraram exercer a medicina pelo viés caritativo. Neste sentido, observa-

³⁶⁸ Livro de Atas da Sociedade São Vicente 1937-1945, pág. 69. Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo.

³⁶⁹ Livro de Atas da Sociedade São Vicente 1937-1945, pág. 75. Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo.

³⁷⁰ Livro de Atas da Sociedade São Vicente 1937-1945, pág. 71. Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo.

³⁷¹ Livro de Atas da Sociedade São Vicente 1937-1945, pág. 111. Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo.

³⁷² Livro de Atas da Sociedade São Vicente 1937-1945, pág. 173. Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo.

se que Francisco de Souza Lima foi certamente o melhor representante dos médicos que optaram pela construção de suas identidades profissionais em diálogo com o mundo católico, em especial, com a SSVP. Ele representou o modelo mais bem acabado de um médico que fez a opção para construir sua carreira em diálogo com os ideais caritativos vicentinos e com os anseios profissionais de construção da autoridade médica e dos princípios para a consolidação da medicina como detentora dos monopólios curativos do mercado da saúde. Ao realizar a construção de suas respectivas carreiras, optando em assumir determinados modos de exercer a medicina e de agir como médico, ou seja, optando por estarem mais vinculados ao mundo da prática médica distanciando-se dessa forma do mundo da pesquisa e da academia, estes médicos deram preferência a atuar mais próximos ao ‘mundo dos leigos’, criando revistas médicas populares, concedendo entrevistas a jornais religiosos, participando de eventos religiosos e atuando de forma caritativa na CMC³⁷³. Dessa forma, a grande maioria dos médicos da CMC não esteve presente nos meios acadêmicos e nas revistas médicas especializadas que circulavam em Belo Horizonte durante os anos de 1930 e 1940.

Entretanto, percebemos que o caminho de inserção profissional com maior aproximação ao mundo religioso não foi o único disponível e percorrido pelos médicos da CMC. Dentre eles houve também aqueles que percorreram outros caminhos, que construíram suas carreiras profissionais com maior diálogo com o mundo acadêmico, sem contudo deixar de atuar na clínica médica e na CMC para construção de suas identidades profissionais. Entendemos que os caminhos profissionais escolhidos pelos médicos da CMC tratam-se na verdade de caminhos com fronteiras muito próximas que se encontram e entrecruzaram – sobretudo o que era potencializado devido ao amplo trânsito que os agentes realizavam entre a Igreja e a Universidade. Contudo, vale destacar uma hipótese a ser explorada agora e no próximo capítulo: na medida em que determinados médicos da CMC foram adquirindo posições mais relevantes dentro do campo médico, eles foram rompendo a órbita em torno de Francisco de Souza Lima e do Hospital São Francisco de Assis e foram construindo suas identidades profissionais dentro do mundo acadêmico e

³⁷³ Como tenho tentado argumentar, entendo que os caminhos que os médicos da CMC percorreram para criar suas formas de inserção profissional não são opostos e excludentes. No meu entender, estes caminhos dialogam entre si e têm fronteiras fluidas. Assim, como procurei demonstrar, Francisco de Souza Lima construiu sua carreira profissional entrelaçando a defesa dos princípios médicos com um maior diálogo com o mundo católico. Desta forma, vale ressaltar que o próprio Francisco de Souza Lima, no início de sua carreira, no ano de 1934, figurava entre os membros colaboradores da Revista Médica de Minas, revista que tinha o conselho científico correspondente aos professores da Faculdade de Medicina e que gravitava em torno de determinados grupos médicos, dentre eles o Sindicato de Médicos de Minas Gerais.

da Santa Casa de Misericórdia. Nesse contexto, a expressão da ascensão profissional seria justamente esta: constituir posição de relevância no campo médico – perpassando pela caridade para constituir prestígio e clientela - adentrar na universidade e se tornar médico da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte.

Três médicos da CMC se tornaram professores da Faculdade de Medicina, foram eles, Jayme Werneck, Hilton Rocha e Berardo Nunan. Destes três, Jayme Werneck era o único filho de médico e herdeiro de um sobrenome de prestígio em Belo Horizonte. Os outros dois não. Ambos, Hilton Rocha e Berardo Nunan, iniciaram seus estudos na Faculdade em 1928, com 20 e 17 anos respectivamente. Construíram suas carreiras na clínica médica, participaram da fundação da CMC e trabalharam no Hospital São Francisco de Assis. Entretanto, ao contrário de Francisco de Souza Lima, ambos alteraram os modos de construir suas respectivas carreiras médicas, adentraram a universidade, tornaram-se professores e adquiriram posições centrais no campo médico de Belo Horizonte, sendo, cada qual na sua especialidade, referência para os demais médicos.

Vejamos o exemplo de Berardo Nunan, natural de Belo Horizonte, terminou sua graduação em medicina em 1933, e, constava, em 1935, como fundador da CMC. De acordo com o estatuto da CMC de 1936 (Anexo 5), Nunan figurava entre os membros efetivos da Corporação, ou seja, assumia, entre outros deveres, o compromisso de contribuir mensalmente com a quantia 20\$000, frequentar as reuniões, empenhar-se para o desenvolvimento da CMC e tinha o direito de receber financeiramente caso fosse incumbido de realizar algum serviço cobrado. Como se viu nas últimas páginas, Berardo Nunan, assim como os demais médicos da CMC, exerceu a clínica médica particular através da especialidade pediátrica. Em 1935, o médico anunciava seus serviços no consultório que se localizava no Edifício Haas, e, a partir do início de 1941, anunciava seus serviços médicos no Edifício Queluz, localizado na rua São Paulo 692. Juntamente com o consultório, Nunan mantinha serviços de clínica no Hospital São Vicente e no Hospital da Corporação de Médicos Católicos São Francisco de Assis, sendo inclusive o chefe da clínica pediátrica até 1942, quando deixou de trabalhar no hospital.

Berardo Nunan construiu sua carreira conciliando-a com as atividades acadêmicas e da licenciatura. Tornou-se professor da Escola de Enfermagem Carlos Chagas, em 1936, quando ministrou o curso de Higiene Infantil, e entre 1936 e 1939 foi também professor de Higiene e Legislação Farmacêutica na Academia Livre de Odontologia e Farmácia de Belo Horizonte. Em 1942, tornou-se assistente voluntário da cadeira de Clínica Pediátrica

Médica e Higiene Infantil; no ano seguinte, foi aprovado em concurso de Livre-Docência para a referida cadeira. Entre 1943 e 1948 trabalhou em conjunto com o professor Melo Teixeira, assumiu a cátedra de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil em 1949, quando Melo Teixeira se aposentou. Ao contrário dos demais médicos da CMC, Berardo Nunan era presença constante nas publicações das revistas especializadas³⁷⁴, participou de diversas sociedades médicas, sendo que, a partir de 1945, tornou-se membro da Sociedade Brasileira de Pediatria e presidente da instituição em 1956, participou também da fundação da Sociedade Mineira de Pediatria em fins da década de 40 e, em 1950, exerceu a presidência.

A década de 1940 representa o momento de ascensão na carreira profissional de Nunan. Conciliando as publicações acadêmicas, a clínica médica e o atendimento privado, Nunan realizou dois importantes movimentos: primeiro, em 1942 tornou-se assistente voluntário de Melo Teixeira a quem substituiria sete anos depois, tornando-se catedrático da cadeira de Clínica Pediátrica na Faculdade e herdando a cadeira de Melo Teixeira na Academia de Medicina de Minas Gerais. O segundo movimento importante realizado por Nunan em sua carreira foi – simultaneamente a entrada como assistente e depois como Livre-Docente da Faculdade de Medicina – desligar-se do Hospital São Francisco da Corporação de Médicos Católicos e dedicar-se a clinicar no Hospital São Vicente e na Santa Casa de Misericórdia.

Embora Berardo Nunan tenha optado construir sua carreira profissional em maior diálogo com a academia, vale ressaltar que Nunan era, juntamente com Francisco de Souza Lima, Fernando Magalhães Gomes, Mercêdo Moreira, Delor Luiz Ferreira, Rodovalho Mendes e Tupy Coutinho Soares, um dos editores responsáveis pela publicação do jornal “O Bebê”, em 1935, além de ser também membro efetivo da

³⁷⁴ Na Revista Minas Médica foi onde encontrei a maior quantidade de trabalhos produzidos por Berardo Nunan. Ano VI – Maio – Junho de 1939 – nº 34. Título: Contribuição ao tratamento da Amebiose intestinal infantil/ Ano VI – Setembro – Outubro de 1939 – nº 36. Título: Exantema súbito./ Ano VI – Novembro – Dezembro de 1939 – nº 37. Título: As otites silenciosas da primeira infância. / Ano VII – Março – Abril de 1940 – nº 39. Título: Síndromes meningêas purulentas na infância. / Ano VII – Maio e Junho de 1940 – nº 40. Título: Estado Febril Pronlogado em crianças com distonia neuro-vegetativa. / Ano VII – Novembro e Dezembro de 1940 – nº 43. Título: Diagnostico da Giardiose na infancia. / Ano VIII – Março e Abril de 1941 – nº 44. Título: Pitiatismo. Ano XII – Janeiro e Fevereiro de 1945. Nº 62. Título: Distrofia policarencial da segunda infancia. [A partir deste exemplar o nome de Berardo Nunan aparece entre os colaboradores efetivos] / Ano XIV – Janeiro e Fevereiro de 1947. Nº 66. Título: Em tórno de um caso de meningite serosa na criança. / Ano XIV – Novembro e Dezembro de 1947 – nº 67. Título: Nefropatia crônica, besigna na infância. / Ano XV – Maio e Junho de 1948 – nº 69. Título: Aula inaugural da cadeira de clínica pediátrica e higiene infantil da Faculdade de Medicina da UMG – 1948. /Ano XVI – Janeiro e Fevereiro de 1949 – Nº 70. Título: Esplenomegalias na infância.

Corporação e médico do Hospital São Francisco de Assis. Assim percebe-se que a carreira de Nunan iniciou-se como as demais carreiras profissionais dos médicos da CMC e, ao acompanhá-la, podemos perceber como ele foi adquirindo posições de relevância dentro do campo médico. Mesmo não tendo conseguido encontrar nenhum documento que mostrasse efetivamente o local do consultório privado de Nunan – entre 1935 e 1941 –, é possível supor que ele atendesse, pelo menos desde 1940, no Edifício Queluz, localizado na rua São Paulo 692, local este em que os médicos da CMC atendiam através de suas clínicas privadas até todos mudarem efetivamente para o Edifício Monte Santo, localizado na rua Tamoios 522 – em novembro de 1940. Entretanto, mesmo com a mudança do grupo de médicos da CMC, Nunan não alterou seu endereço profissional, mantendo-se, nesse caso, separado dos passos do grupo, pois é possível supor que manteve seu consultório na rua São Paulo, 692.³⁷⁵

Por ocasião da cerimônia de posse na cátedra de Clínica Pediátrica, em 1949, Berardo Nunan fez um discurso no qual rememorava diversos outros médicos e professores que o ajudaram em sua trajetória. Assim, Nunan evoca nominalmente os professores Navantino Alves e Melo Teixeira e também o colega Francisco de Souza Lima e o Hospital São Francisco, recordando “aqueles anos inesquecíveis do meu início de vida profissional [no] São Francisco de Assis, fruto da pertinácia e do esforço de Francisco de Souza Lima”.³⁷⁶ A aproximação entre Nunan e Souza Lima ultrapassou os muros institucionais da Faculdade de Medicina e se consolidou pela prática profissional que ambos desenvolveram juntos. Neste sentido, antes mesmo de Francisco de Souza Lima fundar o Hospital de São Francisco de Assis em 1937, os dois foram assistentes do professor Navantino Alves, em 1930, na policlínica da Santa Casa de Misericórdia. Navantino Alves nasceu em Andrelândia (MG), no ano de 1899, e formou-se médico em 1924 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, onde “exerceu atividades na Clínica Pediátrica do Hospital São João Batista, na Lagoa Rodrigo de Freitas e no Hospital de Pediatria São Zacarias da Santa Casa do Rio de Janeiro, em Botafogo, serviços dirigidos por Calazans Luz” (TONELLI e LAGES, 2017: p. 81). Mudou-se para Minas Gerais em 1927, clinicando em Nepomuceno e depois em Juiz de Fora. Chegou a Belo Horizonte em 1929, convidado pelo provedor Jarbas Vidal Gomes a assumir a pediatria da Santa Casa. “A mesa administrativa da Santa Casa disponibilizou ao pediatra uma sala na

³⁷⁵ Arquivo Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais - Periódico: O Diário - Data: 3/1/1941.

³⁷⁶ Arquivo CEMEMOR. Revista Minas Médica – Ano XVI – Maio – Junho de 1949 – nº 72, p. 134.

policlínica então existente, instalando-se ali o serviço (1930) que teve como primeiro assistente o pediatra Clodoveu de Oliveira e, posteriormente, como internos os universitários Bernardo Nunan, Francisco Souza Lima, Abrahão Salomão, Maria Eulálio Ramos, Ana Cerqueira Ferreira, entre outros” (TONELLI e LAGES, 2017: p. 82). Observa-se, assim, que Francisco de Souza Lima e Berardo Nunan dividiram a experiência de assistentes universitários de Navantino Alves e continuaram trabalhando juntos até, pelo menos, 1938, quando o atendimento clínico da pediatria deixou de ser realizado na Policlínica da Santa Casa e um espaço exclusivo para a clínica pediátrica foi fundado, inaugurando o Hospital de Crianças – Elvira Gomes Nogueira.

Francisco de Souza Lima e Berardo Nunan tiveram uma formação bastante semelhante, mas, em um determinado momento, seguiram caminhos profissionais diferentes. Como se viu, Francisco de Souza Lima entrou na Faculdade em 1927, pertencendo a 16º turma da Faculdade de Medicina, com 18 anos de idade, e se formou aos 23 anos, enquanto Berardo Nunan entrou na Faculdade de Medicina no ano posterior, isto é, em 1928, quando tinha 20 anos de idade, pertencendo a 17º turma, e se formou aos 25 anos. No que se refere às suas respectivas formações, os dois alunos tiveram basicamente a mesma grade curricular e ambos foram alunos do professor Melo Teixeira, e estagiários do médico pediatra Navantino Alves na policlínica da Santa Casa. Ambos os médicos participaram da criação da Sociedade Médica da Creche do Menino Jesus (MARQUES, 2005: p. 123), editaram o periódico O Bebê e, em 1935, fundaram a CMC, momento em que ambos tinham pouco mais de dois anos de graduados.

Com o passar do tempo e do exercício profissional, os médicos foram traçando caminhos profissionais diferentes. Francisco de Souza Lima continuou a investir na construção de sua carreira com um maior entrelaço com o mundo católico, participando cada vez mais e de forma mais ativa do mundo vicentino, sobretudo da ação caritativa tornando-se presidente da CMC, presidente do Hospital São Francisco de Assis e médico da Cidade Ozanam. Construiu sua carreira pelo viés da caridade e em torno dele orbitaram uma série de médicos em busca de ascensão na profissão. Um destes médicos foi Berardo Nunan que, até os anos 40, construiu sua carreira médica pelo viés da caridade, participando da CMC, e foi o chefe da clínica pediátrica do Hospital São Francisco de Assis. Entretanto, a partir da década de 40, alterou o modo de construir sua carreira médica. Desta forma, Berardo Nunan não acompanhou o movimento dos médicos da CMC quando procuraram constituir um lugar onde prestassem o atendimento médico

privado simultaneamente, e optou em continuar com a clínica privada sozinho, no antigo prédio que fora local da CMC, Rua São Paulo, 692. Em 1942, Nunan deixou de atender no Hospital São Francisco de Assis da Corporação de Médicos Católicos, tornou-se Livre-Docente da Faculdade de Medicina e mais tarde catedrático, participando da fundação da Sociedade Mineira de Pediatria. Quando, em 1949, foi empossado catedrático, seu discurso era, de certa forma, a revelação da ascensão que o médico teve em Belo Horizonte. Uma nova fase da carreira de Nunan começava, enquanto que Francisco de Souza Lima consolidava-se como um médico que optou por construir seus caminhos profissionais pelos entrelaços com o mundo vicentino, caritativo e pedagógico. Os caminhos optados pelos médicos não foram antagônicos e/ou excludentes, mas antes foram caminhos que representavam modos possíveis que coexistiram a fim de construir a autoridade médica, de construir suas carreiras e de promover a inserção da medicina na vida social.

Capítulo 5 - A assistência à saúde em Minas Gerais e em Belo Horizonte

5.1 Apresentação:

Em 21 de agosto de 1935³⁷⁷, o então interventor de Minas Gerais, Benedicto Valladares Ribeiro, enviou ao congresso mineiro uma mensagem que tratava de determinados pontos da saúde pública, do atendimento clínico e da assistência à saúde em Minas Gerais. De acordo com a mensagem, Minas Gerais tinha um total de 161 hospitais que disponibilizavam 8.304 leitos, “sendo dos quaes mais de 3.000 leitos eram custeados pelo governo do estado, 1.300 pertencentes a pensionistas, e os restantes correndo por conta da benemerencia pública”.³⁷⁸ Informava ainda que “os hospitaes officiaes são, actualmente, em numero de sete: quatro hospitaes de polyclinica (regionaes) e tres hospitaes para psychopathas.” O interventor mineiro ressaltava que o governo estadual procurava criar uma maior burocratização, ampliar a participação e o controle das instituições de saúde no estado, promovendo a criação de novos órgãos administrativos, como, por exemplo, a criação da Directoria Geral de Assistência Hospitalar em 1933, que substituiu a Inspectoria Geral de Assistência Hospitalar e de Alienados, criado em pelo governo de Olegário Maciel. De acordo com o texto enviado à casa do legislativo mineiro, a mudança do órgão justificava por este estar em maior afinidade com os objetivos do governo estadual que buscava através da Assistência Hospitalar promover e “traçar normas que, postas em prática, dotarão Minas Geraes de um serviço perfeito”.³⁷⁹

O novo órgão criado por Benedicto Valladares, a Assistência Hospitalar, iria, assim, substituir o “anachronico systema de auxilio aos hospitaes do Estado”³⁸⁰, promovendo pelo novo regulamento “fazer uma divisão equitativa das quotas a serem distribuídas, considerando o numero de leitos-dia effectivamente occupados e dividindo os hospitaes em classes, segundo a sua capacidade, aparelhamento e eficiencia dos serviços que pudessem prestar. Assim, o auxilio aos hospitaes, que se fazia ás cegas,

³⁷⁷Arquivo Hemeroteca da Biblioteca Pública de Belo Horizonte. Documento: O Diário, número 167, Data: 21/08/35

³⁷⁸Arquivo Hemeroteca da Biblioteca Pública de Belo Horizonte. Documento: O Diário, número 167, Data: 21/08/35

³⁷⁹Arquivo Hemeroteca da Biblioteca Pública de Belo Horizonte. Documento: O Diário, número 167, Data: 21/08/35

³⁸⁰Arquivo Hemeroteca da Biblioteca Pública de Belo Horizonte. Documento: O Diário, número 167, Data: 21/08/35

passará ser proporcional á classe a que pertenceram, aos serviços prestados effectivamente e á sua renda patrimonial.”³⁸¹ A reformulação da assistência hospitalar mineira seguiria com a criação de órgãos consultivos que fariam o papel de “fiscalização da marcha administrativa dos serviços á Assistencia, foram creados o Conselho Central de Assistência Hospitalar, e os Conselhos Municipaes.”³⁸²

As mudanças mencionadas na mensagem pelo interventor varguista Benedicto Valladares em 1935, em certo grau refletiam as alterações vividas no país após o início da Era Vargas que promovia uma reorganização ministerial e maior intervenção do poder público na constituição de uma agenda social de políticas de saúde. Sob o governo provisório, Vargas promoveu uma reorganização dos serviços de saúde no Brasil expedindo decretos presidenciais para regulamentar a atuação dos profissionais no mercado da saúde³⁸³, realizando uma mudança ministerial ao criar os Ministério da Educação e da Saúde Pública (Mesp) e Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, ambas as pastas com a responsabilidade de orientar ações em saúde. Como explica Fonseca (2007), as primeiras medidas tomadas pelo governo de Vargas

apontavam para o fortalecimento da organização administrativa federal e a adoção de medidas de racionalização na administração, com o objetivo de obter maior economia e eficiência. O Mesp e o MTIC, criados logo em novembro de 1930, foram os carros-chefes desse projeto e indicavam as intenções, por parte do governo, de iniciar pelo setor social as mudanças na esfera administrativa (FONSECA, 2007: p. 115).

O Mesp representou, assim, a primeira pasta ministerial criada com o objetivo de abranger políticas e ações de saúde pública. Segundo Fonseca, embora conciliasse as políticas de ensino com as de saúde, é digno mencionar que o Mesp foi “formado por sete repartições e quatro departamentos nacionais independentes entre si: Ensino, Saúde Pública, Medicina Experimental e Assistência Pública.” (FONSECA, 2007: p. 115). Entretanto, a estrutura dos departamentos foi se modificando nos anos seguintes acompanhando as mudanças na pasta.

³⁸¹ Arquivo Hemeroteca da Biblioteca Pública de Belo Horizonte. Documento: O Diário, número 167, Data: 21/08/35

³⁸² Arquivo Hemeroteca da Biblioteca Pública de Belo Horizonte. Documento: O Diário, número 167, Data: 21/08/35

³⁸³ Refiro-me ao decreto nº 20.931 de 11 de janeiro de 1932.

A maior participação da União na prestação do serviço de saúde dialogava também com a orquestração das secretarias no estado mineiro. Às vésperas da eclosão do golpe de Vargas, o então presidente do estado de Minas Gerais, Antônio Carlos Ribeiro de Andrada, publicou o decreto-lei nº 1147, datado de 6 de setembro de 1930, que promovia uma reforma das secretarias estaduais.³⁸⁴ Foram determinadas quatro secretarias de estado, a saber:

- a) Interior;
- b) Finanças;
- c) Agricultura, Viação e obras Públicas
- d) Educação e Saúde Pública.

Como informa o 2º artigo do decreto nº 1147, a Secretária do Interior, outrora responsável por abranger a Diretoria de Higiene criada em 1910³⁸⁵, passou a ser responsável pelos serviços de Justiça e Segurança Pública, e, de acordo com o 3º artigo do decreto, a recém criada Secretaria da Educação e Saúde Pública ficaria com a responsabilidade de abranger “os serviços relativos à Instrução e Assistência Pública”. Embora o texto seja um tanto quanto genérico, sem especificar os departamentos que formariam a nova secretaria, ao que tudo indica, esta nova secretária absorveu os serviços da antiga Diretoria de Higiene Pública mantendo a estrutura com as antigas repartições e inspetorias (SALLES, 1997: 123-126). A constituição de uma burocracia pública dos serviços estatísticos e a busca pela normatização dos repasses públicos e das normas hospitalares estavam em consonância com os projetos da reformulação do campo da saúde – em âmbito nacional e estadual, vivenciado após os anos de 1930.

No que se refere à atuação do poder público estadual na constituição da esfera da assistência e do socorro à saúde, esta é caracterizada pela participação do poder estadual

³⁸⁴ A reforma das secretarias do estado de Minas Gerais ocorreram a partir da publicação do decreto lei 1147 de 06 de setembro de 1930. A secretaria de Educação e Saúde Pública existiu até 1948, quando o então governador mineiro, Milton Campos, através do decreto-lei nº 152, promoveu o desmembramento desta secretaria e a criação da Secretaria de Saúde e da Assistência. Retirado de: <https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=LEI&num=1147&comp=&ano=1930>. Acessado dia 06/09/2020.

³⁸⁵ Como se pretende mostrar nas futuras páginas, a Diretoria de Higiene foi originalmente criada em 1895 em Ouro Preto e depois extinta em 1897. Voltou a ser recriada apenas em 1910, já em Belo Horizonte. A Diretoria de Higiene esteve subordinada a Secretaria do Interior até 1927, quando esta, depois da Reforma do Regulamento de Almeida Magalhães, passou a estar subordinada à Secretaria de Segurança e Assistência Pública.

em momentos de epidemias e através das vias indiretas. Como explica Marcos Souza (2004), a participação do poder público estadual nas ações de saúde aconteceu sobretudo por vias indiretas, pois assim “o estado parece ter começado a atuar de forma firme na organização da assistência à população e, principalmente, no apoio às instituições privadas, de maneira indireta, auxiliando-as financeiramente a partir da década de dez. Além dessa participação indireta, foram criados na capital alguns órgãos públicos voltados para o projeto de higienizar a cidade e o Estado” (SOUZA, 2004: p. 122).

Este capítulo procura estudar ao longo de suas páginas a formação de estabelecimentos dedicados à assistência à saúde em Minas Gerais e, em especial, em Belo Horizonte. As transformações da assistência em Minas Gerais e em Belo Horizonte puderam ser acompanhadas a partir dos balanços estatísticos oficiais que foram publicados pelo Departamento Estadual de Estatística de Minas Gerais durante a década de 1940. Através da documentação oficial foi possível perceber a dinâmica de crescimento dos estabelecimentos dedicados à assistência, as zonas fisiográficas onde houve maior concentração dos estabelecimentos de saúde, as características assumidas pela assistência institucional mineira, a natureza dos estabelecimentos e as suas entidades mantenedoras – particular ou pública – entre outras informações referentes aos estabelecimentos de assistência à saúde que existiram no estado entre os anos de 1939 - 1946. A partir dos dados consultados para realização deste capítulo, foi possível produzir onze tabelas que nos ajudam a compreender a dinâmica da formação institucional dos estabelecimentos dedicados à assistência à saúde.

Assim, ao detalhar a estrutura assistencial mineira ao longo dos anos de 1939 a 1946, percebemos que a formação da assistência em Minas Gerais seguiu o ritmo do crescimento assimétrico de determinadas zonas fisiográficas em oposição a outras. Enquanto as regiões Centrais, Sul e Zona da Mata concentraram a maior parte dos estabelecimentos de assistência, as demais regiões do estado foram abandonadas e viveram na penumbra. Percebemos também que, embora no período estudado se tenha registrado um crescimento no número de estabelecimentos dedicados à assistência à saúde, este crescimento foi caracterizado por uma concentração desses estabelecimentos nas regiões mais desenvolvidas economicamente do estado. Destaca-se também que durante a Era Vargas registrou-se a proliferação das instituições de caridade em Minas Gerais e em Belo Horizonte.

5.2 – A organização do campo da saúde em Minas Gerais

Como nos explica Bourdieu (2004), a noção de campo social está em consonância com a formação de microcosmos sociais que detêm relativa autonomia dentro da sociedade. Assim, seria possível perceber a formação de diversos campos sociais – tais como campo literário, artístico, científico, etc, - compondo o mundo social, de forma que cada campo social é “o universo no qual estão inseridos os agentes e as instituições que produzem, reproduzem ou difundem a arte, a literatura ou a ciência. Este universo é um mundo social como os outros, mas que obedece a leis sociais mais ou menos específicas” (BOURDIEU, 2004: p. 20). Não obstante, embora os campos sociais sejam entidades autônomas que se autorregulam geridas por leis e regras próprias, há de se destacar que sofrem influências externas ao próprio campo.

O autor francês procura definir que

todo campo, o campo científico por exemplo, é um campo de forças e um campo de lutas para conservar ou transformar esse campo de forças. Pode-se, num primeiro momento, descrever um espaço científico ou um espaço religioso como um mundo físico, comportando as relações de força, as relações de dominação. Os agentes – por exemplo, as empresas no caso do campo econômico – criam o espaço, e o espaço só existe (de alguma maneira) pelos agentes e pelas relações objetivas entre os agentes que aí se encontram (BOURDIEU, 2004: 23).

A disposição dos agentes dentro de seu respectivo campo de atuação está associada à forma da distribuição de capitais dentro deste campo social. Assim, a disposição dos agentes sociais dentro do campo tem a ver com o acesso e manuseio de determinados tipos de capitais que cada membro do campo pôde manusear. Desta forma, um campo social é composto por agentes que estão, em determinado momento, em posições hegemônicas e por aqueles agentes que estão em posições periféricas (BOURDIEU, 2004: p. 25-27). Não obstante, a forma como cada campo social se constrói historicamente e socialmente tem a ver, então, com as disputas realizadas dentro do campo social pelos seus agentes e as interferências externas que aquele campo está suscetível a sofrer (BOURDIEU, 2004: 28).

Como lembra Bráulio Silva Chaves (2011), a constituição do campo da saúde em Minas Gerais não representou um caminho linear, uma vez que oscilou entre dois tipos

de ações: “por um lado, entre uma clara percepção, por parte dos agentes políticos, da necessidade de construção de uma estrutura administrativa de saúde pública e de seu incremento a partir de sua institucionalização; e por outro, ligado ao primeiro, sob o forte temor das ameaças epidêmicas.” (CHAVES, 2011: p. 33). No contexto de nascimento da República, as questões envolvendo a saúde passaram a amalgamar-se aos projetos políticos e às aspirações de desenvolvimento urbano e econômico de Minas Gerais. A medicina, no final do século XIX, vivenciava um crescimento de seu estatuto social e científico credenciados pela revolução da microbiologia. Dessa forma, como explica Chaves (2011), ciência e saúde foram valores assimilados pelas elites políticas mineiras no início do século XX que ajudaram a compor o desenvolvimento regional do estado.

Assim, como ressalta o autor, um marco importante vivenciado neste contexto e fruto das novas concepções em volta da institucionalização da saúde pública no estado aconteceu no ano de 1895, quando se criou um serviço sanitário estadual (CHAVES, 2011: p. 32). Através do decreto-lei nº 144, de 23 de julho de 1895, foi criado em Ouro Preto, à época Capital de Minas Gerais, “um Conselho de Saúde Pública, uma Diretoria de Higiene, uma Delegacia de Higiene e Vacinação e de uma equipe composta por engenheiros, comissários de higiene e desinfetadores” (CHAVES, 2011: p. 32). Como explica o autor,

a diretoria de Higiene desempenharia um papel importante, tanto do ponto de vista da execução de várias medidas relacionadas à saúde pública como no estudo e na profilaxia das doenças. Pode-se dizer que essa foi uma tentativa de colocar o Estado de Minas em sintonia com os novos ditames da saúde pública, baseados no paradigma microbiológico – daí a grande ênfase no estudo, na profilaxia e na ação para debelar as chamadas epizootias, epidemias e endemias. Doenças como febre amarela, difteria, cólera *morbis*, peste, sarampo, escarlatina e febre tifoide também tinha atenção especial pela lei. (CHAVES, 2011: p. 32).

A transferência da capital para Belo Horizonte foi acompanhada da mudança da sede da Diretoria de Higiene da antiga Ouro Preto para a nova capital em 1897. Entretanto, em Belo Horizonte a Diretoria de Higiene teve uma vida curta, pois no ano seguinte, sob alegação de redução dos custos, a Diretoria de Higiene foi extinta (SALLES, 1997: p. 117) e os serviços de saúde ficaram sob responsabilidade dos delegados de higiene e vacinação de cada região (CHAVES, 2011: p. 33). Para a Capital do estado, a

prefeitura criou a seção de Higiene em 1900 que durou até 1919 quando os serviços desta seção foram absorvidos pelas estruturas do estado.

Somente uma década depois de extinta, foi novamente criada uma outra Diretoria de Higiene. Através da lei 452, de 1908, foi proposta a reorganização dos Serviços Sanitários do Estado (SALLES, 1997: p. 117/118). O texto aprovado, datado de 11 de janeiro, só entraria em vigor em 1910 mediante a publicação do Decreto nº 2.733, este texto recriava a Diretoria de Higiene, sendo sua composição formada pelos médicos Zoroastro Alvarenga como diretor, Samuel Libanio como médico-auxiliar e Levy Coelho da Rocha como secretário, e mantendo a Diretoria subordinada à Secretaria do Interior (CHAVES, 2011: p. 33). Além da Diretoria, era criado um laboratório químico de análises, um serviço geral de desinfecção estatística demografo-sanitária e hospital de isolamento. O decreto promoveu também a divisão do território mineiro em três zonas, sendo cada uma administrada por um delegado extraordinário de higiene (SALLES, 1997: p. 117-118).

A fundação das Faculdades de Odontologia, de Farmácia e de Medicina em Belo Horizonte também representaram um importante marco dentro do processo de institucionalização da saúde nas terras mineiras. Como já visto em outras partes deste texto³⁸⁶, a criação de uma faculdade de medicina era uma antiga aspiração das elites políticas mineiras. Com a transferência da capital para Belo Horizonte, e mediante a criação das faculdade de Farmácia e Odontologia, a Faculdade de Medicina foi enfim fundada em 1911.

A expansão de instituições da área da saúde e dedicadas à pesquisa, produção de vacinas e soros continuou a se desenvolver ao longo da década de 1910. Vale mencionar, neste sentido, a criação da primeira filial do Instituto Oswaldo Cruz que aconteceu em Belo Horizonte, no ano de 1907. O médico Ezequiel Dias, concunhado de Oswaldo Cruz, mudou-se para Belo Horizonte em 1905 para se tratar de tuberculose. Na capital mineira, o médico mobilizou interesses políticos, sociais e científicos para criar, juntamente com Oswaldo Cruz, a primeira filial de Manguinhos, fruto da aspiração carregada por Oswaldo Cruz em expandir filiais por todos os estados da nação. Como ressalta Chaves (2011), a filial mineira desenvolveu um importante papel ao atuar como um polo de produção de ciência, conduzindo campanhas de vacinação, além de campanhas profiláticas, e

³⁸⁶ Ver em especial o primeiro, segundo e terceiro capítulos desta tese.

promovendo a realização de congresso. Destaca-se também o papel do próprio médico Ezequiel Dias participando da fundação da Faculdade de Medicina. Assim, como explica Chaves, “o campo médico ganhava em torno da credibilidade de uma filial de Manguinhos em terras mineiras; e as elites produtivas e a própria população preocupavam-se com os acidentes com as cobras e escorpiões. Assim, o Instituto exercia um papel de intervenção na saúde pública, sem perder de vista, nesses primeiros tempos, a pesquisa, assumindo um caráter consultivo significativo em relação ao Estado” (CHAVES, 2011: p. 45).

Merece menção também a inauguração do Laboratório de Análise Química em 1912, como uma das instituições que passaram a compor os serviços de saúde pública do estado. A fundação do Laboratório era prevista desde 1895, e foi retomada em 1910. Como menciona Chaves, a articulação para a criação do Laboratório foi fruto da mobilização de Cícero Ferreira, e exercia as funções de “análises bromatológicas, toxicológicas, judiciárias, agrônômicas e higiene, conforme fossem solicitadas pelo Governo do Estado (Diretoria de Higiene, Delegacias de Policiais, Secretaria de Agricultura), e exames particulares relativos à produção de alimentos e medicamento” (CHAVES, 2011: p. 42).

O final da década de 1910 é marcado por dois importantes acontecimentos. Primeiramente, o estado mineiro foi vitimado pela pandemia de gripe espanhola, e por isso vivenciou o crescimento do número de instituições de assistência, sobretudo, hospitalares. Como se verá a seguir, a década de 1920 foi um momento de criação de novos hospitais na Capital, que contava até 1918 com duas instituições deste tipo (MARQUES, 2011). Outro marco importante vivenciado no ano de 1918 no estado mineiro é a elaboração do Regulamento Sanitário Rural, em junho daquele ano. A elaboração deste Regulamento refletia um contexto de expansão dos serviços de profilaxia rural e a crescente importância do movimento sanitarista no estado.

Como explica Chaves, “o Regulamento deixou clara a tentativa de mapeamento do quadro endêmico mineiro. Os serviços contemplavam a profilaxia das doenças endêmicas ou epidêmicas das zonas rurais, as aplicações de medidas de higiene, a engenharia sanitária, a difusão de preceitos de higiene e a distribuição de medicamentos necessários ao combate às endemias.” (CHAVES, 2011: p. 50). Composto por 82 artigos, o Estatuto dedica-se a estabelecer “a articulação entre os poderes estadual e municipal, considerada vital para determinadas medidas” (CHAVES, 2011: p. 51).

Um novo regulamento foi elaborado em dezembro de 1927. Realizado pelo governo de Antônio Carlos (1926-1930) e conduzido pelo médico Raul de Almeida Magalhães, o novo regulamento foi oficializado pelo decreto nº 8116, publicado em 31 de dezembro de 1927 (SALLES, 1997: p. 123). Com a reforma, o regulamento passou a ser chamado de Regulamento de Saúde Pública que, como observa Chaves (2011), a alteração do nome “mudando a denominação de da Diretoria de Higiene para Diretoria Saúde Pública, denota as mobilizações promovidas por médicos e pelas classes conservadoras tinham cumprido alguns de seus objetivos” (CHAVES, 2011: p. 51). A Diretoria de Saúde Pública foi transferida para as repartições da recém criada Secretaria de Segurança e Assistência Pública (SALLES, 1997: p. 123) e estava incumbida da “educação sanitária, organização estatística, estudo epidemiológico, profilaxia geral das doenças, polícia sanitária das edificações, fiscalização sanitária da produção, inspeção do trabalho operário, fiscalização da atividade médica e das farmácia, inspeção dos imigrantes, profilaxia das intoxicações por drogas entorpecentes, organização de centro de estudos, inspeção das estâncias ou hidromineirais e higiene infantil” (CHAVES, 2011: p. 51).

Durante a década de 1930, a organização da saúde pública passou por novas transformações institucionais. No âmbito nacional, as políticas de saúde sofriam as mudanças promovidas pela criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp) e do Ministério Trabalho, Indústria e Comércio. A redefinição institucional absorvia órgãos outrora criados, como a Departamento Nacional de Saúde Pública, e incrementava uma nova concepção do papel do Estado na fomentação e ação de políticas de saúde pública. Como explica Fonseca (2007), a composição ministerial do Mesp foi transpassada pelas questões políticas partidárias vividas no estado mineiro.

Em outubro de 1930, Minas Gerais era governada por Olegário Maciel³⁸⁷, eleito governador do estado antes da eclosão do golpe militar que resultaria na chegada de Vargas ao poder. Como lembra Fonseca (2007), Olegário Maciel foi o único governador preservado no cargo por Getúlio. O governador mineiro foi um dos principais caciques do Partido Republicano Mineiro a apoiar o golpe da Aliança Liberal e manteve-se fiel a Getúlio até seu falecimento em 1933, mesmo após a eclosão da Revolta Constitucionalista de 1932, que fizera com que importantes lideranças mineiras, como Arthur Bernardes,

³⁸⁷ Olegário Maciel sucedeu Antônio Carlos de Andrada, tomando posse em 7 de setembro de 1930, exerceu o cargo até 5 de setembro de 1933, quando faleceu. Foi sucedido por Gustavo Capanema.

mudassem de lado e apoiassem os paulistas em confronto contra Getúlio (FONSECA, 2007: p. 111).

A manutenção do apoio político de Olegário Maciel à Aliança Liberal foi fundamental para que Minas Gerais ocupasse posições de prestígio dentro da composição dos ministérios varguistas. Como visto em outras partes deste texto, em 1930 foi criado o Mesp cabendo a este ministério o destacado papel de promover uma racionalização dos serviços de saúde e o fortalecimento da organização administrativa federal no setor social. Como lembra Fonseca (2007), entre 1930-1945, o Mesp foi chefiado por quatro ministros, sendo, respectivamente, Francisco Campos, Belisário Pena, Washington Pires e Gustavo Capanema, todos estes mineiros que foram imputados ou demitidos do cargo por afinidade ou disputas com Olegário Maciel. Como explica a autora, a nomeação dos ministros foi caracterizada pela “combinação do jogo político nacional com as disputas regionais” entre as oligarquias mineiras e a busca de apoio pelo governo federal (FONSECA, 2007: p. 114). Para tanto, a nomeação de mineiros como chefes da pasta serviu como uma estratégia de Vargas para angariar ou para acalmar os ânimos acirrados a partir de 1931 e promover uma conciliação entre as elites políticas estaduais de Minas Gerais e nacionais (FONSECA, 2007: p. 110-115).

No que se refere à saúde pública em Minas Gerais durante a década de 1930, vale destacar a mudança promovida pelo então governador Antônio Carlos de Andrada. Através do decreto-lei nº1147, expedido em 6 de setembro de 1930, promoveu-se uma reforma das secretarias do estado, levando a extinção da Secretaria de Segurança e Assistência Pública e promovendo a criação da Secretaria de Educação e Saúde Pública, cabendo a esta nova secretaria absorver “os serviços relativos à Instrução e Assistência Pública”.³⁸⁸ Como explica Chaves (2011), “as décadas de 1930 e 1940 também se caracterizaram por ações mais sistemáticas no combate às endemias e que visavam à educação e ao controle dos hábitos da população da cidade e, principalmente, do interior, por entre as montanhas de Minas Gerais” (CHAVES, 2011: p. 57). Novas mudanças institucionais ocorreriam a partir de 1946 com a chamada Reforma Alvíno de Paula e, em 1948, com a criação da Secretaria de Saúde Pública.

388

Retirado

de:

<https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=LEI&num=1147&comp=&ano=1930>. Acessado dia 06/09/2020.

No que se refere à construção da assistência à saúde, esta se desenvolveu em Minas Gerais a partir de uma participação indireta dos poderes públicos. Como se tem destacado em outras partes deste texto, o poder público formava consórcios com as iniciativas privadas que, mediante a transferência de verbas por meio de subvenções, ficavam com a responsabilidade em ofertar a assistência e o socorro à saúde. A construção da assistência hospitalar em Belo Horizonte teve início em 1896, devido a uma epidemia de varíola que acometeu os trabalhadores da construção civil. Coube à Comissão construir um hospital de isolamento localizado na região oeste da capital para socorrer os trabalhadores. Os serviços hospitalares eram até então ofertados na Santa Casa de Sabará. Ao que tudo indica, o hospital de isolamento teve uma existência efêmera, limitando-se aos serviços durante a epidemia. (Chaves, 2011; Salles, 2009).

A principal instituição hospitalar criada na capital foi o Hospital da Santa Casa de Misericórdia. A iniciativa de construção deste hospital foi lançada em 10 de abril de 1898, pelo Comendador Manoel Marques Leitão (SALLES, 2009: p. 39). A cargo de conduzir a construção do hospital, foi instituído, em 1899, um comitê composto por Cícero Ferreira, Adalberto Ferraz e Francisco Bressane, que ficou responsável pela produção de um estatuto para a instituição (CHAVES, 2011: p. 35). As obras para construção do hospital se iniciaram no dia 16 de julho de 1900, em terreno doado pela prefeitura “constituído pelo quarteirão número 20, da 8º Secção Urbana, com frente para a Praça XV de Novembro (hoje Praça Hugo Werneck), área esta posteriormente acrescida do quarteirão 32, da 12ª Secção Urbana.” (SALLES, 1997: p. 40). Os anos seguintes marcaram o crescimento do Hospital: em 1901 foi inaugurado a enfermaria; em 1903 foi inaugurado o Pavilhão Central; em 1910 inaugurado o Pavilhão Hugo Werneck que era dividido por dois pavilhões, de clínica cirúrgica de mulheres e a maternidade; e em 1911 foi inaugurada a policlínica. (SALLES, 1997: 40-41).

Ainda durante a década de 1910, foram fundadas outras instituições hospitalares na capital: o Hospital de Isolamento, fundado em 1910, o Hospital Militar, fundado em 1914, e a Maternidade Hilda Brandão, fundada em 1916 (SALLES, 1997: 46-48). Entretanto, foi a partir da década de 1920 que houve um crescimento das instituições hospitalares na capital. A pandemia de gripe espanhola vivida na cidade em 1918 promoveu um crescimento no número de hospitais, sendo criados nos anos seguintes o Hospital São Vicente (1921), que viria a ser o Hospital das Clínicas, e outras instituições anexas ao Hospital das Clínicas: “os Hospitais São Geraldo (1920), Borges da Costa

(1922), Carlos Chagas (1939), Bias Fortes (1954) e Maria Guimarães (1945). Destacam-se, ainda, o Hospital São Lucas (1922), o Instituto Raul Soares (1922), o Hospital Maria Amélia Lins (1947) e o Centro Psíquico da Adolescência e da Infância (1947), entre outros” (MARQUES, 2011: 127).

Há de se destacar que todos estes hospitais ficavam localizados na região que atualmente é denominada como área hospitalar. Localizados na região do bairro de Santa Efigênia, nas adjacências do Parque Municipal, dentro dos limites da Zona Urbana da Capital. Como visto em outras partes deste trabalho, a construção de Belo Horizonte ocorreu mediante uma divisão territorial da cidade que seria formada pela Zona Urbana, a região circunscrita à Avenida do Contorno, a Zona Suburbana, a região periférica à Zona Urbana, e a Zona Rural, destinada a criar as colônias agrícolas de abastecimento. Entretanto, a ocupação territorial da cidade não seguiu as lógicas imaginadas pela Comissão liderada por Aarão Reis. Desta forma, Belo Horizonte conviveu com uma ocupação e crescimento que não se ateu às normas estabelecidas pela Comissão, convivendo desde sua fundação com ocupações e moradias desordenadas.

Durante a década de 1920, a prefeitura de Belo Horizonte intensificou o combate e a repressão a este tipo de ocupação: perseguiu as moradias ilegais e clandestinas, destruiu o morro da Barroca e procurou regularizar as ocupações da região nordeste da cidade. Neste contexto, a prefeitura criou, em 1928, as vilas operárias na região nordeste, em especial, a Vila Operária da Concórdia. A expansão da cidade para além dos limites da zona urbana foi acompanhada pela renovação das parcerias firmadas entre a prefeitura de Belo Horizonte e a SSVP.

As parcerias formadas entre a SSVP e a prefeitura de Belo Horizonte para promover a expansão da assistência à saúde na capital acompanharam os caminhos do crescimento desordenado e não planejado da cidade. Nesse sentido, a SSVP recebeu do poder municipal uma série de subvenções e terrenos, na recém criada Vila Operária da Concórdia, para construir uma rede de assistências composta pelos médicos da CMC, Creche e Lactário Menino Jesus, Hospital São Francisco de Assis e Cidade Ozanam. A construção do Hospital São Francisco de Assis fora dos limites urbanos da capital refletia os contornos assumidos pela assistência em Belo Horizonte - como se procura mostrar nesta tese, a assistência à saúde em Belo Horizonte materializou as contradições e ambiguidades do processo de desenvolvimento geográfico e urbano da capital, criando um espaço de exclusão simbólica de acesso ao serviço médico e a determinadas

instituições. O acesso à saúde em Belo Horizonte realizou-se a partir da existência de dois modelos institucionais. O primeiro circuito assistencial manteve-se dentro dos limites da Zona Urbana e tinha na Santa Casa de Misericórdia seu polo irradiador. A Zona Urbana da Capital era circunscrita pela Avenida do Contorno e abrangia, até a década de 1930, todas as instituições de assistência à saúde.³⁸⁹ A expansão da assistência na capital ocorreu mediante o crescimento desordenado da cidade e da intervenção do poder público em transformar determinadas regiões ocupadas sem autorização da prefeitura em Vilas Operárias. O segundo circuito assistencial em Belo Horizonte desenhou-se a partir desta expansão e da parceria firmada entre a prefeitura e a SSVP. Criou-se na região nordeste, em especial na Vila Operária da Concórdia, uma rede assistencial formada pelos médicos vicentinos que operavam a Creche e Lactário Menino Jesus, Hospital São Francisco de Assis e Cidade Ozanam.³⁹⁰

5.3 - A assistência à saúde em Minas Gerais

A partir da tabela 4.1, percebemos a relação entre o número de habitantes do estado mineiro e a quantidade de leitos disponíveis. A partir dos dados transcritos, observamos duas situações: a primeira é que entre os anos de 1939-1946 a quantidade de leitos ofertados para a população no estado mineiro aumentou a cada ano. Esse aumento foi acompanhado pela capital somente a partir de 1941, embora se tenha registrado que a partir de 1939 houve um aumento da quantidade de instituições hospitalares da cidade. Entretanto, enquanto o número de leitos ofertados pelo estado aumentou, o que fez reduzir a relação entre habitante por leito, em Belo Horizonte essa relação oscilou mesmo com o significativo aumento das instituições hospitalares. Essa oscilação numérica está correlacionada ao desenvolvimento urbano de Belo Horizonte que foi potencializado pelos crescentes fluxos migratórios das populações do interior do estado para a capital.

³⁸⁹ Refiro-me às instituições dedicadas ao tratamento de doenças não infectocontagiosas, em especial a tuberculose e a lepra. Pela lógica da época, os leprosários e instituições destinadas à assistência ao tuberculoso seguiam o princípio do isolamento e em Belo Horizonte havia clínicas médicas especializadas no tratamento do tuberculoso fora deste circuito assistencial mencionado.

³⁹⁰ No 5º capítulo retomo esta discussão.

Tabela 4.1 População do Estado, Leitos existentes e Habitantes por leito no Estado e na Capital – 1939/1946

	Estado			Capital		
Ano	População	Leitos	Habitantes por leito	População	Leitos	Habitantes por leito
1939	6.660.991	13.202	505	203.452	2.287	89
1940	7.877.138	14.286	481	214.307	2.272	94
1941	6.976.000	13.848	503	226.027	2.502	96
1942	7.102.000	18.324	387	236.748	2.540	93
1943	7.227.000	19.296	374	249.468	3.351	74
1944	7.351.000	19.832	370	261.190	3.533	74
1945	7.474.000	20.309	368	272.910	3.312	82
1946	7.596.000	22.565	337	284.630	3.163	90

Segundo o documento, em 1946, Minas Gerais tinha uma população estimada de 7.596.000 de habitantes que viviam distribuídos entre os 316 municípios que formavam o estado. Contava, no ano de 1946, com 434 estabelecimentos de assistência a enfermos, que estavam localizados em apenas 180 de seus municípios e que mantinham uma capacidade de internamento com 22.565 leitos. A partir da divisão do território mineiro em Zonas Fisiográficas (tabela 4.2), é possível perceber o processo de difusão e construção da assistência institucional em Minas Gerais. Assim, a Zona do Mucuri era constituída por 16 municípios, a segunda maior extensão territorial do estado mineiro, com área de 60.585 km² e com uma população aproximada de 585.633 habitantes em 1946, e dispunha de 18 estabelecimentos de assistência médico-sanitária, com um total de 337 leitos, o que representava um estabelecimento para 31.424 habitantes, um leito para 1.678 pessoas e um estabelecimento por 3.365 km² de área. A Zona do Rio Doce tinha uma extensão territorial 37.367 km², com uma população de 780.051 habitantes, composta por 23 municípios e dispunha de 27 estabelecimentos de assistência médico-sanitária, com um total de 539 leitos, que representava um estabelecimento para 28.891 habitantes, um leito para 1.447 pessoas e um estabelecimento por 1.383 km² de área. A Zona da Mata foi onde se desenvolveu o segundo maior número de vagas disponíveis para internamento, cujo número de leitos, em 1946, era de 4.413 num total de 80

estabelecimentos, sendo a Zona da Mata composta por 54 municípios e tinha uma extensão territorial de 35.225 km² de área com um total de 1.400.074 habitantes, o que representava o número de um estabelecimento para 17.501 habitantes, um leito para 317 enfermos e um estabelecimento para 440 km². A Zona de Itacambira era constituída por 7 municípios, e tinha uma população estimada, em 1946, em 198.424 habitantes com uma extensão territorial de 38.647 km². Segundo os dados referidos no documento, a Zona de Itacambira era uma das zonas em que a assistência institucional a enfermos se apresentava das mais deficientes, senão praticamente inexistente. A Zona de Itacambira tinha apenas três ambulatórios, os quais, dada a sua natureza, não dispunham de leitos para internamento, apresentando, portanto, um estabelecimento para 66.141 habitantes, 198.424 habitantes sem leitos para internamento e um estabelecimento por 12.882 km². A Zona do Alto Jequitinhonha era composta por 9 municípios sendo que entre estes municípios, quatro contava com sete estabelecimentos de assistência médico-sanitária, representando um total de capacidade de 382 leitos. A população desta Zona era de 322.543 habitantes em uma extensão territorial de 29.830 km², o que representava que para cada estabelecimento existiam 46.078 habitantes, para cada leito, 844, e um estabelecimento por 4.262 km². A Zona Metalúrgica abrangia 37 municípios, incluindo a capital Belo Horizonte. Dentre os 37 municípios, ao menos em 24 deles tinham algum estabelecimento nosocomial. Era nesta região do estado que estavam localizados alguns dos grandes hospitais, com capacidade superior a 500 leitos e de que são dotados os manicômios e as colônias para leprosos, assumindo, por isso mesmo, a Zona melhor aparelhada para atender a assistência a enfermos. Contava com 118 estabelecimentos, dispoendo de 9.005 leitos para uma população de 1.037.960 habitantes dispersos pelos 34.943 km², o que representa um estabelecimento para 8.796 habitantes, dos quais 115 para cada leito existente e um estabelecimento por 296 km². A Zona do Médio São Francisco era integrada por nove municípios, com população aproximada, em 1946, de 302.913 habitantes e que viviam em uma área com extensão territorial de 74.796 km², sendo a maior zona territorial de Minas Gerais. Contava com nove estabelecimentos destinados à assistência a enfermos, os quais dispunham de 121 leitos, o que representava um leito a cada 2.503 habitantes, um estabelecimento para 33.657 pessoas e um estabelecimento a cada 8.310 km². A Zona do Alto São Francisco tinha sete municípios, sendo que em apenas três existiam estabelecimentos hospitalares, que representava a capacidade de internação de 230 leitos para uma população de 178.641 habitantes, distribuídos em 42.868 km² de área territorial. A relação estabelecimento/habitante era

representada por um estabelecimento para 22.330 habitantes, um leito para 777 e um estabelecimento por 5.358 km². A Zona Oeste do estado era considerada uma zona privilegiada por conter alguns grandes hospitais para o tratamento dos leprosos e psicopatas. Abrangia 34 municípios, recenseada com uma população de 687.324 habitantes e de 46.115 km². Contava com 32 estabelecimentos hospitalares e com 2.232 leitos, sendo que revelava ter um estabelecimento por 1.441 km², um leito e um estabelecimento para 308 e 21.479 habitantes, respectivamente. Segundo o relatório, a Zona Oeste, em comparação com as demais zonas fisiográficas, estava representada em segundo lugar quanto à disponibilidade de internamento relativa à população. A Zona do Triângulo Mineiro era composta por 12 municípios, com uma população composta, em 1946, por 289.150 habitantes e de dimensão territorial de 49.810 km². Possuía 28 estabelecimentos de assistência hospitalar, com a disponibilidade de leitos para internamento de 689, o que representa um leito para cada 420 pessoas, um estabelecimento para cada 10.327 habitantes e um estabelecimento por 1.778 km². A Zona do Alto Paranaíba possuía 15 municípios, sendo que em apenas 5 contava com estabelecimento de assistência a enfermos, sendo este um total de 9 estabelecimentos com a capacidade de internação de 451 leitos para uma população, em 1946, no total de 333.132 habitantes com uma extensão territorial de 36.447 km². A relação existente entre habitantes e leitos era representada pela existência de um leito e um estabelecimento para 739 e 37.615 habitantes, respectivamente, e um estabelecimento por 4.049 km². A Zona do Urucuia tinha apenas 4 municípios, representando uma extensão territorial de 52.194 km² e um total de 88.960 habitantes, em 1946. Segundo o documento estatístico, era a única Zona do Estado que não possuía estabelecimentos com ou sem internamento. A última zona fisiográfica era a Zona Sul de Minas Gerais, sendo a zona com maior número de municípios e de população. Em relação ao número de hospitais ocupava o terceiro lugar em capacidade de internamento. Possuía 95 estabelecimentos de assistência a enfermos em 1946, os quais dispunham de 4.166 leitos para um total de 1.411.195 habitantes dispersos em sua área de extensão de 53.276 km², o que representava um leito a cada 339 habitantes e um estabelecimento a cada 14.855, e um estabelecimento por 560 km² (ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA NO ESTADO E NA CAPITAL 1939-1946, 1951: p. 6/7).

4.2 – Tabela relacionando zona fisiográfica com nº de município, extensão territorial, população, nº de estabelecimento e o nº de habitantes³⁹¹

Zonas	Número de municípios	Área (km ²)	População	Número de		Número de habitantes	
				estabelecimentos	leitos	Por estabelecimento	Por leito
Mucuri	16	60.585	585.633	18	337	31.424	1.678
Rio Doce	23	37.367	780.051	27	539	28.891	1.447
Mata	54	35.225	1.400.074	80	4.413	17.501	317
Itacambira	7	38.647	198.424	3	-	66.141	-
Alto Jequitinhonha	9	29.830	322.543	7	382	46.078	884
Metalúrgica	37	34.943	1.037.960	118	9.005	8.796	115
Médio São Francisco	9	74.796	302.913	9	121	33.657	2.503
Alto São Francisco	7	42.868	178.641	3	230	22.330	777
Oeste	34	46.115	687.324	32	2.232	21.479	308
Triângulo Mineiro	12	49.810	289.150	28	689	10.327	420
Alto Paranaíba	15	36.447	333.132	9	451	37.015	739
Urucuia	4	52.194	88.960	-	-	-	-
Sul de Minas Gerais	89	53.276	1.411.195	95	4.166	14.855	339
Total	316	592.112	7.596.000	434	22.565	17.502	337

³⁹¹ Tabela adaptada a partir de ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA NO ESTADO E NA CAPITAL 1939-1946, 1951: p. 7.

A partir dos dados expostos, trazidos pelo relatório do Departamento de Estatística de Minas Gerais, percebe-se que os estabelecimentos de assistência à saúde desenvolveram-se de forma fragmentada e desigual, potencializados pela própria assimetria na formação geopolítica e econômica das zonas fisiográficas, constituindo, desta forma, uma assistência institucional que se caracterizou pela tendência a promover uma centralização destes estabelecimentos em poucas regiões do estado. Como visto no capítulo anterior, o processo de desenvolvimento urbano e de modernização de Minas Gerais potencializou as desigualdades socioeconômicas entre as zonas fisiográficas do estado, e foi exatamente nas zonas fisiográficas mais desenvolvidas do estado, que houve o desenvolvimento e a concentração dos estabelecimentos dedicados à assistência à saúde, tenha sido esta assistência ofertada pelo poder público e/ou privado. Ou seja, o desenvolvimento da assistência ocorreu de uma forma fragmentada pelo território mineiro, acompanhando o contraditório desenvolvimento urbano e econômico do estado na virada e nas primeiras décadas do século XX, concentrando-se nas zonas Metalúrgica, da Mata, Sul e com braços no Triângulo Mineiro, sendo que em cada uma destas três zonas constituiu-se, respectivamente, 118, 80 e 95 estabelecimentos que se destinavam à assistência à saúde e o Triângulo Mineiro que contava com 28 estabelecimentos.

Como exposto pelo relatório estatístico, Minas Gerais contava, em 1946, com 434 estabelecimentos destinados à assistência à saúde – entre estes hospitais, centros médicos, ambulatórios, policlínicas, manicômios etc. Deste total de 434 estabelecimentos, ao menos 293 estavam localizados nas três principais zonas fisiográficas do estado (Zona Metalúrgica, Zona da Mata e Zona Sul), o que representava, aproximadamente, 68% dos estabelecimentos assistenciais. Em se tratando dos leitos ofertados, vemos que Minas Gerais tinha em disponibilidade a oferta de 22.565 leitos, sendo que 17.584 estavam concentrados exclusivamente nas três principais zonas fisiográficas, sendo assim distribuídos entre a Zona Metalúrgica com 9.005, Zona da Mata com 4.413, e Zona Sul com 4.166. Deste total de 22.565, aproximadamente 78% estavam concentradas nestas três principais zonas. Em contrapartida, em seis zonas fisiográficas não existiam mais do que dez estabelecimentos assistenciais, sendo que na Zona Urucaúia não houve nenhuma discriminação sobre a existência de algum estabelecimento.

Ao analisar as zonas fisiográficas com menor número de estabelecimentos assistenciais, percebemos que se trata exatamente dos lugares com menor número de municípios e de menor povoação do estado: Zona Itacambira, composta por 7 municípios

com uma população 198.424, tinha 3 estabelecimentos de assistência à saúde, sendo que não dispunha de leitos para internação; Zona Urucuaia, composta por 4 municípios com uma população de 88.960 habitantes, não possuía nenhum estabelecimento de assistência à saúde; Zona do Alto São Francisco, com 7 municípios com uma população de 178.641 habitantes, possuía 8 estabelecimentos de assistência à saúde; a Zona do Alto Jequitinhonha tinha 9 municípios e uma população superior aos 300 mil, com um total de 322.543 habitantes, configurando a oitava zona fisiográfica mais populosa do estado, entretanto, com apenas 7 estabelecimentos assistenciais, sendo a terceira zona fisiográfica com o menor número de estabelecimentos de assistência à saúde; a Zona do Alto São Francisco era composta por 7 municípios, com uma população de 178.641 habitantes, contava com 8 estabelecimentos de assistência à saúde, e, por fim, duas zonas fisiográficas fecham o grupo das áreas geográficas com o menor número de estabelecimentos de assistência, são elas: o Médio São Francisco e o Alto Paranaíba, ambas com uma grande população, respectivamente, 302.913 e 333.132 habitantes, sendo que cada uma destas regiões possuíam a mesma quantidade de estabelecimentos de assistência, o total 9 para cada. O Médio São Francisco era composto por 9 municípios, enquanto o Alto Paranaíba por 15 municípios. Estas sete zonas fisiográficas com menor número de estabelecimentos dedicados à assistência à saúde representam, entre os 434 estabelecimentos que havia em Minas Gerais em 1946, um total de 34 estabelecimentos, que representava um valor aproximado de 8% do total de estabelecimentos destinados à assistência à saúde do estado de Minas. No que se refere à quantidade de leitos disponíveis, viu-se que no estado de Minas Gerais havia a disposição de 22.565 leitos ofertados à população, enquanto as seis zonas fisiográficas acima citadas são responsáveis pela oferta de 1.184 leitos, o que representava um valor percentual de aproximadamente 5% da quantidade total de leitos ofertados.

A formação da assistência à saúde em Minas Gerais revela um significativo desequilíbrio entre as zonas fisiográficas, e este desequilíbrio refletiu as desigualdades do processo de crescimento populacional e econômico do estado mineiro. Ou seja, as zonas fisiográficas que desenvolveram o maior número de estabelecimentos destinados aos cuidados da saúde foram exatamente as que também representaram as regiões de maior crescimento econômico e maior concentração urbana (Zona da Mata, 54 municípios, Zona Metalúrgica, 37 municípios, Zona Sul, 89 municípios) e, por sua vez, as zonas fisiográficas que tiveram o menor número de habitantes e de municípios foram

exatamente as que também tiveram o menor número de estabelecimentos de assistência à saúde, o que revela um aspecto fundamental da assistência institucional em Minas Gerais: a criação de estabelecimentos públicos e/ou privados que se destinavam à assistência à saúde em Minas Gerais concentrou-se nas áreas de maior número de habitantes e consolidou-se concomitante ao crescimento urbano e à modernização do estado mineiro a partir do século XX vivenciado nas respectivas zonas, tratando, assim, de um fenômeno essencialmente urbano.

De acordo com o relatório estatístico, pela tabela 4.3, é possível perceber o desenvolvimento quantitativo dos estabelecimentos dedicados à assistência à saúde entre os anos de 1939-1946, sendo este período caracterizado pelo documento como o de maior crescimento desses estabelecimentos. Como se percebe na tabela 4.2, em 1939 Minas Gerais tinha um total 307 estabelecimentos, sendo que, dentre eles, 219 totalizavam a quantidade de 13.202 leitos ofertados. Em 1946, o cenário se alterou, sendo registrado em Minas Gerais um total de 434 estabelecimentos cadastrados, destes, 290 possuíam a modalidade de internação, ou seja, possuíam leitos, e era ofertada a quantidade de 22.565. Esses dados representavam um aumento percentual de aproximadamente 41% no número de estabelecimentos de assistência à saúde que foram criados, e em relação aos estabelecimentos de assistência destinados à internação das pessoas, o aumento foi de aproximadamente 32%. Quanto ao número de leitos ofertados em Minas Gerais durante este período, foi registrado um aumento de aproximadamente 70%. Observa-se que este crescimento deve-se, sobretudo, à criação de novos estabelecimentos de saúde com número de leitos superior a cem entre os anos de 1939-1946, como revela a tabela 4.6.

Tabela 4.3 – *Número de estabelecimentos e de leitos existentes no estado – 1939 – 1945.*

Ano	Número de Estabelecimentos		Número de leitos
	Total	Dos quais com internamento	
1939	307	219	13.202
1940	317	226	14.286
1941	339	241	13.848
1942	362	254	18.324
1943	377	262	19.296
1944	407	275	19.832

1945	420	284	20.309
1946	434	290	22.565

A tabela 4.4 refere-se ao número de estabelecimentos criados na Capital do estado mineiro, Belo Horizonte. Segundo os dados referidos no relatório estatístico, Belo Horizonte tinha, em 1939, um total de 39 estabelecimentos destinados à assistência à saúde, sendo que 21 deles eram destinados ao internamento de doentes e disponibilizavam juntos um total de 2.287 leitos. Em números absolutos, em 1946, Belo Horizonte expandiu a quantidade de estabelecimentos de assistência, passando de 39 para 64, o que representava um crescimento percentual aproximado de 64%. No que se refere aos estabelecimentos dedicados à internação, entre 1939-1946, elevaram-se de 21 para 27, o que representou um aumento percentual aproximado de 28%, e a quantidade de leitos ofertados à população passou de 2.287, em 1939, para 3.163, em 1946, o que representava um aumento percentual aproximado de 38%, ou então de 876 novos leitos.

Tabela 4.4 – *Número de estabelecimentos e de leitos existentes na Capital – 1939-1946*

Ano	Número de estabelecimentos		Número de leitos
	Total	Dos quais com internamento	
1939	39	21	2287
1940	39	21	2.272
1941	42	23	2.502
1942	42	23	2.540
1943	45	24	2.351
1944	52	25	3.533
1945	62	27	3.312
1946	64	27	3.163

Segundo o documento, a oscilação no número de leitos em desacordo com o aumento do número de estabelecimentos ocorreu devido às retificações procedidas nos dados do Instituto Neuro-psiquiátrico Raul Soares, pois, segundo consta, o número de leitos, por interpretação errônea do questionário, figurou sensivelmente aumentado em alguns anos da série em estudo (ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA NO ESTADO E NA CAPITAL 1939-1946, 1951: p. 8).

Os dados comparativos entre a assistência hospitalar da Capital e do estado mineiro pode ser acompanhado na tabela 4.5. Como se observa, a relação percentual referente à distribuição espacial dos estabelecimentos de assistência em Minas Gerais mostra que somente Belo Horizonte concentrou cerca de 10% destes estabelecimentos, percentual que se manteve quase inalterado ao longo de 1939-1946, o que sugere que o crescimento do número absoluto de estabelecimentos dedicados à assistência à saúde na capital acompanhou o crescimento do número de estabelecimentos dedicados à assistência à saúde no estado. Quanto ao número de leitos ofertados, Belo Horizonte concentrou uma média de aproximada de 16%, que representa em números absolutos a média de 2.870. Entre 1939-1946, os números relativos a leitos concentrados na capital também se manteve com uma baixa oscilação, sendo que o menor percentual datava de 1942, quando em Belo Horizonte foi registrada a existência de 13,86% dos leitos existentes em Minas Gerais, e o número percentual de leitos mais acentuado datou no ano de 1941, quando foi registrado em Belo Horizonte o percentual de 18,06% dos leitos ofertados no estado. A baixa oscilação deste números, sobretudo nos demais anos de 1939-1946, pode revelar que, assim como o ritmo do crescimento dos estabelecimentos de assistência em Belo Horizonte acompanhou o ritmo do crescimento de estabelecimentos no estado, o mesmo aconteceu com a disponibilidade da oferta do número de leitos destinados à internação.

TABELA 4.5 – Estabelecimentos e número de leito existentes na Capital em relação ao total do estado 1939-1946

Ano	Estabelecimentos			Leitos		
	Total do Estado	NA CAPITAL		Total do Estado	NA CAPITAL	
		Número absoluto	Número relativo (%)		Número absoluto	Número relativo (%)
1939	219	21	9,58	13.202	2.287	17,32
1940	226	21	9,29	14.286	2.272	15,90
1941	241	23	9,54	13.848	2.502	18,06
1942	254	23	9,05	18.324	2.540	13,86
1943	262	24	9,16	19.296	3.351	17,36
1944	275	25	9,09	19.832	3.533	17,81
1945	284	27	9,50	20.309	3.312	16,30
1946	290	27	9,31	22.565	3.163	14,01

Segundo o relatório de estatística, os estabelecimentos de assistência à saúde de Minas Gerais foram divididos em classes mediante a quantidade de leitos disponíveis. Conforme indica a tabela 4.6, seguiram oito divisões de classes. Assim, de acordo com os dados apresentados pelo relatório de estatística, dos estabelecimentos dedicados à assistência à saúde em 1939, sendo o total de 309 estabelecimentos, 219 deles tinham leitos dedicados à internação. Dentre estes 219 estabelecimentos, 65 possuíam até 24 leitos, sendo que esse número aumenta para 92, em 1946. Em relação aos estabelecimentos classificados entre 24 e 50 leitos, havia, em 1939, 71 estabelecimentos, e em 1946 registava-se 86. Da classificação entre 50 e 100 leitos, estavam registrados 66 estabelecimentos em 1939, enquanto que em 1946 esse número passa para 75. Referente aos estabelecimentos que possuíam entre 100 e 200 leitos em 1939, existiam 10 desse tipo, sendo que em 1946 se verifica a criação de 14 novos, o que representou um total de 24 estabelecimentos destinados aos cuidados com a saúde. Entre os estabelecimentos com 200 a 300 leitos, em Minas Gerais, no de 1939 registava-se a existência de apenas 4, e em 1946, 5 estabelecimentos deste tipo. Os estabelecimentos com a quantidade de leitos entre 300 e 400 eram inexistentes em 1939, sendo que em 1946 registrava 2. Segundo o relatório, na classificação entre 400 e 500 leitos, era inexistente estabelecimentos deste tipo em 1939, e somente em 1940 e 1941 é registrada a existência de apenas um estabelecimento, o Leprosário Santa Isabel, localizado em Betim, entretanto nos anos seguintes este estabelecimento eleva seus leitos e passa a categoria dos que possuem mais de 500 leitos. Quanto à categoria de 500 leitos ou mais, havia, em 1939, a existência de apenas 3, número que aumenta para 6 em 1946. De acordo com o relatório, os estabelecimentos que ofertavam uma quantidade maior que 500 leitos eram mantidos pelo governo mineiro, sendo apenas a Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte uma instituição particular que ofertava um total de 613 leitos. Os demais estabelecimentos mencionados são a Colônia São Francisco de Assis, que se localizava em Bambuí, com a disponibilidade de oferta em 996 leitos, o Hospital Colônia de Barbacena, localizado na cidade de Barbacena, com a disponibilidade de 1800 leitos, o Leprosário Colônia Santa Izabel, localizado em Betim, com 1678 leitos disponíveis, o Hospital Colônia Santa Fé localizado em Três Corações, com 1348 leitos e o Hospital Colônia Padre Damião, localizado em Ubá, com 1212 leitos ofertados. No que se refere às instituições que não possuíam leitos, 88 em 1939 e um total de 144 em 1946.

Em números absolutos, a quantidade de estabelecimentos de assistência à saúde em Minas Gerais aumentou em um total de 127 novas instituições, o que representou em números relativos um aumento aproximado de 41% de novos estabelecimentos. Este aumento significativo de instituições foi potencializado principalmente pelo aumento na quantidade de instituições que não possuíam leitos, sendo sobretudo de ambulatórios, enfermarias, centros médicos, o que significou o aumento de 56 novos estabelecimentos desse tipo. Entre as instituições que possuíam leitos destinados à internação, os estabelecimentos com até 24 leitos foram os que registraram um maior número de crescimento absoluto representando um total de 27 novas instituições. Seguido a este tipo de estabelecimento, em relação aos que ofertavam entre 24 e 50 leitos, foi registrado um aumento de novas 15 instituições, em terceiro lugar cresceram as instituições que ofertavam entre 100 e 200 leitos. Em quarto lugar foram criadas 9 novas instituições que possuíam entre 50 e 100 leitos, e 3 novas instituições com mais de 500 leitos, 2 novas instituições entre 300 e 400 leitos e uma entre 200 e 300 leitos. Ao se tratar de números relativos, as instituições que apresentaram entre 1939-1946 um maior crescimento percentual, foram as que possuíam uma quantidade superior a 100 de leitos. Assim, em primeiro lugar estão as instituições que ofertavam entre 300 e 400 leitos, que, entre 1939-1946, registraram um crescimento de 200%, e em segundo e terceiro foram, respectivamente, as instituições que ofertavam entre 100 e 200 leitos com crescimento percentual de 140% e as instituições que ofertavam mais de 500 leitos que representaram um crescimento de 100%. As instituições que possuíam menos de 50 leitos, em termos percentuais, não cresceram 50%. Assim, as instituições com até 24 leitos representaram um crescimento de 41%, enquanto as instituições entre 24 e 50 leitos representaram um crescimento de 21% e as instituições com leitos entre 50 e 100 cresceram 13%. A exceção coube aos estabelecimentos que ofertavam entre 200 e 300 leitos, com crescimento percentual de 25%. Em relação às instituições que não possuíam leitos destinados à internação, registrou-se um crescimento de 63%.

Tabela 4.6 – *Estabelecimentos de assistência médico-sanitária no estado, segundo o número de leitos 1939-1946*

Ano	NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS
-----	-------------------------------

	Total	POSSUINDO									Não possuindo leitos
		Até 24 leitos	+ de 24 até 50 leitos	+ de 50 até 100 leitos	+ de 100 até 200 leitos	+ de 200 até 300 leitos	+ de 300 até 400 leitos	+ de 400 até 500 leitos	+de 500 leitos		
1939	307	65	71	66	10	4	-	-	3	88	
1940	317	61	82	62	14	3	1	1	2	91	
1941	339	67	82	69	15	4	1	1	2	98	
1942	362	72	84	70	17	6	1	-	4	108	
1943	377	76	86	73	16	4	2	-	5	115	
1944	407	92	79	77	15	4	3	-	5	132	
1945	420	93	89	70	18	6	3	-	5	136	
1946	434	92	86	75	24	5	2	-	6	144	

A tabela 4.7 demonstra os estabelecimentos dedicados à assistência à saúde que existiam em Belo Horizonte entre os anos de 1939-1946. Segundo os dados do relatório estatístico, no ano de 1939 a capital do estado mineiro contava com 39 estabelecimentos dedicados à assistência à saúde. Parte expressiva desses estabelecimentos – 17 em números absolutos ou aproximadamente 43% - não possuíam leitos dedicados a internamento. Entre os estabelecimentos que possuíam leitos para internamento, em 1939, estavam assim divididos: 3 estabelecimentos com até 24 leitos, 4 estabelecimentos com quantidade entre 24 e 50 leitos, 7 estabelecimentos entre 50 e 100 leitos, 5 estabelecimentos entre 100 e 200 leitos, 2 estabelecimentos entre 200 e 300 leitos e um estabelecimento que ofertava mais de 500 leitos. Entre os anos de 1939-1946 se percebe um lento crescimento das instituições de assistência, sendo que em 1939 e 1940 a quantidade de instituições se manteve inalterada, passando para o ano de 1941 com a criação de novas 3 instituições, número que se manteve no ano de 1942, e, a partir daí, cresceu de modo contínuo, como se percebe em 1943 com a existência de 45 estabelecimentos, em 1944 o número passou para 52, sendo que entre 1944 e 1945 foi registrado o maior número de crescimento da estatística com a criação de novos 10 estabelecimentos, registrando em 1945 a existência de 62 e em 1946 a existência de 64.

Assim percebe-se que entre os anos de 1939-1946 houve um crescimento da quantidade de estabelecimentos dedicados à assistência à saúde, e esse crescimento foi

potencializado pela criação de novos estabelecimentos que se caracterizavam pela inexistência de leitos, sobretudo, estabelecimentos de tipo ambulatoriais. Este tipo de instituição cresceu de 17 em 1939 para 36 em 1946, o que representou em números percentuais um aumento aproximado de 111%. Entre as instituições que ofertavam leitos dedicados à internação, o maior crescimento registrado foi entre os estabelecimentos que tinham entre 50 e 100 leitos, passando de 7 em 1939 para 11 em 1946, o que representou um aumento de 57%. Outros dois tipos de estabelecimentos também aumentaram entre 1939-1946, trata-se das instituições que ofertavam até 24 leitos e entre 200-300 leitos – ambos os tipos de estabelecimento registraram o aumento de um estabelecimento entre 1939-1946. Em números percentuais, este aumento representou 33% entre as instituições com até 24 leitos e um aumento de 50% entre as instituições que tinham entre 200 e 300 leitos. Outra característica que se observa na capital de Minas Gerais é que entre os estabelecimentos dedicados à assistência à saúde, os que ofertavam 24 a 50 leitos, 100 a 200 leitos, 300 a 400 leitos e mais de 500 leitos não tiveram novas instituições criadas entre estes anos. Ou seja, entre os novos 25 estabelecimentos que foram criados em Belo Horizonte entre 1939-1946, 19 deles, ou aproximadamente 76% das novas instituições de assistência à saúde, foram estabelecimentos sem a disponibilidade de leitos, enquanto apenas 6 estabelecimentos criados ofertavam leitos para internação.

Tabela 4.7 *Estabelecimentos de assistência médico-sanitária, em Belo Horizonte, segundo o número de leitos – 1939-1946*

Ano	NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS									
	Total	POSSUINDO								
		Até 24 leitos	+ de 24 até 50 leitos	+ de 50 de 100 leitos	+ de 100 até 200 leitos	+ de 200 até 300 leitos	+ de 300 até 400 leitos	+ de 400 até 500 leitos	+ de 500 leitos	Não possuindo leitos
1939	39	3	4	7	5	2	-	-	1	17
1940	39	3	2	10	5	1	-	1	-	17
1941	42	4	3	9	5	2	-	-	1	18
1942	42	4	3	10	4	2	-	-	1	18
1943	45	4	3	11	3	3	-	-	1	21
1944	52	7	2	11	4	3	-	-	1	24

1945	62	6	5	9	5	3	-	-	1	33
1946	64	4	4	11	5	3	-	-	1	36

Os estabelecimentos de assistência médico-sanitária eram divididos em quatro grupos distintos a respeito de suas respectivas naturezas: desta forma, a assistência institucional mineira era composta pelos hospitais, pelos hospitais-colônias, as enfermarias anexas a estabelecimentos destinados a outros fins e os ambulatórios médicos. Como se vê na tabela 4.8, em Minas Gerais no ano de 1939 existiam 200 hospitais, 12 enfermarias, 3 Hospitais Colônias e 92 outras instituições descritas como ambulatórios, centros-médicos, postos de saúde etc. Para o mesmo ano de 1939, a capital do estado, Belo Horizonte, descrevia a existência de 20 hospitais, 1 enfermaria e outros 18 estabelecimentos entre ambulatórios, centros, postos de saúde e etc. Ou seja, neste ano Belo Horizonte concentrou cerca de 10% de todos os hospitais existentes em Minas Gerais, porcentagem que foi mantida entre 1939-1946, mesmo havendo uma expansão da quantidade de hospitais no estado. Assim, registra-se em 1939 a existência de 200 instituições hospitalares e em 1946 esse número é de 258, ou seja, um aumento de 29% do total de hospitais. Em Belo Horizonte, no ano de 1939, existiam 20 hospitais, o que representava 10% dos hospitais existentes em Minas Gerais, e em 1946 existiam 26 hospitais, enquanto no estado havia um total de 258 estabelecimento hospitalares, ou, em números percentuais, 10% do total dos hospitais existentes naquele ano em Minas Gerais estavam concentrados em Belo Horizonte. Assim se observa que, entre 1939-1946, embora tenha havido um crescimento do número absoluto de hospitais em Minas Gerais, manteve-se em Belo Horizonte a proporção de 10% das instituições existentes no estado, proporção que se manteve quase inalterada no decorrer dos anos de 1939-1946.

É possível perceber também que entre os estabelecimentos de enfermarias esse número não sofreu alteração nenhuma entre os anos de 1939-1946 na capital, mantendo em todo o período apenas uma enfermaria. No que se refere ao estado mineiro como um todo, a quantidade de enfermarias se manteve também quase inalterada, sendo que nos anos de 1939 e 1940 registrou-se a existência de 12 estabelecimentos deste tipo, em 1941, 13 estabelecimentos, em 1942 voltou a ser novamente mencionada a existência de 12 enfermarias no estado. Nos anos de 1943 e 1944, registraram-se a existência de 13 enfermarias, e no ano seguinte, 1945, a existência de 14 estabelecimentos que voltaram a ser registrado em 1946 com 13.

No que se refere à criação de novos Hospitais Colônias, registrou-se entre os anos de 1939-1946 a criação de novas 3 instituições, que em números percentuais representou um aumento de 100% da quantidade de instituições desse tipo. Entretanto, foram os estabelecimentos divididos entre ambulatórios, centro-médicos, postos de saúde etc. que registraram um maior número absoluto de novos estabelecimentos criados entre 1939-1946. No que refere ao estado mineiro, em 1939 havia 92 estabelecimentos deste tipo, sendo que entre 1939-1946 percebe-se um crescimento constante, e em 1946 é registrado um número de 157 estabelecimentos. Em números percentuais, este aumento representou um crescimento aproximado de 70% no número de instituições existentes no estado. No que se refere especificamente aos dados da capital mineira, vê-se que o crescimento deste tipo de instituição aconteceu de forma gradual e não constante. No ano de 1939, havia 18 instituições desse tipo, o que, em comparação ao estado, representava um valor percentual aproximado de 19%. No ano de 1940 não houve um crescimento no número de instituições desse tipo, enquanto no estado mineiro criaram-se novas 5 instituições, o que fez com que na capital mineira o percentual oscilasse para aproximados 18%. Em valores percentuais, esse número se manteve praticamente inalterado entre 1939-1944 quando passa a registrar um aumento. Assim, em 1945, Belo Horizonte tinha 35 estabelecimentos desse tipo, enquanto o estado mineiro tinha 150, o que representava em números percentuais 23% do total concentrados em Belo Horizonte e, no ano seguinte, em 1946, essa concentração aumentou em Belo Horizonte, quando a capital do estado registrou a concentração de 29% dessas instituições.

A despeito das informações referidas na tabela 4.8, percebe-se que Belo Horizonte concentrou a maior quantidade absoluta de estabelecimentos destinados à assistência à saúde no estado mineiro. Percebe-se também que houve um crescimento em número absoluto da quantidade de instituições de assistência no território mineiro, sobretudo das instituições hospitalares e ambulatoriais, entretanto o ritmo de crescimento das instituições hospitalares em Minas Gerais manteve-se em consonância com o crescimento dessas instituições em Belo Horizonte, o que manteve quase inalterado o percentual de estabelecimentos hospitalares concentrados na capital. No que se refere à criação de novos estabelecimentos ambulatoriais, verifica-se que se mantiveram também concentrados em Belo Horizonte, muito embora tenha havido o crescimento desse tipo de instituição no estado, o percentual destas instituições centradas na capital do estado mineiro registrou um crescente aumento passando de 19% para 29%, ou em números

absolutos passando de 18 para 37 novas instituições que representaram um aumento de 105% em Belo Horizonte, enquanto no estado verificou-se um aumento aproximado 71%.

Tabela 4.8 *Estabelecimentos existentes no estado e na capital segundo a natureza – 1939/1946*

ANO	NA CAPITAL				NO ESTADO			
	Hospitais	Enfermaria	Hospitais Colônias	Ambulatórios, Centros, Postos de Saúde, etc.	Hospitais	Enfermarias	Hospitais Colônias	Ambulatórios, Centros, Postos de saúde, etc.
1939	20	1	-	18	200	12	3	92
1940	20	1	-	18	205	12	3	97
1941	22	1	-	19	219	13	3	104
1942	22	1	-	19	227	12	4	119
1943	23	1	-	21	234	13	5	125
1944	24	1	-	27	246	13	5	143
1945	26	1	-	35	251	14	5	150
1946	26	1	-	37	258	15	6	157

Assim, Belo Horizonte era a cidade mineira que mais tinha hospitais em 1946, com 26 instituições desse tipo. Seguido a capital do estado, está Juiz de Fora, localizada na Zona da Mata mineira, com um total de 9 instituições hospitalares, enquanto Uberaba e Uberlândia, ambas localizadas no Triângulo Mineiro, aparecem descritas com 9 e 7 instituições hospitalares respectivamente. Destaca-se também Barbacena, localizada na região Sul do estado, com certa proximidade à Zona da Mata, que tinha 7 instituições de tipo hospitalar.

Os dados referidos sobre as entidades mantenedoras dos estabelecimentos de saúde mostram uma dominância das entidades particulares sobre os poderes públicos. Como se viu, em Minas Gerais, no ano de 1939, existiam 307 estabelecimentos dedicados à assistência à saúde. Como se demonstra na tabela 4.9, dentro dos estabelecimentos

existentes no estado, a iniciativa de particulares correspondia a 206 instituições, o que representava a porcentagem aproximada de 67%. A divisão das instituições de saúde neste ano revelam que 206 instituições eram de fomento de particulares, enquanto 65 eram estaduais, 20 federais e 16 municipais. Referindo-se ao estado mineiro, a porcentagem de instituições fomentadas pela iniciativa de particulares mantém-se quase inalterável entre os anos de 1939-1946, muito embora seja importante ressaltar que neste período o número absoluto destas instituições tenha sido crescente em todos os anos, passando de 206 instituições em 1939 para 294 instituições particulares em 1946.

As entidades mantidas pelo poder estadual também registraram um crescimento, embora ressalta-se que tal crescimento foi menor se comparado ao crescimento das entidades particulares. Assim, em 1939, no estado mineiro registrava que 101 estabelecimentos de assistência à saúde eram mantidos pelo poderes públicos (municipal, estadual e federal), o que representava aproximadamente 33% dos estabelecimentos existentes no estado, sendo que, em 1946, o relatório registrou a existência de 140 instituições que eram fomentadas pelos poderes públicos. O aumento absoluto do número de instituições mantidas pelos poderes públicos (101 em 1939 para 140 em 1946) foi acompanhado por dois fenômenos. O primeiro, a União manteve entre 1939-1946 um número percentual quase que constante, variando, aproximadamente, entre 6% em 1941 e 7% em 1946. Em números absolutos houve um crescimento do número de estabelecimentos ofertados pela União, passando de 20 instituições em 1939 para 31 instituições em 1946, o que representou um crescimento percentual de 55%. O outro fenômeno que se observa é um aumento no número percentual de instituições sustentadas pelo poder municipal, enquanto que registra-se um declínio no número de instituições sustentadas pelo poder estadual. Ou seja, em 1939, as prefeituras eram responsáveis pela manutenção de 16 estabelecimentos, em 1946 esse número aumentou para 35, o que representou um aumento aproximado de 118%. A manutenção do poder estadual nestas instituições de assistência à saúde seguiu um caminho contrário, pois, enquanto em 1939 o poder estadual mantinha cerca de 21% dos estabelecimentos, em 1946 este número é reduzido para aproximados 17%, o que representou uma redução no número relativo de aproximadamente 20%. Enquanto os estabelecimentos municipais aumentaram de 16 para 35, o número de estabelecimentos mantidos pelo poder estadual aumento de 65 para 74, o que representou um aumento de aproximadamente 13%. Ao que tudo indica, este caminho tem a ver com a forma como se configurou a criação dos novos estabelecimentos

de assistência em Minas Gerais, configurando, como se vê na tabela 4.7, um maior crescimento absoluto no número de Ambulatórios, Centros, Postos de saúde, que eram majoritariamente mantidos pelas prefeituras das cidades mineiras.

Em 1939, Belo Horizonte tinha 39 estabelecimentos de saúde, sendo que 19 destes, o que representa em números percentuais aproximados 49%, eram mantidos por iniciativas particulares. Dentre as instituições de saúde mantidas pela iniciativa de particulares em Belo Horizonte, percebemos que, entre 1939 e 1946, o número absoluto destas instituições segue um crescimento constante, sobretudo a partir de 1941. Os 19 estabelecimentos particulares que existiam em 1939 passaram a ser 29 estabelecimentos em 1946, o que representou um aumento percentual aproximado de 53%. Entre os estabelecimentos fomentados pelos poderes públicos no ano de 1939, ressalta-se que o poder estadual era o que tinha o maior número absoluto de estabelecimentos, 12 no total, e, em número percentual, aproximados 31%. Em segundo lugar, vinha o poder municipal com 6 estabelecimentos sob sua manutenção, ou 15%, e a União em terceiro com 2 estabelecimentos, ou 5%.

No decorrer do período relatado, 1939-1946, percebe-se um aumento no número absoluto de estabelecimentos na capital, passando de 39 para 64. Observamos que se manteve neste mesmo período o predomínio de estabelecimentos fomentados pela iniciativa particular, que em 1939 tinha 19 estabelecimentos e em 1946 possuía 29 estabelecimentos, entretanto, o aumento no número absoluto de instituições particulares não representou um aumento substantivo do número percentual, provocando uma oscilação nestes números que mantiveram a média de instituições particulares aproximada de 50% dos estabelecimentos dedicados à saúde em Belo Horizonte. Entretanto se percebe que, entre os poderes públicos, o número de instituições mantidas por cada parte da federação alterou-se: enquanto, em 1939, a prefeitura de Belo Horizonte mantinha 6 estabelecimentos, o que representava naquele ano cerca de 15% dos estabelecimentos existentes na cidade, em 1946 a prefeitura era responsável pela manutenção de 14 estabelecimentos, o que representava aproximados 22% do número de instituições. O aumento de estabelecimentos mantidos pelo poder municipal representou um percentual de 133% neste tipo de instituição. As instituições mantidas pelo estado eram, em 1939, um total de 12, o que representava naquele ano um percentual aproximado de 31%, enquanto que, em 1946, este número aumentou para 16, entretanto, o número percentual diminuiu para 25% dos estabelecimentos que existiam na capital. Assim,

reflete na capital um movimento percebido em todo o estado: o número de instituições mantidas pelo poder municipal aumentou em números absolutos e percentuais tornando-se maior do que o número de instituições mantidas pelo poder estadual. Outro aspecto a ser ressaltado é o fato de a União ter aumentado os estabelecimento sob sua custódia, de 2, em 1939, para 5 em 1946, o que representou um aumento de 150%. Porém, o aumento da União não produziu uma alteração significativa no número percentual, pois, sob a custódia da União, mantiveram-se entre aproximados 5% em 1939 e 8% em 1946.

4.8 Número de estabelecimentos na Capital e no estado, por entidades mantenedoras – 1939/1946.

NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS										
Anos	TOTAL		ENTIDADES MANTENEDORAS							
	Absoluto	%	Particular		Municipal		Estadual		Federal	
			Absolut o	%	Absolut o	%	Absolut o	%	Absolut o	%
NA CAPITAL										
1939	39	100	19	48,72	6	15,38	12	30,77	2	5,13
1940	39	100	19	48,72	6	15,38	12	30,77	2	5,13
1941	42	100	22	52,38	6	14,29	12	28,57	2	4,76
1942	42	100	21	50,00	6	14,29	12	28,57	3	7,14
1943	45	100	22	48,89	7	15,55	13	28,89	3	6,67
1944	52	100	29	55,77	7	13,46	13	25,00	3	5,77
1945	62	100	32	51,61	13	20,97	13	20,97	4	6,45
1946	64	100	29	45,31	14	21,88	16	25,00	5	7,81
NO ESTADO										
1939	307	100	206	67,10	16	5,21	65	21,17	20	6,52
1940	317	100	215	67,82	17	5,36	65	20,51	20	6,31
1941	339	100	233	68,73	21	6,20	65	19,17	20	5,90
1942	362	100	247	68,23	24	6,63	68	18,79	23	6,35
1943	377	100	255	67,64	26	6,90	70	18,57	26	6,89
1944	407	100	280	68,80	28	6,88	71	17,44	28	6,88
1945	420	100	287	68,33	34	8,10	70	16,67	29	6,90
1946	434	100	294	67,74	35	8,67	74	17,05	31	7,14

Outro dado interessante para revelar a dinâmica da assistência em Minas Gerais, sobretudo em Belo Horizonte, é o levantamento estatístico dos estabelecimentos de assistência sob o ponto de vista da faixa etária do público. A partir da tabela 4.9 podemos perceber que em Minas Gerais havia, em 1939, um total de 307 estabelecimentos dedicados à assistência à saúde. Dividindo esse total de acordo com a faixa etária – o relatório apresenta esta divisão entre crianças e adultos –, percebemos que, do total de instituições, 51 eram dedicados à assistência exclusiva para adultos, enquanto havia 15 instituições dedicadas exclusivamente ao atendimento infantil, e 241 instituições que informavam ser dedicadas ao atendimento de adultos e crianças. Comparando estes números com os dados mostrados para o ano de 1946, percebemos que, neste ano, havia em Minas Gerais um total de 434 estabelecimentos de assistência, enquanto a divisão destes estabelecimentos mostrava que, em 1946, existiam 62 estabelecimentos dedicados à assistência a adultos, 25 dedicados à assistência a crianças e 347 dedicados à assistência a adultos e crianças. Assim se percebe que enquanto a assistência exclusiva a adultos cresceu, entre estes anos, de 51 estabelecimentos para 62, o que representou um aumento de aproximados 22%, os estabelecimentos dedicados à assistência exclusiva à criança aumentou de 15 para 25 instituições, o que representou um aumento percentual aproximado de 67%, e os estabelecimentos que atendiam tanto adultos quanto crianças passaram de 241 instituições para 347, o que em números absolutos representou um total de 106 novas instituições e, em números percentuais, aproximados 44%. Assim, observa-se uma tendência dos estabelecimentos de assistência à saúde em Minas Gerais: ao passar dos anos de 1939-1946, percebe-se que houve uma certa estabilidade na proporção de instituições por faixa etária, ou seja, em 1939, aproximados 17% das instituições existentes em Minas Gerais eram dedicadas à assistência a adultos, enquanto apenas 5% para crianças e 78% eram dedicados à assistência simultânea de crianças e adultos. Em 1946, a proporção pouco se altera, muito embora tenha havido um crescimento geral no número de estabelecimentos: assim, em 1946, aproximados 14% dos estabelecimentos eram dedicados à assistência aos adultos, 6% dedicados à assistência às crianças e 80% eram dedicados à assistência mista de adultos e crianças. Assim, a assistência em Minas Gerais manteve um padrão em seu processo de desenvolvimento: a assistência majoritariamente procurou ofertar no mesmo estabelecimento serviços de atendimento tanto a crianças quanto a adultos.

Belo Horizonte mantém o padrão do estado: em 1939, havia 11 estabelecimentos dedicados à assistência a adultos, 5 dedicados a crianças e 23 dedicados tanto a adulto quanto crianças, e, em 1946, a quantidade de estabelecimentos dedicados à assistência ao adulto sobe para 15, o que representou um crescimento aproximado de 36%, enquanto os estabelecimentos dedicados à criança passaram para 7, o que representou um aumento de 40%. No que se refere às instituições de assistência mista para adultos e crianças, estas passaram, em 1946, para 42, o que representou um aumento aproximado de 83%. Comparando as proporções existentes em Belo Horizonte, havia, em 1939, um total de 39 estabelecimentos, sendo que aproximados 28% eram destinados à assistência a adultos, aproximadamente 13% destinados à assistência a crianças e aproximados 59% eram estabelecimentos destinados à assistência mista de crianças e adultos. Entretanto, em 1946, percebemos que houve um relativo declínio no percentual de instituições destinadas ao atendimento exclusivo de adultos e ao atendimento exclusivo de crianças, passando, respectivamente, de 28% para 23% e de 13% para 10%. Porém, no que se refere ao valor proporcional de estabelecimentos destinados à assistência mista de adultos e crianças, é percebido um relativo aumento, passando de aproximados 59% para 65%.

4.9 Estabelecimentos existentes na capital e no estado, segundo a idade dos enfermos 1939-1946

ANOS	NÚMERO DE ESTABELECIMENTO					
	NA CAPITAL			NO ESTADO		
	Para adultos	Para crianças	Para adultos e crianças	Para adultos	Para crianças	Para adultos e crianças
1939	11	5	23	51	15	241
1940	11	5	23	52	16	249
1941	11	5	26	53	16	270
1942	11	6	25	54	19	289
1943	11	7	27	56	21	300
1944	12	7	33	58	23	326
1945	14	7	41	62	23	335
1946	15	7	42	62	25	347

Muito embora tenhamos realizado um recorte temporal para compreender as características e as dinâmicas da assistência em Minas Gerais, que compreendeu parte significativa da pesquisa, qual seja, os anos de 1939-1946, é possível adiantar-nos no tempo para podermos compreender também as características em torno dos profissionais médicos que atuaram em Minas Gerais e especificamente em Belo Horizonte entre os anos de 1945-1948. Os dados referentes ao cadastro dos profissionais médicos (entre

outros) foram publicados no *Anuário Estatístico de Minas Gerais, Ano III, de 1949*, pertencente ao Departamento Estadual de Estatística de Minas Gerais.

Segundo os dados do Anuário, no ano de 1945, Minas Gerais tinha um total de 1.660 profissionais médicos – o que pode ser visto na tabela 4.10. De acordo com a documentação oficial, dentre estes 1.660 profissionais, aproximadamente 92%, ou 1.539 profissionais, residiam nas cidades. Os demais estavam divididos entre aqueles que residiam em vilas, 101 médicos no total ou 6% aproximadamente, outros 28 médicos viviam na classificação *outras localidades*, o que representava um valor percentual aproximado de 1,6%, enquanto apenas dois profissionais não haviam declarado local de residência. Em todos os anos aferidos pela documentação, observa-se a quase absoluta concentração dos médicos nas cidades do estado. Assim, em 1946, o total de profissionais médicos registrou um aumento de 325 novos profissionais atuando no estado, passando de 1.660 para 1.985, o que representou um aumento percentual aproximado de 20% na categoria médica, sendo que, destes 1.985 profissionais, um total de 1.881 médicos, ou aproximadamente 95%, residiam nas cidades. O número de médicos que viviam em vilas se manteve quase inalterado com 103 profissionais, o que representava um valor percentual aproximado de 5%, enquanto apenas um estava na classificação oficial *outras localidades*. Assim, constata-se que o acréscimo de novos profissionais médicos no estado aconteceu a partir da inserção destes novos profissionais nas cidades, locais onde as condições institucionais e as demandas do mercado eram maiores. Para o ano de 1947, era informado que, em Minas Gerais, havia um total de 1.911. Se comparado ao ano anterior, verifica-se uma oscilação na quantidade de profissionais médicos com a redução de 74 profissionais no estado. Essa redução aconteceu entre os médicos que residiam nas cidades do estado, uma vez que a quantidade destes profissionais – residentes nas cidades – passou de 1.881 para 1.806, e a quantidade dos médicos que viviam nas vilas e *em outras localidades* manteve-se quase inalterada, passando, respectivamente, de 103 médicos para 104 com residência nas vilas e mantendo apenas um *em outras localidades*. Este declínio, porém, não se manteve no ano seguinte. Para o ano de 1948, um aumento na quantidade de profissionais médicos foi registrado, passando de 1.911 para 2.234, o que representou um aumento de novos 323 profissionais, um crescimento percentual aproximado de 17%. Dentre esses 2.234 médicos, um total de 2.121 mantiveram-se nas cidades, o que representava aproximadamente 95%, enquanto que 111 médicos,

aproximadamente 5% deles, viviam nas vilas, e apenas dois viviam *em outras localidades*.

Tabela 4.10 – *Cadastro profissional médico – Referente ao local de residência*

Segundo o local de residência	ANO			
	1945	1946	1947	1948
Em Cidades	1.529	1.881	1.806	2.121
Em vilas	101	103	104	111
Em outras localidades	28	1	1	2
Sem declaração	2	-	-	-
Total	1.660	1.985	1.911	2.234

De acordo com os dados publicados pelo Anuário, foi possível traçar uma relação entre a especialidade médica e o modo de realização do trabalho médico. Assim, segundo as informações oficiais, e como procuramos demonstrar na tabela 4.11, os médicos que trabalhavam no estado foram divididos em três agrupamentos que relacionavam a especialidade e o modo de exercer a medicina. Ou seja, os médicos foram divididos em três agrupamentos que abrangiam, em primeiro, os médicos que se dedicavam à *clínica médica*, em segundo os médicos que se dedicavam à *clínica médica e à cirúrgica*, e em terceiro ao agrupamento *outras*. O primeiro destes agrupamentos demonstra que, em 1945, existiam 1.660 profissionais médicos no estado mineiro, sendo que um total de 1.139 destes profissionais dedicavam-se à *clínica médica*. Assim, de acordo com estes dados, no ano de 1945, aproximadamente 71% da classe médica mineira se dedicava ao atendimento clínico, enquanto outros 450 médicos faziam parte do agrupamento *clínica médico-cirúrgica*. Estes profissionais correspondiam, em 1945, a aproximadamente 27% da classe médica mineira e o terceiro agrupamento, intitulado de *outras*, era composto por 71 profissionais médicos, o que representava um percentual de aproximadamente 4%. Para o ano de 1946, os dados demonstram ter havido, em Minas Gerais, um total de 1.985 médicos atuantes e que, a partir dos agrupamentos organizados de acordo com o modo com que os médicos exerciam a medicina, um total de 1.417 profissionais atuavam na *clínica médica*, o que representava aproximadamente 71% da categoria, sendo que para

o agrupamento de médicos que atuavam na *clínica médico-cirúrgica*, havia sido apontado um total de 462 profissionais, o que representava um total de 23%. Entre os profissionais agrupados na divisão *outras*, o número absoluto demonstrava um total 71 profissionais, o que representava em números percentuais um total de aproximados 4%. Segundo o anuário, em 1947, estavam divididos os médicos mineiros da seguinte forma: um total de 1.402 profissionais foram agrupados entre os profissionais que prestavam *clínica médica*, este número representava um percentual aproximado de 73% dentro da categoria de médicos que atuavam em Minas, os demais profissionais estavam separados nos outros agrupamentos, sendo que 383 profissionais, ou em números percentuais aproximadamente 20% da categoria, eram médicos agrupados na divisão de *médicos clínicos-cirúrgicos*, enquanto que na divisão *outras* foram agrupados um total de 126 médicos, o que representou 7% da categoria. Ao contrário dos demais anos, observa-se que, entre 1946 e 1947, a quantidade de médicos que declaravam atuar nos serviços clínicos e cirúrgicos sofreu uma redução, passando de 462 profissionais para 383, o que representou um declínio de 79 profissionais ou uma redução percentual aproximada de 17%, enquanto o número de médicos agrupados na divisão de *outras* registrou um aumento, passando de 106, em 1946, para 126, em 1947, o que representou um acréscimo de 20 novos profissionais agrupados nesta divisão ou um aumento percentual de aproximadamente 19%. O último ano demonstrado pelo relatório é 1948, e, segundo os dados expostos, a divisão da *clínica médica* compreendia o número absoluto de 1.619 profissionais, o que representava em números percentuais o valor aproximado de 72%. Os demais profissionais estavam divididos entre 466 médicos que prestavam serviços na *clínica médico-cirúrgica*, o que representou neste ano um percentual de 21% da categoria, enquanto que outros 149 profissionais foram agrupados no *outras*, o que correspondia a um total de 7%.

Assim analisados, percebe-se que os médicos que atuavam em território mineiro dedicaram-se, entre 1945-1948, majoritariamente aos serviços clínicos de atendimento, em um contexto em que coexistiam modos clínicos diferentes. A tradicional figura do médico que visitava o paciente em seu domicílio era transformada pela forma moderna, na qual o paciente vai até a clínica privada do médico. Entretanto, em diálogo com Coelho (1999) e a partir das fontes levantadas, é possível perceber que essa transformação não estava ainda concluída, pois, se analisarmos o tempo médio que os médicos da CMC anunciavam estar presentes em seus consultórios privados (cerca de 2 a 3 horas diárias),

é possível que estes médicos ofertavam a opção do atendimento clínico na residência de seus respectivos clientes, sugerindo desta forma uma coexistência dos serviços clínicos tanto realizada no consultório quanto na casa do paciente. Percebe-se também pela documentação que, entre os anos de 1945 a 1948, houve um aumento constante no número total de médicos que atuavam no estado, passando de 1.660 médicos em 1945 para 2.234 em 1948, entretanto, em números percentuais, houve pouca alteração nos agrupamentos sobre os modos como estes profissionais atuavam. Houve um predomínio da *clínica médica* sobre os demais, que manteve, nestes quatro anos, um percentual médio aproximado de 72% dos médicos que atuavam no estado.

Através dos dados da tabela 4.11, podemos perceber também a distribuição dos médicos através de suas respectivas especialidades. Foram elencadas seis especialidades médicas, sendo elas a *cardiológica*, a *dermatológica*, a *endocrinológica*, a *neuropsiquiátria*, a *pediátrica*, e a *tisiológica*, e havia o perfil generalista e uma classificação genérica de *outras especialidades*. Segundo os dados informados para o ano de 1945, temos que dentro da divisão dos médicos que atuavam na *clínica médica*, ou seja, um total representado por 1.139 profissionais, 1.084 eram profissionais descritos como *geral*, o que representava um percentual aproximado de 95% deles. Entre as especialidades médicas que são descritas pelo anuário, aparece apenas na especialidade pediátrica a descrição de 55 profissionais médicos – infelizmente não nominados –, o que representava um total aproximado de 5% do número de médicos que se dedicavam à clínica médica. Em comparação com o ano de 1946, registra-se que havia um total de 1.417 médicos que ofertavam seus serviços pela *clínica médica*, sendo que, entre estes, 1.341 foram profissionais descritos como *geral*, representando um valor percentual aproximado de 95% dos profissionais, enquanto, a exemplo do ano anterior, é descrito para o ano de 1946 apenas a existência de médicos especializados na clínica médica pediátrica, sendo um número de 76 profissionais, o que representava um valor percentual aproximado de 5%. No ano de 1947, tem-se uma alteração na composição dos dados, uma vez que, ao que tudo indica, parece ter havido uma maior preocupação com a descrição das especialidades clínicas. Assim, para o referido ano, foi descrito que, atuando na *clínica médica*, havia um total de 1.402 profissionais, sendo que 1.170 eram descritos como médicos gerais, o que representava um número percentual aproximado de 83%, enquanto os dados referentes às demais especialidades foram descritos assim: clínica cardiológica 22 médicos, clínica dermatológica 27, clínica endocrinológica 4, clínica

neuropsiquiátrica 29, clínica pediátrica 93, clínica fisiológica 37 e outras 20. Para o ano de 1948, houve também uma maior descrição dos profissionais que atuavam na clínica médica especializada. A exemplo dos demais anos, a grande maioria dos 1.619 médicos que atuavam na clínica em 1948 estavam concentrados na clínica médica geral, com um número de 1.287 profissionais, o que representava um percentual de aproximados 79%. No que se refere às especialidades, eram assim descritas: clínica médica cardiológica 31, clínica médica dermatológica 32, clínica médica endocrinológica 4, clínica médica neuropsiquiátrica 39, clínica médica pediátrica 118, clínica médica fisiológica 47 e outras 61.

Assim, observa-se que, mesmo levando em conta a possibilidade do número de especialidades estar equivocado, o que em certa medida ajuda a compreender o alto número de médicos clínicos gerais, bem como a ausência de descrição de médicos especialistas em 1945 e 1946 – exceção feita exclusivamente para a clínica pediátrica -, é possível perceber que a clínica pediátrica é a especialidade médica mais descrita entre os profissionais em todos os anos mensurados. Os dados apresentados revelam também que o número de clínicas do tipo *geral* (126 em 1945, 144 em 1946, 177 em 1947, 239 em 1948) rivaliza com as chamadas *outras* (226 em 1945, 210 em 1946, ausentes em 1947 e 3 em 1948). Entre as clínicas médicas cirúrgicas que registram um maior número, está a clínica ginecológica e obstétrica, registrando, em 1945, um total de 51 clínicas, o que representava um valor percentual aproximado de 11% do valor total das clínicas existentes naquele ano, em 1946 um total de 67 clínicas, o que representava um valor percentual aproximado de 15%, em 1947 um total de 119 clínicas, o que representou um valor percentual aproximado de 31% das clínicas cirúrgicas existentes – se comparado ao ano anterior de 1946, vale registrar que houve um aumento aproximado de 78% destas clínicas cirúrgicas no estado – e em 1948 registra-se que havia 123 clínicas cirúrgicas deste tipo, sendo que em valor percentual era de 26% de todas clínicas do estado.

Tabela 4.11 – *Tabela sobre descrição dos médicos segundo a especialidade e modo de exercer a profissão*

Especificação	Anos			
	1945	1946	1947	1948
Médicos				

Segundo a especialidade	Clínica Médica	Geral	1.084	1.341	1.170	1.287
		Cardiológica	-	-	22	31
		Dermatológica	-	-	27	32
		Endocrinológica	-	-	4	4
		Neuropsiquiatria	-	-	29	39
		Pediátrica	55	76	93	118
		Tisiológica	-	-	37	47
		Outras	-	-	20	61
		Total	1.139	1.417	1.402	1.609
	Clínica Médico-Cirúrgica	Geral	126	144	177	239
		Ginecológica e obstetrícia	51	67	119	123
		Oftalmológica	-	-	38	46
		Ortopédica e traumática	-	-	8	9
		Oto-rino-laringológica	47	41	41	46
		Outras	226	210	-	3
		Total	450	462	383	466
	Outras	Homeopática	-	-	3	4
		Laboratológica	-	-	47	58
		Radiológica	-	-	39	48
		Saúde Pública	-	-	9	13
		Outras	-	-	27	-
		Sem declaração	71	106	1	26
Total		71	106	126	149	

Em relação às associações de caridade existentes em Belo Horizonte e no Estado, o Anuário informava que havia, para o ano de 1948, um total de 1.421 associações deste tipo espalhadas no território mineiro, enquanto na capital havia 50 associações atuantes. Segundo os dados, as associações existentes em Minas Gerais estavam, sobretudo, localizadas nas áreas urbanas do estado, sendo que, para o ano de 1948, 919 associações estavam localizadas nas *idades*, o que representava um total aproximado de 65% das associações caritativas. As demais associações estavam divididas entre 249 que eram existentes nas *vilas*, o que representava um percentual aproximado de 17%, enquanto 253

associações existiam na especificação de *outras localidades*, o que representava 18% do total. Por meio dos dados informados pelo anuário, é possível perceber os respectivos anos de fundação das associações que foram assim divididas:

O ano de fundação	Belo Horizonte	Estado
De 1730 a 1750	-	1
De 1751 a 1800	-	2
De 1801 a 1850	-	1
De 1851 a 1900	1	66
De 1901 a 1910	1	153
De 1911 a 1920	4	136
De 1921 a 1930	7	195
De 1931 a 1940	21	356
De 1941 a 1948	15	374
Sem declaração	1	137

De acordo com as informações transcritas, percebemos que houve um crescimento das associações caritativas no estado mineiro depois da virada do século XIX para o século XX. O momento em que se registrou um maior crescimento desse tipo de associações foi exatamente no contexto da Era-Vargas (1930-1945), quando houve a concretização de um projeto de aproximação entre Igreja e Estado, e o incentivo fiscal e financeiro para promoção da proliferação de instituições leigas que passariam a atuar nas capilaridades do poder, sobretudo no campo da assistência à saúde. Segundo os dados apresentados, até o início da Era-Vargas existiam em Minas Gerais um total de 554 associações atuantes e na capital um total de 13. Passada a Era-Vargas, registrava-se em 1948 a criação de 730 novas associações caritativas no estado e 36 na capital, o que representou um aumento percentual de 31% entre as associações caritativas existentes no estado mineiro, enquanto, para a capital, este aumento foi de aproximadamente 178% - ignorando, os estabelecimentos cuja data de fundação não foi declarada. A proliferação deste tipo de associações caritativas está extremamente vinculada às características das políticas da Era-Vargas e à forma como as políticas varguistas buscaram configurar a assistência no Brasil. A assistência e, em especial, a assistência à saúde, passou por significativos processos de mudanças com a Era-Vargas, pois, como se viu, buscou-se alterar a organização político-institucional, o entendimento conceitual ampliando uma tendência das décadas anteriores, que era de maior participação dos poderes públicos, e

as estruturas pragmáticas regulando os agentes profissionais que poderiam atuar no campo da saúde. Ao percebermos as configurações que a assistência assume em determinados contextos históricos como o reflexo de um campo de luta em que diversos agentes manusearam seus respectivos capitais (culturais, científicos, religiosos, econômicos, políticos etc.), suas disputas de interesses, suas imposições ideológicas e disputas em torno da apropriação da *propriedade do problema* e sobretudo da *responsabilidade da solução*, percebemos que, ao promover uma reorganização da assistência à saúde, sobretudo ao trabalhador, Vargas permitiu que diversos grupos atuassem nas capilaridades assistenciais do Estado, e, em nosso entender, foram potencializados pela reaproximação consolidada entre Igreja e Estado. Assim, através das vias de um consórcio formado pela Igreja e Estado, pelas vias legais das caixas de subvenções, a proliferação de instituições caritativas que atuassem no campo assistencial foi promovida.

Capítulo 6 - A assistência médica em Belo Horizonte e a Corporação dos Médicos Católicos:

6.1 Apresentação

Nas páginas anteriores, procuramos mostrar a criação da Corporação de Médicos Católicos (CMC) como a expressão de uma militância profissional orgânica que se orientava pelos valores técnicos/científicos, pelas transformações epistemológicas da medicina e pelos entrelaçamentos dos valores religiosos em prol da inserção dos médicos no mercado de trabalho e em defesa da categoria. Neste sentido, juntamente com as transformações sociourbanas e com a criação da Faculdade de Medicina em Belo Horizonte, a CMC é fruto do encontro destes diversos fatores.

Durante este capítulo, pretendemos acompanhar a assistência e as formas de assistir que (co)existiram em Belo Horizonte colocando as luzes com maior intensidade na forma pela qual os médicos da Corporação de Médicos Católicos procuraram realizar suas práticas e assistir os pobres socorridos pela Sociedade São Vicente de Paulo (SSVP). Para tanto, os médicos da CMC participaram das obras caritativas realizadas pela SSVP, em especial o Lactário Menino Jesus, a Cidade Ozanan e o Hospital São Francisco de Assis da Corporação de Médicos Católicos, localizado no bairro da Concórdia em Belo Horizonte. Objetiva-se, com este capítulo, algumas questões, quais sejam: analisar a constituição do aparato institucional da assistência em Minas Gerais, e, em especial, na capital do estado, a fim de compreender a atuação dos profissionais da medicina na prática da assistência à saúde em Belo Horizonte; compreender e estudar a organização e o funcionamento das obras de assistência da SSVP, com especial destaque para o Hospital São Francisco de Assis da Corporação de Médicos Católicos, pois, criado especificamente pelos médicos da CMC – o Hospital levava inclusive em seu nome a alcunha da Corporação – entendemos que este hospital ultrapassara suas funções de cura, e servira como um local para que os *médicos sem hospitais* pudessem trabalhar. Buscamos, assim, compreender os agentes que trabalharam no hospital, em especial os médicos, bem como os serviços hospitalares que foram ofertados à população desassistida de Belo Horizonte.

Vale aqui retomar rapidamente um debate conceitual realizado por Mollat (1989). Em seu clássico estudo, Michel Mollat procurou argumentar que as formas de entendimento e conceitualização do pobre e de sua respectiva condição, a pobreza, estão intimamente ligadas a um determinado tempo histórico vivenciado e, não obstante, os entendimentos e significados em torno do conceito (pobre) e da qualidade (pobreza) sofreram longas e profundas transformações. De acordo com o autor, a “pobreza designa inicialmente a qualidade, depois as condições de uma pessoa de qualquer estado social atingida por uma carência” (MOLLAT, 1989, p. 2). As lentas e graduais alterações no sentido e conceito das palavras *pobre* e *pobreza* revelam formas diferentes, historicamente situadas de significar e compreender o fenômeno. Segundo o autor, o pobre “então, exprime uma abstração. Evoca em um único termo a imagem do aflito, seu estado de aflição, uma carga afetiva de compaixão ou de horror e todo um potencial de revolta e temor sociais. Essa progressão, de acompanhamento bastante complexo, prosseguiu e acelerou-se até o século XVI, no ritmo do desenvolvimento do pauperismo” (MOLLAT, 1989: p. 2). Assim, fruto dos entendimentos e dos tempos históricos, “a definição do pobre e de seu estado deve, portanto, ser ampla. O pobre é aquele que, de modo permanente ou temporário, encontra-se em situação de debilidade, dependência e humilhação, caracterizada pela privação dos meios, variáveis segundo as épocas e as sociedades, que garantem força e consideração social” (MOLLAT, 1989: p. 5).

Buscando traduzir o exposto e em diálogo com o autor, percebemos que os desassistidos que foram socorridos pelos médicos da CMC corresponderam a um público muito específico – ao tratar do recorte temporal desta pesquisa, 1935-1946 – majoritariamente caracterizado por pessoas que viviam à margem do mercado formal de trabalho e, por isso, distantes das condições formais de assistência vinculadas à medicina previdenciária, e, a partir da análise das especialidades médicas dos profissionais e dos serviços ofertados pelo Hospital São Francisco de Assis da Corporação de Médicos Católicos, estes desassistidos representaram, sobretudo, um grupo composto majoritariamente pelas mulheres e crianças.

Ainda de acordo com Mollat, as transformações em torno da definição conceitual de *pobre* e de *pobreza* também produzem transformações no modo como cada época fomenta concepções e as práticas sobre os modos de assistir aos seus pobres e de prestar socorro à eles. Ao procurarmos realizar uma historicização da assistência, percebemos que, durante a época da Idade Média, a concepção e a prática da assistência eram entendidas como parte das obras da caridade cristã materializada na doação das esmolas

e, assim, nas palavras do autor, “o significado da beneficência [cristã] parece conter, uma contradição interna. De um lado, os bens e os rendimentos da Igreja e as obras de misericórdia dos fiéis são destinados a corrigir as desigualdades sociais, não a suprimi-las. O objetivo da esmola é preservar a estabilidade da ordem social, na qual consiste a paz. De outro lado, [...] a caridade é a condição do valor espiritual da esmola” (MOLLAT, 1989: p. 45).³⁹² Segundo o historiador francês, a prática caritativa fazia parte do leque de obrigações a serem seguidas pelos fiéis que aspiravam à salvação no além-vida e desta forma produzia à Igreja, “no exercício da beneficência, o papel principal das iniciativas e atividades laicas para uma espécie de monopólio monástico.” (MOLLAT, 1989: p. 39). Entretanto, de acordo com Rita de Cássia Marques (2011), a Revolução Francesa provocou uma profunda transformação na concepção e na prática da assistência. O ideal da assistência como entendimento de uma obrigação religiosa, movida por valores religiosos e concebida através da caridade cristã como processo de salvação das almas, foi progressivamente substituída pela ação filantrópica de caráter laico e humanista. Não por acaso data deste contexto o aparecimento das palavras filantropia, benemerência, solidariedade.

É comumente apontada pela historiografia especializada que, após a virada do século XIX para o século XX, especificamente no Brasil com o advento da proclamação da República, inicialmente circunscrito ao Rio de Janeiro, mas a partir na segunda década do século XX, a assistência social foi sendo paulatinamente assimilada entre as obrigações dos poderes públicos. Ao longo dos anos de 1920, foi-se construindo uma agenda social acoplada às obrigações estatais, que promovia uma intervenção no mundo do trabalho e o início da construção de uma agenda de bem-estar social. Assim, vale ressaltar que naquele contexto do início do século XX, o entendimento relacionado às obrigações estatais para a saúde pública e políticas de bem estar social era compreendido de uma forma muito diferente dos dias atuais. Uma agenda com ampla participação do Estado foi progressivamente construída, sobretudo após os anos de 1930³⁹³. Ou seja, no início do século XX, boa parte das ações que tinham objetivos assistenciais aconteciam através de instituições privadas que, contando com participação do governo federal,

³⁹² De acordo com Mollat “o significado da beneficência [cristã] parece, assim, conter, uma contradição interna. De um lado, os bens e os rendimentos da Igreja e as obras de misericórdia dos fiéis são destinados a corrigir as desigualdades sociais, não a suprimi-las. O objetivo da esmola é preservar a estabilidade da ordem social, na qual consiste a paz. De outro lado, [...] a caridade é a condição do valor espiritual da esmola.” Ibidem, op. cit. p. 45.

³⁹³ FONSECA, Cristina M. Oliveira. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

estadual e/ou municipal, realizavam um atendimento assistencial à população desassistida em geral. De acordo com Marco Antônio de Souza, a participação do poder público em conjunto com instituições privadas era a maneira como se pensava a assistência social no início do século. Na palavras do autor,

A opinião reinante nos meios assistenciais naquela época era de que o consórcio entre os poderes público e privado pudesse resolver o problema da assistência social. Segundo essa opinião, o poder privado administra melhor porque é menos dispendioso do que o poder público; portanto, amparados pela caridade pública e privada os estabelecimentos podiam se manter, sendo preferível que sua administração ficasse com o poder privado, mais eficiente e com menores gastos. (SOUZA, 2004: p. 126).

Também devemos destacar que a assistência à saúde nos anos de 1930 passava por reformulações tanto do ponto de vista institucional, quanto conceitual e pragmático. Naquele contexto de inflexão promovido pelo início da Era Vargas, o papel do Estado estava sendo remodelado, o que por consequência levava também a uma (re)construção das formas de inscrição do Estado e das demais instituições de poder junto à sociedade³⁹⁴. A despeito da organização ministerial, foram criados dois ministérios que ficaram no encargo de organizar e realizar políticas públicas de saúde e assistência médica. Vinculando a cidadania à carteira de trabalho, o atendimento à população foi diferenciado e seguiu a lógica corporativista. Com a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), e do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), criaram-se também meios de assistência à saúde completamente diferentes. O primeiro ministério, responsável pelos recolhimentos de Aposentadorias e Pensões através da Previdência Social, criava um acesso à saúde de caráter *corporativista*, ou seja, as pessoas que seriam amparadas pela assistência médica financiada pelo MTIC seriam apenas aquelas que estivessem ligadas ao mercado de trabalho formal com carteira assinada. O segundo ministério responsável pelas políticas de saúde pública e assistência à saúde, abrangia toda a população do país. Assim, ao contrário do caráter corporativista e excludente do MTIC, o MESP foi criado a partir de uma política saúde *universalista* dedicada a todos

³⁹⁴ Como explica Cristina Fonseca, “a origem da formulação de uma política social no Brasil não está na Revolução de 1930, pois durante a Primeira República já haviam surgido as primeiras experiências visando à elaboração de uma legislação de proteção ao trabalho, bem como discussões sobre a atuação do Estado com relação às questões sociais. O que ocorre a partir de 1930 é uma mudança no caráter dado à política social, que vai sendo incorporada enquanto uma função do Estado, fortalecendo-se a ideia do Estado como principal agente implementador de políticas sociais.” FONSECA, 1993: p. 98

os brasileiros. Foi esta lógica dualista de prestação de serviços de saúde que institucionalizou a saúde pública no Brasil (FONSECA, 2007: p. 41-42).

Entendemos o campo da assistência como um espaço social de disputas entre os agentes envolvidos. Disputas estas que envolviam tanto a *propriedade do problema* quanto a *responsabilidade da solução* (Coelho 1999: p. 65). Compreender a assistência, e sobretudo a assistência à saúde em Belo Horizonte dos anos de 1930 como uma arena em construção e em processo de institucionalização que colocou em disputa interesses de diversos agentes – profissionais médicos e não médicos, instâncias de poderes públicos, agentes leigos, agentes religiosos etc. –, permite-nos entender que a configuração que a assistência à saúde assume reflete as disputa que os mais diversos agentes de poder travaram em torno de interesses, verbas, concepções, práticas e de suas respectivas participações tanto na *propriedade do problema*, quanto, e sobretudo, na *responsabilidade da solução*.

Historicamente, a assistência institucional no Brasil esteve condicionada à atuação das irmandades leigas, em especial a Santa Casa de Misericórdia.³⁹⁵ Com o advento da República e a formalização da separação entre Igreja e Estado, realizada ainda pelo Governo Provisório em 1889, a Igreja perdeu seu assento historicamente constituído na centralidade do Estado brasileiro. Inspirada na encíclica *Rerum Novarum* e na neocristandade – valor que se expressava em uma reaproximação das bases religiosas com as bases do Estado –, o movimento de aproximação com o Estado, conduzido pela Igreja, obteve seu melhor resultado durante os anos de 1930, momento em que o Brasil vivia a chamada Era-Vargas, que promovia redefinições pragmáticas do Estado e das concepções conceituais acerca do papel do Estado na vida social, expresso pelo getulismo através de políticas sociais de intervenção social. Percebemos que a atuação da Igreja na sociedade e a atuação da Igreja dentro do Estado aconteceu, principalmente, a partir das capilaridades do Estado, sobretudo no campo da assistência. Os setores religiosos – eclesiásticos e leigos – procuraram exercer uma militância no campo da assistência, participando da constituição de uma agenda assistencial que, em especial, visasse o

³⁹⁵ Sobre as Santas Casas de Misericórdia, ver, em especial, o 1º capítulo.

amparo à classe trabalhadora³⁹⁶, procurando assumir, em conjunto com os poderes públicos, a *responsabilidade da solução* dos problemas (da ausência) assistenciais.³⁹⁷

Parte significativa da prestação dos serviços assistenciais em Belo Horizonte foi resultado da formação de um consórcio entre as agências prestadoras: coube às iniciativas particulares, dentre elas a Sociedade São Vicente de Paulo, a prestação do serviço juntamente com a participação dos poderes públicos – municipal, estadual e federal – que atuaram tanto na esfera da organização legal do serviço quanto no financiamento através das subvenções. Como procurei demonstrar no primeiro capítulo, a SSVP foi fundada em Belo Horizonte quase ao mesmo tempo em que a cidade foi inaugurada. Desta forma, a SSVP é certamente um dos primeiros grupos caritativos organizados a atuar na assistência aos desassistidos da cidade.

A assistência vicentina dava-se, sobretudo, através de duas ações: a adoção de famílias pobres pelos confrades vicentinos, seguida da distribuição de casas de moradia, e a obra de Assistência aos Mendigos, o que representava a principal ação caritativa da SSVP de Belo Horizonte até a terceira década do século XX – que se resumia em arrecadação de fundos e distribuição de esmolas – quando a obra de Assistência aos Mendigos entra em colapso. Nos anos de 1930, a assistência vicentina passou por um processo de mudança – sem contudo deixarem de existir as práticas que caracterizam a caridade vicentina dos anos de 1910 e 1920 – e procurou criar instituições especializadas no acolhimento e socorro aos pobres assistidos por ela, primeiramente com a criação do Lactário Menino Jesus, seguido da Corporação de Médicos Católicos, do Hospital São Francisco de Paulo e da Cidade Ozanan.

Através do Decreto 20.351, foram estabelecidos os dispositivos legais e constitucionais para financiamento estatal das instituições caritativas. As chamadas Caixas de Subvenções foram inicialmente vinculadas ao Ministério da Justiça e Negócio

³⁹⁶ Em nosso entender, a agenda assistencial procurou englobar, sobretudo, a assistência escolar, a assistência à saúde, a assistência ao lazer e a expansão do circulismo.

³⁹⁷ Na apresentação desta tese, observo alguns limites e diferenças que há entre esta tese e as obras de Marco Antônio de Souza. De acordo com o autor, a parceria existente entre Igreja e Estado, expressa nos efeitos da caridade vicentina, trata-se de uma formalização de um projeto em conjunto para promover uma *docialização* do corpo por meios de uma *pedagogia do assistencialismo* que visava, em última instância, à formação de trabalhadores católicos e ordeiros. Ao procurar compreender a assistência como um lugar de disputa de interesses diversos em consideração com o contexto de redefinição dos papéis institucionais no país, bem como percebendo as causas da caridade vicentina como outras, procuro me afastar da explicação do autor.

dos Interiores. Posteriormente, em março de 1932, as Caixas de Subvenções passaram a ser subordinadas ao Ministério da Educação e da Saúde Pública (MESP).

As Caixas de Subvenções firmavam uma política de parceria entre o poder público e as instituições leigas ou religiosas que prestavam atendimento caritativo ou filantrópico aos pobres que, desse modo, poderiam receber verbas públicas na forma de subvenção. Assim, dentre as diversas instituições privadas que recebiam frequentemente subvenções do MESP para oferecerem assistência à população pobre, estava a SSVP. De acordo com Marcos Gonçalves, “a igreja [ou os grupos leigos-religiosos] ocuparia a lacuna entre grupos incorporados pela política trabalhista e previdenciária, e entre os grupos desprotegidos pela legislação [...], sabendo que esse lugar era propício não somente para o surgimento, mas para a expansão de suas instituições” (GONÇALVES, 2011: p. 331). E como explica Marcos Gonçalves, as caixas de subvenções foram um dispositivo legal de financiamento “desenvolvidos pela práxis racional-legal, elas permitiram o trânsito nas relações entre Estado e sociedade civil, e, particularmente, entre Estado e catolicismo em, pelo menos, dupla valência: garantir assistência [...] e garantir um fluxo ininterrupto de recursos para centenas de organizações particulares que se ofereciam como portadoras de um projeto público de perfil salvacionista” (GONÇALVES, 2011: p. 319). E conclui o autor afirmando que “o Estado fez com que a assistência social transitasse no campo da solidariedade, filantropia e benemerência, princípios que nem sempre representam direitos sociais, mas apenas benevolência paliativa” (GONÇALVES, 2011: 326).

Diversos trabalhos³⁹⁸ têm se dedicado a estudar a assistência à saúde, os modelos e as práticas assistenciais – tenham sido as ofertadas pelos médicos ou não – que (co)existiram em Belo Horizonte. Todavia, a despeito da importância destes trabalhos, queremos acrescentar uma hipótese para compreender o desenvolvimento da assistência (sobretudo privada) em Belo Horizonte. Assim, dadas as peculiares características da criação de Belo Horizonte, quais sejam de uma cidade planejada pelo poder público, inaugurada sob os signos do modernismo, pensada tanto do ponto de vista simbólico

³⁹⁸ Ver entre outros: MARQUES, Rita de Cássia (org.) *História da saúde em Minas Gerais: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Barueri, SP: Minha Editora, 2011. MARQUES, Rita de Cássia. A Caridade criando hospitais em Minas Gerais (Brasil) - séculos XVIIIX. *Dynamis* 2011; 31(1): 107-129. CARVALHO, Keila Auxiliadora. *A Saúde pelo Progresso: Medicina e Saúde Pública em Minas Gerais*. Programa de pós-graduação em História da Universidade Federal de Juiz de Fora [Dissertação de Mestrado], 2008. VALENTE, Polyana Aparecida. *Mulheres católicas em ação: caridade, saúde e divulgação de ciências em Belo Horizonte (1897-1936)*. Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Minas Gerais. [Tese]. Belo Horizonte, 2016.

quanto à sua concretização para ser uma cidade de modelo higiênico, que não convivesse com as causas e consequências da pobreza, enfim, a Belo Horizonte planejada tornou-se uma cidade que não se concretizou. Tornou-se, na prática, uma cidade que pouco tinha a ver com as aspirações dos engenheiros e de suas elites, constituindo dois modelos de cidade: um modelo de cidade limitada e circunscrita à avenida do Contorno, outro modelo de cidade fora da avenida do Contorno. Assim, duas cidades conviviam no mesmo espaço de forma desigual. Desta forma, o desenvolvimento da assistência e o socorro à pobreza, em Belo Horizonte, ganhou um contorno especial e espacial. Para que possamos compreender a construção da assistência à saúde e à pobreza em Belo Horizonte, não bastaria compreender apenas a ação dos poderes públicos, das instituições e dos agentes e o modo como estes agentes fizeram a prestação de seus serviços. Entendemos ser necessário correlacionar o processo de criação da assistência aos desvalidos em Belo Horizonte às transformações espaciais e sociourbanas que aconteceram no espaço geográfico, urbano e social da cidade que, se inicialmente pensada como um lugar sem pobreza e sem doenças, três décadas depois se encontrava diante de uma outra realidade e de uma outra lógica de ocupação dos espaços e de formação urbana.

Não obstante, a formação da assistência à pobreza, em especial a atenção à saúde, em Belo Horizonte, entre as décadas de 1930 e 1940, esteve correlacionada às dimensões desiguais do desenvolvimento sociourbano e às ocupações territoriais. Dadas as características do desenvolvimento e da construção da cidade, Belo Horizonte conviveu, desde os fins de suas obras, com zonas de ocupação que fugiam aos espaços planejados pelos engenheiros. De acordo com Olavo Romano (1997: p. 45), a ocupação de Belo Horizonte começou contrariando as expectativas de Aarão Reis, pois iniciou-se primeiramente pela zona rural em detrimento da zona urbana. O autor credencia a inicial ocupação rural da cidade ao fato de que “a ocupação da área contida pela avenida do Contorno é altamente desestimulada nos primeiros anos, sobretudo pelo alto custo dos lotes e pela grau de exigências urbanísticas (plantio de espécies vegetais predefinidas, obrigatoriedade de moradia fixa, etc)” (ROMANO, 1997: p. 46). E, ainda de acordo com o autor, as necessidades de mão de obra impostas para a construção da cidade haviam formado, ainda em 1895, duas favelas na cidade: a da Gestação e a do Córrego do Leitão, que abrigavam ao menos 2 mil pessoas. (ROMANO, 1997: p. 46).

Quando inaugurada, a Capital mineira havia sido concebida em sua planta a partir de uma divisão territorial realizada entre a existência de três zonas: a Zona Urbana, a

Zona Suburbana e a Zona Agrícola. Essa subdivisão do território implicava modos de perceber como a população teria acesso à cidade que se construía, e, sobretudo, qual perfil populacional seria desejado em determinada zona geográfica. A Zona Urbana seria circunscrita pela Avenida do Contorno, composta pela parte administrativa, pelas atividades econômicas e os bairros residenciais dos membros da administração pública. Quanto à Zona Suburbana, seria a área perimetral à zona urbana, que foi ocupada pelos trabalhadores pobres da cidade que, impelidos das áreas urbanas, desenvolveram suas moradias nas áreas suburbanas. E a Zona Agrícola era a região destinada ao cultivo dos gêneros alimentícios (RIBEIRO, 2008: p. 22).

Como se viu nos capítulos anteriores, Belo Horizonte foi construída para substituir a antiga capital do estado mineiro, Ouro Preto. Uma comissão composta por engenheiros, médicos e arquitetos foi encarregada da missão de escolher, idealizar e planejar uma cidade que representasse os ideais salubres do final do século XIX e início do XX. A mudança do século e a meticulosa escolha do pequeno arraial do Curral Del-Rei, que anos mais tarde se transformaria na capital do estado planejada, anunciavam que Belo Horizonte seria a cidade símbolo, a cidade modelo, do mais moderno padrão higienista da recente República brasileira. Entretanto, a expectativa de uma cidade que não convivesse com doenças, com a pobreza e com a miséria, como era imaginada pela elite mineira às vésperas de sua inauguração, não se traduzia em realidade e logo foi descartada. Os diversos trabalhadores envolvidos na construção civil de Belo Horizonte sofreram com um processo crescente de exclusão e marginalização, uma vez que, de acordo com as planilhas dos engenheiros mineiros, a Zona Urbana – circunscrita à sua principal avenida chamada Avenida do Contorno – excluía os trabalhadores da construção civil da cidade planejada

Devido à interdição de locais predeterminados para a construção de moradias dos trabalhadores que participaram da construção da Capital, o processo de ocupação territorial da nova capital mineira gerou desigualdades urbanas e levou ao surgimento de moradias precárias, irregulares, ocupações clandestinas e a formação de bairros que conviveriam com a marginalização, como, por exemplo, a Pedreira Prado Lopes, ocupação formada por consequência da exclusão dos trabalhadores da cidade planejada, que, em 1902, através do decreto 1.516, seria conhecida como Barro Preto. A ocupação do Barro Preto também rememora os trabalhadores (sobretudo imigrantes) que participaram da construção da capital, e que “posteriormente seria, por decreto,

transformada em zona suburbana juntamente com as demais zonas situadas fora do perímetro da Avenida do Contorno” (DUTRA, 1988: p. 57). De acordo com Eliane Dutra, houve uma tentativa de regulamentar a ocupação territorial do Barro Preto com a distribuição de lotes concedidos gratuitamente aos operários, “porém a concessão só era realizada após exigências variadas que iam do bom comportamento e do atestado de residência à prova de sua condição de operário. Dessa forma, os trabalhadores ficavam isolados em áreas que lhes eram destinadas, nos subúrbios da capital” (DUTRA, 1988: p. 57). As boas condições higiênicas como planejadas pelos engenheiros construtores não estavam presentes no Barro Preto, que convivia com uma ocupação caracterizada pela proliferação de casebres insalubres. Mesmo havendo uma tentativa do poder público em criar uma ocupação controlada do território, o que se verificou na prática foi que, com a “alta concentração de moradias aí verificada, o local passou a ser insuficiente e em 1917 o prefeito Cornélio Vaz de Melo passa a solicitar nova área para ser concedida ao operariado, o que é feito em 1920, com a criação da Vila Operária nos terrenos da Lagoinha” (DUTRA, 1988: p. 63-64).

Acompanhando a atuação do poder municipal, Ribeiro (2008) procura argumentar que o problema da ausência das moradias para os trabalhadores da capital mereceu maior interesse da prefeitura de Belo Horizonte a partir do final da década de 1910, quando se começou a discutir a retirada das moradias dos trabalhadores da zona urbana para promover sua transferência para zona suburbana. De acordo com o relatório de 1918,

no intuito de localizar definitivamente o proletariado desta capital, que se acha na sua quase totalidade instalado provisoriamente em terrenos da Zona Urbana, que esta Prefeitura não poderá ceder para construção de casinhas de valor mínimo, senão a título precário, como até agora foi feito, deseja esta administração criar Vilas Proletárias [...] A Prefeitura precisa preparar-se para poder oportunamente remover grande número de operários instalados provisoriamente na área operária – Barro Preto – os quais à vista das disposições da Lei nº 138, de 16 de outubro de 1917, não poderão mais conseguir domínio definitivo dos lotes que ocuparem, nem por compra, como ficou estabelecidos nos títulos provisórios, expedidos de acordo com o decreto nº 1.516, de 2 de maio de 1902, nem por cessão gratuita de conformidade com a Lei nº 33, de 11 de fevereiro de 1909 e decreto nº 2.486, de 30 de março de mesmo ano e nem por aforamento por falta de condições previstas em lei. (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 1918, p.14).³⁹⁹

³⁹⁹ Esse documento foi transcrito originalmente por RIBEIRO, 2008: p. 23.

A partir da leitura de Ribeiro (2008) e do documento acima citado, percebe-se que a prefeitura de Belo Horizonte tinha criado uma ‘política pública’ para resolver o problema da moradia dos trabalhadores: a repressão, perseguição e a expulsão dos trabalhadores dos limites da zona urbana para zona suburbana mediante a criação de Vilas Operárias. E, assim, no ano seguinte, foi criada a Lei nº 178 que autorizava o “prefeito criar vilas proletárias em pontos convenientes da cidade” (RIBEIRO, 2008: p. 24). De acordo com a autora, entre a década de 1918-1928, o poder público discutiu com maior afinco a respeito da criação da primeira vila operária da capital. Em 1919 foi estabelecido que esta vila operária deveria ser formada por pessoas que não tivessem propriedade e residissem sobretudo no local chamado Barroca (RIBEIRO, 2008: 24) que seria demolida na década seguinte. Em 1922, foi estabelecido o local da área suburbana onde seria construída a primeira vila operária “denominado Pasto da Prefeitura nas imediações da Lagoinha” (RIBEIRO, 2008: 24).

Durante as décadas de 1920, o crescimento urbano de Belo Horizonte continuou a acompanhar as desigualdades sociais e econômicas, e um verificado aumento no preço dos gêneros alimentícios e do custo de vida (DUTRA, 1988: p. 64) que onerava ainda mais os baixos salários pagos aos operários. Segundo Romano (1997), ao menos 70% da população belo-horizontina viviam fora dos limites urbanos da capital, vivendo majoritariamente nas zonas suburbanas dos bairros operários que foram se formando ao longo dos anos de 1920 e 1930. Nasciam, nestas décadas, os novos bairros operários de Belo Horizonte, fora do perímetro da zona urbana e localizados na região nordeste: Concórdia, Cachoeirinha, São Paulo, Renascença, Nova Floresta e Ipiranga.

Ao que tudo indica, a ocupação do território nordeste de Belo Horizonte, exatamente no local que viriam a ser formadas as Vilas Operárias da Concórdia e da Renascença, começou nos primeiros anos da década de 1920, muito antes da regulamentação legal da prefeitura da Capital, que somente aconteceria em 1928 quando procurou regulamentar a distribuição de lotes entre os operários. De acordo com relatos memorialistas trazidos por Romano (1997):

As primeiras construções eram muito singelas, refletindo as condições de seus moradores: pessoas humildes, simples, em grande número funcionários da Prefeitura. As casas, em geral, não possuíam muros delimitando os lotes. Para construí-las, quase sempre ‘comprava-se material do Silverira, o da fazenda, onde havia uma olaria’. A cerâmica era transportada em carros de bois e deixada no local de construção. Serviços básicos eram praticamente inexistentes. As ruas não eram

calçadas; não havia sistema de esgoto nem água encanada. Água, retirava-se das cisternas. Esse quadro permaneceu durante muitos anos. A única via de acesso ao bairro era a rua Jacuí. Por ali todos passavam, em direção à Concórdia, inclusive os cavalos utilizados pela funerária da Prefeitura, pois os defuntos, nessa época, eram transportados em veículos de tração animal. Estes cavalos sempre se dirigiam ao bairro Concórdia, onde a Prefeitura possuía um pasto a eles destinados. (ROMANO, 1997: p. 47-48).

De acordo com os relatórios publicados pela prefeitura de Belo Horizonte entre os anos de 1926-1931, a formação do bairro da Concórdia foi o primeiro núcleo de ocupação da área, como fruto da expansão da Lagoinha e ocupado por uma população de baixa renda⁴⁰⁰, sendo majoritariamente composto por

operários residentes em cafuas da zona Oeste da cidade, por elles invadida e que se transportarão, nos termos da lei, para os lotes que conquistarem para o seu patrimonio pessoal [e pelos moradores da denominada de Barroca, que viviam em cafuas que] são apenas instrumentos da exploração da ganancia inominavel de muitos individuos abastados, que dellas se servem para mais opprimirem uma classe tão desfavorecida (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 1927-1928, p. 47).

Naquele ano de 1927, a prefeitura realizou uma subdivisão da área previamente escolhida para a construção da primeira vila operária da capital, que passou a ser chamada de Villa Concórdia. Segundo o relatório, “as ruas dessa villa foram traçadas de tal maneira que se possibilite o transito de bondes, estreitando-se dest’arte, os meios de comunicação com os centros de trabalhos” (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 1927-1928, p. 47). A subdivisão “foi feita em 77 quarteriões, com um total de 1.890 lotes, com o minimo de area de trezentos metros quadrados, distribuidos em tres ruas de quatorze metros de largura, vinte e cinco de doze metros, quatro de dezesseis e uma de metros” (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 1926-1927, p 91). A Villa Operária da Concórdia foi planejada com as seguintes ruas: “Iguassú, Itapagipe e Itamaracá e parte das reuas Jacuhy, Guanabara, Uraady, Tamboril, Cayrú e Pagehú, com um total de 5.490 metros de caminhamentos, limitando 18 quarteriões, com 429 lotes” (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 1926-1927, p 92).

⁴⁰⁰ Arquivo Público da Cidade de Belo Horizonte. Caixa 06, AH 03.00.00, Data Limite; 1983-1986.

Para o desenvolvimento da Vila da Concórdia, criou-se a regulamentação legal pelo Decreto de nº 31 de 6 de setembro de 1928⁴⁰¹, que legalizava a ocupação e considerava “ser de evidente necessidade de criação de villas onde possam os operários adquirir sem grandes sacrifícios os terrenos necessários às construções de suas casas e conseqüente organização de seu patrimônio” e por se tratar de região de “proximidade do centro urbano e pela facilidade com que poderão ter as respectivas ruas circuladas de bondes, propiciará aos seus habitantes uma aproximação constante dos centros de trabalho.”⁴⁰² Registra-se também, no relatório do prefeito de 1929, que naquele ano houve um processo de intensificação das remoções dos operários da Barroca para a Vila da Concórdia, tendo sido idealizados inclusive “cinco tipos de projetos economicos de habitações para os operários que retirados da Barroca fossem encaminhados para a Villa Concórdia”⁴⁰³. E de acordo com o relatório de 1930, procurou realizar na Vila um projeto de abastecimento de água definitivo com a construção de “4 chafarizes”. O relatório destacava que o projeto de promover o abastecimento de água ia ao encontro do perfil da população que ocupava a região, pois era previsto que, entre a população que viria a ocupar o local, estariam muitas lavadeiras, pois “era comum que esposas e filhas dos operários dedicassem os serviços de lavadeira, como forma de complementar a renda familiar”. Segundo Ribeiro (2008), muito embora a criação da Vila Operária da Concórdia tenha sido planejada, a infraestrutura urbana e sanitária (ruas, águas, esgoto) não foi concluída. Salienta, assim, a autora “que os moradores da região da Barroca e do Barro Preto encontraram foi um espaço precário e sem infra-estrutura apropriada para receber essa população, pois a Vila não fora concluída. Como mencionado anteriormente, apenas algumas ruas foram abertas, as outras, especificadas na planta da Vila, eram, segundo os moradores do Concórdia, trilhas com terrenos cobertos de mato.” (RIBEIRO, 2008: p. 25 e 26). A falta de abastecimento de água somava-se às ruas não pavimentadas e moradias precárias que, embora reguladas pelo poder público, eram construídas de adobe (RIBEIRO, 2008: p. 28-32).

A ocupação da região nordeste de Belo Horizonte e das adjacências da Vila da Concórdia se acentuou nos anos de 1930 com a criação da Companhia Renascença Industrial. Como destacou Eliane Dutra (1988), nas décadas de 1920 e 1930, Belo

⁴⁰¹ Arquivo Público da Cidade de Belo Horizonte, ano 1929, Prefeito: Cristiano Monteiro Machado.

⁴⁰² Disponível em: <http://leismunicipa.is/jjhbm>. Consultado em 15 de janeiro de 2020.

⁴⁰³ Arquivo Público da Cidade de Belo Horizonte, ano 1929, Prefeito: Cristiano Monteiro Machado.

Horizonte passou por um crescente processo de industrialização que levou ao aumento da população operária. Os vetores deste processo de industrialização concentraram-se, sobretudo, na região nordeste com a criação da Companhia Mineira de Fiação e Tecelagem que levou à ocupação e formação do bairro da Cachoeirinha, à formação da vila operária do Matadouro Modelo, de onde surgiu parte do atual bairro São Paulo, e da Companhia Renascença Industrial.

A Companhia Renascença Industrial localizava-se nas adjacências da Vila Operária da Concórdia, e, da instalação desta fábrica, nasceram duas novas ocupações territoriais: os atuais bairros da Renascença e parte do Nova Floresta. Com a instalação da Fábrica de Tecidos Finos da Companhia Renascença Industrial, no início dos anos de 1930, foi construída uma vila de moradia para que os trabalhadores da companhia pudessem residir com suas famílias. De acordo com Romano (1997), as fábricas foram centrais para que se realizasse a efetiva ocupação territorial da região nordeste de Belo Horizonte e na formação da Renascença não foi diferente. Segundo o autor, a fábrica era o centro do bairro

em torno dela, a Renascença se constrói, é ocupada e, muitas vezes, vai recebendo inúmeros benefícios. É a fábrica que constrói o campo de futebol, utilizado primeiramente por seu time e, depois, pela comunidade. É a fábrica que funda o clube da Renascença, também voltado para seus empregados, e posteriormente aberto à comunidade. Por solicitação da fábrica, e por sua demanda, o bonde é levado ao bairro, mesmo tempo a maioria dos seus operários residência próxima a ela (ROMANO, 1997: p. 50).

Segundo Júnia Lima (2009), as atividades da fábrica têxtil da Companhia Renascença Industrial tiveram início em 1938, numa área de aproximadamente 21 mil m² na região, que é atualmente conhecida como o Bairro Nova Floresta. De acordo com a autora, as atividades da indústria “provocam um grande impulso à expansão do vetor nordeste da capital, inclusive com a implantação da linha de Bonde que atenderia toda a população residente na região.” E, além da criação da linha férrea, a Companhia Renascença construiu “um grande empreendimento imobiliário destinado à sua vila operária, em local antes denominado por Vila Industrial Mello Viana, que atenderia cerca de 1.000 trabalhadores, dentro do espírito predominante da época de provisão de moradias operárias pelo segmento industrial. Com a implantação da vila operária, a região passa a

ser conhecida por Vila Renascença, dando nome ao bairro posteriormente” LIMA, 2009: p. 103).

A expulsão dos trabalhadores das zonas urbanas para as zonas suburbanas e a criação das Vilas Operárias localizadas na região nordeste da capital alterava, em nosso entender, mais do que a geografia urbana e o planejamento inicial de Belo Horizonte. Entendemos que o desenvolvimento da assistência em Belo Horizonte esteve intimamente vinculado às transformações urbanas causadas pelas exclusões e contradições do desigual processo de desenvolvimento urbano e social de Belo Horizonte. Na medida em que a cidade era ocupada para além dos limites urbanos traçados inicialmente, crescia a população que necessitava de socorro dos grupos assistenciais, em especial da SSVP, a assistência, e, em especial, a atenção à saúde, tinha sua dinâmica alterada.

A ocupação da região nordeste da capital, com destaque para a Vila Operária da Concórdia, e os trabalhadores que lá foram viver – tenham sido estes expulsos de suas antigas moradias localizadas nas regiões centrais da capital ou tenham chegado de outras localidades do estado – foram assistidos pelos serviços caritativos ofertados pela SSVP que articulou, em parceria com os poderes públicos e com a Corporação de Médicos Católicos, uma rede de assistências, em especial, de atenção à saúde para amparar e socorrer estes trabalhadores. Assim, interligadas pela mesma Avenida Jacuí – Avenida esta responsável pela ligação da região nordeste ao centro de Belo Horizonte –, estão as obras caritativas vicentinas: a Creche e Lactário Menino Jesus, Hospital São Francisco de Assis e a Cidade Ozanan.

6.2 A expansão da assistência em Belo Horizonte

A criação de novas vilas operárias regulamentadas pelo poder público alterava, desta forma, também o serviço assistencial, sobretudo a atenção à saúde em Belo Horizonte. Como será visto nas páginas seguintes, a assistência à saúde dos desassistidos em Belo Horizonte seguiu o ritmo do crescimento não planejado da cidade e esteve interligada às contradições do processo de desenvolvimento urbano. Os contornos assumidos pela assistência em Belo Horizonte refletiram e aprofundaram a lógica anteriormente imaginada nos traçados urbanos de Aarão Reis, ou seja, desenvolveram-se

na capital ao menos dois diferentes modelos assistenciais que materializaram, na atenção à saúde, as contradições existente nas planilhas dos engenheiros positivistas: o primeiro modelo de serviço assistencial esteve circunscrito ao perímetro da Avenida do Contorno e era capitalizado pela criação da Santa Casa de Misericórdia e pela da Faculdade de Medicina em Belo Horizonte; o segundo modelo assistencial esteve presente no espaço excluído pelos limites urbanos de Belo Horizonte, e se consolidou na medida em que a cidade se expandia. Apoiada numa parceria entre SSVP, Prefeitura e CMC, a atenção à saúde na zona suburbana ganhou outros contornos e esteve principalmente capitalizada pela criação de uma rede de instituições de beneficência como a Creche e Lactário Menino Jesus, o Hospital São Francisco de Assis da Corporação de Médicos Católicos e a Cidade Ozanan. É certo que os serviços caritativos ofertados pela SSVP circulavam entre as fronteiras urbanas e suburbanas de Belo Horizonte, entretanto, nos anos de 1930, estes serviços caritativos passaram por alterações: o Conselho Metropolitano da SSVP de Belo Horizonte procurou, no final da década de 20, racionalizar seus serviços assistenciais criando subdivisões internas dentro do próprio Conselho Metropolitano concedendo uma subdivisão especialmente dedicado aos Serviços Médicos. Nos primeiros anos de 1930, a ocupação da região nordeste de Belo Horizonte foi acompanhada de um aprofundamento das parcerias existentes entre prefeitura de Belo Horizonte e SSVP, que se expressaram no pagamento de subvenções e, sobretudo, na doação de terrenos da Vila Operária da Concórdia para a SSVP para que se fundasse a Creche e o Lactário Menino Jesus, o Hospital São Francisco de Assis e a Cidade Ozanan, todas estas instituições em terrenos localizados na região nordeste de Belo Horizonte, interligados pela mesma Avenida Jacuí. Esta divisão explícita de cidade, com a criação de zona urbana *versus* zona suburbana, levou à formação de dois espaços de assistência, dentro do perímetro urbano e fora do perímetro urbano, o que produziu a formação de um espaço sociourbano de exclusão que selecionava aqueles que teriam a assistência médico-hospitalar nos perímetros da zona urbana, representado pelo atendimento médico na Santa Casa de Misericórdia, e aqueles que teriam o acesso à assistência médico-hospitalar fora dos perímetros da zona urbana, ou seja, que teriam de recorrer aos cuidados do Hospital São Francisco de Assis. A forma como a assistência à saúde em Belo Horizonte foi constituída esteve condicionada à classe social a que o assistido pertencia.

Se a divisão sociourbana da geografia de Belo Horizonte demarcava os lugares aos socorridos, bem como as instituições e os médicos que os assistiriam em suas dores e

enfermidades, aos profissionais médicos a divisão da assistência produzia um outro efeito. A Santa Casa de Misericórdia foi a primeira instituição dedicada ao cuidado à saúde criada em Belo Horizonte. Como se viu em outras páginas, o projeto inicial de Aarão Reis não previa a criação de um hospital, mantendo em Sabará o hospital mais próximo de Belo Horizonte. Porém, como argumenta Rita de Cássia Marques (2011), frente ao crescente aumento da população pobre que necessitava de maiores cuidados assistenciais que a própria Santa Casa de Sabará não conseguia contemplar, foi criada a Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. Segundo a autora, a decisão de criar o hospital Santa Casa de Misericórdia inseria-se na ação filantrópica da recente burguesia da capital mineira que, inspirada pela tradição e pelo pensamento social católico, com importante participação da Associação das Damas de Caridade, realizou campanhas para arrecadar fundos para a construção da Santa Casa. De acordo com a autora,

A pedra fundamental foi lançada em 16 de agosto de 1899, dia da Padroeira da cidade. No ano seguinte, a mudança de nome para *Santa Casa de Misericórdia* parece ter sido o primeiro passo para a construção de um bom relacionamento entre médicos e Igreja em Belo Horizonte. Mais do que isso, o nome Santa Casa funcionaria como chamariz para atrair o público. A Santa Casa, apesar da precariedade dos atendimentos, era uma instituição tradicional e confiável na prestação de assistência aos pobres. A troca do primeiro nome, de provável inspiração maçônica, ajudou a firmar a vinculação com a religião católica e favoreceu o discurso da caridade, necessário para obter, principalmente, o envolvimento das mulheres (MARQUES, 2011: p. 119).

Nas três primeiras décadas da existência de Belo Horizonte, a Santa Casa consolidou-se como a principal instituição de cuidado à saúde da capital. Todos os professores da Faculdade de Medicina e fundadores da UMG eram médicos da Santa Casa, com destaque para os que já vimos no decorrer deste trabalho, Hugo Werneck, Navantino Alves e Lucas Machado, entre outros. A Santa Casa teve uma singular importância na medicina de Belo Horizonte, tanto por marcar território no início do processo de institucionalização da medicina na cidade, quanto pela assistência às classes mais favorecidas. As credenciais de ser médico da Santa Casa de Misericórdia eram certamente motivo de agregação de capital e prestígio profissional que se sustentavam nos valores da tradição da instituição e na constituição da imagem social do médico como piedoso, católico e caridoso, sendo um importante diferencial usado pelos médicos para

promover seus predicados e angariar mais clientes, como se pode perceber pelos anúncios médicos que destacavam o fato do profissional atender na Santa Casa de Misericórdia.

Entretanto, nem todos os médicos de Belo Horizonte clinicavam na Santa Casa e tampouco tinham acesso a outros hospitais para realizar suas práticas. Adentrar a Santa Casa era um caminho profissional que representava a consolidação de uma posição de destaque dentro do campo médico e dos serviços clínicos, de ascensão e consolidação nas posições hegemônicas da medicina local. O processo de se tornar médico da Santa Casa representava a coroação da ascensão e do reconhecimento da comunidade de médicos de Belo Horizonte, situação essa que, para os médicos mais novos, recém-diplomados, oriundos de outras localidades e de famílias sem tradição na medicina, e ainda em busca de colocação no mercado de trabalho, era uma árdua posição a ser conquistada. Como vimos nos capítulos anteriores, eram justamente médicos com estes predicativos que fundaram a CMC, ou seja, médicos recém-diplomados, de pouca idade, de pouco tempo de exercício profissional, de fora de Belo Horizonte e de famílias não-médicas, que construíram sua carreira profissional pelo perfil médico especialista e que se organizaram em torno de uma corporação profissional em busca de ascensão no mundo médico e no mercado de trabalho. A expansão da cidade para a região nordeste de Belo Horizonte, as parcerias firmadas entre prefeitura e SSVP, e a fundação da CMC, do Hospital São Francisco de Assis e da Cidade Ozanan ofertavam a estes médicos sem hospital uma oportunidade de realizarem e praticarem a medicina ao mesmo tempo em que galgavam degraus dentro da comunidade médica consolidando suas posições enquanto investiam em suas imagens sociais. Assim, buscando realizar uma prática médica sustentada sob o tripé da caridade, ciência e pedagogia, estes médicos, ao consolidarem suas respectivas carreiras, formarem clientelas e almejar o prestígio dentro da comunidade de médicos de Belo Horizonte, foram migrando da órbita da CMC para os caminhos universitários e da Santa Casa de Misericórdia. Entendemos, assim que seja possível elencar a hipótese de que a divisão implícita dos modelos assistenciais que coexistiam em Belo Horizonte produzia uma geografia do atendimento médico-hospitalar que acompanhava as desigualdades das classes sociais e gerava aos médicos – sobretudo aos médicos sem hospital – oportunidades de realizarem suas práticas médicas sob os signos da caridade, certamente em encontro com os anseios das elites belo-horizontinas de afastar da cidade planejada as misérias, enfermidades e pobreza, e de praticar a medicina em busca de prática, reconhecimento e prestígio dentro e fora da comunidade de médicos.

Não obstante, vale destacar que o desenvolvimento da assistência na região nordeste de Belo Horizonte seguiu ainda as órbitas da atuação do poder público. As ocupações ilegais, clandestinas e irregulares proliferaram em todas as zonas geográficas da capital e o poder público buscou, ao seu modo – qual seja, a da remoção destas pessoas de suas moradias e a destruição das suas respectivas moradias, chamadas pejorativamente de *cafuá*, e a expulsão da zona urbana para zona suburbana –, promover uma regulamentação legal do processo da ocupação na zona nordeste. Ou seja, ainda que a ocupação da zona nordeste da cidade datasse dos anos iniciais de 1920, antes mesmo da intervenção do poder público, no final da década, a prefeitura de Belo Horizonte procurou enquadrar os trabalhadores que lá viviam nas balizas da legislação municipal, regulamentando por decreto a criação da Vila Operária, a distribuição dos lotes e a construção das moradias. Assim, dentro da forma implícita que se constituiu o desenvolvimento da assistência à saúde em Belo Horizonte, a escolha da região nordeste e o desenvolvimento da assistência nesta região não parecem ter sido frutos do acaso. Como aventou-se anteriormente, o processo implícito da criação da assistência em Belo Horizonte ressaltava e materializava as contradições iniciais das planilhas da cidade modelo, ou seja, criava uma dualidade do acesso à assistência à saúde – aqueles que seriam socorridos dentro dos limites urbanos e aqueles que seriam socorridos fora dos limites urbanos. Entretanto o que se percebe também é que a assistência à saúde em Belo Horizonte esteve também inserida na construção legal dos perímetros suburbanos da capital que elegeu aqueles que seriam assistidos e aqueles que, a priori, não seriam, ou seja, ao regulamentar a ocupação da região nordeste de Belo Horizonte e criar ali uma Vila Operária, em detrimento da não criação de outras vilas operárias, o poder público abrangia para alguns os amparos da regulamentação legal da lei, enquanto para outros relegava o estatuto da clandestinidade, e aos operários da Vila Operária da Concórdia destinou-se a criação de uma rede de assistências constituídas pelas parcerias da prefeitura, SSVP e CMC.

6.3 A assistência à saúde e caridade: os vicentinos e a Corporação de Médicos Católicos

Como se viu, os vicentinos foram o principal grupo caritativo de Belo Horizonte. Coube a eles organizarem uma rede de assistências caritativa na capital, que se

concentrava, até os anos de 1930, principalmente em duas ações: a primeira, adoção das famílias pobres para serem assistidas pelos confrades vicentinos, e a segunda, a manutenção de algumas obras caritativas, cuja principal obra existente era a chamada *Obra de Assistência aos Mendigos*, que constituía no recolhimento de esmolas para suas respectivas distribuições. E, quando, no final do ano de 1934, o Conselho Metropolitano da SSVP de Belo Horizonte recebeu a visita do inspetor de estabelecimentos subvencionados do MES⁴⁰⁴, a SSVP da capital aspirava à criação de novos estabelecimentos dedicados à assistência. A criação destes novos estabelecimentos era reveladora das mudanças internas e da forma na prestação da caridade vicentina, pois almejava, a partir de então, a criação de estabelecimentos específicos destinados ao socorro, ao atendimento e ao acolhimento, como hospitais, creches e moradias, que norteariam as novas práticas caritativas vicentinas na cidade a partir dos anos de 1930.

Durante as décadas de 1920 e 1930, a cidade de Belo Horizonte já era bastante diferente da cidade imaginada e traçada décadas antes pela Comissão de Construção. Havia proliferado uma série de moradias irregulares e de ocupações desordenadas que levaram o poder público municipal a buscar ordenar essas ocupações, balizando-as nos parâmetros da legalidade da lei, criando as vilas operárias na região nordeste da cidade. E é exatamente na região nordeste da capital, em especial, na Vila Operária da Concórdia e em suas adjacências, que a SSVP iria fundar suas principais obras caritativas dos anos de 1930 e 1940. A expansão da cidade por este caminho culminou com o encontro dos anseios políticos com os valores caritativos da SSVP que materializaram-se na construção de uma rede de assistências – no plural –, e, em especial, a assistência à saúde promovida pela instituição vicentina em parceria com o poder público. Entendemos que o encontro dos anseios políticos e os vicentinos têm significados diferentes para cada um destes agentes, e, embora haja uma concordância entre poder público e SSVP sobre a criação dos estabelecimentos assistenciais, seria incorreto afirmar, como procurei demonstrar no 1º capítulo, que a SSVP destinou-se a atuar como um braço (de coerção) do poder público. Concordamos que houve, entre poder público e SSVP, uma afinidade de interesses, entretanto seria incorreto deixar de perceber que a prática caritativa representa a própria função da existência da SSVP e que as causas que levaram a SSVP a atuar na caridade não podem ser confundidas com os efeitos da caridade.

⁴⁰⁴ Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1927 – 1937, página não numerada. Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte.

A expansão dos serviços caritativos da SSVP, o que ocorreu em parceria com os poderes públicos, através da doação de terrenos e pagamento de subvenções para a criação e a manutenção de uma rede de assistências, estiveram correlacionados com a forma como se consolidou a assistência à saúde em Belo Horizonte. Como procurei argumentar, em Belo Horizonte se percebe, na atenção à saúde, a materialização das desigualdades iniciais da construção da cidade, ou seja, em Belo Horizonte é possível perceber a existência de dois modelos de assistência à saúde: o primeiro modelo inserido nos limites urbanos da cidade, o segundo, externo aos limites urbanos. Assim, a divisão explícita de uma cidade dividida entre zona urbana *versus* zona suburbana criou um modelo implícito de assistência que se materializou na atenção à saúde, selecionando através das classes sociais e dos espaços sociourbanos e geopolíticos, produzindo a exclusão no acesso aos bens de consumo do campo da saúde, o que fez com que a assistência à saúde materializasse as contradições de um desigual desenvolvimento sociourbano.

No que se refere à atuação vicentina na assistência à saúde em Belo Horizonte, vale destacar que a SSVP teve uma atuação de relevância mesmo antes da criação do Hospital São Francisco, sendo que, neste sentido, podemos afirmar que a atuação vicentina não começou nos anos de 1930. Menciona-se, a título de exemplo, que consta nas atas a presença de médicos belo-horizontinos participando da *Obra de Assistência aos Mendigos* e que, ao longo da década de 1920, a SSVP procurou fundar um hospital em Belo Horizonte e manteve, junto aos poderes públicos, atuações em campanha de saúde pública contra lepra.⁴⁰⁵

Acompanhando as atas vicentinas, é possível perceber que, no final dos anos 20, o Conselho Metropolitano Vicentino procurou promover uma série de mudanças internas na forma de organizar e controlar as obras caritativas ofertadas pela SSVP em Belo Horizonte. Assim, em reunião já outrora mencionada neste texto, que ocorreu na sede do Conselho Metropolitano, no dia 10 de outubro de 1928, o presidente vicentino, Furtado de Menezes, propôs uma reestruturação dos serviços caritativos assistenciais ofertados pela instituição. De acordo com a ata produzida, o Conselho Metropolitano passava a ser dividido em 10 seções distintas que, subordinadas à diretoria do Conselho, visava “essa divisão ter o fim de melhor se desenvolver a acção do Conselho.” E, assim, foram “creadas as seguintes: 1º Secção de Divertimento para os Pobres; 2º Obra das Vocações;

⁴⁰⁵ Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1927 – 1937, p.: 30. Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte.

3º Lar do Pobre; 4º Assistência Espiritual; 5º Assistência aos Mendigos; 6º Rouparia; 7º Assistência Médica; 8º Assistência Funeraria; 9º Diversos; 10º Legião S. Luiz Gonzaga.”⁴⁰⁶ Para presidir a seção de assistência médica foi empossado o médico Almeida Cunha.⁴⁰⁷

Em reunião datada de 11 de agosto de 1930, Furtado de Menezes aproveitou-se da ocasião para informar aos demais confrades vicentinos que vislumbrava, como parte de seus objetivos, a criação, a ser realizada ainda naquele ano, de uma Creche para amparar a “infância pobre, soccorrida pela Sociedade, afim de que se possa abrigar estas creancinhas, enquanto suas mães fossem procurar uma ocupação honesta com a qual pudessem auxiliar na sua manutenção.”⁴⁰⁸ A conclusão das obras de construção da Creche, que viria a ser chamada de Creche Menino Jesus, foi informada aos confrades em 12 de novembro de 1930, poucos dias depois de ter acontecido o golpe de estado que levou Vargas ao poder. Segundo consta, Furtado de Menezes informava aos confrades que a Creche havia servido de abrigo aos foragidos da revolução, entretanto ainda aguardava a oportunidade de realizar a inauguração da Creche⁴⁰⁹, que viera a acontecer somente no ano posterior, em julho de 1931⁴¹⁰.

Para a manutenção financeira da Creche, as Damas da Caridade de Belo Horizonte tiveram um papel fundamental.⁴¹¹ Segundo consta em ata datada de novembro de 1930, quando Furtado de Menezes anunciou aos demais confrades a fundação da Creche, foi informado que Damas de Caridade de Belo Horizonte conseguiram obter donativos para a Creche e, além disso, o valor de 4:850\$000 que foi entregue ao Conselho Metropolitano para ser destinado ao custeio da Creche. Até onde foi possível mapear, a manutenção financeira da Creche envolveu principalmente dois aspectos: o primeiro esteve vinculado

⁴⁰⁶ Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1927 – 1937, p.: 27. Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte. Nesta mesma reunião vicentina informa que para cada seção criada foi também realizada um regulamento próprio, entretanto em nossa pesquisa não foi possível encontrar estes regulamentos.

⁴⁰⁷ Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1927 – 1937, p.: 36. Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte.

⁴⁰⁸ Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1927 – 1937, p.: 51. Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte.

⁴⁰⁹ Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1927 – 1937, p.: 52. Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte.

⁴¹⁰ Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1927 – 1937, p.: 91. Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte.

⁴¹¹ VALENTE, Polyana Aparecida. Mulheres católicas em ação: caridade, saúde e divulgação de ciências em Belo Horizonte (1897-1936). Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Minas Gerais. [Tese]. Belo Horizonte, 2016.

ao arrecadamento de donativos e esmolas pelas Damas de Caridade, e o segundo se deu através das subvenções que eram destinadas ao Conselho Metropolitano e depois distribuídas entre as obras caritativas, entre as quais constam a Creche Menino Jesus que, como demonstra a ata de 10 de fevereiro de 1936, recebeu o valor de 2:000\$000 da SSVP.

A Creche Menino Jesus esteve sob o controle Conselho Metropolitano de Belo Horizonte até 1932, quando foi entregue à direção das Reverendíssimas Irmãs de Caridade, ocasião em que foi desligada da SSVP.⁴¹² Além dos serviços dedicados ao acolhimento dos menores, a Creche ofertava serviços de clínica médica, a cargo do grupo de médicos que, anos mais tarde, formariam a Corporação de Médicos Católicos – inclusive vale mencionar que a Creche Menino Jesus abrigou a sede da CMC até a inauguração do Hospital São Francisco de Assis.

Em 15 de agosto de 1934, “sob os auspícios da ‘Creche Menino Jesus’ foi fundada a Associação do Lactário Menino Jesus. O Lactário⁴¹³ tinha sido criado com o objetivo de prestar auxílios à Creche no sentido de “cuidar do problema da infância sob todas as suas faces” e “incumbir-se do fornecimento de leite e productos dieteticos para as creanças e alimento para as mães nutrizes.”⁴¹⁴ Ao que tudo indica, com a criação do Lactário, houve uma expansão dos serviços médicos que eram ofertados na Creche Menino Jesus. Segundo demonstra a tabela 5.1, o corpo administrativo e os serviços clínicos eram realizados pelos médicos Francisco de Souza Lima, mantido como diretor do Lactário; Delor Luiz Ferreira, como Chefe do Lactário e da clínica de crianças do Ambulatório de Ephigenia; Tupy Coutinho Soares, como chefe do laboratório, assistido pelo José Ribeiro; Berardo Nunan, Chefe da Enfermaria de Crianças e do Serviço de Crianças de Santa Teresa; Rodovalho Mendes Domenici, Chefe de Ambulatório de Crianças da Chefe e da Lagoinha; Geraldo Coelho Almeida Chefe do Ambulatório de Adultos da Creche; Mário Vaz de Mello, Chefe do Consultório de Adultos de Santa Thereza; Victor Lacombe, Hyygiene pre-natal; Jayme Werneck, assistente de hygiene pré-natal; Persio Pereira Pinto, Chefe do Ambulatório de Crianças de Santo Antonio;

⁴¹² Documento Sociedade São Vicente de Paulo – Conselho Metropolitano Cidade Ozanam – Estatutos provisórios, (sem página). [Ano: 1938]. Caixa: Sociedade São Vicente de Paulo. Pasta: Cidade Ozanam. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte

⁴¹³ O serviço de Lactário tinha o objetivo de distribuir leite para complementar a alimentação das crianças. A distribuição de mamadeiras e leite também esteve presente no Hospital São Francisco de Assis. Para os médicos católicos, a questão com alimentação da criança e as necessidades em suplementar a dieta alimentar da criança era uma urgência para suprir uma carência nas famílias assistidas.

⁴¹⁴ Arquivo Fundação Ezequiel Dias, Revista Médica de Minas, Data: 15/03/1935, p. 59 N° 19 ano 2.

Hilton Rocha, Chefe do Serviço de Ophthalmologia; J. Pinheiro Chagas, Chefe do Serviço de Oto-rhino-laryngologia,; Ubirajára França Diniz e Juvenal Santos, ambos Chefes do Ambulatório de Adultos do Barro Preto; A. Correa, Chefe do Ambulatório de Crianças do Barro Preto; Paulo Miranda, Chefe do Ambulatório de Adultos de Santa Ephigenia; José Amaral Castro e A. Polizzi, ambos chefes do Serviço de Pequena Cirurgia.⁴¹⁵

5.1 *Tabela nome do médico e a respectiva função realizada no Lactário Menino Jesus*⁴¹⁶

Nome	Função
Acácio Correa	Chefe do Ambulatorio de Crianças do Barro Preto
Arlindo Polizzi	Serviço de Pequena Cirurgia
Berardo Nunan	Chefe da Enfermaria de Crianças e do Serviço de Crianças de Santa Teresa
Dêlor Luiz Ferreira	Chefe da Lactatio e clinica de crianças do Ambulatorio de Ephigenia
Francisco de Souza Lima	Diretor
Geraldo Coelho Almeida	Chefe do Ambulatorio de Adultos da Creche
Hilton Rocha	Chefe do Serviço de Ophthalmologia
Jayme Werneck	Assistente de hygiene pre-natal
José Amaral de Castro	Serviço de Pequena Cirurgia
José Pinheiro Chagas	Chefe do Serviço de Oto-rhino-laryngologia
José Ribeiro	Chefe do Laboratório
Juvenal Santos	Chefe do Ambulatorio de Adultos do Barro Preto
Mário Vaz de Mello	Chefe do Consultorio de Adultos de Santa Thereza
Paulo Miranda	Chefe do Ambulatório de Adultos de Santa Ephigenia
Pérsio Pereira Pinto	Chefe do Ambulatorio de Crianças de Santo Antonio
Rodvalho Mendes Domenici	Chefe de Ambulatorio de Crianças da Chefe e da Lagoinha
Tupy Coutinho	[Auxiliar do médico José Ribeiro]
Ubirajára França Diniz	Chefe do Ambulatorio de Adultos do Barro Preto

⁴¹⁵ Documento: O Diário, 18/08/1935, p. 7 n° 165. Arquivo Hemeroteca da Biblioteca de Belo Horizonte.

⁴¹⁶ Mantido a grafia de acordo com o documento citado.

A expansão dos serviços clínicos da Creche com a respectiva constituição do Lactário Menino Jesus foi fruto de uma doação do diretor de Saúde Pública de Minas Gerais, dr. Mário da Silva Campos. Segundo consta, Silva Campos fez uma doação de “um Lactario completo, no valor de 10 contos e mais 30 contos para auxiliar a construção do actual edificio”⁴¹⁷ que servia para abrigar o corpo médico-clínico e um laboratório de análises. O Lactário foi formado a partir de uma divisão interna de “4 secções: hygiene infantil, lactário, physiotherapia e hygiene pre-natal”⁴¹⁸. Entre o leque de serviços assistenciais ofertados pelos médicos do Lactário constava a preocupação pedagógica em ensinar as mães – e aos filhos – questões acerca da higiene e a nutrição alimentar. Tal característica dos serviços clínicos ofertados no Lactário não fugiu às observações tecidas pelo periódico *O Diário* e era assim destacada:

Ali se ministram, ás mães pobres, conhecimentos de hygiene, noções accesiveis á sua inteligência, sobre como zelas pela saude das crianças e os meios de evitar as causas mais communs e geraes das molestias. [...] A atividade do lactário não scircumscreve á alimentação das crianças pobres: instrue, ainda, as mães endinheiradas e já tem ministrado conhecimentos technicos a varios chefes de centros de saude do interior.”⁴¹⁹

Segundo informava o periódico, os médicos do Lactário traçavam uma luta contra “assombroso coeficiente de mortalidade infantil” através da distribuição de leite e a criação de um regime alimentar que objetivava complementar a amamentação como recomendado pelos médicos às classes proletárias, pois “as classes proletárias são sempre hypo-alimentadas, nem sempre representa elle substancia sufficientemente nutritiva; dahi, a necessidade de completal-o com outros alimentos polyvitaminados: assim surge o regime mixto.”⁴²⁰

No que se refere à manutenção financeira do Lactário, os encargos ficaram sob a responsabilidade de seus membros-sócios que, segundo consta no estatuto, foram

⁴¹⁷ Documento: *O Diário*, 18/08/1935, p. 7 n° 165. Arquivo Hemeroteca da Biblioteca de Belo Horizonte.

⁴¹⁸ Documento: *O Diário*, 18/08/1935, p. 7 n° 165. Arquivo Hemeroteca da Biblioteca de Belo Horizonte.

⁴¹⁹ Documento: *O Diário*, 18/08/1935, p. 7 n° 165. Arquivo Hemeroteca da Biblioteca de Belo Horizonte.

⁴²⁰ Arquivo Hemeroteca da Biblioteca de Estadual de Minas Gerais. .Documento: *O Diário*, 18/08/1935, p. 7 n° 165.

divididos entre as seguintes modalidades: sócios *fundadores*, “os que subscreverem a acta da instalação, assumindo a obrigação de serem socios efectivos”, sócios *benemeritos*, aqueles que “prestam reais serviços a Associação”, sócios *benfeitores* são os “que tenham feito serviços de excepcional valia ou tenham contribuido de uma só vez com quantia superior a 1:000\$000”, sócios *efetivos* são os “socios que tenham assumido compromisso de trabalhar em prol da Associação e contribuam mensalmente com a quota de 2\$00 ou maior quantia” e, por último, sócios *remidos*, aqueles que realizaram “doação de uma só vez da quota de 500\$000”. Aos sócios efetivos eram ainda assegurados uma série de deveres e direitos, versados no capítulo III artigo XX, que dava-lhes o direito de participar das sessões públicas, poder votar, fiscalizar os atos dos setores administrativos, desempenhar cargos que fossem eleitos, entre outros.⁴²¹

A Creche e o Lactário Menino Jesus foram as primeiras experiências de institucionalizadas promovidas pela SSVP na recém criada Vila Operária da Concórdia. A Creche, que havia sido criada há pouco mais de dois anos depois da fundação do bairro, inaugurava o serviço de acolhimento às crianças, enquanto seus pais e mães, operários e operárias que moravam na região nordeste de Belo Horizonte, estivessem nas fábricas da região. O Lactário Menino Jesus ofertou, além da distribuição de leite e conselhos em torno da alimentação e dos hábitos higiênicos, serviços odontológicos e clínicos, com a formação de um corpo de médicos que fundariam, em 1935, o periódico O Bebê, a Corporação de Médicos Católicos e o Hospital São Francisco de Assis. Todavia, a despeito dos serviços caritativos ofertados pela instituição, a importância da fundação da Creche Menino Jesus para o desenvolvimento da assistência à saúde em Belo Horizonte ultrapassou as características dos serviços clínicos e caritativos ofertados, pois a instituição teve uma relevância ainda maior ao representar a primeira experiência associativista dos médicos que fundariam, poucos anos depois, a CMC, quando estes fundaram em março de 1935, a Sociedade Médica da Creche Menino Jesus (MARQUES, 2005: p. 123).

A fundação da Creche Menino Jesus, no início da década de 1930, em uma vila operária, representava também o início de um novo modo de configurar a assistência em Belo Horizonte, com a criação de estabelecimentos de assistência para além dos contornos da cidade planejada, constituindo o que temos chamado de modelo implícito de

⁴²¹ Arquivo Fundação Ezequiel Dias, Revista Médica de Minas. Data: 15/03/1935, p. 61 N° 19 ano 2.

assistência à saúde em Belo Horizonte. A fundação da Creche e do Lactário representaram o início de uma série de outras instituições vicentinas que seriam fundadas ao longo das décadas de 1930 naquela localidade e que materializariam as contradições da cidade planejada *versus* a cidade construída.

Como dissemos nas páginas anteriores, no ano de 1934, o Conselho Metropolitano de Belo Horizonte recebeu a visita do então secretário de obras financiadas pelo MES. A visita do secretário fazia parte de um contexto de discussões vivenciadas pelos confrades vicentinos que levariam à fundação da maior obra de assistência criada em Belo Horizonte durante os anos de 1930 e 1940, que era a construção da Cidade Ozanan. A elaboração do projeto foi entregue à Corporação dos Engenheiros Católicos que colocaram no papel a idealização de um lugar que abrigasse um ‘bairro’ destinado aos pobres de Belo Horizonte. Assim, entre os anos de 1936-1939, foi levada a cabo a construção da Cidade Ozanan que tinha o principal objetivo de recolher e abrigar os pobres sem moradia que viviam na capital. A Cidade Ozanam ainda contava com uma série de outras estruturas como uma praça, Igreja, padaria, farmácia, uma lavanderia onde as mulheres poderiam trabalhar, fábrica de costura e serviço médico.

Segundo consta na documentação consultada, em sessão extraordinária ocorrida em 25 de fevereiro de 1937⁴²², o presidente vicentino, Furtado de Menezes, informava aos demais confrades a doação “por parte da Prefeitura dos terrenos para a construção da Cidade Ozanan na Villa Manacá”, que ficava localizada nas adjacências da Vila Operária da Concórdia. O terreno doado pela prefeitura abrangia 209 lotes e era avaliado em 150:000\$000⁴²³. De acordo com o presidente vicentino, “a construção da Cidade Ozanan vem preencher uma lacuna existente nos serviços da Assistência aos mendigos, dotando-a de habitações confortáveis para residência de seus pobres e das conferências”. Furtado de Menezes ainda informava aos demais confrades a participação do prefeito de Belo Horizonte, Octacílio Negrão de Lima, que “acolheu com todo o carinho nosso apelo [e] vem promovendo os meios para que em breve seja uma realidade a construção da ‘Cidade Ozanan’. Para levar a cabo a construção da Cidade Ozanam, foi formada uma comissão para supervisionar o andamento das obras, contando com a participação do

⁴²² Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1927 – 1937, p.: 190. Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte.

⁴²³ Documento Sociedade São Vicente de Paulo – Relatório de 1938 (documento sem paginação). Caixa: Sociedade São Vicente de Paulo. Pasta: Relatório de 1938. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte.

médico Francisco de Souza Lima, na qualidade de presidente da Comissão de Obras e Fiscalização⁴²⁴, e o aporte financeiro foi constituído pela participação das esmolas arrecadadas pelas Damas de Caridade e pelas subvenções públicas angariadas junto ao governo federal.⁴²⁵

O lançamento da pedra fundamental da Cidade Ozanan ocorreu em 29 de junho de 1937, em cerimônia realizada com a presença de diversas lideranças políticas locais, estaduais, nacionais e membros da eclesiástica de Belo Horizonte. O lugar de presidente da Comissão de Honra foi ocupado pelo arcebispo de Belo Horizonte, Dom Antônio Cabral, e pelo interventor do estado, Benedicto Valladares. Dentre outras figuras políticas que se fizeram representar estavam o prefeito de Belo Horizonte, o secretário da educação do estado de Minas Gerais, o secretário do interior, o Presidente da Assembleia Legislativa do Estado, o Presidente da Câmara Municipal de Belo Horizonte, o Chefe de Política da Capital, o Diretor da Saúde Pública, além dos presentes líderes vicentinos, como Furtado de Menezes, presidente do Conselho Metropolitano, Francisco de Souza Lima, médico e presidente da Comissão de Obras e Fiscalização, Américo Magalhães Gomes, presidente da Corporação de Engenheiros Católicos e responsável pelo projeto da Cidade Ozanan, e demais membros dos conselhos da SSVP de Belo Horizonte.⁴²⁶

Foi constituída uma Comissão Diretora⁴²⁷ para a Cidade Ozanam⁴²⁸, que contou com Joaquim Furtado de Menezes, na qualidade de Diretor; Lafayate Pádua, como Vice-Diretor; Carlos Alves de Carvalho⁴²⁹, como secretário; e Alexandre Macedo, como

⁴²⁴ Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1927 – 1937, p.: 198. Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte.

⁴²⁵ Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1927 – 1937, p.: 197. Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte.

⁴²⁶ Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1927 – 1937, p.: 197 e 198. Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte.

⁴²⁷ Deve-se destacar que para Comissão Diretora da Cidade Ozanam todos os membros deveriam ser confrades ativos ou honorários da Sociedade São Vicente de Paulo (art. 8), e que para os cargos de diretor e vice-diretor, estes deveriam ser membros natos do Conselho Central Metropolitano e que seriam nomeados pelo presidente do Conselho, enquanto que os demais membros da Comissão Diretora seriam escolhidos e nomeados pelo presidente da Comissão (art. 6º). O mandato a ser cumprido pela Comissão Diretora tinha duração de um ano e deveriam ser exercidos gratuitamente (art. 7). Documento Sociedade São Vicente de Paulo – Conselho Metropolitano Cidade Ozanam – Estatutos provisórios, pág. 2. [Ano: 1938]. Caixa: Sociedade São Vicente de Paulo. Pasta: Cidade Ozanam. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte.

⁴²⁸ Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1937 – 1944, p.: 26. Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte.

⁴²⁹ Segundo consta na documentação, em 23 de março de 1938, o cargo de secretário foi primeiramente assumido pelo confrade vicentino Custódio Pinto Coelho. Entretanto, na reunião vicentina de 27 de abril de 1938, foi informado que o cargo de secretário foi substituído pelo confrade Carlos Alves de Carvalho.

Tesoureiro, além de outros sete visitantes – que não foram nominalmente especificados. Para a administração da Cidade Ozanan, o Conselho Metropolitano de Belo Horizonte firmou, em contrato, uma parceria com o Instituto das Missionárias de Jesus Crucificado de Campinas. Como consta em ata da reunião vicentina de 23 de fevereiro de 1938⁴³⁰, encerradas as negociações entre o Conselho Metropolitano, o clero campinense e as Missionárias, era esperado que oito missionárias transferir-se-iam de Campinas para Belo Horizonte, incluindo, entre elas, a Madre Superiora, Maria do Calvário, para realizarem os serviços internos da Cidade Ozanam. O contrato deixava estabelecido que a autoridade a que as irmãs missionárias deveriam subordinar-se era a Madre Superiora, cabendo somente a ela as prerrogativas de determinar os trabalhos a serem realizados pelas irmãs, trocá-las – quando houver a necessidade – do serviço realizado e o direito de chamar “a atenção ou corrigir as Irmãs”. Para a hospedagem das irmãs seria construída uma moradia especialmente para suas respectivas acomodações com “commodos especiais para as missionárias, sendo alguns delles reservados a com clausura [...]”⁴³¹

Além das prerrogativas pertencentes à Madre Superiora, a mesma deveria ser consultada quando o Conselho entendesse por bem nomear ou demitir empregados da Cidade Ozanan e ainda era ressaltado que “todo o pessoal empregado no serviço interno da Cidade Ozanan, inclusive o Administrador, deverá prestar obediência á Madre Directora, que ouvido o Presidente, poderá tomar empregados para o serviço interno e dispensal-os.” Segundo o 11º artigo, a “Madre Superiora superintenderá toda a vida interna da ‘Cidade’ entendendo-se sempre que for necessário com o presidente da Comissão Directora que é representante do Conselho Metropolitano, no que diz respeito á ‘Cidade Ozanam’. Quando julgar conveniente, poderá entender-se directamente com o presidente do Conselho Metropolitano.”⁴³² A autoridade da Madre Superiora era reafirmada inclusive dentro das obrigações firmadas pelo Conselho Metropolitano e pela Comissão Directora da Cidade Ozanam, que deveria atentar ao 23º artigo que versava que “a Madre receberá as reclamações do Presidente ou dos visitantes da ‘Cidade’, os quaes, com a prudencia que o caso requer, não darão ouvido ás queixas dos pobres ou

Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1937 – 1944, p.: 26 e 28. Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte.

⁴³⁰ Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1937 – 1944, p.: 19. Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte.

⁴³¹ Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1937 – 1944, p.: 21. Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte.

⁴³² Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1937 – 1944, p.: 21. Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte.

empregados, nem tomarão providencia alguma sem antes ser ouvida a Madre ou a Missionária em serviço”. Assim, observa que o contrato firmado ressaltava e legitimava a autoridade da Madre Superiora e que, em última instância, deveria ser respeitada pelo Conselho Metropolitano de Belo Horizonte e Diretoria da Cidade Ozanam. Caso houvesse algum litígio entre a Comissão Diretora e a Madre Superiora, “seja quanto à interpretação deste contracto, como no que disser respeito á orientação dos serviços da ‘Cidade’, será levado ao Exmo e Revmo Sr. Arcebispo de Bello Horizonte, cujos conselhos e luzes serão acatados por ambas as partes.”⁴³³

Caberia à diretoria do Conselho Central Metropolitano prover “a capella do que for necessario ao culto, tudo mantendo de accordo com a Autoridade Diocesana” e o custeio de um capelão que deveria “diariamente celebrar a S. Missa, dando a S. Communhão na Cappella da Cidade, além das bençans e outros actos do culto nos domingos e mezes festivos como maio, junho, outubro.”. Era incluída, entre os compromissos do Conselho Metropolitano, a renumeração das missionárias a quem deveriam ser pagas a quantia de cem mil reis⁴³⁴, além do fornecimento gratuito da alimentação, da roupa de cama, da roupa de mesa, dos móveis e outros utensílios.⁴³⁵ Em caso de alguma enfermidade sofrida, as missionárias deveriam receber a “assistência médica e remédios e, por [acaso] de morte, condigno sepultamento.”⁴³⁶

No que se refere aos socorridos, ficava regulado, pelo *Estatuto da Cidade Ozanam*, que a instituição “visa abrigar: 1º todos os pobres isolados e famílias pobres socorridas pela Sociedade de São Vicente de Paulo desta Capital, que não possuam casa própria, na seguinte ordem: a) os atualmente socorridos pela ‘Assistência aos Mendigos’; b) os atualmente adotados pelas Conferência; c) aqueles que futuramente venham a ser protegidos pelas conferencias ou pela própria administração da Cidade”⁴³⁷. Para que se

⁴³³ Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1937 – 1944, p.: 23. Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte.

⁴³⁴ Segundo consta na documentação não é especificado a periodização que deverá ocorrer o pagamento. Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1937 – 1944, p.: 22. Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte.

⁴³⁵ Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1937 – 1944, p.: 22. Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte.

⁴³⁶ Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1937 – 1944, p.: 22. Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte.

⁴³⁷ Documento Sociedade São Vicente de Paulo – Conselho Metropolitano Cidade Ozanam – Estatutos provisórios, pág. 1. [Ano: 1938]. Caixa: Sociedade São Vicente de Paulo. Pasta: Cidade Ozanam. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte.

realizasse a internação dos pobres na Cidade Ozanam, era necessário observar o 29º artigo do estatuto que definia que a internação poderia ocorrer mediante “a solicitação de autoridade pública” ou “de [alguma] conferência” que “a título de provisório” poderia “um pobre ou uma família totalmente desamparada” pudesse ser acolhida na Cidade Ozanam “até que se façam averiguações ou que se lhe dê destino.”⁴³⁸ Assim, como se lê no 31º artigo, a formalização da internação do assistido na Cidade Ozanam mantinha a mesma estrutura já praticada pela SSVP em suas demais ações caritativas: primeiramente realizava uma indicação de algum pobre que necessitava ser assistido pela SSVP, depois formava-se uma comissão de sindicância constituída por cinco confrades que ficavam com o objetivo de realizar a arguição e a triagem das famílias a serem acolhidas. Era produzido um parecer pela comissão de sindicância, que deveria contar com a assinatura em apoio de, pelo menos, três dos cinco membros que a compuseram e enviada ao presidente da Comissão Diretora da Cidade Ozanam que deveria, mediante as informações do Administrador da Cidade Ozanam e do parecer da comissão de sindicância, produzir uma decisão sobre o acolhimento ou não da Sociedade (art. 30º).

Ficava vetado, de acordo com o 32º artigo, o acolhimento aos “indivíduos que sofrem de moléstias contagiosa facilmente transmissível, nem casal ilegitimamente unido”⁴³⁹. Pela documentação consultada, percebemos que havia um enquadramento do público a ser acolhido na Cidade Ozanam, dado a partir de uma seleção entre os assistidos, mediante a seguinte ordenação: “1º viúvas com filhos e com situação financeira precária; 2º famílias, com filhos, desajustadas por doença do chefe ou qualquer outro motivo justo; 3º velhos de ambos os sexos; 4º menores órfãos ou moralmente abandonados.”⁴⁴⁰ Uma vez aprovados na triagem realizada pela Comissão Diretora, os recém-acolhidos seriam “apresentado á Madre Superiora, para que elles tenham o seu lugar na ‘Cidade’, de accordo com a classificação que merecerem.”⁴⁴¹

⁴³⁸ Documento Sociedade São Vicente de Paulo – Conselho Metropolitano Cidade Ozanam – Estatutos provisórios, pág. 6. [Ano: 1938]. Caixa: Sociedade São Vicente de Paulo. Pasta: Cidade Ozanam. Arquivo da Arquidiocese de Belo

⁴³⁹ Documento Sociedade São Vicente de Paulo – Conselho Metropolitano Cidade Ozanam – Estatutos provisórios, pág. 6. [Ano: 1938]. Caixa: Sociedade São Vicente de Paulo. Pasta: Cidade Ozanam. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte.

⁴⁴⁰ Documento Sociedade São Vicente de Paulo – Conselho Metropolitano Cidade Ozanam – Estatutos provisórios, (página não numerada). Caixa: Sociedade São Vicente de Paulo. Pasta: Cidade Ozanam. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte.

⁴⁴¹ Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1937 – 1944, p.: 22. Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte.

Todos os internos da Cidade Ozanam que tivessem “capacidade para executar algum trabalho, deverá aplicar a sua atividade consoante as ordens que receber. Do fruto do seu trabalho, 50% serão aplicados às despesas gerais da Cidade, devendo ainda da outra metade ser retirada uma parte para formar um peculio em seu favor (do operário).”⁴⁴² Cabia às Irmãs Missionárias a manutenção dos serviços internos dedicados à higiene da Cidade Ozanam, a “disciplina do pessoal leigo”⁴⁴³ e a direção de determinados departamentos dedicados aos trabalhos a serem realizados pelos asilados, como, por exemplo, os trabalhos de lavanderia, alfaiataria, sapataria, carpintaria. Além da organização interna da Cidade Ozanam, as Irmãs Missionárias ficavam a cargo também da vida espiritual dos acolhidos. Assim, versado no 24º artigo do contrato firmado entre as Missionárias e o Conselho Metropolitano, as Missionárias ficavam “com poderes para, sem prejuízo dos interesses da ‘Cidade’ em geral, desenvolverem, entre seus asilados ou pessoas que as procurarem, o seu variado apostolado que tão bem responde à Ação Catholica mandada pelo S. Padre.”⁴⁴⁴

Os rendimentos produzidos pelo trabalho dos internos eram parte dos recursos destinados à manutenção da Cidade Ozanam. Como versava o artigo 43º, os recursos para sustento e manutenção da Cidade Ozanam deveriam provir: “1º das contribuições mensais dos sócios efetivos; 2º dos donativos dos sócios das outras categorias; 3º de heranças e legados; 4º de subvenções dos Poderes Públicos; 5º dos festejos e benefícios promovidos em seu favor; 6º de 50% do rendimento dos trabalhos dos internados; 7º da aquisição de vales de alimentação para os socorridos das associações e conferencias, bem como da aquisição pelas mesmas roupas; 8º das rendas dos bens imóveis e dos juros de depósitos ou títulos de dívida.”⁴⁴⁵

Para a realização do atendimento médico aos pobres acolhidos pela Cidade Ozanam, Francisco de Souza Lima, médico e diretor da Corporação de Médicos Católicos, levou para deliberação do Conselho Metropolitano, em 29 de junho de 1938, a

⁴⁴² Documento Sociedade São Vicente de Paulo – Conselho Metropolitano Cidade Ozanam – Estatutos provisórios, pág. 1. [Ano: 1938]. Caixa: Sociedade São Vicente de Paulo. Pasta: Cidade Ozanam. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte.

⁴⁴³ Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1937 – 1944, p.: 20. Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte.

⁴⁴⁴ Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1937 – 1944, p.: 23. Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte.

⁴⁴⁵ Documento Sociedade São Vicente de Paulo – Conselho Metropolitano Cidade Ozanam – Estatutos provisórios, pág. 7. [Ano: 1938]. Caixa: Sociedade São Vicente de Paulo. Pasta: Cidade Ozanam. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte.

proposta de que o serviço médico (ambulatório de consultas e exames) seria prestado pelo médico da prefeitura de Belo Horizonte e que caberia aos médicos da CMC somente os casos que necessitassem de hospitalização. Muito embora tal disposição para o atendimento clínico aos pobres internos da Cidade Ozanam tenha sido consentido pela direção do Conselho Metropolitano, vale destacar que este modelo de organização dos serviços médicos pouco tempo durou. Como se vê na reunião do Conselho Metropolitano que ocorreu em 26 de abril de 1939, foi informado que o serviço médico aos pobres internos da Cidade Ozanam passou a ser realizado exclusivamente pelos médicos da CMC⁴⁴⁶, prevalecendo, assim, os fins estatutários firmados pela CMC e pelo *Estatuto da Cidade Ozanam* que, segundo versava em seu artigo 41º: “o serviço de higiene de assistência médica da ‘Cidade Ozanam’ será organizado pela ‘Corporação dos Médicos Católicos’ a cujo cargo ficará” e em seu parágrafo único afirmava que “aos pobres que precisarem de internação hospitalar, serão transportados para o “Hospital S. Francisco de Assis.”⁴⁴⁷

Ao que tudo indica, os médicos da CMC também atuaram em um outro hospital mantido pela SSVP, o hospital de Nossa Senhora de Lourdes de Nova Lima, criado em 1903. Pela documentação consultada, em reunião datada de 27 de maio de 1942⁴⁴⁸, o Conselho Metropolitano de Belo Horizonte recebeu em sua sede a visita de confrades vicentinos da cidade Nova Lima que levaram ao conhecimento dos confrades belo-horizontinos a diluição do Conselho Particular de Nova Lima, ocorrido no início daquele mês, no dia 10 de maio. Um dos assuntos tratados nesta reunião foi o referido Hospital de Nossa Senhora de Lourdes. Este hospital havia sido doado pela Associação de Nossa Senhora de Lourdes ao Conselho Particular de Nova Lima em 18 de abril de 1927, por intermédio de Dom Antônio Cabral – arcebispo de Belo Horizonte – mediante o prévio estabelecimento de um contrato firmado entre Conselho Particular de Nova Lima, Arcebispado de Belo Horizonte e a Associação de Nossa Senhora de Lourdes. Segundo consta na documentação consultada, ficava definido que:

⁴⁴⁶ Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1937 – 1944, p.: 49. Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte.

⁴⁴⁷ Documento Sociedade São Vicente de Paulo – Conselho Metropolitano Cidade Ozanam – Estatutos provisórios, pág. 7. [Ano: 1938]. Caixa: Sociedade São Vicente de Paulo. Pasta: Cidade Ozanam. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte.

⁴⁴⁸ Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1937 – 1944, p.: 120-125. Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte.

- 1) Que o Hospital se mantenha sempre como obra especial da Sociedade de S. Vicente de Paulo, de acordo com as normas para tais fins estabelecidas pelo regulamento da referida Sociedade.
- 2) Que, deste modo, só a diretoria constituída ou a administração do Hospital, que será de nomeação do Conselho Particular, composta de católicos praticantes, terá plena autoridade para reger o hospital, independente de sócios e de outras autoridades.
- 3) Que, ao Conselho da Sociedade de S. Vicente de Paulo não seja permitido jamais, sobre pretexto algum, transferir a qualquer outra associação os bens ora recebidos ou outros adquiridos ou doados ao Hospital.
- 4) Caso o Conselho não julgue conveniente continuar com a direção do Hospital ele voltará a Associação de N. Senhora de Lourdes ou para a Igreja Matriz da cidade de Nova Lima⁴⁴⁹

Entretanto, com a iminente dissolução do Conselho Particular de Nova Lima, os problemas referentes à continuidade do funcionamento do hospital foram levados ao Conselho Metropolitano de Belo Horizonte. Como ficou explicitado em ata, o presidente do Conselho Vicentino de Belo Horizonte, Benedito dos Santos, informou aos demais confrades que “o Hospital de N. Senhora de Lourdes, daquela localidade, [foi] fundado ao tempo de D. Silvério” e que “depois de explicar devidamente o caso de Nova Lima, diz que o Conselho tem o dever imperioso de resolvê-lo”. A questão debatida na reunião extraordinária do Conselho Metropolitano de Belo Horizonte ultrapassava os dilemas jurídicos e contratuais que foram elencados com o fim do Conselho Particular de Nova Lima e a referida posse e a respectiva ligação que existia entre a SSVP e o Hospital. A solução encontrada pela mesa do Conselho Metropolitano de Belo Horizonte e amplamente referendada pelos demais confrades presentes foi a de redigir uma carta ao Sr. Arcebispo de Belo Horizonte, D. Antônio dos Santos Cabral, solicitando sua intervenção em uma suposta quebra de hierarquia vicentina por parte do Hospital Nossa Senhora de Lourdes.

A carta lembrava ao Arcebispo de Belo Horizonte o contrato outrora firmado pelo próprio com a Associação de Nossa Senhora de Lourdes e a SSVP de Nova Lima e expunha “minuciosamente o caso de Nova Lima”. Desta forma, escrevera na carta que “o Conselho Metropolitano [de Belo Horizonte], com todo o acatamento devido a Vossa Revma., deseja que Vossa Exma. ordene [e] seja ao mesmo esclarecida, a situação em que ficou o citado hospital, com a nova organização que lhe foi dada.” A situação mencionada na carta era a seguinte: citadas as cláusulas contratuais existentes entre as partes, a carta informava ao arcebispo uma suposta quebra de vínculos entre a SSVP e o

⁴⁴⁹ Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1937 – 1944, p.: 122 e 123. Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte.

Hospital, resultante de uma quebra das hierarquias vigentes dentro da SSVP. Como foi escrito

a nova mesa e seu provedor se impossaram, sem que fizessem a menor comunicação ao Conselho Metropolitano de São Vicente de Paulo. Isto significa, senão foi um descuido do provedor, que desapareceram as ligações do Hospital com a Sociedade de S. Vicente de Paulo, que não pode agir isoladamente, neste ou naquele ponto, segundo o seu sábio regulamento, pois existem as dependências de um Conselho para outro até o Central de Paris. O Conselho Central Metropolitano com a humildade vicentina, em assuntos espirituais subordinados á autoridade eclesiástica, terá que transmitir ao Conselho Superior a resolução tomada por V. Excia., nesta questão, a qual aborda, a contra gosto, perante vossa Ex^a, não com fim de se contrapor as resoluções tomadas por V. Ex^a, mas simplismente para cumprir om dever que lhe impõe o regulamento, sendo o Conselho Metropolitano o intermediario entre a Sociedade de S. Vicente de Paulo na arquidiocese e o Conselho Superior⁴⁵⁰

Muito embora não tenhamos encontrado a resposta de Dom Antônio Cabral ao Conselho Metropolitano de Belo Horizonte, é possível supor que o Hospital de Nossa Senhora de Lourdes continuou sob administração da SSVP e sob auspícios do Conselho Particular de Nova Lima até “janeiro de 1961, [quando] retornou à Curia devido à dificuldade de manutenção, manifestada pelo Concelho Particular de Nova Lima, de acôrdo com as cláusulas da escritura passada entre as duas partes contratantes”⁴⁵¹, o que, por sua vez, estendeu aos médicos da CMC a oportunidade de trabalharem por lá.

A pouca documentação sobre o Hospital de Nossa Senhora de Lourdes dá conta de um único relatório referente ao ano de 1948, produzido pela própria SSVP no ano posterior. Segundo consta, o Hospital prestava dois tipos de atendimento: o atendimento médico gratuito, que através da caridade atendeu no ano de 1948 um total de 245 pessoas – descritas na documentação como *indigentes* –, e o atendimento médico particular, que através das ‘Caixas de Aposentadoria e Pensões Locais’⁴⁵² prestou um atendimento a 119

⁴⁵⁰ Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1937 – 1944, p.: 123. Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte.

⁴⁵¹ Documento Sociedade São Vicente de Paulo – Obras Especiais do Conselho Central Metropolitano de Belo Horizonte – [sem paginação e sem data]. Caixa: Sociedade São Vicente de Paulo. Pasta: Cidade Ozanam. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte.

⁴⁵² As Caixas de Aposentadoria e Pensão foram criadas em janeiro de 1923. Com a Revolução de 1930, houve uma expansão de categorias profissionais abrangidas e as Caixas de Aposentadoria e Pensão foram incorporadas ao Ministério do Trabalho. Destaca-se que a medicina previdenciária vinculava a oferta do tratamento médico ao recolhimento destas categorias profissionais. Em 1945, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensão, todavia foi mantida a estrutura da medicina previdenciária.

pessoas⁴⁵³. Segundo foi informado pelo relatório, os serviços hospitalares destinados à enfermagem bem como o atendimento espiritual estavam sob atenção das Irmãs Vicentinas Maria Gomes, como enfermeira, Maria da Cruz e Regina de Jesus, ambas atuando como auxiliar de enfermeira.⁴⁵⁴ Os médicos do pronto socorro eram um total de seis profissionais que recebiam recompensação financeira pelos serviços prestados na instituição, sendo eles Virgílio Gomes d'Assumpção, como diretor clínico, Ticiano Ribeiro da Luz, médico cirurgião, Antonino Fonseca Junior, médico cirurgião, Jose Perz Furletti, médico clínico, Milton Abdo Santiago, médico clínico e Saul Dias, médico radiologista. Vale ressaltar que, segundo os dados referentes à remuneração dos médicos, nenhum deles era membro da CMC. No que se refere ao movimento das enfermarias do hospital no ano de 1948, é possível perceber que a quantidade de homens atendidos pelo hospital é ligeiramente superior à quantidade de mulheres atendidas.

Embora o Hospital de Nossa Senhora de Lourdes tenha feito parte do quadro de instituições hospitalares de caridade da SSVP de Belo Horizonte, Rita de Cássia Marques aventa a possibilidade dos médicos da CMC terem atuado ocasionalmente neste hospital (MARQUES, 2011), hipótese esta que não descartamos, vale destacar, entretanto, que o hospital dos vicentinos com a maior notabilidade no contexto da assistência em Belo Horizonte, foi, sem dúvidas, o Hospital São Francisco de Assis da Corporação de Médicos Católicos.⁴⁵⁵

⁴⁵³ Documento Relatório de 1949, páginas 7 e 10. Caixa: Sociedade São Vicente de Paulo. Pasta: Relatório de 1949. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte.

⁴⁵⁴ Na parte referente às gratificações destinadas, eram descritas nominalmente, Maria Gomes, como enfermeira, Maria da Cruz e Regina de Jesus, ambas como auxiliar de enfermeira. Documento Relatório de 1949, páginas 7. Caixa: Sociedade São Vicente de Paulo. Pasta: Relatório de 1949. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte.

⁴⁵⁵ Vale aqui uma observação sobre a documentação utilizada para a construção das próximas páginas. Ao buscarmos realizar nas próximas páginas uma história sobre o Hospital São Francisco de Assis, deparamos com um problema: a limitada oferta de fontes disponíveis. Dados os diversos problemas jurídicos, administrativos e econômicos que levaram à falência do Hospital no final dos anos 90 e ao consequente fim da Corporação de Médicos Católicos, foi nomeada, por vias judiciais, uma Comissão Interventora para que pudesse cuidar e gerir o Hospital. Consequentemente foram poucas as documentações encontradas para a construção deste texto. Essa documentação se resume a algumas matérias de jornal, em especial, realizados pelo periódico *O Diário*, a um relatório financeiro do Hospital São Francisco de Assis entre os anos de 1939-1945 e as atas do Conselho Metropolitano da SSVP de Belo Horizonte.

6.4 O Hospital São Francisco de Assis: entre a caridade e a sociabilidade médica

A primeira menção à construção de um hospital na região nordeste de Belo Horizonte pela SSVP ocorreu em uma reunião do Conselho Metropolitano datada de 6 de fevereiro de 1937. Em reuniões que ocorreram anteriormente, o Conselho Metropolitano já havia aventado a possibilidade da construção de um asilo na Vila da Concórdia, entretanto, foi na reunião que ocorreu no dia 6 de fevereiro de 1937 que o presidente vicentino, Furtado de Menezes, informou aos demais confrades presentes “o desejo dos Senhores Medicos da Corporação de Medicos Catholicos de construir um hospital especializado com poucos leitos, que desejariam tornasse o nome de S. Francisco de Assis. Devido a grande distancia da Cidade Ozanam ficou combinado que fosse construido na Villa Concordia.”⁴⁵⁶

O terreno onde viera a ser construído o Hospital São Francisco de Assis havia sido doado ao Conselho Metropolitano da SSVP de Belo Horizonte pela prefeitura da capital em 21 de março de 1929. O documento foi registrado sob as presenças de Cristiano Machado, na qualidade de representante da prefeitura, e Furtado de Menezes, como representante do Conselho Metropolitano. Era firmado no acordo que o Conselho Metropolitano recebia por meio doação da prefeitura um terreno no valor de 30:000.000 localizado no Quarteirão nº 8 da Vila da Concórdia, sendo que este local estaria sob posse do Conselho Metropolitano até que o mesmo se desfizesse.⁴⁵⁷

Embora seja comumente apontado que as obras do Hospital São Francisco de Assis tenham sido iniciadas no ano de 1936⁴⁵⁸, como vimos, foi apenas em fevereiro de 1937 que o presidente dos vicentinos informou sobre o desejo dos médicos da CMC em construir o hospital na região nordeste de Belo Horizonte. O desencontro que há referente a data de início da construção do Hospital entre a historiografia e a pesquisa documental das atas do Conselho Metropolitano, também aparece na própria documentação produzida pelos vicentinos na década de 60, quando informa que o Hospital São Francisco de Assis foi “criado e dirigido pela Corporação dos Médicos Católicos, vem prestando relevantes

⁴⁵⁶ Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1927 – 1937, p.: 193. Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte.

⁴⁵⁷ 3º Ofício de Notas da Comarca de Belo Horizonte. Livro de Notas nº 60, folhas 180-181-V.

⁴⁵⁸ (MARQUES, 2011)

serviços à pobreza da Capital desde 1936.”⁴⁵⁹ O desencontro entre as datas certamente reflete o modo como ocorreu a construção do Hospital: o terreno cedido à SSVP onde viera a ser construído o Hospital São Francisco era ocupado pelo antigo barracão destinado à Creche Menino Jesus, e, segundo consta, foi substituído pela construção do Hospital - revelando um aspecto interessante na forma e conteúdo da assistência vicentina: o Hospital nasceu da complexidade da assistência vicentina na Vila da Concórdia que assumiu uma dinâmica progressiva na constituição de novas instituições de auxílio e assistência. Visto a partir de sua historicidade, a oferta de instituições de assistências vicentinas na Vila da Concórdia passou por um processo crescente na complexidade dos serviços ofertados por estas instituições: criou-se em primeiro momento uma Creche para os filhos dos operários e operárias, depois um Lactário, e em seguida dois novos projetos assistenciais: uma cidade para recolhimento da pobreza de Belo Horizonte e um Hospital para o socorro médico.

Por pelo menos três anos consecutivos, o periódico católico de Belo Horizonte, *O Diário*, trouxe em suas páginas reportagens anuais sobre a construção do Hospital que vinha sendo executada desde o ano de 1937.⁴⁶⁰ Segundo era descrito pelo periódico datado de 8 de fevereiro de 1939, a

Villa Concórdia é um bairro de Belo Horizonte – pobre e populoso. Seus habitantes são todos proletários, homens cujo trabalho insano anima a paisagem do lugar, dando-lhe um sentido de beleza, impregnada desse característico que as coisas tem, quando ao repouso transitório das labutas ingratas. As casas são quase iguais, separadas pela extensão das ruas verticais e paralelas. Entretanto a vista do observador nesse quadro uniforme e quasi monotono encontra novas expressões, surpreendida por uma construção moderna dominando uma ladeira discreta, que toma um quarteirão inteiro. É o Hospital de São Francisco de Assis.⁴⁶¹

Para angariar os fundos e promover a criação do Hospital, a SSVP teve de recorrer às parcerias entre as iniciativas privadas e públicas, como era destacado pelo *O Diário* em 29 de março de 1938, pois a construção do Hospital traduzia a mobilização e

⁴⁵⁹ Documento Obras Especiais do Conselho Central Metropolitano de Belo Horizonte – [não datado] - Caixa: Sociedade São Vicente de Paulo. Pasta: Cidade Ozanam. Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte.

⁴⁶⁰ Usarei a data de 1937 por constar nas atas do Conselho Metropolitano da SSVP de Belo Horizonte.

⁴⁶¹ Arquivo Hospital São Francisco de Assis (Acervo Particular). Documento: O hospital de São Francisco de Assis, magnífica realização da SSVP. Periódico: O Diário – 08/02/1939, p. 1, nº 1288.

articulação entre agentes dos campos públicos e privados. Lembrava o periódico que o Hospital nascera da “iniciativa grandiosa da Corporação de Médicos Católicos” e que “esta Corporação, como já sabemos, tem por fim atender os pobres de S. Vicente de Paulo, da Cidade Ozanam e todos os pobres, enfim, que procuraram a policlínica.”⁴⁶² Para a concretização do empreendimento hospitalar, a CMC recorreu ao apoio de diversos setores da sociedade, como da secretaria de Saúde Pública, que “graças aos esforços do dr. Mário Campos, que emprestou todo o seu apôio àquela iniciativa humanitária desde o início das obras”, além do auxílio das verbas públicas de doação da prefeitura que havia dado “60 contos em dinheiro para a construção e mais 100 contos em material hospitalar” e da participação de setores da sociedade civil que através “do comércio, os bandos de Belo Horizonte, almas generosas, teem também levado ao seu auxilio e seu apôio ao Hospital São Francisco”.⁴⁶³

Quando as atividades do Hospital se iniciaram, ainda no ano de 1937, médicos, enfermeiras e pacientes tiveram que conviver com obras inacabadas e em andamento até o início dos anos 40. Analisando o projeto arquitetônico do Hospital, Rita de Cássia (2011) explica que

O edifício original possui características do protomoderno, com elementos do *art déco*. Foi implantado em terreno de esquina, conformado pelas ruas Itamaracá, Urandi e Itapagipe, e segue perpendicular à Rua Itapagipe. A planta apresenta estrutura pavilhonar e a volumetria é constituída por edifício central de dois pavimentos e pavilhões laterais e de fundos com um andar. A cobertura é estruturada em madeira, com manto em telha cerâmica e platibanda. A fachada principal possui conformação sólida e bem marcada por frisos de coroamento horizontais, traços do *art déco*. A entrada com avanço em planta é assinalada por alpendre com colunas robustas e trabalhadas com frisos horizontais. Ocorrem avanços e recuos em planta, dando movimento à fachada. Os planos são limpos de ornamentos e conformados por vazados em verga reta (com esquadria de ferro tipo basculante) e dispostos de forma regular.

A estrutura hospitalar estava dividida em “duas sessões”, uma externa que era composta por uma “pequena Capela, onde os que nele lidam e os enfermos vão fazer as suas orações”, espaços de convivência familiar, uma área verde e uma policlínica que

⁴⁶² Arquivo Hospital São Francisco de Assis (Acervo Particular). Documento: Mais uma realização que surge no progresso vertiginoso da Capital. Periódico: O Diário – 29/03/1938 p. 3.

⁴⁶³ Arquivo Hospital São Francisco de Assis (Acervo Particular). Documento: Mais uma realização que surge no progresso vertiginoso da Capital. Periódico: O Diário – 29/03/1938 p. 3.

contava com o atendimentos clínicos em “todas as especialidades”.⁴⁶⁴ Nas dependências internas do Hospital havia “uma biblioteca de assuntos médicos, a Academia São Lucas, para estudos, que tem cinco anos de vida; a conferencia Vicentina Santa Luiza, formada só de médicos, estando em organização uma revista”,⁴⁶⁵ uma área de sociabilidade para os médicos onde havia jogos de salão, para que “os médicos se divertissem, descansando das estafantes atividades de sua profissão”⁴⁶⁶ além das demais dependências clínicas como “a clínica cirurgica, salas de esterilização séptica e asséptica, clínica de ginecológica, médica, urológica, dermatológica, oto-laringológico, oftalmológica, odontológica, cirurgia infantil, gabinete de raio X com todas as instalações, laboratório completo, com os mais modernos aparelhos e farmácia. Na parte urbana desta Capital, há o Laboratório S. Paulo, de que depende o do hospital que está, como vimos, muito bem aparelhado”⁴⁶⁷

Segundo consta na publicação de *O Diário*, de 29 de março de 1938, o Hospital havia sido construído com a “capacidade para 100 leitos, amplas salas e quartos”⁴⁶⁸, dentre estes, seis quartos eram destinado ao atendimento “particular para pessoas de recursos, a fim de auxiliar a manutenção do estabelecimento. Para esse mesmo fim, há ainda duas salas de segunda e terceira classes”⁴⁶⁹, de forma que, para os que podiam arcar com os honorários médicos era cobrado o valor de 1\$000 por consulta⁴⁷⁰, enquanto que os demais leitos e quartos estavam destinados ao atendimento gratuito e caritativo, estando divididos entre quatorze leitos ao atendimento médico da policlínica⁴⁷¹, outros

⁴⁶⁴ Arquivo Hospital São Francisco de Assis (Acervo Particular). Documento: Grande e fecunda obra de Assistência Social, que se realiza no silêncio. Periódico: O Diário – 22 de fevereiro de 1940 – p. 3.

⁴⁶⁵ Arquivo Hospital São Francisco de Assis (Acervo Particular). Documento: Grande e fecunda obra de Assistência Social, que se realiza no silêncio. Periódico: O Diário – 22 de fevereiro de 1940 – p. 3.

⁴⁶⁶ Arquivo Hospital São Francisco de Assis (Acervo Particular). Documento: Grande e fecunda obra de Assistência Social, que se realiza no silêncio. Periódico: O Diário – 22 de fevereiro de 1940 – p. 3.

⁴⁶⁷ Arquivo Hospital São Francisco de Assis (Acervo Particular). Documento: Grande e fecunda obra de Assistência Social, que se realiza no silêncio. Periódico: O Diário – 22 de fevereiro de 1940 – p. 3.

⁴⁶⁸ Arquivo Hospital São Francisco de Assis (Acervo Particular). Documento: Mais uma realização que surge no progresso vertiginoso da Capital. Periódico: O Diário – 29/03/1938 p. 3.

⁴⁶⁹ Arquivo Hospital São Francisco de Assis (Acervo Particular). Documento: Grande e fecunda obra de Assistência Social, que se realiza no silêncio. Periódico: O Diário – 22 de fevereiro de 1940 – p. 3.

⁴⁷⁰ Arquivo Hospital São Francisco de Assis (Acervo Particular). Documento: Grande e fecunda obra de Assistência Social, que se realiza no silêncio. Periódico: O Diário – 22 de fevereiro de 1940 – p. 3.

⁴⁷¹ Arquivo Hospital São Francisco de Assis (Acervo Particular). Documento: O hospital de São Francisco de Assis, magnífica realização da SSVP. Periódico: O Diário – 08/02/1939, p. 1, nº 1288.

vinte leitos estavam destinados “secção de crianças havendo uma parte para recém-nascidos e outra para escolares e lactantes.”⁴⁷²

O corpo médico do Hospital São Francisco era composto pelos seguintes profissionais: os respectivos Francisco de Souza Lima, Delor Luis Ferreira, Berardo Nunan Filho, Pérsio Pereira Pinto, João Guerra Pinto Coelho, atuavam na clínica pediátrica. João Resende Alves atuava na clínica cirúrgica, José Pinheiro Chagas atuava na especialidade de otorrino, Paulo Miranda e José do Amaral Castro atuavam na clínica médica, Osvaldo Silveira atuava na clínica de olhos, João Evangelista do Amaral na clínica Ginecológica, José Benedito dos Santos Oliveira na obstetrícia, Teófilo de Souza Lima atuava na clínica Urológica, Breno de Paiva Oliveira na clínica Dermatológica, Geraldo Coelho de Almeida na clínica Radiológica, Antônio Paulo Ximenes de Moraes e José Ribeiro Filho eram responsáveis pelo Laboratório, Jarbas Rezende Monteiro atuava como farmacêutico e José Santos como dentista.⁴⁷³

Tabela 5.2⁴⁷⁴ – Médicos que clinicavam no Hospital São Francisco de Assis

		Departamento	Corpo Clínico do Hospital São Francisco de Assis
		Clínico	
Hospital São Francisco de Assis		Clínica Pediátrica	<ul style="list-style-type: none"> ● Francisco de Souza Lima, ● Delor Luis Ferreira, ● Berardo Nunan Filho, ● Pérsio Pereira Pinto, ● João Guerra Pinto Coelho
		Clínica Cirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> ● João Resende Alves
		Clínica Otorrino	<ul style="list-style-type: none"> ● José Pinheiro Chagas
		Clínica Médica	<ul style="list-style-type: none"> ● Paulo Miranda

⁴⁷² Arquivo Hospital São Francisco de Assis (Acervo Particular). Documento: Grande e fecunda obra de Assistência Social, que se realiza no silêncio. Periódico: O Diário – 22 de fevereiro de 1940 – p. 3.

⁴⁷³ Arquivo Hospital São Francisco de Assis (Acervo Particular). Documento: Grande e fecunda obra de Assistência Social, que se realiza no silêncio. Periódico: O Diário – 22 de fevereiro de 1940 – p. 3.

⁴⁷⁴ Tabela montada a partir dos dados retirados do O Diário de 22 de fevereiro de 1940, p. 3. Foi mantido a grafia do original.

		<ul style="list-style-type: none"> • José do Amaral Castro
	Clínica dos Olhos	<ul style="list-style-type: none"> • Osvaldo Silveira
	Clínica Ginecológica	<ul style="list-style-type: none"> • João Evangelista do Amaral
	Clínica Obstétrica	<ul style="list-style-type: none"> • José Benedito dos Santos Oliveira
	Clínica Urológica	<ul style="list-style-type: none"> • Teófilo de Souza Lima
	Clínica Dermatológica	<ul style="list-style-type: none"> • Breno de Paiva Oliveira
	Clínica Radiológica	<ul style="list-style-type: none"> • Geraldo Coelho de Almeida
	Laboratório	<ul style="list-style-type: none"> • Antônio Paulo Ximenes de Moraes • José Ribeiro Filho
	Farmacêutico	<ul style="list-style-type: none"> • Jarbas Rezende Monteiro
	Dentista	<ul style="list-style-type: none"> • José Santos

Certamente, a lista de médicos nominados pelo jornal *O Diário*, em 1940, está incompleta. Segundo consta na documentação consultada e em diálogo com a biografia produzida sobre o médico João Resende Alves, que atuou na clínica cirúrgica e como secretário da instituição, é digno de nota acrescentar os médicos Zeno Santa Rosa, Luiz Andrés Ribeiro de Oliveira, ambos atuaram como cirurgiões, Paulo de Castro Miranda que atuou na clínica, José Nobrega que atuou como patologista clínico, o cardiologista Lycurgo Lucena, o ortopedista Deodoro Barcelos, o dermatologista José da Rocha Cunha, o oftalmologista Hilton Rocha, Moacyr José Bernardes na neurocirurgia e Paulo Ferreira Borges como anatomopatologista.⁴⁷⁵

Segundo a matéria publicada pelo jornal *O Diário*, o Hospital tinha capacidade para internação de 100 leitos e a média de atendimento diária aproximada de “quarenta indigentes, ou seja uma média superior de 14.600 pobre por ano.”⁴⁷⁶ Dentre os serviços

⁴⁷⁵ ALVES, José Carlos Ribeiro de Resende. *A cirurgia e o sonho: biografia de João Baptista de Resende Alves*. Belo Horizonte, 2007: p. 125.

⁴⁷⁶ Arquivo Hospital São Francisco de Assis (Acervo Particular). Documento: Mais uma realização que surge no progresso vertiginoso da Capital. Periódico: *O Diário* – 29/03/1938 p. 3.

de atendimento clínico ofertados pelo Hospital São Francisco de Assis, o jornal destacava a prevalência dos serviços médicos dedicados “a proteção a maternidade e a infância” sobre os demais serviços.⁴⁷⁷ Segundo era informado, “uma das principais preocupações do hospital é a proteção a maternidade e a infância, formando uma geração sadia, que não seja pasto de moléstia. A maternidade, com assistência mensal para 40 indigentes, tem prestado inestimáveis serviços à população do bairro. A secção de crianças tem 20 leitos, havendo uma parte para recém-nascidos e outra para escolares e lactantes. O Lactário “Menino Jesus” do estabelecimento tem capacidade para 200 mamadeiras diárias.”⁴⁷⁸ A partir da leitura do jornal O Diário, percebemos que, dos dezessete profissionais médicos que são nominalmente citados como médicos que atuavam nos serviços clínicos do Hospital São Francisco de Assis, cinco são especialistas na área da pediatria – o que representava aproximadamente 30% desses profissionais. Como vimos no capítulo anterior, a década de 30 e 40 representaram os momentos de expansão da clínica pediátrica que, em certa forma, refletiam as mudanças epistemológicas vivenciadas no campo da medicina, mas, sobretudo, as novas formas de compreender e perceber a infância.

Apesar de se tratar de um hospital caritativo, a estrutura dos serviços médicos e a organização da assistência ofertadas pelo Hospital, demonstrando a prevalência da assistência à infância e os cuidados com a maternidade sob as demais especialidades e demais problemas da saúde, estavam em consonância com os programas de saúde do governo varguista que, segundo Fonseca (1993), havia promovido uma maior participação do poder público nos problemas sociais referente a infância – como o desamparo, a mortalidade, o abandono. De acordo com a autora, até o início da Era Vargas, as ações que buscavam solucionar os chamados problemas da infância, da maternidade e do menor abandonado aconteciam por meio da iniciativa particular que era “marcado por uma prática assistencialista, de caráter filantrópico, e contava basicamente com a iniciativa de médicos como Moncorvo Filho, Fernandes Figueira, Olinto de Oliveira e Martagão Gesteira. No início dessa mesma década, os serviços de assistência à infância eram executados, principalmente, por instituições privadas, não tendo ocorrido até aquele momento uma atuação sistemática e intensiva do governo nesse setor”

⁴⁷⁷ Arquivo Hospital São Francisco de Assis (Acervo Particular). Documento: Grande e fecunda obra de Assistência Social, que se realiza no silêncio. Periódico: O Diário – 22 de fevereiro de 1940 – p. 3.

⁴⁷⁸ Arquivo Hospital São Francisco de Assis (Acervo Particular). Documento: Grande e fecunda obra de Assistência Social, que se realiza no silêncio. Periódico: O Diário – 22 de fevereiro de 1940 – p. 3.

(FONSECA, 1993: 101). A autora argumenta que, ainda nos anos iniciais da Era-Vargas, os problemas relacionados “com a mortalidade infantil, o menor abandonado e a delinqüência infantil” adentraram a agenda das políticas sociais, com a criação de diretorias e departamentos destinados aos cuidados da infância, como, por exemplo, a criação da “Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância, que estendia pela primeira vez a todo o País a atuação do governo federal nessa área” e com a consolidação do Estado Novo em 1937 “essa preocupação parece se intensificar, sendo a Constituição de 10 de novembro destacada como um marco nessa questão, quando o presidente da República incluiu em seu texto ‘uma série de preceitos atribuindo ao Estado o dever taxativo de rodear a infância e a juventude de cuidados e garantias especiais’” (FONSECA, 1993: 101) e a criação do Departamento Nacional da Criança em 1940.

Segundo a autora supracitada, por detrás das políticas sociais com o cuidado à infância encontrava-se a premissa ideológica do Estado Novo com um entendimento jurídico, sanitário e eugênico da criança – aqui separada do menor, este entendido como “delinquente em potencial” – como um bem que deveria ser protegido e amparado pelo Estado, pois representava a “formação de um "novo homem" e de uma "nova raça" que, aliada aos princípios da eugenia e ao ideal de valorização do trabalho, iriam alimentar a ênfase na criança como futuro cidadão/trabalhador. Esse conjunto de ideias apresentava como suporte o ideal mais amplo do nacionalismo, marcando as propostas do governo no setor de saúde” (FONSECA, 1993: p. 99). As políticas sociais de amparo à infância, expandidas durante a Era-Vargas, formava um trânsito de mão dupla com a expansão da pediatria no campo da saúde cuja especialidade era a atenção a uma faixa etária específica do desenvolvimento humano, que é a infância. A prevalência dos serviços clínicos dedicados à infância e à maternidade neste hospital estavam assim inseridos em três grandes movimentos distintos que se encontravam no amparo à infância: o primeiro, o recorte assistencial da SSVP que, através das instituições de caridade criadas na Vila da Concórdia, davam ênfase à assistência à mãe e aos cuidados com a infância⁴⁷⁹; o segundo, as transformações epistemológicas na medicina e os novos olhares sociais sobre a infância

⁴⁷⁹ Relembro aqui o que argumentei em outras partes do texto. Entendemos que o auxílio a infância, a mãe abandonada, ao menor, são ações assistenciais ofertadas pela Sociedade São Vicente de Paulo que não podem ser visto como a instituição agindo como um braço repressor do estado. A própria instituição tem seus critérios, seus interesses em prestar auxílio e socorro aos desvalidos. Certamente, há um encontro de interesses entre a ação caritativa vicentina e os braços moralizantes e repressores do estado, entretanto, os efeitos da caridade não podem ser visto como as causas que fazem cada grupo mover. O encontro de interesses existentes não torna a SSVP um membro do estado e tampouco suas ações podem ser reduzidas a ações estatais.

que ajudaram a legitimar uma especialidade médica sobre uma determinada fase do desenvolvimento humano, e terceiro, as políticas públicas realizadas pelo Estado varguistas que objetivavam “proteger a criança, defender seus direitos, significava por extensão resguardar própria nação. A imagem de criança se divulgava estava intimamente associada à nova nação que o governo almejava construir trabalhar a infância, modelar o futuro cidadão, para mudar os rumos do País. Infância e entrelaçavam-se, formando assim um todo único, como bem indicam as palavras de Getúlio Vargas ao afirmar ‘que é preciso plasmar na cera virgem que é a alma da criança, a alma da própria Pátria’” (FONSECA, 1993: p. 102).

Se compararmos a listagem dos médicos que assinaram a ata de fundação da CMC em 1935 (Anexo 1) com os nomes dos profissionais médicos que possuem registro de sua respectiva atuação clínica no Hospital São Francisco de Assis (tabela 5.2), percebemos algumas nuances: dentre todos os médicos fundadores da CMC que decidiram permanecer em Belo Horizonte uma vez concluído a Faculdade de Medicina, com exceções dos médicos Acácio Correa Dolabella, Domingos Magalhães Lopes, Jayme Werneck e Mário Vaz de Mello, todos os demais médicos fundadores da CMC sobre os quais encontrei algum registro acerca do local em que atuaram profissionalmente, fizeram parte, em algum momento entre 1937-1946, do corpo clínico de médicos do Hospital São Francisco de Assis.⁴⁸⁰ Também é notório que novos médicos foram se incorporando ao corpo clínico do Hospital em sua primeira década de existência. Segundo percebemos pela documentação, o Hospital São Francisco de Assis destacou-se também por outras características para demais médicos que se encontravam em Belo Horizonte e que possuíam similitudes aos médicos fundadores da CMC - quais sejam, médicos que estavam em busca de profissionalização, jovens, forasteiros da capital e que procuravam os modos para inserção no mercado trabalho. Assim, o Hospital São Francisco assumiu funções importantes dentro da comunidade médica como um espaço destinado aos médicos em busca de consolidação no mercado de trabalho e de um lugar para praticar a medicina. Neste sentido, a criação de um hospital caritativo serviu aos médicos sem hospital como um local de sociabilidade e consolidação no mercado de trabalho. Na já

⁴⁸⁰ Vale destacar que os médicos Antônio Nunes de Carvalho, José Mariano e Tupy Coutinho Soares não fizeram suas respectivas carreiras médicas em Belo Horizonte. No que refere especificamente ao médico Tupy Coutinho Soares sua carreira foi precocemente encerrada em 1939 quando faleceu. Quanto aos médicos João Ignácio da Costa Santos, Rodovalho Mendes Domenici, Ubirajara França Dinis e Victor Lacombe não encontrei nenhuma informação referente ao local em que exerceu sua profissão.

referida biografia do médico João Baptista Resende Alves é narrada sua chegada à capital, vindo interior de Minas Gerais depois de se graduar em medicina no Rio de Janeiro. Assim, conta o texto, que

Em junho de 1934, João Baptista Resende Alves foi a Belo Horizonte, conhecer a cidade. Estava na casa comercial de Pedro Ferreira, pai de seu grande amigo, Wilton Ferreira, que tinham origens em Entre Rios de Minas. [...]. Conversando com Pedro, João foi apresentado a um jovem que chegara a Belo Horizonte. Era Francisco de Souza Lima, médico formado no Rio de Janeiro, em 1932, que estava fundando uma instituição, que viria a ser o Hospital São Francisco de Assis, na Vila Concórdia⁴⁸¹. Em 1º de julho de 1934, João iniciou sua vida profissional em Belo Horizonte, passando a atender em seu consultório, localizado no edifício Palacete Viaducto (sala 62, telefone 3913), assim como Francisco de Souza Lima, que tinha consultório no mesmo edifício. João tinha dificuldades em internar seus pacientes em hospitais para operá-los. Seu colega de Entre Rios de Minas, Gastão Ribeiro de Oliveira⁴⁸², era médico da Santa Casa de Misericórdia, e internou, em seu nome, alguns pacientes de João, que lá foram operados por ele. Mas, a manobra foi percebida e proibida. João passou a viver o drama *do cirurgião sem hospital* que o aceitasse. [Grifo nosso]. (ALVES, 2007: p. 119/120)

João Resende permaneceu em Belo Horizonte e seu biógrafo narra as dificuldades que o médico encontrou para inserir-se no mercado de trabalho, pois, justamente por ser do interior de Minas Gerais, representava um profissional sem raiz na sociedade belo-horizontina. O biógrafo de João Resende relata que “João [Baptista Resende Alves] entusiasmou-se com a idéia do Hospital São Francisco, indo ao Rio de Janeiro para tentar obter, através do doutor João Ribeiro de Oliveira e Souza, diretor presidente do Banco Mercantil do Rio de Janeiro, um empréstimo de dez contos de réis, para a construção das obras” (ALVES, 2007: p. 123) e, além do auxílio financeiro, narra o biógrafo que o próprio nome “São Francisco foi sugerido por João, que trabalhara como interno no Hospital São Assis, no Rio de Janeiro, durante seu curso médico” (ALVES, 2007: p. 123). A despeito da narrativa do biógrafo, cuja pesquisa documental não confirmou o narrado, é interessante perceber em suas páginas o processo para ascensão de um médico forasteiro em Belo Horizonte. Segundo narra

[João Baptista Resende Alves] tinha aspirações de se tornar professor universitário. Entretanto, não era aceito na Faculdade de Medicina da

⁴⁸¹ Como já se viu em outras partes deste texto, Francisco de Souza Lima fez sua graduação em medicina na Universidade de Minas Gerais, em Belo Horizonte, e não no Rio de Janeiro como supõe o biógrafo.

⁴⁸² Ao que tudo indica, Gastão Ribeiro de Oliveira também foi um médico do Hospital São Francisco de Assis.

Universidade de Minas Gerais, pois tinha se formado no Rio de Janeiro. E, além disso, as portas dos serviços clínicos e de laboratórios da Faculdade foram fechadas a ele. Logo que as condições permitiram, João [Baptista Resende Alves] passou a operar no novo Hospital, que era no início muito modesto. Com incrível tenacidade, montou, num barracão já existente no terreno, uma área de cirurgia experimental, em animais. Construiu uma cuba para cadáveres, conseguindo licença para dissecar cadáveres, começando a pavimentar o caminho que o levaria à Faculdade de Medicina. (ALVES, 2007: p. 123).

Entre uma anedota e outra, o biógrafo vai transparecendo em suas linhas importantes caminhos seguidos pelo médico forasteiro para se inserir no mercado médico de Belo Horizonte. Assim, uma vez fundado o Hospital, João Resende pode, depois de pelo menos três anos vivendo na capital, enfim, começar a praticar a cirurgia. Os seus primeiros passos no mundo da cirurgia ocorreram em uma “infeliz cabra, que faleceu por erro de anestesia” (ALVES, 2007: p. 123). O narrador comenta que o falecimento do animal logo tornou-se conhecido na comunidade belo-horizontina, o que por sua vez aumentou ainda mais as dificuldades de um médico de fora em formar sua clientela. Assim, por

14 anos, [João Baptista Resende Alves] trabalho no Hospital São Francisco de Assis. Acumulou experiência e casuística, que lhe permitiram ser aprovado em três concursos de docência-livre e num concurso para cátedra. [...]. Com a constante melhora da clientela, desejoso de se casar, João comprou por quatro contos de réis um lote à rua Pouso Alto, 95, no bairro da Serra, próximo à esquina das avenidas do Contorno e Paraúna (depois, avenida Getúlio Vargas). Ali construiu a casa que inaugurou ao se casar com Maria, em 29 de março de 1937. No início da década de 1940, mudou seu consultório para o “Edifício Monte Santo”, à Rua dos Tamoios, 522, no Centro, entre ruas São Paulo e Curitiba. No mesmo prédio funcionava o consultório de seu colega Francisco de Souza Lima.” (ALVES, 2007: p. 124/125/126).

Acompanhar os caminhos seguidos pelo médico forasteiro João Baptista Resende Alves, pode revelar também caminhos comuns seguidos pelos demais médicos da CMC em busca de consolidarem-se no mercado de trabalho, formarem suas respectivas clientelas e terem um espaço institucionalizado para exercer e praticar a medicina, em um momento que carecia ainda de construir a imagem social do médico e sua autoridade cultural. Neste sentido, a história de João Baptista revela muito do aspecto geral dos médicos da CMC, quais sejam, médicos recém-graduados, não naturais de Belo Horizonte, vindos do interior de Minas Gerais, de famílias sem tradição na área da medicina e buscando inserirem-se no mercado de trabalho e na comunidade médica. Desta

forma, entendemos que o Hospital São Francisco de Assis ultrapassou sua função de curar e se tornou, para os médicos sem hospital, um lugar de construção de redes de sociabilidades, de aprendizado e de prática médica. Sob os signos da caridade, estes médicos conseguiram formar clientelas, adentrar no mercado de trabalho e na comunidade médica, consolidar desta forma um projeto de ascensão profissional, e, com o tempo, alcançar o desejoso prestígio dentro do campo médico, institucionalizar dentro de um hospital e ascender na clínica médica. Estes médicos foram galgando degraus no campo médico, buscando posições mais ao centro e frequentando novas instituições. Assim, mudaram de hospitais, de consultórios, do modo de exercer a prática médica inserindo-se em outros círculos do campo médico – como procurei demonstrar no capítulo anterior -, a exemplo de Berardo Nunan, Hilton Rocha e João Resende Alves, quando, no decorrer da década de 1940, tornaram-se professores de cursos médicos, atuaram na clínica da Santa Casa e criaram Sociedades médicas.

A manutenção financeira do Hospital foi custeada por um consórcio formado pelos poderes públicos federal, estadual e municipal, que, através das subvenções, prestavam auxílio financeiro ao Hospital, e pelos médicos da CMC que contribuía com uma mensalidade e com a venda dos serviços. Para a administração do Hospital, foi mantida a hierarquia da CMC, constituindo uma mesa diretora composta pelo dr. Francisco de Souza Lima, na qualidade de Presidente da Corporação de Médicos Católicos; Delor Luiz Ferreira, na qualidade de Vice-Presidente; dr. José Rezende Alves, na qualidade de Secretário; e o dr. José Ribeiro Filho, na qualidade de Tesoureiro.⁴⁸³ Em certa medida, o princípio de manter a administração do Hospital vinculada aos médicos da CMC contraria o modo operante da SSVP, qual seja, a SSVP através de seus confrades e das parcerias com os poderes públicos articula e operacionaliza a criação de instituições de caridade, ajudando em sua respectiva manutenção financeira e mantendo um vínculo hierárquico entre os membros da direção e o Conselho Metropolitano, porém, no que se refere especificamente à administração da instituição, a SSVP opta pela terceirização das respectivas funções administrativas. Desta forma, o fato de o Hospital ter sido administrado pelos próprios médicos – matéria esta destacada pelo o jornal *O Diário* como uma “inovação introduzida no Hospital São Francisco e que tem dado excelente resultado” tanto técnico quanto administrativo – difere das demais experiências

⁴⁸³ Arquivo Hospital São Francisco de Assis (Acervo Particular). Documento: O hospital de São Francisco de Assis, magnífica realização da SSVP. Periódico: O Diário – 8 de Fevereiro de 1939, p. 1, nº 1288.

caritativas realizadas pela SSVP na Vila da Concórdia. A parceria firmada entre os médicos da CMC, o Conselho Metropolitano e as Irmãs Carmelitas da Divina Providência deixava sob a custódia das Irmãs a responsabilidade com os serviços destinados à enfermaria. Como destacava o jornal *O Diário* de 29 de março de 1938, “a enfermaria está a cargo das beneméritas Irmãs Carmelitas da Divina Providência, matriculas na escola de Enfermagem “Carlos Chagas”, e que ali estão exercendo seu apostolado de caridade”⁴⁸⁴. Sob a direção da Irmã Gabriela e outras duas Irmãs, Evangelista e Conceição, estas eram as “encarregadas de cuidar dos doentes, tratando-os e procurando-lhes alem da saude do corpo, a saude da alma.”⁴⁸⁵

A relação do Hospital São Francisco de Assis e do Conselho Metropolitano da SSVP era mantida por um aspecto hierárquico. Muito embora ao decorrer de nossa pesquisa não se tenha encontrado nenhum documento contratual entre o Hospital e o Conselho Metropolitano, é de se supor que este contrato tenha existido e que ele tenha refletido as cláusulas presente nos demais outros contratos de obras vicentinas que subordinava a obra vicentina à hierarquia do Conselho Metropolitano. Ademais, é válido lembrar que a nomeação do presidente e vice-presidente da CMC era prerrogativa do próprio Conselho Metropolitano e que entre as obrigações cabíveis ao presidente da CMC está o fato de ele ser vicentino e membro da mesa do Conselho Metropolitano, o que garantia a presença constante de Francisco de Souza Lima nas reuniões do Conselho. Certamente, uma das funções realizadas pelo Conselho Metropolitano foi a de a mediar a relação entre as Conferências Vicentinas e os serviços médicos prestados pelos médicos da CMC e pelo Hospital São Francisco.

Segundo constava no 4º artigo do estatuto de fundação da CMC (Anexo 1), a Corporação de Médicos Católicos tinha como seu fim “assistir com os recursos medicos todos os pobres socorridos pela Sociedade de S. Vicente de Paulo, em varios ambulatorios, e, quando necessario, nos seus proprios domicilios”. Porém, a condição para que isso se tornasse possível nem sempre ocorria na expectativa das conferências vicentinas. Neste sentido, Francisco de Souza Lima levou em diversas oportunidades à ciência do Conselho Metropolitano os problemas práticos vivenciados pelos médicos

⁴⁸⁴ Arquivo Hospital São Francisco de Assis (Acervo Privado). Documento: Mais uma realização que surge no progresso vertiginoso da Capital. Periódico: O Diário – 29/03/1938, p. 3.

⁴⁸⁵ Arquivo Hospital São Francisco de Assis (Acervo Particular). Documento: O hospital de São Francisco de Assis, magnífica realização da SSVP. Periódico: O Diário – 8 de Fevereiro de 1939, p. 1, nº 1288.

católicos para satisfazer a demanda de atendimento solicitados pelas conferências vicentinas. Para tanto, em reunião que ocorreu em 27 de julho de 1941, sob a presidência Benedito dos Santos, foi levada, pelo presidente do Conselho Metropolitano, a queixa feita por Francisco de Souza Lima de que os presidentes das conferências vicentinas estavam “fornecendo cartões para consultas a pessoas não socorridas das conferências.” A queixa realizada pelo médico Francisco de Souza Lima revelava o descompasso entre a demanda e a oferta, pois satisfazer o atendimento clínico no Hospital São Francisco de Assis e aos demais assistidos pela SSVP era uma tarefa que, segundo Francisco de Souza Lima, a CMC não conseguia abranger. Nesse sentido, é determinado pelo presidente do Conselho Metropolitano que tal problema fosse encaminhado ao Bispo Dom Cabral para que “o conselho Diocesano tomasse as providencias no sentido de coibir semelhantes atos em desacordo com o combinado com aquele Hospital.”⁴⁸⁶ O problema entre a demanda e disponibilidade de recursos financeiros da SSVP e humanos dos médicos católicos para satisfazer e socorrer todos aqueles que os procuravam foi novamente debatido na reunião do Conselho Metropolitano que ocorreu no dia 27 de abril de 1942⁴⁸⁷. Segundo consta na ata, o presidente do Conselho Metropolitano, Benedito Santos, informava aos confrades presentes um problema recorrente vivido pelo Conselho Metropolitano, que era a crescente procura de pessoas que necessitavam de recursos financeiros para o custeio de receitas médicas que não foram prescritas pelos médicos da CMC e nem pelo Hospital São Francisco de Assis. O presidente do Conselho Metropolitano citava, a fim de ilustrar seu argumento, o exemplo de uma pessoa que procurou o Conselho Metropolitano portando uma receita médica que não havia sido prescrita pelos médicos da CMC, no valor de 52\$000, e afirmava que “sobre as receitas medicas que deverão ser encaminhadas somente ao Hospital São Francisco de Assis, pois de outro modo vê-se o Conselho na imperiosa necessidade de não autorisar fornecimento de remedios, cujas receitas não sejam de procedencia daquele Hospital ou da Corporação de Médicos Católicos.”⁴⁸⁸ E aos médicos do Hospital São Francisco de Assis, o presidente do Conselho Metropolitano incentivava-os, quando fosse possível, a optarem pela prescrição de fármacos

⁴⁸⁶ Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte. Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1937 – 1944, p.: 110.

⁴⁸⁷ Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte. Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1937 – 1944, p.: 124.

⁴⁸⁸ Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte. Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1937 – 1944, p.: 124.

manipuláveis, o que, se era uma atividade mais “difícil [para os médicos]”, era “menos oneroso” ao Conselho Metropolitano.

A distribuição de remédios sem a receita prescrita pelos médicos da CMC continuou a ser um problema para o Conselho Metropolitano e necessitou novamente da intervenção do presidente do Conselho, Benedito dos Santos. Segundo consta na ata da reunião do Conselho Metropolitano que ocorreu em 27 de julho de 1942⁴⁸⁹, “sobre as receitas médicas, o Snr. Presidente insiste novamente que as mesmas sejam passadas por médicos, do Hospital S. Francisco de Assis. Assim é que á Assistencia tem recebido receitas para pobres socorridos por qualquer médico. Também para pobres de Conferencia sem autorização expressa, de seus presidentes, e, até mesmo para pobres não socorridos.”⁴⁹⁰ Lembrava o presidente do Conselho Metropolitano vicentino que “a Cidade Ozanam dispõe preretemente de uma farmácia, que poderia atender as receitas de manipulação, de vez que os srs. médicos não indicassem preparados.”⁴⁹¹ O presidente da CMC e diretor do Hospital São Francisco de Assis, Francisco de Souza Lima, que se encontrava presente na reunião do Conselho Metropolitano, argumentava que em “algumas terapêuticas especializadas” era impossível o uso de fármacos manipulados pelos médicos, sendo necessário que os médicos utilizassem desta forma os “fármacos já preparados” que nestas ocasiões eram “indispensáveis e insubstituíveis”. Porém, o médico vicentino sugeria que “neste caso das [terapêuticas especializadas] os médicos poderiam arranjar com os laboratórios amostras, que seriam fornecidas em tempo.”⁴⁹² Seguiu a matéria para a discussão do Conselho Metropolitano que referenciou a sugestão de Francisco de Souza Lima e ressaltou, novamente, a decisão outrora tomada: “ficou deliberado que as receitas de agora em diante serão passadas pelos médicos, do Hospital de São Francisco de Assis e assim virtualmente elas não dependem de autorização expressa da Sociedade de São Vicente de Paulo. Todavia os pobres só serão atendidos no referido hospital mediante uma apresentação dos snrs. Presidentes das Conferencia.”⁴⁹³

⁴⁸⁹ Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte. Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1937 – 1944, p.: 128.

⁴⁹⁰ Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte. Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1937 – 1944, p.: 128.

⁴⁹¹ Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte. Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1937 – 1944, p.: 128.

⁴⁹² Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte. Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1937 – 1944, p.: 128.

⁴⁹³ Arquivo Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte. Livro de Ata do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo, 1937 – 1944, p.: 128.

Depois desta citada reunião do Conselho Metropolitano, o problema referente à distribuição de remédios e a busca por parte dos médicos da CMC em equacionar a demanda de socorridos com a oferta de serviços médicos pararam de ser relatadas nas atas do Conselho Metropolitano Vicentino. Das duas, uma: ou foi feita uma equação entre a prestação do serviço médico e a demanda com uma normatização por parte das conferências vicentinas que seguiram as deliberações do Conselho Metropolitano, ou os médicos da CMC pararam de levar ao conhecimento do Conselho Metropolitano as desavenças entre os contratos firmados e descumpridos pelas conferências vicentinas.

A geografia dos atendimentos clínicos médicos em Belo Horizonte acompanhou as desavenças e contradições do processo de urbanização da capital. Neste sentido, quando imaginada como uma cidade planejada, símbolo da República brasileira, uma cidade moderna que não viveria com os males sociais da pobreza e das doenças, Belo Horizonte foi traçada a partir da divisão territorial entre área urbana *versus* área suburbana. Embora não fizesse parte dos traçados iniciais a criação de hospitais na capital, logo na virada do século XIX para o século XX, o desejo dos engenheiros positivistas mostrou-se longe de sua concretude: Belo Horizonte era um cidade que convivia em seu espaço urbano planejado com os signos da pobreza e das doenças. Para tanto foi criado o Hospital da Santa Casa, e as décadas seguintes foram caracterizadas por um crescente processo de expulsão das pessoas de suas ocupações consideradas ilegais e, em contrapartida, a tentativa do poder público em criar as bases legais para regulamentar as moradias das pessoas expulsas da área urbana para área suburbana. Nesta tentativa, nasceu o bairro da Concórdia na zona nordeste de Belo Horizonte. Um bairro planejado, regulamentado pelos ditames da lei, que mereceu a atenção do poder público com a formação da primeira vila operária regulamentada da zona nordeste da cidade. A expansão da regulamentação legal foi acompanhada pelas transformações nas assistências da capital, sobretudo na assistência à saúde. Esta, em sua dinâmica e em seu nascimento, acabou concretizando, nos cuidados à saúde, as contradições das planilhas de criação da capital imaginada pela Comissão Construtora: de uma divisão explícita de cidade entre área urbana *versus* área suburbana nasceu assistência que carregava implicitamente as contradições deste modelo de cidade. Desta forma, configurou-se em Belo Horizonte uma geografia dos atendimentos à saúde caracterizada pela exclusão da classe trabalhadora, ou seja, a geografia da assistência de Belo Horizonte acompanhou as desigualdades sociourbanas, destinando, desta forma, as instituições de saúde de acordo com o

pertencimento a determinadas classes sociais. Aos operários da Vila da Concórdia, consolidou-se uma rede de assistências ofertadas pelos vicentinos, que tinham nos médicos da CMC seu principal difusor.

Conclusão

Em reunião ocorrida no dia 21 de maio de 2009, na Sede da Corporação de Médicos Católicos, as atividades da Corporação dos Médicos Católicos de Belo Horizonte foram oficialmente encerradas. Era o fim da mais longa e atuante corporação médica da Capital. O antigo Hospital São Francisco de Assis substituía as benevolentes práticas caritativas ofertadas ao longo da sua história para inserir-se dentro das estruturas do sistema público de saúde brasileiro (SUS) garantindo serviço universalizado e gratuito. Devido aos problemas financeiros e administrativos acumulados ao longo de sua existência, o Hospital passou por uma intervenção judicial em 2009, quando foi nomeando um novo grupo de interventores para conduzir a administração da instituição. Assim, em 2010, o Hospital São Francisco de Assis retomou suas atividades sob a custódia da Fundação Hospitalar São Francisco de Assis. Atualmente, o Hospital

tem se destacado na área de transplantes renais. Sua estrutura de atendimento hospitalar inclui apartamentos, bloco cirúrgico, centro de tratamento intensivo (CTI), enfermarias, unidade de transplantes, anatomia patológica, banco de sangue, centro de ortopedia, clínica oftalmológica, consultórios médicos e de ecocardiograma, ergonomia e hemodiálise, laboratório de patologia clínica e pronto-atendimento 24 horas, além de serviços de radioterapia, radiografia, tomografia computadorizada e ultrassonografia (MARQUES, 2011: verbete 24).

A historiografia tem relegado às corporações profissionais e católicas um inmerecido silêncio e esquecimento. A pesquisa mostrou que a Corporação dos Médicos Católicos de Belo Horizonte desempenhou um importante papel na criação e na prestação da assistência à saúde dos pobres trabalhadores. Fundada em 1935, fruto do contexto católico e das transformações pelas quais o campo médico passava, a CMC representou ser um importante espaço de consolidação das práticas médicas entre os setores mais pobres e de sociabilidade entre os médicos fundadores.

A CMC foi fundada por médicos jovens, naturais de outras regiões do estado mineiro, oriundos de famílias não tradicionais no campo médico, que buscavam os meios de inserção profissional, ascensão econômica e social. A fundação de uma corporação profissional e devocional dialogava com as estratégias utilizadas por estes médicos em suas respectivas buscas por consolidação no mercado de trabalho e inscrição da medicina na vida social. Naquele contexto, a medicina não representava um saber hegemônico que versava sobre o corpo, a saúde e doença e tampouco possuía o monopólio das práticas

curativas. Os representantes da medicina disputavam o mercado de serviços curativos com diversos representantes de outros saberes e práticas, e ademais, a medicina acadêmica não havia construído sua autoridade cultural. Desta forma, os médicos acadêmicos tinham que desenvolver e manusear uma série de estratégias externas ao campo médico para inserir no mercado de trabalho.

Uma das estratégias desenvolvidas pelos médicos de Belo Horizonte ao longo dos anos de 1920 e 1930, foi o investimento na construção de suas respectivas imagens sociais (MARQUES, 2005). Para tanto, a benevolência, a aproximação com o mundo católico e a realização de práticas caritativas compuseram um leque de estratégias de legitimação utilizadas pelos médicos da capital. Não obstante, a inserção de novos médicos em corporações de ofícios rememorava as tradicionais formas de legitimação da medicina na capital, e repaginava-as com traços próprios em prol da militância profissional, defesa da medicina e inserção no mercado de trabalho.

Embora se tenha percebido uma série de características em comuns entre os membros fundadores da CMC, tais como, as suas respectivas origens sociais, regionais, geracionais e o modo de construir seus determinados perfis médicos, optando pelo perfil médico especialista, é também de ressaltar que a CMC não representou uma corporação homogênea. Assim, ao analisar as trajetórias individuais e as formas de construção das carreiras profissionais dentro da CMC percebemos que houveram modos diferenciados em promover a construção das respectivas carreiras médicas. Desta maneira, a pesquisa demonstrou que haviam ao menos dois caminhos disponíveis e trilhados pelos médicos para inserir-se no mercado de trabalho e conduzir a formação de suas carreiras profissionais: o primeiro destes caminhos profissionais foi melhor representado pelo médico Francisco de Souza Lima que promoveu a construção de sua carreira profissional com maior diálogo com o mundo vicentino. Assim, Francisco de Souza Lima presidiu a CMC, o Hospital São Francisco de Assis, coordenou a assistência médica da Cidade Ozanam, além de ter sido um atuante dentro das estruturas internas do Conselho Metropolitano, compondo a mesa administrativa e participando de outras comissões vicentinas. Em torno de Francisco de Souza Lima gravitaram diversos médicos outros médicos que conciliaram a inserção no mercado de trabalho as estratégias de atuação na caridade vicentina e, em especial, no Hospital São Francisco de Assis da Corporação de Médicos Católicos. Um segundo caminho trilhado pelos médicos da CMC para construção de suas carreiras, foi através de uma maior aproximação o mundo acadêmico.

Os médicos Hilton Rocha, Jayme Werneck e Berardo Nunan são os melhores representantes de médicos que optaram em construir suas carreiras médicas por este viés. Todos eles dedicaram-se à docência, a publicação de trabalhos científicos em revistas médicas especializadas, fundaram associações médicas profissionais. Ao analisar as trajetórias individuais dos médicos da CMC percebemos que os caminhos trilhados pelos médicos para construção de suas respectivas carreiras profissionais não representavam caminhos antagônicos e contraditórios. Antes, estes caminhos de construção profissional foram caminhos que se complementaram e dialogavam.

A fundação da CMC coincide com duas transformações vividas na capital: Belo Horizonte na década de 1930 era uma cidade bastante diferente da imaginada pelos seus engenheiros fundadores. As décadas anteriores, consolidou um processo de desenvolvimento econômico na capital do estado mineiro potencializado pela criação de novas indústrias na cidade, o que levou a um crescente aumento demográfico e uma ocupação desordenada do território. A cidade, outrora imaginada dentro dos limites urbanos da Avenida do Contorno, vivenciou um crescente processo de expansão urbano, sobretudo, na região nordeste. Concomitante ao crescimento desordenado, Belo Horizonte vivenciava também a expansão de seu aparato institucional de prestação da assistência à saúde. Este processo teve como motor condutor a formação de parcerias entre a prefeitura de Belo Horizonte com as instituições leigas, dentre estas, a principal, certamente, foi a Sociedade São Vicente de Paulo (SSVP).

A SSVP foi o grupo do laicato católico que melhor interviu na construção da assistência à saúde em Belo Horizonte. Percebemos que a década de 1930, foi o momento de intensificação da expansão da SSVP na capital, coincidindo com os processos de crescimento geográfico e urbano vivenciados em Belo Horizonte. A ramificação das conferências e conselhos vicentinos pela capital foi acompanhada da fundação de novos aparatos assistenciais. Nos últimos anos da década de 1920, a prefeitura de Belo Horizonte procurou regulamentar as ocupações ilegais que afluíam na região nordeste de Belo Horizonte, desde as décadas anteriores. Pois, assim, a prefeitura, mediante a aprovação legal, criou as Vilas Operárias, e em especial, a Vila Operária da Concórdia. Entrementes a prefeitura firmou uma série de parcerias com os vicentinos, que mediante a doações de terrenos na Vila Operária da Concórdia e o repasse de verbas, pôde a SSVP construir uma rede de assistências naquela região, ofertada pelas obras especiais do

Conselho Metropolitano da SSVP: a Creche e Lactário Menino Jesus, a CMC, o Hospital São Francisco de Assis e a Cidade Ozanam.

Assim, a expansão da assistência em Belo Horizonte seguiu o ritmo do crescimento desordenado da capital. Não obstante, a formação da assistência à pobreza, e em especial a atenção à saúde esteve correlacionado as dimensões desiguais do desenvolvimento sócio-urbano e das ocupações territoriais. Desta forma, a prestação dos serviços assistenciais na capital refletiu e materializou as desigualdades dos processos de desenvolvimento sócio urbano de ocupação da capital. Percebemos ao longo do texto, que a atenção a saúde assumiu dois modelos de assistência que reproduziram a lógica de ocupação imaginada pelos engenheiros construtores de Belo Horizonte: a divisão territorial da capital entre Zona Urbana *versus* Zona Suburbana produziu acessos diferenciados às instituições de saúde. Enquanto aqueles que conviviam dentro dos limites da Zona Urbana tiveram seu acesso à saúde ofertado pela Santa Casa de Misericórdia, os impelidos da Zona Urbana, sobretudo, os trabalhadores e pobres que foram expulsos ou impedidos de construir suas respectivas moradias dentro da Zona Urbana, foram socorridos pela rede de assistências formada pela SSVP e pelos médicos da CMC.

Referência

Fontes impressas:

Arquivo Vaticano:

Documento:	Autor:	Data:
Carta Encíclica Rerum Novarum	Leão XII	1891
Carta Encíclica Quadragesimo Anno	Papa Pio XI	1931

Arquivo Centro de Memórias da Medicina UFMG

Documento: Caixa de alunos excluídos da medicina

Breno Paiva de Oliveira	1931
Paulo de Souza Lima	1926
Pérsio Pereira Pinto	1928

Documento: Livro de Matrículas 1º (1929-1942)

Nome do médico	Data
Antônio Nunes de Carvalho	20 de abril de 1931
Antônio Nunes de Carvalho	30 de março de 1932
Biagio Arlindo Polizzi	15 de setembro de 1933
Deodoro Barcellos Corrêa	20 de abril de 1931
Domingos de Magalhães Lopes	30 de março de 1933
Domingos de Magalhães Lopes	30 de março de 1934
José Mariano	20 de abril de 1931
Paulo de Castro Miranda	31 de março de 1929
Rodovalho Mendes Domenici	31 março de 1929
Theophilo de Souza Lima	15 de setembro de 1933
Theophilo de Souza Lima	30 de março de 1934

Documento: Livro de matrículas nº 6 (1937-1952)

Médico	Data
Antônio Paulo Ximenes de Moraes	30 de março de 1938
Biagio Arlindo Polizzi	30 de março de 1938
Domingos de Magalhães Lopes	30 de março de 1938
José do Amaral Castro	30 de março de 1938
Theophilo de Souza Lima	30 de março de 1938

Documento: Livro de registro de diploma ° 3

Médico	Data
João Guerra Pinto Coelho	21 de março 1932

Documento: Livro de registro de diploma nº 4

Médico	Data
Acácio Correa Dolabela	15 de outubro de 1942
Antônio Nunes Carvalho	9 de dezembro de 1936
Antônio Paulo Ximenes de Moraes	5 de janeiro de 1939
Berardo Nunan Filho	12 de setembro de 1942
Carlos Antonio Nunes Filho	9 de dezembro de 1936
Delor Luiz Ferreira	4 de outubro de 1932
Deodoro Barcellos Correa	29 de março de 1937
Domingos de Magalhães	13 de fevereiro de 1939
Ênio Pinto de Correa	10 de fevereiro de 1945
Francisco de Souza Lima	4 de outubro de 1932
Hilton Ribeiro Rocha	5 de dezembro de 1933
Jayme Eiras Furquim Werneck	5 de dezembro de 1933
João Evangelista do Amaral	4 de outubro de 1932
José Guerra Pinto Coelho	11 de janeiro de 1930
José Amaral Castro	18 de março de 1940
José benedito dos Santos	9 de dezembro de 1935
José Mariano	10 de dezembro de 1936
José Pinheiro Chagas Filho	5 de dezembro de 1933
José Ribeiro Filho	21 de agosto de 1935
Levy Coelho da Rocha Filho	15 de dezembro de 1937
Mário Vez de Mello	4 de outubro de 1932
Oswaldo Gomes da Silveira	15 de outubro de 1942
Paulo de Castro Miranda	22 de abril de 1935
Rodovalho Mendes Domenici	25 de abril de 1935
Theophilo de Souza Lima	9 de fevereiro de 1942
Tupy Coutinho Soares	16 de maio de 1936
Ubirajara França Diniz	4 de outubro de 1932

Documento: Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais (1977) – Relação dos médicos inscritos

CARVALHO, Antônio Nunes de. (CREMEMG, 1038, FAC. MED. DA UFMG, 1936). Rua Rui Barbosa, 160 – 38440 – Araguari-MG
CASTRO, José Amaral. (CREMEMG, 1369, Fac. Med. Da UFMG 1938) Rua Goitacases, 43 – 9º Andar – 30000 – Belo Horizonte.
CHAGAS FILHO, José Pinheiro. (CREMEMG, 7, Fac. Med. Da UFMG, 1933) Rua Alvarenga Peixoto, 832 – 30000 – Belo Horizonte, MG.
DOLABELLA, Acácio Corrêa (CREMEMG, 2095, Fac. Ciênc. Méd. 1941) Av. Amazonas, 1711 – 30000 – Belo Horizonte – MG.
DINIZ, Ubirajara França (CREMEMG, 818, Fac. Med. Da UFMG, 1932) Rua Herculano de Freitas, 1082 – 30000 – Belo Horizonte – MG.
FERREIRA, Delor Luiz. (CREMEMG, 2195, Fac. Med. Da UFMG, 1932) Av. Amazonas, 3333 – 30000 – Belo Horizonte - MG
LIMA, Francisco de Souza (CREMEMG, 1086, Fac. Med. Da UFMG, 1932) Avenida Bias Fortes 368 – 30000 – Belo Horizonte

LIMA, Theófilo de Souza. (CREMEMG, 1288, Fac. Med. Da UFMG, 1938) Rua Curitiba, 2381 – 30000 – Belo Horizonte – MG.
LOPES, Domingos de Magalhães (CREMEMG, 465, Fac. Med. Da UMG, 1938) Rua Aurissanga, 68 – 30000 – Belo Horizonte-MG.
MORAES, Antônio Paulo Ximenes de. (CREMEMG, 738, Fac. Med. Da UFMG, 1938) Praça Dom Eduardo, 163 – fone 2436 – Patos de Minas – MG.
MARIANO, José (CREMEMG, 844/F, 1975, Fac. Med. Da UMG, 1936)
MELLO, Mário Vaz de. (CREMEMG, 225, Fac. Med. Da UMG, 1932) Av. André Cavalcante, 626 – Fone 222-11-81 – 30000 – Belo Horizonte- MG.
MIRANDA, Paulo de Castro. (CREMEMG, 67, Fac. Med. Da UFMG, 1934) Rua Gal. Dionisio Cerqueira, 360 – fone 335-8551 – 30000 – Belo Horizonte – MG
NUNAN, Berardo (CREMEMG, 646, Fac. Med. Da UMG, 1933) Rua Carijós, 141 – 30000 – Belo Horizonte-MG.
POLIZZI, Biagio Arlindo. (CREMEMG, 4, Fac. Med. Da UMG, 1938) Av. Contorno, 5047 – 30000 – Belo Horizonte-MG.
ROCHA, Hilton Ribeiro da. (CREMEMG, 1, Fac. Med. Da UFMG 1933) Rua Rio de Janeiro, 2251 – 30000 – Belo Horizonte)
RIBEIRO, José (CREMEMG, 1929, Fac. Med. Da UFMG, 1934) Rua Guajajaras, 880 – 30000 – Belo Horizonte-MG.
WERNECK, Jayme Eiras Furquim (CREMEMG, 549, Fac. Med. Da UFMG. 1933) Rua Goitacases, 14 s/409 – Belo Horizonte – MG.

Documento: Revista Minas Médica

Revista Minas Médica – Ano V nº 31	Nov/dez. de 1938
Revista Minas Médica – Ano VI nº 34	Mai e junho de 1939
Revista Minas Médica – Ano VI nº 36	Set/out de 1939
Revista Minas Médica – Ano VI nº 37	Nov/dez. de 1939
Revista Minas Médica – Ano VII nº 40	Mai e junho de 1940
Revista Minas Médica – Ano VII nº 39	Março e abril de 1940
Revista Minas Médica – Ano VII nº 43	Nov/Dez 1940
Revista Minas Médica – Ano VIII nº 44	Março e abril de 1941
Revista Minas Médica – Ano XI nº 58	Março e abril de 1944
Revista Minas Médica – Ano XII nº 62	Jan/Fev. de 1945
Revista Minas Médica – Ano XIV nº 66	Jan/fev. de 1947
Revista Minas Médica – Ano XIV nº 67	Nov./dez de 1947
Revista Minas Médica – Ano XV nº 69	Mai/jun de 1948
Revista Minas Médica – Ano XVI nº 70	Jan/fev. de 1949
Revista Minas Médica – Ano XVI nº 71	Março/abril de 1949
Revista Minas Médica – Ano XVI nº 72	Mai/jun. de 1949
Revista Minas Médica – Ano XVII nº 77/78	Julho/dez. de 1950
Revista Minas Médica – Ano XVIII nº 80	Abril/junho de 1951

Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte

Caixa: Ação Católica

Documento:	Carta Pastoral de Dom Antônio dos Santos Cabral (1943)
Documento:	1º Encontro Regional de Assistentes da Ação Católica (Região Centro-Oeste) – História da Ação Católica no Brasil. Linha de Evolução Católica (1936-1963)
Documento:	Regulamento da Ação Católica (S/D)

Caixa: 2º Congresso Eucarístico de Belo Horizonte

Documento:	Programa Oficial do Segundo Congresso Eucharistico Nacional de Bello Horizonte
Documento:	: Missões populares - A assistência Hospitalar – Criação de um hospital

Caixa: Sociedade São Vicente de Paulo

Documento:	Cidade Ozanam	1950
Documento:	Estatuto Social da SSVV	1972
Documento:	Poder Judiciário – 150 anos da SSVV	
Documento:	Relatórios das obras da Sociedade São Vicente de Paulo	1937
Documento:	Documento: Relatório da SSVV 1938-1949(?)	[documento não datado]

Arquivo Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais**Documento: Jornal O Horizonte**

08/04/1929	Fundada a Sociedade Médica de São Lucas
------------	---

Documento: Revista da Associação Médica de Minas Gerais

Agosto – 1949 Vol. 1 nº1
Dezembro – 1949 Vol. 1 Nº 2
Março – 1950 Vol. 1 Nº 3
Agosto – 1950 – Vol. 1 nº 4
Mai – 1951 Vol. II nº 1
Setembro – 1951 Vol. II nº 2
Novembro – 1951 Vol. II nº 3 e 4
Março e Junho – 1952 Vol. III nº 1 e 2
Setembro e dezembro – 1952 Vol. III nº 3 e 4
Março – 1953 Vol. I nº 1 e 2
Setembro e dezembro – 1953 Vol. III nº 3 e 4
Abril e agosto – 1954 Vol. V nº 1 e 2
Setembro e dezembro – 1954 Vol. V nº 3 e 4
Março e Junho – 1955 Vol. VI nº 1 e 2
Setembro e dezembro – 1955 Vol. VI nº 3 e 4

Documento: O Diário**Data: Agosto de 1935**

Data:	Título:
03/08/1935	Sociedade Academica de Medicina e Cirurgia
08/08/1935	Associação Cirurgica de Minas Gerais
09/08/1935	Hospital de Cadiologia Santo Antonio
11/08/1935	Bibliografia Minas Médica
11/08/1935	Associação Médica Cirurgica de Minas Gerais

13/08/1935	Associação médico cirúrgica de Minas Geraes
15/08/1935	A Cidade dos Pobres
18/08/1935	A Creche Menino Jesus e o lactário da saúde pública – A infância e a juventude nos países moderno
21/08/1935	Palavras do Governador Benedito Valadares
21/08/1935	Associação Médico- Cirurgica de Minas Gerais
22/08/1935	Um terreno para a Sociedade São Vicente de Paulo
24/08/1935	Diretoria de Saude Publica do Estado de Minas Gerais – Movimento demográfico de 1934

Data: Setembro de 1935

20/09/1935	Acadêmicos e professores da Universidade homenagearam o professor Octaviano de Almeida
21/09/1935	Cidade Ozanam – uma realização que virá solucionar definitivamente o problema da mendicância na capital

Data: Abril de 1936

10/04/1936	Corporação de Médicos Católicos - A ultima sessão da Academia S. Lucas.
15/04/1936	Fundado em Belo Horizonte o Instituto de Cultura Catholica
19/04/1936	Cultura Católica -- Francisco A. Magalhães Gomes

Data: Maio de 1936

02/05/1936	Cidade Ozanam – Joaquim Furtado de Menezes
20/05/1936	Academia S. Lucas

Data: Junho de 1936

04/06/1936	Criação de uma Frente Única Municipal apoiada pelo jornal Católico Diario para vereadores
04/06/1936	O serviço médico do II Congresso Eucarístico Nacional – uma entrevista do dr. Braz Pellegrino.
17/06/1936	Em preparação ao II Congresso Eucaristico Nacional

Data: Setembro de 1940

03/09/1940	Segunda Quinzena Médica [Primeira Parte]
10/09/1940	Segunda Quinzena Médica [Quarta Parte]
11/09/1940	Segunda Quinzena Médica [Quinta parte]
06/09/1940	Segunda Quinzena Médica [Segunda parte]
15/09/1940	Segunda Quinzena Médica [Sexta parte]
07/09/1940	Segunda Quinzena Médica [Terceira parte]
12/09/1940	Aspectos científicos e sociais da tuberculose
21/09/1940	Caridade espontânea e caridade organizada
10/09/1940	Como se deve educar
01/09/1940	Instala-se hoje a II quinzena Médica de Minas Gerais
12/09/1940	É sobretudo na adolescência que se devem formar o coração e o espírito do homem

29/09/1940	Os drs. Hilton Rocha e Penido Burnier – Representarão o Brasil no II Congresso Argentino de Oftalmologia
17/09/1940	Hospital S. Francisco de Assis, da Corporação de Médicos Católicos – Policlínica
07/09/1940	Hospital S. Francisco de Assis da Corporação de Médicos Católicos – Donativos recebidos durante o mês de agosto
07/09/1940	Anuncio – Indicativo profissional (Hilton Rocha, Pinheiro Chagas, Paulo de Souza Lima, Deodoro Barcelos Correa, Francisco de Souza Lima)
03/09/1940	Anuncio – Indicativo profissional (Hilton Rocha, Pinheiro Chagas, Paulo de Souza Lima, Deodoro Barcelos Correa, Francisco de Souza Lima)
03/09/1940	Anuncio – Indicativo profissional (Hilton Rocha, Pinheiro Chagas, Paulo de Souza Lima, Deodoro Barcelos Correa, Francisco de Souza Lima)
13/09/1940	Lepra e Crenologia – Debatidos ontem na II Quinzena Médica – Neurologia e Psiquiatria, hoje – Visita á Cidade Ozanam
06/09/1940	Para aperfeiçoar os processos educativos
24/09/1940	Sociedade Médica do Hospital S. Francisco de Assis

Data: Outubro de 1940

13/10/1940	Corporação dos Odontolos Catolicos – Culto a Santa Apolonia
18/10/1940	Hospital S. Francisco de Assis da Corporação de Médicos Católicos – movimento do mês de setembro de 1940
24/10/1940	Hospital S. Francisco de Assis da Corporação de Médicos Católicos

Data: Novembro de 1940

05/11/1940	Mais uma sessão de 2º Quinzena Médica – três trabalhos apresentados programa de hoje
06/11/1940	Brilhante o dia de ontem da Segunda Quinzena Médica
05/11/1940	A.C. nas elites e depois nas massas
17/11/1940	Anuncio profissionais – Da Corporação de Médicos Católicos
19/11/1940	Anúncio profissionais – Da corporação de Médicos Católicos
21/11/1940	Anúncio profissionais – Da corporação de Médicos Católicos
23/11/1940	Anúncio profissionais – Da corporação de Médicos Católicos
07/11/1940	Corporação dos Odontologos Católicos de Minas Gerais
13/11/1940	Corporação dos Odontologos Católicos de Minas Gerais – Eleita sua primeira diretoria, que se empossará dia 1º do próximo mes
19/11/1940	Corporação dos Odontologos Católicos de Minas Gerais
23/11/1940	Corporação dos Odontologos Católicos de Minas Gerais
09/11/1940	Hospital S. Francisco de Assis da Corporação de Médicos Católicos – donativos recebidos durante o mês de outubro
13/11/1940	Hospital S. Francisco de Assis da Corporação de Médicos Católicos – movimento do mês de outubro
19/11/1940	Indicador profissional (Hilton Rocha, Pinheiro Chagas, Paulo de Souza Lima, Deodoro Barcelos Correa,
08/11/1940	S.S. o Papa Pio XII traça diretrizes á Ação Católica

Data: Janeiro de 1941

03/01/1941	Anúncio – Dr. A. Correa Dolabela
05/01/1941	Anúncio – Dr. A Correa Dolabela
03/01/1941	Anúncio – Dr. Berardo Nunan
05/01/1941	Anúncio – Dr. Berardo Nunan
09/01/1941	Anúncio – Dr. Berardo Nunan
19/01/1941	Anúncio – Dr. Berardo Nunan
04/01/1941	Anuncio – Dr. Jayme Werneck
12/01/1941	Anúncio – Dr. Jayme Werneck
26/01/1941	Corporação dos odontologos católicos
12/01/1941	Creche Menino Jesus
15/01/1941	Hospital S. Francisco de Assis – da corporação de Medicos Católicos – Movimento durante o mês de dezembro de 1940
26/01/1941	Hospital S. Francisco de Assis da Corporação de Médicos Católicos – Movimento durante o ano de 1940
11/01/1941	Médicos gratuitos em todo o país – A palavra do Dr. Luis Albano
10/01/1941	Moral e religião na base de uma campanha pró-natalidade – Entrevista com Padre Negromonte
05/01/1941	No Hospital S. Francisco de Assis – Inaugura-se hoje a sala de radiologia “Dr. José Lins”
14/01/1941	Para que não sejamos em breve um país de velhos – O problema da desnatalidade vista pelo Dr. Jaime Werneck
05/01/1941	Sala de Radiologia Dr. José Lins – Inaugurado ante-ontem, no Hospital S. Francisco de Assis, esse importante melhoranto
30/01/1941	Anúncio – Dr. Berardo Nunan
24/01/1941	Corporação dos odontologos católicos (1) – instalação amanhã
25/01/1941	Corporação dos odontologos católicos (2) – instalação hoje
30/01/1941	Corporação dos odontologos católicos (3) – Benção da imagem de St. Apolonia

Data: Fevereiro de 1941

02/02/1941	Anúncio – Dr. Berardo Nunan
13/02/1941	Anúncio – Dr. Berardo Nunan
02/01/1941	Anúncio – Dr. Jayme Werneck
11/02/1941	Corporação dos Odontologos católicos (2)
04/02/1941	Corporação dos Odontologos católicos (1)
08/02/1941	Corporação dos Odontologos católicos (3)
14/02/1941	Corporação dos Odontologos Católicos (4)
20/02/1941	Corporação dos Odontologos católicos (5)
07/02/1941	Hospital S. Francisco de Assis da Corporação de Médicos Católicos – donativos recebidos durante o mês de janeiro de 1941
21/02/1941	Anúncio – Indicador profissional (Hilton Rocha, Pinheiro Chagas, Paulo de Souza Lima, Deodoro Barcelos Correa)

Data: Maio de 1941

10/05/1941	Anuncio – Dr. A. Correa Dolabela (1)
18/05/1941	Anúncio – Dr. A. Correa Dolabela (2)

18/05/1941	Anúncio – Dr. A. Correa Dolabela (3)
28/05/1941	Anúncio – Dr. A. Correa Dolabela (4)
29/05/1941	Anúncio – Dr. A. Correa Dolabela (5)
18/05/1941	Anúncio – Dr. Berardo Nunan (1)
20/05/1941	Anúncio – Dr. Berardo Nunan (2)
29/05/1941	Anúncio – Dr. Berardo Nunan (3)
18/05/1941	Anúncio – Dr. Jayme Wenerck
10/05/1941	Para representar nosso Estado no II Congresso Nacional de Tuberculose
16/05/1941	Hospital S. Francisco de Assis da Corporação de Médicos Católicos – donativos recebidos durante o mês de abril

Data: Junho de 1941

29/06/1941	A sombra das derrotas – Fala do Alceu Amoroso Lima
19/06/1941	Anúncio – Dr. Jayme Werneck
28/06/1941	Corporação dos Odontólogos Católicos
20/06/1941	Anúncio – Indicativo profissional – médicos: Olhar Pinheiro Chagas, Hilton Rocha, Deodoro Barcelos e o dentista Décio Mendes dos Reis

Data: Julho de 1941

17/07/1941	Anuncio – Dr. A. Correa Dolabela
20/07/1941	Anuncio – Dr. Berardo Nunan
17/07/1941	Anúncio – Dr. A. Correa Dolabela (2)
11/07/1941	Em atividade a Corporação dos Odontólogos Católicos
02/07/1941	Anúncio – Dr. A. Correa Dolabela (3)
17/07/1941	Anuncio – Indicador profissional (Hilton Rocha, Pinheiro Chagas, Deodoro Barcelos Correa, Paulo de Souza Lima)

Data: Agosto de 1941

13/08/1941	A personalidade humana de Jesus – Conferência do Pe. Alvaro Negromonte, a convite da Corporação dos Odontólogos Católicos
08/08/1941	Anúncio – Dr. A. Correa Dolabela
09/08/1941	Anúncio – Dr. A. Correa Dolabela
23/08/1941	Cidade Ozanam
08/08/1941	Corporação de médicos católicos
12/08/1941	Deus e a ciência – a conferência do Pe. Alvaro Negromonte hoja a convite da Corporação dos Odontólogos Católicos
06/08/1941	Estudando o problema das mães – atividades da “semana das mães”
06/08/1941	Anúncio – Indicador profissional (drs Hilton Rocha, Pinheiro Chagas, Paulo de Souza Lima, Deodoro Barcelos Correa).
13/08/1941	Anúncio – Indicador profissional (drs Hilton Rocha, Pinheiro Chagas, Paulo de Souza Lima, Deodoro Barcelos Correa).
09/08/1941	Por uma educação integral – Palestra do Dr. Fernando Magalhães Gomes
05/08/1941	Procurando o ideal da educação
10/08/1941	Que não se encerre este trabalho

Data: Setembro de 1941

11/9/41	A saúde dos pobres
13/09/41	Anúncio – Dr. A. Correa Dolabela
04/09/41	Anúncio – Indicador Profissional (Hilton Rocha, Pinheiro Chagas, Deodoro Barcelos Correa, Paulo de Souza Lima)
14/09/41	Sociedade mineira de tuberculose

Arquivo da Pontífice Universidade Católica (PUC)

Documento: O Diário

Data: Abril de 1935

19/04/1935	Anuncio – Indicador profissional (Hilton Rocha, Pinheiro Chagas, Berardo Nunan, Victor Lacombe)
24/04/1935	Sociedade São Vicente de Paulo

Data: Maio de 1935

02/5/1935	Anúncio – Indicador Profissional (Fernando de Magalhães Gomes, Berardo Nunan, Victor Lacombe)
17/5/1935	Médicos Incredulos
02/5/1935	Segunda Sessão preparatória para o Congresso eucarístico Nacional a realizar-se em B. Horizonte
5/5/1935	Sociedade médica da Creche Médica Jesus – Os trabalhos da ultima reunião
5/5/1935	Sociedade Médica Creche (2) (Continuação)
12/5/1935	Sociedade São Vicente de Paulo

Data: Junho de 1935

2/6/1935	Anúncio – Indicador profissional (Hilton Rocha, Pinheiro Chagas, Berardo Nunan, Victor Lacombe)
12/6/1935	Fabilidade da medicina e a infabilidade dos médicos

Arquivo do Hospital São Francisco de Assis – Acervo Privado

Documento: O Diário

22/08/1940	Grande e fecunda obra de Assistência Social, que se realiza no silêncio
29/03/1938	“Mais uma realização que surge no progresso vertiginoso da Capital”
12/05/1935	O hospital de São Francisco de Assis, magnífica realização da SSVF

Arquivo da Fundação Ezequiel Dias (FUNED)

Documento: Revista Médica de Minas Gerais

Revista Médica de Minas Gerais	– março de 1933 – nº 2.
Revista Médica de Minas Gerais	– março de 1934 – nº 7.
Revista Médica de Minas Gerais	– abril de 1934, nº 8.
Revista Médica de Minas Gerais	– junho de 1934, nº 10.
Revista Médica de Minas Gerais	– setembro de 1934, nº 13.
Revista Médica de Minas Gerais	– outubro de 1934, nº 14.
Revista Médica de Minas Gerais	– março de 1935, nº 19.

Revista Médica de Minas Gerais	– julho de 1935, nº 23
Revista Médica de Minas Gerais	– novembro de 1935, nº 27.
Revista Médica de Minas Gerais	– março de 1936, nº 31
Revista Médica de Minas Gerais	– maio de 1937, nº 45
Revista Médica de Minas Gerais	– novembro de 1938, nº 63.
Revista Médica de Minas Gerais	– junho de 1939, nº 70
Revista Médica de Minas Gerais	– agosto de 1939, nº 72
Revista Médica de Minas Gerais	– outubro de 1939, nº 74
Revista Médica de Minas Gerais	– novembro de 1939, nº 75
Revista Médica de Minas Gerais	– dezembro de 1939, nº 76
Revista Médica de Minas Gerais	– janeiro de 1940, nº 77
Revista Médica de Minas Gerais	– fevereiro de 1940, nº 78.
Revista Médica de Minas Gerais	– maio de 1940, nº 81.

Arquivo Público da Cidade de Belo Horizonte

Documento: Relatório do Prefeito

Relatório do Prefeito	1929
Relatório do Prefeito	1930
Relatório do Prefeito	1931
Relatório do Prefeito	1940-1941
Relatório do Prefeito	1949

Arquivo Público Mineiro

Anuário Estatístico de Minas Gerais – Ano III – 1949. Departamento Estadual de Estatística. Belo Horizonte, 1950.
Anuário Estatístico de Minas Gerais - Ano IV – 1950. Departamento Estadual de Estatística. Belo Horizonte, 1951.
Anuário Estatístico de Minas Gerais – Ano VII – 1955. Departamento Estadual de Estatística. Belo Horizonte, 1957.
Assistência médico-sanitária no estado e na capital – 1939/1946. Departamento estadual de Estatística. Belo Horizonte, 1951.

Projeto Linhares

Documento: O Bebê (1935)

Disponível:

http://linhares.eci.ufmg.br/ln2_infofasc.php?status=2&jornal_id=34&jornal_ano=1935&jornal_pag=0&jornal_pi=0&jornal_pf=0&ji=29&jl=14&jornal_data=19350302

Arquivo Municipal de Belo Horizonte

Documento: Revista Belo Horizonte

Revista Belo Horizonte	O Hospital São Francisco	Junho de 1938 - nº 93
------------------------	--------------------------	-----------------------

Revista Belo Horizonte	Em visita á Cidade Ozanam	Junho de 1938 – nº 93
Revista Belo Horizonte	Creche Menino Jesus	Setembro de 1939 – nº 107
Revista Belo Horizonte	Celebrou suas bodas de ouro o casal Luciano Souza Lima – D. Josephina de Souza Lima.	Agosto de 1940 – nº 119
Revista Belo Horizonte	Confissões de um médico de senhoras	Julho de 1944 - nº 166

Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo de Belo Horizonte

Ata de Assistência aos Mendigos	29/04/1930
Livro das Atas de Assistência aos Mendigos	10/08/1936
Livro das atas de Assistência aos Mendigos	27/09/1944
Livro de atas nº 01	10/03/27 a 30/06/37
Livro de atas nº 02	30/06/37 a 08/12/44
Relatório Hospital São Francisco de Assis	1939-1945

Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional

O Estandarte (1911-1914). Cataguazes, 16 de março de 1918 – Ano III nº 55.
O Estandarte (1911-1914). Cataguazes, 20 de abril de 1913 Ano III nº 60
O Pharol. Juiz de Fora, 29 de novembro de 1918 Ano LIII nº 279 p. 1
Jornal: O Lar Catholico: revista social, religiosa, dedicada as familias (MG). Data: 10 de novembro de 1929. p. 356.
O Lar Catholico: revista social, religiosa, dedicada as famílias, 7 de abril de 1935
Secção Livre – Agradecimento. Jornal Triangulo – 12/03/1939, Edição: 484. Pag.7
20 milhões de cruzeiros para a instalação da Faculdade de Medicina de J. Fora. Jornal: Folha Mineira – 8 de maio de 1952

Livros impressos:

Manual da Sociedade de São Vicente de Paulo, 1950

MENEZES, Furtado. *Resumo da Doutrina Social Cathólica*. Rio de Janeiro, 1937

NUNAN, Berardo. *Da Oto-Antrite latente na primeira infância: sua relação com os distúrbios trofo-digestivos*. Gráfica Queizon Breiner LTDA, Belo Horizonte: 1943.

Sites:

Tópicos de uma vida: centenário Hilton Rocha. *Jornal Oftalmológico*, 2011. Disponível: <http://www.cbo.com.br/novo/medico/pdf/jo/ed140/8.pdf>. Acessado: 18/09/2020

Homenagem a Hilton Rocha, 22 de agosto de 2018. Disponível: <https://ammg.org.br/noticia/homenagem-a-hilton-rocha/>. Acessado: 08/11/2019

Bibliografia

ALMEIDA, Christobaldo Motta de. *Perfis biográficos dos patronos da Academia Mineira de Medicina*. Belo Horizonte: Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais, 2009.

ALVES, José Carlos Ribeiro de Resende. *A cirurgia e o sonho: biografia de João Baptista de Resende Alves*. Belo Horizonte, 2007.

AZZI, Riolando. *A neocristandade: um projeto restaurador*. São Paulo: Paulus, 1994.

AZZI, Riolando. *História da Igreja no Brasil (1930-1948)*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

[BOSCHI, Caio César](#); PINHEIRO, L. A. (Org.) . *A Arquidiocese e o laicato*. 1ª. ed. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2015.

BOSCHI, Caio; RACHI, Silva. "Viver em confraternidade: o tempo das associações leigas." In: BOSCHI, Caio; PINHEIRO, L. A. (Org.) . *A história da arquidiocese de Belo Horizonte: a arquidiocese de Belo Horizonte e o laicato*. 1º Ed. Belo Horizonte, Editora PUC Minas, 2015.

BOURDIEU, Pierre. *Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico*. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

BROTTO, Renata Batista. *O sentido de servir: assistência e formação profissional de enfermeiras católicas no Brasil (1931-1961)*. Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz [Tese], Rio de Janeiro: 2014.

BULCÃO, Lúcia Grando, et. al. Ciência e ensino médico no Brasil (1930-1950). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.469-487, abr.-jun. 2007.

BULSF, Neithard. Sobre o objeto e o método da prosopografia. *POLITHEIA: Hist. e Soc. Vitória da Conquista*, v. 5, nº1, pag. 47-67, 2005.

CALVO, Julia. Belo Horizonte das primeiras décadas do século XX: entre a cidade da imaginação à cidade das múltiplas realidades. *Cadernos de História*, Belo Horizonte, v. 14, n. 21, 2º sem. 2013.

CAMPOS, Mário Mendes. *Cinquênênio da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais*. Belo Horizonte, 1961.

CAMPAGNE, Fabián Alejandro. Medicina y religión en el discurso antisupersticioso español de los siglos XVI a XVIII: un combate por la hegemonía. *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.* 2000, 20, 417-456.

CAPONI, Sandra. *Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

CARVALHO, José Murilo de. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

CARVALHO, Keila Auxiliadora. *A Saúde pelo Progresso: Medicina e Saúde Pública em Minas Gerais*. Dissertação (Mestrado em História), Instituto de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, 2008.

CAVALIERI, Daniel Gonçalves. *Os imigrantes italianos e os ítalo-descendentes em Belo Horizonte: identidade e sociabilidade (1897-1942)*. Programa de Pós-Graduação em História do Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal de Ouro Preto [Dissertação], Mariana, 2011.

CAVALLO, Sandra. *Charity, power and patronage in eighteenth-century Italian hospitals: the case of Turin*. In: GRANSHAW, Lindsay; PORTER, Roy. *The Hospital in History*. Routledge London and New York, 1989.

CHALHOUB *et al* (org.) *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. Campinas, Ed. da Unicamp, 2003.

CHALHOUB, Sidey. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CHÂRLELLIER, Louis. *A religião dos pobres: As missões rurais na Europa e a formação catolicismo moderno, século XVI – XIX*. Ed. Estampa, 1995.

CHAVES, Bráulio Silva. “Instituições de saúde e a ideia de modernidade em Minas Gerais na primeira metade do século XX.” In MARQUES, Rita de Cássia (org.) *História da saúde em Minas Gerais: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Barueri, SP: Minha Editora, 2011.

CHIZOTI, Geraldo. *Os operários da caridade: a Sociedade de São Vicente de Paulo em São Paulo, 1874-1946*. Tese (Doutorado em História). Universidade do Estado de São Paulo - USP, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, São Paulo, 1991.

CUNHA, Luiz Antônio. *A universidade temporã: o ensino superior, da colônia à Era Vargas*. São Paulo: editora UNESP, 2007.

_____. *A Educação Brasileira na Primeira Onda Laica: do Império à República*. Rio de Janeiro: Edição do Autor, 2017.

DIAS, Fernando Correa. *Universidade Federal de Minas Gerais: Projeto intelectual e político*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1997.

DUTRA, Eliana Regina de Freitas. *Caminhos operários nas Minas Gerais: um estudo das práticas operárias em Juiz de Fora e Belo Horizonte na Primeira República*. HUCITEC-ED. UFMG, 1988.

DUTRA NETO, Luciano. *Das terras baixas da Holanda às montanhas de Minas. Uma contribuição à história das missões redentoristas, durante os primeiros trinta anos de trabalho em Minas Gerais*. 2006, Tese de doutorado, Universidade Federal de Juiz de Fora - Programa de Pós-Graduação em Ciência da Religião, 315p.

FARIAS, Rosilene Gomes. Pai Manoel, o curandeiro africano, e a medicina no Pernambuco imperial. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*. V. 19, supl., dez. 2012, p. 215-231.

FERREIRA, Marieta de Moraes (orgs). *Usos e abusos da História Oral*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 5a. ed.; 2002.

FIGUEREDO, Betânia Gonçalves. *A arte de curar: cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais*. Rio de Janeiro, Vício de Leitura, 2002.

FILGUEIRAS, Zuleide Ferreira. *A presença italiana em nomes de ruas de Belo Horizonte: passado e presente*. Dissertação (Dissertação em Estudos Linguísticos) Faculdade de Letras, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2011.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. *A Saúde da Criança na Política Social do Primeiro Governo Vargas*. *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva* Vol. 3, Número 2, 1993

_____. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

FRANCO, Renato. *Pobreza e caridade leiga - as Santas Casas de Misericórdia na América Portuguesa*. 2011. Tese (doutorado em História) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 2011. 385 p.

_____. O modelo luso de assistência e a dinâmica das Santas Casas de Misericórdias na América portuguesa. *Estudos Históricos* (Rio de Janeiro), v. 27, 2014.

FREIRE, Maria Martha de Luna; LEONY, Vinícius da Silva. A caridade científica: Moncorvo Filho e o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro (1899-1930). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, supl. 1, dez. 2011, p.199-225.

GEREMEK, Bronislaw. *A Piedade e a Força. História da miséria e da caridade na Europa*. Lisboa, Portugal: Terramar, 1986.

GODOY, Marcelo Magalhães. et. al. Região, população e transporte em Minas Gerais na Era Vargas. As contradições da era ferroviária e as correlações entre infraestrutura viária, território heterogêneo e distribuição e mobilidade populacionais. *Topoi* (Rio J.), Rio de Janeiro, v. 18, n. 35, p. 274-302, maio/ago. 2017.nm

HAHNER, June E. *Pobreza e política: os pobres urbanos no Brasil (1870-1970)*. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1993.

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. 3º Ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

_____. *Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945)*. Educar, Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005. Editora UFPR

JULIÃO, Júlia. Sensibilidades e representações urbanas na transferência da Capital de Minas Gerais. *História* (São Paulo) v.30, n.1, p.114-147, jan/jun 2011.

LIMA, Mário de. *O Bom Combate – subsídios para a história de 20 annos de acção social catholica em Minas*. Belo Horizonte. Imprensa Oficial, 1929.

LIMA, Júnia Maria Ferrari de. Bairro da Concórdia em Belo Horizonte: entrave ou oportunidade à cidade-negócio? Dissertação (mestrado em Arquitetura e em Urbanismo) Escola de Arquitetura, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2009.

MARQUES, Rita de Cássia. Da romantização à terceira via: a igreja no Brasil de 1889 a 1945. Dissertação (mestrado em história) Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 1995.

_____. *Imagem social do médico de senhoras no século XX*. Belo Horizonte: Coopmed, 2005.

_____. A Caridade criando hospitais em Minas Gerais (Brasil) - séculos XVIII. *Dynamis* 2011; 31(1): 107-129.

_____. et. al. (org.). *História da Saúde em Minas Gerais: Instituições e Patrimônio Arquitetônico (1808-1958)*. Barueri, SP: Minha Editora, 2011.

_____. et. al. "Saúde e arquitetura em Belo Horizonte". In: MARQUES, Rita de Cássia; et. al. *História da Saúde em Minas Gerais: Instituições e Patrimônio Arquitetônico (1808-1958)*. Barueri, SP: Minha Editora, 2011, p. 117-158.

MATOS, Henrique Cristiano José. *Um estudo histórico sobre o catolicismo militante em Minas, entre 1922 e 1936*. Belo Horizonte, Editora: O Lutador, 1990.

_____. "A espiritualidade militante e a atuação do laicato brlo-horizontino." In: BOSCHI, Caio. *A história da arquidiocese de Belo Horizonte: a arquidiocese de Belo Horizonte e o laicato*. . 1ª. ed. Belo Horizonte:.. Editora PUC Minas, 2015

MELO, Mariana Ferreira. Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro: assistencialismo, sociabilidade e poder. IN.: ARAÚJO, Maria Marta Lobo de. *As Misericórdias das duas margens do Atlântico: Portugal e Brasil (século XV-XX)*, Cuiabá: Carlini & Caniato, 2009. Pág.: 94-95.

MENEZES, Frei Alano Porto de. *Furtado de Menezes Servidor do Pobre*. Uberaba, Editora Vitória, 1994.

MOLLAT, Michel. *Os pobres na Idade Média*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1989.

MONTEIRO, Lorena Madruga. Prosopografia de grupos sociais, políticos situados historicamente: método ou técnica de pesquisa? *Pelotas* [14] 11 – 21; janeiro-junho 2014.

MONTIEL, Luis. Biografías médicas. Una reflexión desde la ambigüedad. *Asclepio*-Vol. LVII-1-2005.

MORAES, Cristina de Cássia Pereira; TAVARES, Lara Alexandra e SOUZA, Rildo Bento de. Três tempos de caridade, assistência e filantropia em Goiás (séculos XVIII ao XX). *História: Questões & Debates*, Curitiba, volume 65, nº 1, jan./jun. 2017.

MOTT, Maria Lúcia. et. al. (Org.). Perfil dos médicos e médicas em São Paulo (1892-1943). In. *Práticas médicas e de saúde nos municípios paulistas: a história e suas interfaces*. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina, 2011.

NOZAL, Raúl Rodríguez e BUENO, Antonio, González. La doctrina social católica em el processo industrializador de la España franquista: el caso del grupo farmacêutico Alter. *Dynamis*, 2015. P. 433-457.

OLAVO, Romano. *Muito além da cidade planejada*. Belo Horizonte: Magnum, 1997.

OLIVEIRA, Natiele Rosa de. *Entre a pátria do céu e a pátria terrestre: D. Silvério Gomes Pimenta e a cristianização da República brasileira (1890-1922)*. 2013. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - Programa de Pós-Graduação em História.

PASSOS, Daniela Oliveira Ramos dos. A formação urbana e social da cidade de Belo Horizonte: hierarquização e estratificação do espaço na nova capital mineira. *Temporalidades* – Revista Discente do Programa de Pós-graduação em História da UFMG, vol. 1, n.º 2, ago./dez. 2009.

PEDROSO, Enio Roberto Pietra. *Centenário da Faculdade Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Ed. Folium, 2012.

PEREIRA NETO, André de F. A profissão médica em questão (1922): Dimensão histórica e sociológica. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 11 (4): 600-615, out/dez, 1995.

_____. *Ser médico no Brasil: o presente no passado*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

PEREIRA, Júnia Sales. *História da pediatria no Brasil de final do século XIX a meados do século XX*. Tese (Doutorado em História) Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2006.

PIMENTA, Tânia Salgado. Entre *sangradores e doutores*: Práticas e formação médica na primeira metade do século XIX. Cad. Cedes, Campinas, v. 23, n. 59, p. 91 – 102, abril de 2003. Disponível em [HTTP://www.cedes.unicamp.br](http://www.cedes.unicamp.br).

_____. *Transformações no exercício das artes de curar no Rio de Janeiro durante a primeira metade do Oitocentos*. História, Ciências, Saúde: Manguinhos. Volume 11. pp.: 67-92. 2004.

PINTO, Ana Paula Magno. Assistência, Saúde e Sociedade: A Sociedade São Vicente de Paulo na Zona da Mata mineira (1895-1939). Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa Oswaldo Cruz. [Tese de Doutorado]. Casa Oswaldo Cruz/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2017.

PORTER, Roy. *Das tripas coração: uma breve história da medicina*. Rio de Janeiro: Record, 2004.

RIBEIRO, Giovanni Roncalli Caixeta. Contribuição à História da Medicina em Patos de Minas: das origens até 1950. *Revista Alpha*, UNIPAM (9):67-81, nov. 2008.

RODRIGUEZ, Ana María Teresa. *Médicos, Iglesia y Estado. Tensiones entre discursos, políticas y prácticas sobre la construcción política de los cuerpos generizados em la Argentina de los años '30-'45*. Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de La Pampa, Diciembre, 2005.

_____. La perspectiva católica sobre la salud y la práctica médica em la Argentina de los años treinta. La visión de los médicos confesionales. *Revista Anuario de Estudios Americanos*, nº 65, 2008, pág.: 257-275

_____. Los médicos católicos argentinos em los años treinta. *Revista Sociedad, antropología e historia de la religión em el Cono Sur*, nº 30/31, 2008, pág.: 137-170.

_____. Por uma raza sana y vigorosa obtenida por medios morales. La eugenesia católica argentina em los años treinta. *Revista Estudios Digital*, nº 22, 2009.

SALLES, Pedro. *Notas sobre a história da medicina em Belo Horizonte*. Belo Horizonte, 1997.

_____. “Esboço Histórico da Associação Médica de Minas Gerais”. In.: MEDEIROS, José de Laurentys. *Associação Médica de Minas Gerais, 1946-1996 – 50 anos*. Belo Horizonte: AMMG, 1998. 2º Ed.p.8

SAMPAIO, Gabriela dos Reis. *Juca Rosa: um pai-de-santo na Corte imperial*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2009.

SANGLARD, Gisele. et. al. Filantropía, asistencia y epidemias en Brasil. *Dynamis*, 2011. p. 13-20

_____. et al. *Filantropos da nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2015.

SANTIROCCHI, Ítalo Domingos. Uma questão de revisão de conceitos: *Romanização - Ultramontanismo - Reforma*. TEMPORALIDADES - Revista Discente do Programa de Pós-Graduação em História da UFMG, vol. 2, nº 2, Agosto/Dezembro de 2010. Disponível: www.fafich.ufmg.br/temporalidades.

SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. *História geral da medicina brasileira*. São Paulo, HUCITEC, Ed. Da Universidade de São Paulo, 1977.

SANTOS, Regina Célia Nunes dos; SOBRINHO, Délcio da Fonseca. *O associativismo médico em Minas Gerais*. *Rev Med Minas Gerais* 2008; 18(4 Supl 4): S74-S79.

SANTOS, Wanderley Guilherme. *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SANZ, Pilar León. Identidad e integración social: análisis de la sociabilidad em uma sociedad de socorros mútuos (1902-1933). *Dynamis*, 2015. P. 409-431.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. *Brasil: uma biografia*. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

SCHWARTZMAN, Simon. et. al. (Org.) *Tempos de Capanema*. São Paulo: Paz e Terra: Fundação Getúlio Vargas, 2000.

SILVA, Patrícia de Souza Nunes; SOUZA, Josefa Eliana de. Memória e biografia coletiva de médicos docentes sergipanos: intelectualidade, política, cultura e sociabilidade. *Boletim Historiar*, n. 15, mai/jun, 2016, p. 03-20.

SILVA, João Vaz. "O Corpo Docente: Hugo Werneck." In.: PEDROSO, Enio Roberto Paiva (Editor). *Centenário da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – (1911-2011)*. Belo Horizonte: Ed. Folium, 2012.

SILVEIRA, Anny Jackeline Torres. *A influenza espanhola e a cidade planejada: Belo Horizonte, 1918*. Belo Horizonte: Fino Traço, 2007.

SOUZA, Marco Antônio de. *A economia da caridade: estratégias assistenciais e filantropia em Belo Horizonte*. Belo Horizonte: Newton Paiva, 2004.

_____. *Caridade e educação: assistencialismo e moralização dos pobres, 1930-1990*. São Paulo: Annablume, 2012.

SOUZA, Jessie Jane Vieira de. *Da transcendência à disciplina: a Igreja Católica e o mundo do trabalho no Brasil*. Rio de Janeiro, Ed. UFRJ, 2002.

SOUZA, Ney de. *Ação Católica, militância leiga no Brasil: méritos e limites*. *Revista de Cultura Teológica* - v. 14 - n. 55 - abr/jun 2006.

SOUZA, Rildo Bento. *Pobres, Doentes e desvalidos: o asilo São Vicente de Paulo na Cidade de Goiás (1909-1935)*. Programa de Pós-Graduação em História [Dissertação]. Universidade Federal de Goiás, 2010.

STARR, Paul. *La transformación social de la medicina em los Estados Unidos de América*. Secretaría de salud, México, 1991.

STONE, Lawrence. *Prosopografia*. Rev. Sociol. Polít., Curitiba, v. 19, n. 39, p. 115-137, jun. 2011

TONELLI, Edward et. al. (org.). *História da pediatria em Minas Gerais*. Belo Horizonte: Água Branca, 2017.

TORRES, João Camilo de Oliveira. *A Igreja de Deus em Belo Horizonte*. 1972

VALENTE, Polyana Aparecida. *Mulheres católicas em ação: caridade, saúde e divulgação de ciências em Belo Horizonte (1897-1936)*. Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Minas Gerais. [Tese]. Belo Horizonte, 2016.

Vallejo, Gustavo y Marisa Miranda (2014), “Iglesia católica y eugenesia latina: un constructo teórico para el control social (Argentina, 1924-1958)”, *Asclepio*, 66 (2): p055

VIANA, Luís Werneck. *Liberalismo e sindicato no Brasil*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.

VIEIRA, Lucas Lolli. *Entre Deus e os fiés: Monsenhor Horta e a cura católica em Mariana (finais do século XIX e início do século XX)*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – **Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2015. 166 f.**

[VISCARDI, Cláudia. M. R.](#). A Capital Controversa. *Revista do Arquivo Público Mineiro*, v. XLIII, p. 28-41, 2007.

WEBER, Beatriz Teixeira. “Médicos e charlatanismo: uma história de profissionalização no Sul do Brasil.” In.: SILVA, Mozart Linhares da. *História, Medicina e sociedade no Brasil*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003.

WIRTH, Jonh. *O fiel da balança: Minas Gerais na federação brasileira, 1889-1930*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

Anexo 1 – Estatuto da Corporação de Médicos Católicos (1935)

Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo. Documento: Livro de Atas, 1927-1936, págs.: 169, 170 e 171

Corporação de Médicos Cathólicos

Disposições basicas

Art. 1º Dependendo do Conselho Central Metropolitano de Bello Horizonte, fica creada a “Corporação de Médicos Catholicos”.

Art. 2º Serão admittidos todos os medicos diplomados que sendo cathólicos praticantes, forem propostos por dois membros da “Corporação” e acceitos pelasua directoria.

[Fim da P. 169/inicio da p. 170]

Art. 3º A directoria será composto de um presidente e um vicepresidente, nomeados pelo presidente do Conselho Metropolitano, e um secretario, um thesoureiro e um bibliothecario, nomeados pelo presidente da “Corporação”, devendo serem todos vicentinos.

Paragrafo unico: O presidente e o vicepresidente ficam fazendo parte do Conselho Metropolitano.

Art. 4º São fins da “Corporação”:

1º estreitar laços de amizade christã entre os incorporados.

2º assistir com os recursos medicos todos os pobres socorridos pela Sociedade de S. Vicente de Paulo, em varios ambulatorios, e, quando necessario, nos seus proprios domicilios;

3º ministrar aos pobres instrucções no sentido de observarem medidas hygienicas e preventivas de contagio de enfermidades;

4º dar ás mães noções de hygiene pre-natal e de puericultura, fornecendo por meio do lactario, alimentação sã e substancial ás creancinhas pobres;

5º facilitar por meio de uma sociedade medica, munida de bibliotheca e com sessões de estudos, o progresso scientifico dos seus associados;

6º defender a doutrina catholica, quando atacada em assumptos relacionados com as sciencias medicas.

Art. 5º Os trabalhos medicos prestados aos pobres socorridos pela Sociedade de S. Vicente de Paulo serão inteiramente gratuitos, sendo permittido aos médicos dos ambulatorios attender nelles outros clientes que pagarem, desde que não sejam prejudicados os pobres.

Art. 6º A sede da “Corporação” será a Creche Menino Jesus, e ella manterá ambulatorios para adultos e creanças nos varios bairros da Capital procurando crear um lactario, junto de cada ambulattorio.

Art. 7º A “Corporação” esforçar-se-há pelo estabelecimento de uma pharmácia e de um hospital infantil de tuberculosos.

Art. 8º Como meio de auxiliar a manutenção de todos os seus serviços, em particular da pharmacia e laboratorio de analyses, a “Corporação” procurará organizar uma cooperativa medico-pharmaceutica vicentinos.

Art. 9º A directoria poderá aceitar o concurso de medicos não catholicos praticante, a titulo de collaborador.

Art. 10º São considerados fundadores da “Corporação”, os drs. Francisco de Souza Lima, Delor Luis Ferreira, Tupy Coutinho Soares, Berardo Nunan, Rodovalho Mendes Domenici, Mario Vas de mello, José Ribeiro, Victor Lacombe, Jayme Werneck, Persio Pereira Pinto, Hilton Rocha, José Pinheiro Chagas, Ubirajara França Dinis, A. Dolabella, Paulo Miranda e João Ignácio da Costa Santos, e os doutorandos: José Mariano, Theophilo de Souza Lima, Antonio Ximenes de Moraes, Arlindo Polizzi, Antônio Nunes Carvalho, Domingos Magalhães Lopes, Deodoro Barcellos e José Amaral Castro.

Anexo 2 - Estatuto da Corporação de Dentistas Católicos (1935)

Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo. Documento: Livro de Atas, 1927-1936, pág.: 171 e 172.

Corporação de dentistas catholicos

Disposições basicas

Art. 1º Dependendo do Conselho Central Metropolitano de Bello Horizonte, fica creada a “Corporação de dentista Catholicos”

Art. 2º Serão admittidos todos os dentistas diplomados, que sendo catholicos praticantes, forem propostos por dois membros da “Corporação” e aceitos pela sua directoria.

Art. 3º A diretoria será composta de um presidente e um vicepresidente, nomeaos pelo presidente do Conselho Metropolitano, e um secretário, um thesoureiro e um bibliothecario, nomeados pelo presidente “Corporação” devendo serem todos vicentinos.

Paragrafo Único: O presidente e o vicepresidente ficam fazendo parte do Conselho Metropolitano.

Art. 4º São fins da “Corporação”:

1º estreitar laços de amizade christã entre os incorporados;

2º assistir com os recursos de sua profissão os pobres socorridos pela Sociedade S. Vicente de Paulo, em gabinetes junto dos varios ambulatorios medicos da cidade;

3º facilitar por meio de uma sociedade munida de bibliotheca e com sessões de estudos, o progresso científico dos seus associados.

4º defender a doutrina a catholica, quando atacada assumptos relacionados com as sciencias estudadas pelos dentistas.

Art. 5º Os trabalhos dentarios prestados aos pobres socorridos pela Sociedade de S. Vicente de Paulo serão inteiramente gratuitos, sendo permittido aos dentistas dos gabinetes attender nelles outros clientes que paguem desde que não sejam prejudicados os pobres.

Art. 6º A directoria poderá aceitar o concurso de dentista não catholicos praticantes a titulo de collaboradores.

Art. 7º São considerados dentistas fundadores os srs. Dr. Lafayette Padua, Prof. Elias Andrade, José Pedro Ferreira, Castorino José Teixeira, Francisco Monteiro e Arthur Dias de Souza.

Anexo 3 - Estatuto dos Engenheiros Católicos (1935)

Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo. Documento: Livro de Atas, 1927-1936, pág.: 169 e 170.

Corporação de Engenheiro Catholicos

Disposições Básicas:

Art. 1º Dependendo do Conselho Central Metropolitano de Belo Horizonte, fica creada a “Corporação de Engenheiros Catholicos”.

Art. 2º Serão admittidos todos os engenheiros diplomados, que, sendo catholicos praticantes, forem propostos por dois membros da “Corporação” e acceitos pela sua directoria.

Art. 3º A directoria será composta de um presidente e um vice-presidente, nomeados pelo presidente do Conselho Metropolitano, e de um secretario, um thesoureiro e um bibliothecario, nomeados pelo presidente da “Corporação”, devendo serem todos vicentinos.

Paragrafo único: O presidente e vice-presidente ficarão fazendo parte do Conselho Metropolitano.

Art. 4º São fins da “Corporação”:

1º Estreitar laços de amizade christã entre os incorporados;

2º zelas os bens patrimoniaes da Sociedade Vicentina em Belo Horizonte;

3º em conjuncção com o Conselho Diocesano e a Assitência aos Mendigos, promover meios para a construcção nesta Capital da “Cidade dos pobres” e outras vicentinas;

4º projectar e levar a effeito essas construcções;

5º organizar projecto e orçamento de habbitações para pobres, albergues nocturnos, hospitaes, asylos, orphanatos, enfim para toda sorte de obras de caridade e assistência, bem como para egrejas, capellas, conventos, etc.;

6º crear e manter uma bibliotheca especializada nesse sentido para uso dos seus associados;

7º sahir em defesa do Catholicismo quando atacado em assumptos que se relacionem com as sciencias estudadas pelo engenheiros.

Paragrafo único: Quando possível, a “Corporação” organizar á o seu escritório technico.

Art. 5º Os trabalhos da “Corporação em favor das obras vicentinas da Capital serão gratuitas; para outras unidades vicentinas de fora serão cobrados com 50% de abatimento; para esctranhos custarão o preço geral das tabellas dos escriptorios congeneres; podendo a “Corporação” acceitar todo e qualquer trabalho de engenharia.

Paragrafo 1º Os contractos para estudos e execução de obras serão firmados pelos membros da “Corporação” que os hajam de executar e sob as suas responsabilidades individuais.

Paragrafo 2º De toda a renda liquida resultante de trabalhos ibtidos por intermedio da Corporação % serão applicados em favor do escriptorio e da bibliotheca.

Art. 6º A directoria entender-se-há com os Conselhos Particulares da Capital no sentido de dotar-se a circunscipção de cada um de um predio destinado a servir de séde do Conselho, suas conferências e suas obras, de abrigar o ambulatorio medico da zona, aulas de cathecismo ou de escola, etc.

Art. 7º A “Corporação” não iniciará obra alguma sem contar certo com os recursos para a sua execução e sem previa auctorização do Conselho Metropolitano.

Art. 8º Manterá escripta commercial rigoramente em dia;

Art. 9º A directoria poderá acceitar o concurso de engenheiros não catholicos praticantes a titulo de collaboradores.

Anexo 4 - Estatuto dos Advogados Católicos (1935)

Arquivo do Conselho Metropolitano da Sociedade São Vicente de Paulo. Documento: Livro de Atas, 1927-1936, pág.: 170 e 171.

Corporação de Advogados Catholicos

Disposições basicas

Art. 1º Dependendo do Conselho Central Metropolitano de Bello Horizonte, fica creada a “Corporação de Advogados Cathólicos”.

Art. 2º Serão admittidos todos os advogados diplomados que, sendo católicos praticantes, forem propostos por dois membros da “Corporação” e acceitos pela sua directoria.

Art. 3º A directoria será composta de um presidente e um vice presidente, nomeados pelo presidente do Conselho Metropolitano, e de um secretario, um thesoureiro e um bibliothecario, nomeados pelo presidente da “Corporação” devendo tserem todos vicentinos.

Paragrafo único: O presidente e vice-presidente ficam fazendo parte do Conselho Metropolitano.

Art. 4º São fins da “Corporação”:

1º estreitar laços de amizade christã entre os incorporados.

2º assistir com os recursos juridicos as unidades vicentinas, se delles carecerem;

3º defender os direitos dos pobres socorridos, quando necessario;

4º facilitar, por meio de uma sociedade munida de bibliotheca e de sessão de estudo, o progresso scientifico dos seus associados.

5º defender a doutrina catholica quando atacada em assumptos que se relacionem com as sciencias jurídicas e sociaes.

Art. 5º Os pareceres e trabalhos profissionaes em favor das unidades vicentinas e dos pobres, serão gratuitos.

Paragrafo Único: A corporação não acceitará a defesa de nenhuma das causas a que se refere este artigo, sem que sobre a conveniencia da mesma, [inelegível]. Conselho Central Metropolitano de Bello Horizonte.

Art. 6º A directoria poderá acceitar o concurso de bachareis em direito não catholicos praticantes, a titulo de collaborador.

Art. 7º São considerados advogados fundadores da “Corporação” os srs. Drs. Marcello Silviano Brandão, Polycarpo de Magalhães Violti, Mozart Meniconi, Antonio Vasconsellos, João [] Borges, e Lincoln Kubitschek.

Anexo 5 - Estatuto da Corporação de Médicos Católicos (1936)

Arquivo da Arquidiocese de Belo Horizonte, Caixa 231, Pasta: Sociedade São Vicente de Paulo. Subpasta: Cidade Ozanam. Documento: vários.

SOCIEDADE DE S. VICENTE DE PAULO

“CORPORAÇÃO DE MEDICOS CATHOLICOS”

REGIMENTO INTERNO :

Constituição, fins, sede, duração:

Art. 1º Com sede e fôro nesta Capital, fica organizada uma instituição que se intitulará “CORPORAÇÃO DE MEDICOS CATHOLICOS”.

Art. 2º Terá duração indefinida e o numero de socios será illimitado.

Art. 3º Será filiada ao “Conselho Central Metropolitano” de Bello Horizonte da Sociedade de S. Vicente de Paulo, conservando inteira autonomia quanto á sua administração e responsabilidade.

Art. 4º São seus fins:

- a) Estreitar laços de amizade christã entre os associados;
- b) Defender a doutrina catholica, quando atacada em assumptos relacionados com as sciencias medicas;
- c) Assistir com os recursos medicos, indigentes, especialmente os pobres soccorridos pela Sociedade de S. Vicente de Paulo, em seus varios ambulatorios e serviços hospitalares, e quando necessario, nos seus proprios domicilios;
- d) Contractar, em beneficio da “Corporação” e de seus associados, serviços médicos, com instituições, collegios, fabricas, companhias etc.;
- e) Criar e manter uma bibliotheca especializada, para uso de seus associados;
- f) Facilitar, por meio de uma academia medica, o progresso scientifico de seus associados;
- g) Criar e manter uma revista medicaa, que será órgão official da “Corporação”
- h) Fundar um syndicato medico para dender os interesses da classe.

Capitulo – II

Sócios

Art. 5º Poderão fazer parte da “Corporação”, médicos e estudantes que, sendo catholicos praticantes, forem admittidos pela directoria, na forma deste refimento.

Paragrafo 1º - O candidato será proposto por escripto, por dois socios. O presidente submeterá a proposta á directoria, que poderá resolver immediatamente ou adiar a solução, se assim o requerer um dos seus membros. Esse adiamento não poderá exceder de trinta dias.

Paragrafo 2º - Sendo acceito o candidato, o presidente dará immediata comunicação do facto a um dos representantes, para que leve ao conhecimento do interessado, que será considerado socio para os effeitos, 24 horas depois da deliberação da directoria. Dentro deste prazo, qualquer socio pode impugnar a acceitação, caso o candidato não satisfaça as condições estatuaras. Essa impugnação tem effeito suspensivo.

Paragrafo 3º: Na 1º sessão plena que se realizar, o novo socio prestará o seguinte compromisso: “Prometto, na presença de Deus, jamais alistar-me em instituição condemnada pela Igreja, cumprir fielmente os estatutos da “Corporação de Médicos Catholicos” e empenhar-se com todo o zelo e entusiasmo em prol do progresso dessa instituição.

Art. 6º Haverá duas categorias de socios: effectivos e contribuintes.

Paragrafo 1º) Serão effectivos, aquelles que satisfazendo o art. 5º, prestarem os seus serviços médicos a indigentes, exclusivamente nas organizações da “Corporação”.

Paragrafo 2º) Serão contribuintes aquelles que, satisfazendo o art. 5º, concorrerem com a mensalidade de 5\$000.

Art. 7º - São deveres dos socios, effectivos e contribuintes:

- a) Concorrer mensalmente com a quantia de 20\$000 para effectivos – e 5\$000 para contribuintes e estudantes; - para as despesas da “Corporação”.
- b) Comparecer ás sessões plenas e ás das commissões de que fizer parte, assignando o livro de presença.
- c) Aceitar e desempenhar com zelo e dedicação ás incumbencias que lhes forem dadas;
- d) Procurar trazer para o seio da “Corporação”, todos os collegas que, satisfazendo ás condições do artigo 5º, lhe parecerem bons elementos para a mesma;
- e) Empenhar-se quanto lhe seja possível, pelo progresso da “Corporação”

Art. 8º) São direitos do socio:

1º effectivo:

- a) Ser incumbido de trabalhos remunerados, como dispõe este regimento;
- b) Sugerir ao estudo da “Corporação”, questões de grande interesse;
- c) Fazer communicações e consultas á Academia;
- d) Dirigir, de accordo com a directoria, os diversos serviços especializados da “Corporação”

2 – Contribuinte:

- a) Fazer communicações e consultas á Academia;
- b) Desempenhar incumbencias que lhe forem dadas, não remuneradas;
- c) Frequentar os serviços médicos da “Corporação”;
- d) Passar a effectivo depois de satisfeitas as condições deste regimento.

Art. 9º A qualidade de socio extingue-se:

- a) Por declaração escripta do mesmo, pedindo a sua exclusão á directoria, si for esta aceita;
- b) Por decisão da directoria, nos casos prescriptos nos estatutos;
- c) Por fallecimento.

Art. 10: O socio eliminado poderá ser readmittido nas seguintes condições:

1º no caso da letra a) – si pedir para ser readmittido;

2º si cessada a causa que occasionou a sua demissão pela directoria, for novamente proposto por dois socios.

Art. 11º - Os socios não responderão solidaria, nem subsidiariamente pelos compromissos assumidos pela directoria, em nome da “Corporação”

Art. 12º Por proposta assignada por toda a directoria, a “CORPORAÇÃO” acclamará em sessão plena, bemfeitor, a qualquer pessoa que haja prestado assignado serviço á “CORPORAÇÃO” ou a obras a seu cargo.

- Capitulo IIIº -

DIRECTORIA

Art. 13º - A directoria compor-se-há de presidente, vice-presidente, secretário geral e thesoureiro.

Paragrafo 1º - Poderão ser criados pela directoria, outros cargos, si necessário.

Paragrafo 2º - O presidente e o vice-presidente serão nomeados pelo presidente do Conselho Central Metropolitano de Bello Horizonte. Os demais membros da directoria serão nomeados pelo presidente da “CORPORAÇÃO”.

Paragrafo 3º - Os presidente e vice-presidente farão parte do Conselho Central Metropolitano de Bello Horizonte.

Paragrafo 4º - Só poderão fazer parte da directoria, socios effectivos que sejam membros activos ou honorarios da Sociedade de S. Vicente de Paulo.

Paragrafo 5º - Todos os cargos da directoria são gratuitos e por tempo indeterminado.

Art. 14º - A directoria reunir-se-ha periodicamente, cabendo-lhe marcar o dia, a hora e o local, bem como a periodicidade da sua sessão ordinaria.

Paragrafo único – O presidente poderá convocar-a, extraordinariamente, quando necessario.

Art. 15 – A directoria poderá deliberar desde que esteja presente a metade dos seus membros, e deliberação será tomada pela maioria dos presentes.

O presidente tem, alem do voto proprio, o de desempate, no caso de necessidade.

Art. 16º - A directoria reunida tem competencia para:

- a) Admissão de socios;
- b) Eliminação de socios;
- c) Administração dos bens que vierem a constituir o patrimonio da “CORPORAÇÃO”;
- d) Auctorizar o seu presidente a adquirir, onerar ou alienar bens que pertencem á “CORPORAÇÃO”, firmar contractos, distractos, etc.,
- e) Resolver os casos omissos.

Art. 17º - Ao presidente compete:

- a) presidir as sessões da directoria e as plenas e assignar as actas approvadas;
- b) convocar extraordinariamente a directoria ou o plenario;
- c) cumprir as deliberações da directoria;
- d) despachar, de accordo com as deliberações da directoria, as propostas de admissão ou de eliminação de socios;
- e) assignar a correspondia;

- f) nomear os membros da directoria;
- g) distribuir serviços e commissões pelos socios;
- h) auctorizar o pagamento das despesas e assignar com o thesoureiro os cheques para a retirada de dinheiro depositado;
- i) apresentar annualmente á sessão plena, o relatorio dos trabalhos, o qual será enviado ao Conselho Central Metropolitano.
- j) Representar a “CORPORAÇÃO” em juizo e fora d'elle, em geral em suas relações com terceiros, podendo constituir procurador.

Art. 18º - O vice-presidente substituirá integralmente o presidente em seus impedimentos.

Art. 19º - Ao secretario geral compete:

- a) Lavrar e ler as actas das sessões;
- b) Redigir, assignar com o presidente e expedir toda a correspondencia;
- c) Manter o registro de todos os socios e bemfeitores, com as datas das admissões, cargos e commissões e residencias;
- d) Contractar os empregados necessarios aos serviços, depois de aprovado pela directoria;
- e) Fazer aquisição de todo o material necessario aos diversos serviços medicos da “CORPORAÇÃO”
- f) Fiscalizar o material dos serviços;
- g) Suggestir á directoria novas compras;
- h) Substituir o presidente, quando este e o vice-presidente faltarem.

Art. 20º - Ao thesoureiro compete:

- a) Arrecadar toda receita da “CORPORAÇÃO”;
- b) Manter uma escriptura simples clara e rigorosa de todo o movimento financeiro da “CORPORAÇÃO”;
- c) Ter sob sua guarda os haveres sociaes, devendo depositar no banco escolhido pela directoria, os saldos quando superior a 500\$000;
- d) Assignar com o presidente os cheques para retirada do dinheiro;
- e) Requisitar da directoria o pessoal necessaria para auxiliar a sua função.

Art. 21º - Sempre que a directoria resolver criar mais algum cargo, estabelecerá os deveres correspondentes, ficando a sua deliberação incorporada a este regime.

CAPITULO IVº

Da Academia

Art. 22º - Para cumprir o disposto na letra f do art. 4º, a CORPORAÇÃO manterá a Academia S. Lucas, de que farão parte os associados que quizerem.

Art. 23º Si na Imprensa ou na Tribuna fôr atacada a doutrina catholica em assumptos relacionados com as sciencia medicas, a Academia estudará o assumpto e as suas conclusões, depois, de approvadas pelo Assistente ecclesiastico, serão dadas á publicidade, com as assignaturas de todos aquelles que as approvara.

Art. 24º - A Academia terá como seus, os estatutos da Sociedade Medica S. Vicente, já approvados.

Capitulo Vº

Art. 25º - Realizar-se-hão sessões plenas pelo menos trimestralmente.

Desdinar-se-hão:

1º) ao compromisso de novos socios;

2º) a dar-se conhecimento aos socios, dos trabalhos que tiveram sido realizados em toda a “CORPORAÇÃO”, desde a sessão anterior.

3º) ás suggestões que interessem á vida e o progresso da “CORPORAÇÃO”.

- Capitulo VIº -

PENALIDADES:

Art. 26º a) todo o socio effectivo que deixar de pagar 3 mensalidades consecutivas, perdera o direito a trabalhos remunerados;

B) O contribuinte, perderá os seus direitos, deixando de pagar 3 mensalidades consecutivas.

Art. 27º - O sócio effectivo que deixar de executar algum trabalho para o qual tenha sido designado, terá a mesma penalidade do art. 26º si não apresentar motivo justo.

Capitulo VIIº

Art. 28º A “CORPORAÇÃO DE MEDICOS CATHOLICOS” acclama seu celeste patrono a S. Lucas.

Art. 29º - Annualmente será festejado o dia do padroeiro, 18 de outubro, com a missa ouvida em commum, communhão collectiva dos socios e sessão solemne.

Art. 30º Para estas solemnidades, serão convidados os medicos capital e as associações dos profissionaes de medicina.

Art. 31º - Pedirá a S. Excia. o snr. Arcebispo a designação de um assistente ecclesiastico, que controle principalmente as doutrinas sustentadas na Academia, o qual poderá tomar parte em todas as reuniões que quizer.

Art. 32º A “CORPORAÇÃO” adquirirá personalidade juridica, na forma da lei.

Art. 33º O anno social coincidirá com o anno civil.

Art. 34º O membro da directoria que deixar de ser vicentino, será substituido.

Art. 35º A “CORPORAÇÃO” poderá usar um distinctivo.

Art. 36º - A “CORPORAÇÃO DE MEDICOS CATHOLICOS” adherirá a confederação das corporações filiadas ao CONSELHO CENTRAL METROPOLITANO de Bello Horizonte.

Art. 37º Em caso de desapparecimento da “CORPORAÇÃO”, todos os seus bens passarão em plena propriedade para o “CONSELHO CENTRAL METROPOLITANO de Bello Horizonte.”

Art. 38º São considerados socios – a) effectivos: Francisco de Souza Lima, Delor Ferreira, Tupy Coutinho Soares, Berardo Nuna, Rodovalho Mendes Domenici, José Ribeiro, Ubirajara França Diniz, Wilton Ferreira, José Pinheiro Chagas, João Rezende Alves, Gastão Ribeiro de Oliveira, Geraldo Coelho de Almeida, José Mariano, Theophilo de Souza Lima, Antonio Ximenes de Moraes, Deodoro Barcellos, Domingos Magalhães Lopes, Arlindo Polizzi, José Amaral Castro e Antonio Nunes Carvalho.

b) Contribuintes: Mario Vaz de Mello, Victor Lacombe, Jayme Werneck, Persio Pereira Pinto, Hilton Rocha, Accasio Correa Dolabella, Paulo Miranda e João Ignácio da Costa Santos;

Art. 39º - Este regimento só poderá ser modificado por deliberação escripta de 3/4 de socios existentes e aprovação do Conselho Central Metropolitano.

Imagem e Mapa

Mapa – 1

Planta Geral da Cidade de Minas, 1895 (Belo Horizonte)



Fonte: *História dos bairros de Belo Horizonte: Regional Nordeste*. Arquivo Público da Cidade de Belo Horizonte. Pág. 10.

Mapa – 2

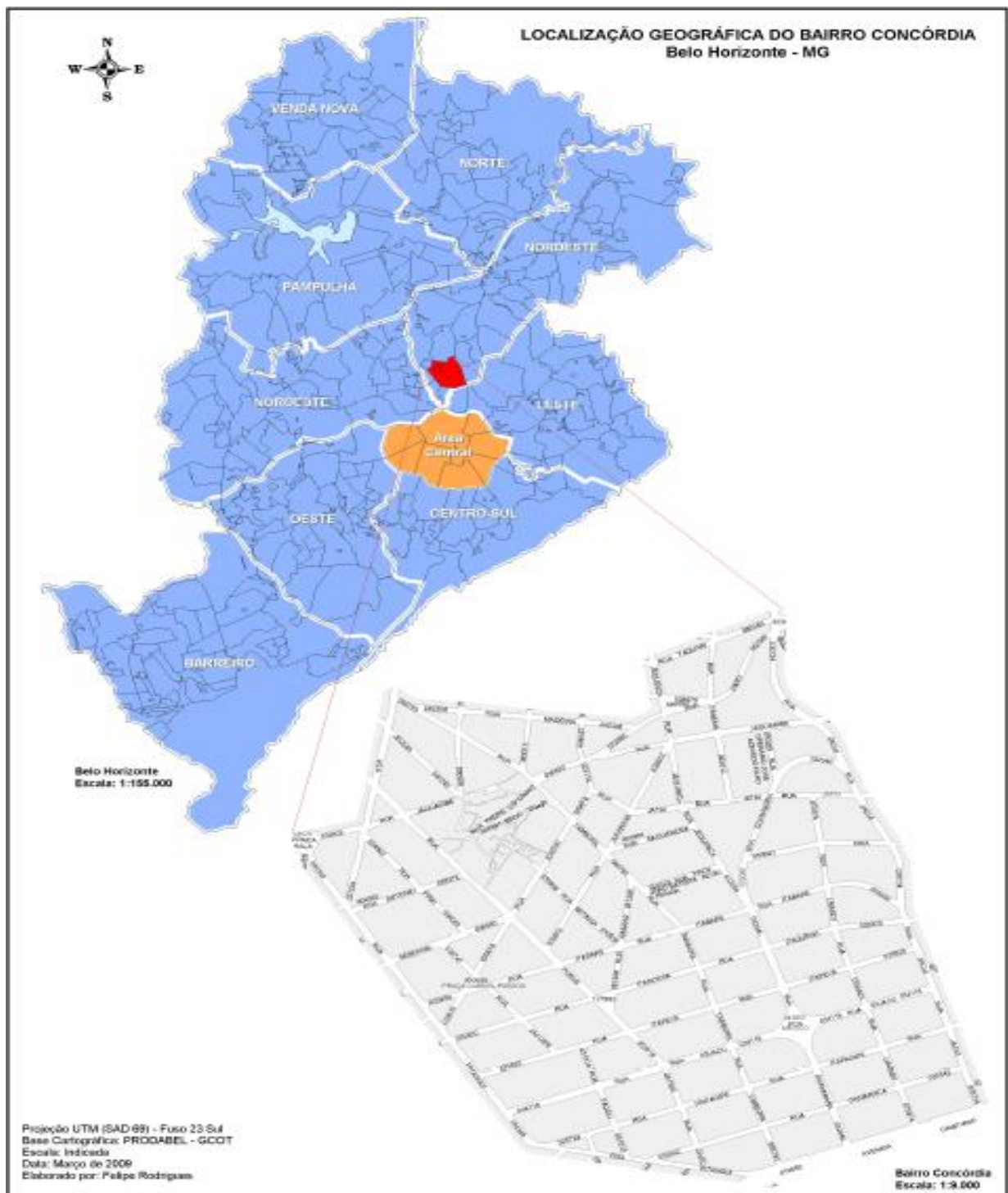
Mapa do município de Belo Horizonte – 1940

Destaca-se os limites geográficos da capital em relação com os distritos e os municípios vizinhos. Percebe também a expansão da cidade para região norte e nordeste.



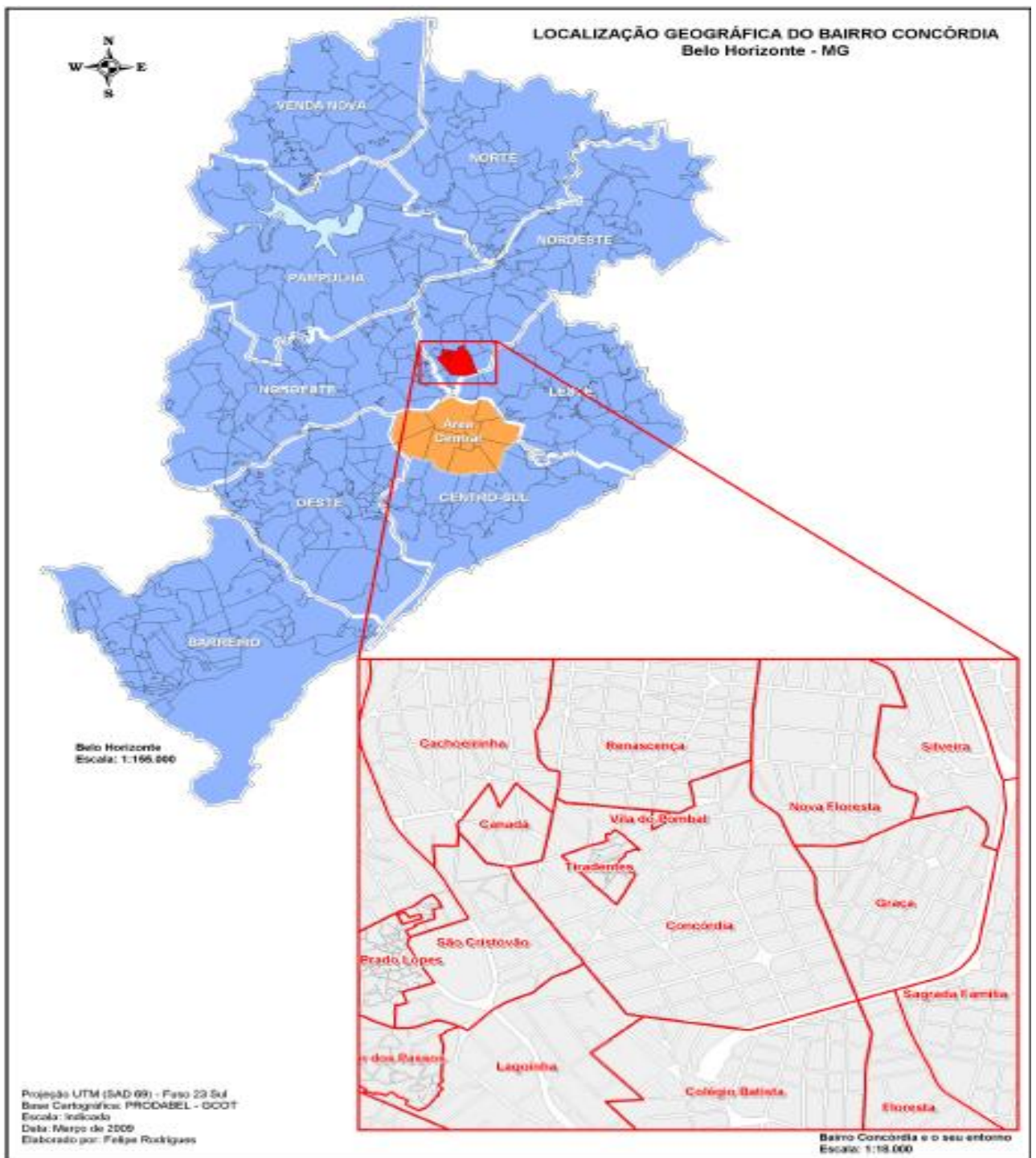
Disponível em: <http://curraldelrei.blogspot.com/2010/11/os-anos-1940-uma-moderna-metropole-no.html>

Mapa 3 – Mapa do município de Belo Horizonte com destaque para a localização geográfica do Bairro da Concórdia



Fonte: PRODABEL, 2009. Trabalho por Felipe Rodrigues. LIMA, Júnia Maria Ferrari de. Bairro da Concórdia em Belo Horizonte: entrave ou oportunidade à cidade-negócio? Dissertação (mestrado em Arquitetura e em Urbanismo) Escola de Arquitetura, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2009. p. 87.

Mapa 4 – Mapa do município de Belo Horizonte em Regiões Administrativas e bairros com ênfase no Bairro da Concórdia e vizinhos.



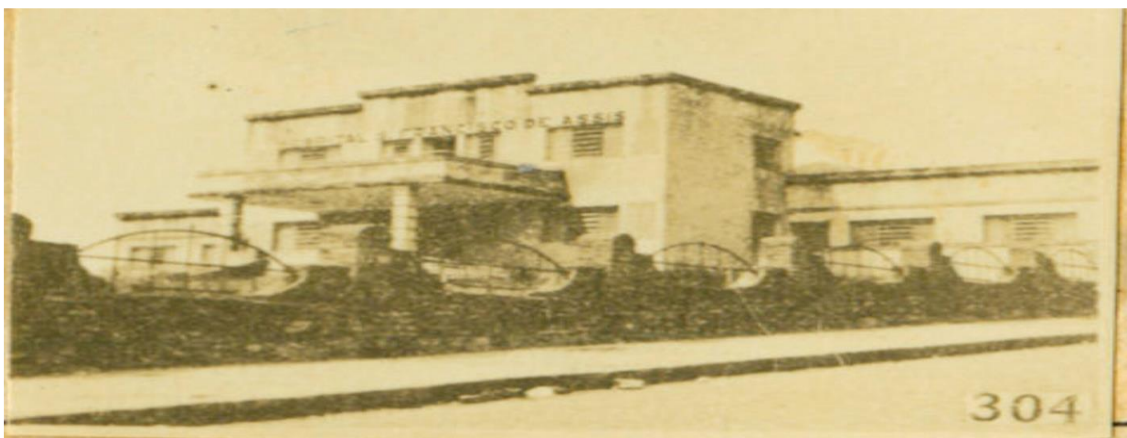
Fonte: PRODABEL, 2009. Trabalho por Felipe Rodrigues. LIMA, Júnia Maria Ferrari de. Bairro da Concórdia em Belo Horizonte: entrave ou oportunidade à cidade-negócio? Dissertação (mestrado em Arquitetura e em Urbanismo) Escola de Arquitetura, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2009. p. 88.

Imagem – 1 - Na parte superior da imagem é destacado o Hospital São Francisco de Assis da Corporação de Médicos Católicos; na parte inferior da imagem é destacado o corpo clínico.



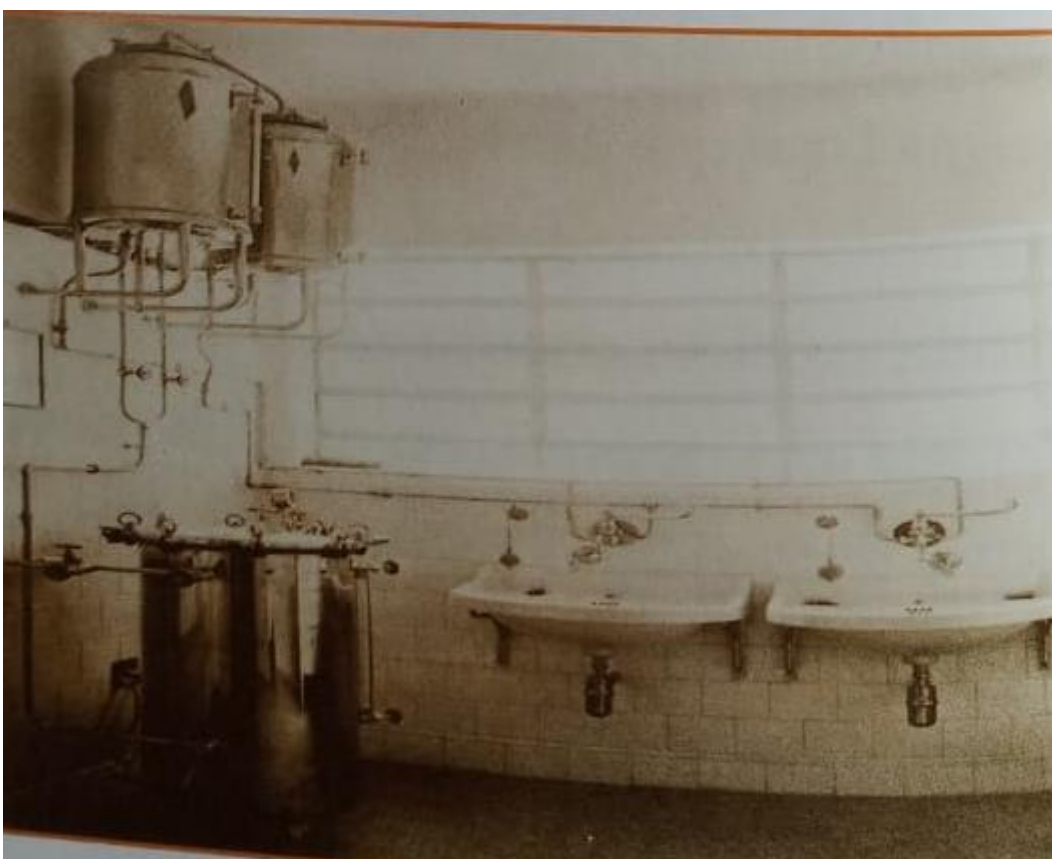
Fonte: Arquivo Hospital São Francisco (Acervo Particular). Documento: O Diário – 29/03/1938 p. 3.

Imagem – 2 - Fachada do Hospital São Francisco de Assis, década de 1930. Acervo Museu Histórico Abílio Barreto.



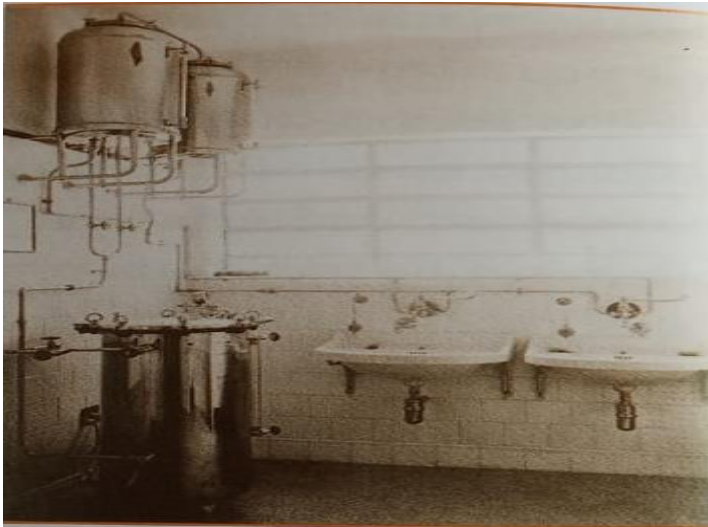
Fonte: MARQUES, Rita de Cássia; et. al. *História da Saúde em Minas Gerais: Instituições e Patrimônio Arquitetônico (1808-1958)*. Barueri, SP: Minha Editora, 2011. Verbete 24.

Imagem 3 – Centro cirúrgico do Hospital São Francisco de Assis



Fonte: ALVES, José Carlos Ribeiro Resende. *A cirurgia e o sonho: biografia de João Baptista Resende Alves*. Belo Horizonte, 2007, p.: 124.

Imagem 4 – Autoclave, esterilizadores de água e lavabos no centro cirúrgico do Hospital São Francisco de Assis.



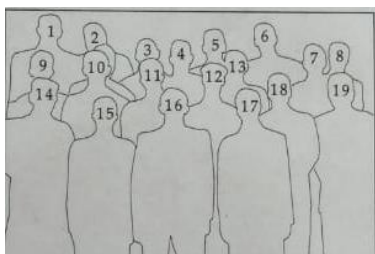
Fonte: Fonte: ALVES, José Carlos Ribeiro Resende. *A cirurgia e o sonho: biografia de João Baptista Resende Alves*. Belo Horizonte, 2007, p.: 124.

Imagem 5 - Francisco de Souza Lima, fundador do Hospital São Francisco de Assis e presidente da Corporação dos Médicos Católicos.



Fonte: Fonte: ALVES, José Carlos Ribeiro Resende. *A cirurgia e o sonho: biografia de João Baptista Resende Alves*. Belo Horizonte, 2007, p.: 120.

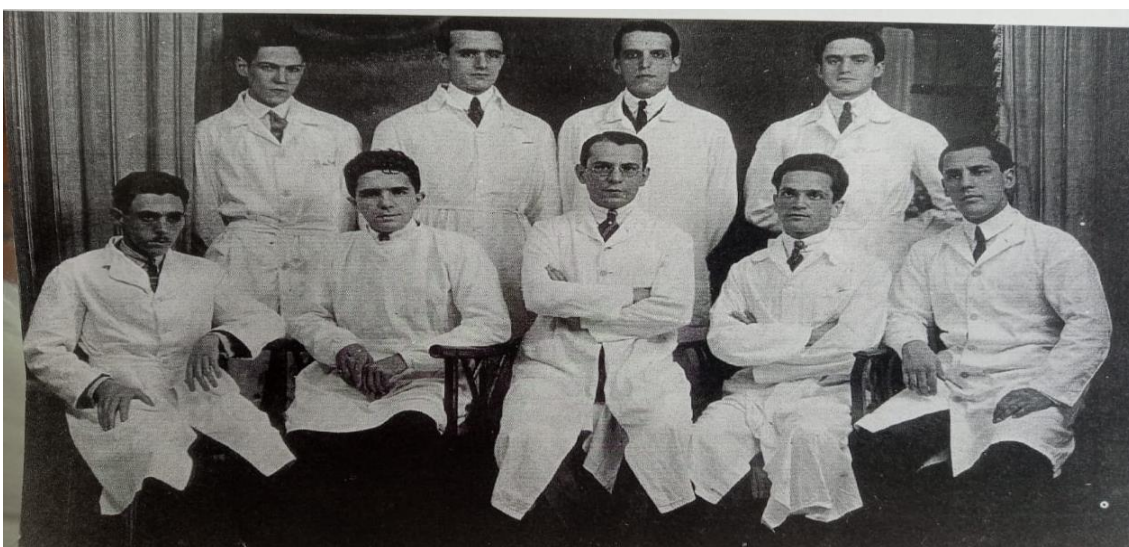
Imagem – 6 – Equipe do Hospital São Francisco de Assis



Equipe do Hospital São Francisco de Assis, segundo a numeração do esquema: 1- Zeno de Freitas Santa Rosa; 2- José Nóbrega; 3- José da Rocha Cunha; 4- Theóphilo de Sousa Lima; 5 –Paulo Castanheira; 6- Lycurgo Lucena; 7- Moacyr José Bernardes; 8- José Amaral Castro; 9- Geraldo Coelho de Almeida; 10- Paulo Gaetani; 11- José Benedicto dos Santos; 12 – Não identificado; 13 – Francisco de Souza Lima; 14 – José Ribeiro Filho; 15- Osvaldo (dentista); 16- Célio; 17- Álvaro Bhering; 18- Deodoro Barcellos; 19- João Baptista Resende Alves.

Fonte: ALVES, José Carlos Ribeiro Resende. *A cirurgia e o sonho: biografia de João Baptista Resende Alves*. Belo Horizonte, 2007.

Imagem 7 – Inauguração do Hospital da Criança Elvira Gomes Nogueira, da Santa Casa de Belo Horizonte.



Legenda: Em pé: Berardo Nunan, Francisco de Souza Lima, Antônio Malheiros Fiúza. Sentados: João Batista Veiga Salles, Navantino Alves, José Oliveira Lima, Olavo Lustosa, e outro. Fonte: *Jornal Medicina Geraes: jornal do Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais*, Belo Horizonte, Agosto de 2022. Ano II, Ed.: 14, pág. 16.

Imagem 8 – Anúncio Profissional da Corporação dos Médicos Católicos

PROFISSIONAIS

Da Corporação de Médicos Católicos

EDIFÍCIO MONTE SANTO, Rua Tamoios, 522

1.
A
N
D
A
R

DR. PAULO DE SOUSA LIMA
DOENÇAS PULMONARES
Das 3 às 8 horas — Aos sábados, de 8 às 11
TEL. RESID. 2-6185 — CONS. 2-3392

DR. THEOPHILO DE SOUSA LIMA
OPERAÇÕES — VIAS URINARIAS — SIFILIS
Salas 101—103—105 — FONE 2-0383
Das 15 às 18 horas
RES. RUA DAVI CAMPISTA, 80 — FONE 2-3848

DR. MAURILIO SOARES
OUVIDOS — NARIZ E GARGANTA
Salas 105 e 107 — Tel. 2-0383
Das 3 às 6 horas — Res. tel. 2-3789

BOLIVAR DE CASTRO
CIRURGIÃO-DENTISTA PELA U. M. G.
Salas 105 e 109 — Das 13 às 18 horas
Fones: Cons. 2-0383 — Res. 2-5433

DR. ENIO PINTO CORRÊA
CIRURGIA — VIAS URINARIAS — SIFILIS
Salas 101—103—105, das 15 às 18 horas
Fone 2-0383 — Res. Av. Alvares Cabral 441. Fone 2-4280

DR. MARIO VAZ DE MELO
TUBERCULOSE — CLÍNICA MÉDICA
Tel. 2-3392 — de 1 às 2,30
Tel.: Resid. 2-7952

2.
A
N
D
A
R

DR. FRANCISCO DE SOUSA LIMA
CLÍNICA DE CRIANÇAS
Das 15 às 17 horas — Tel. 2-1394
Res. Guajajaras, 880 — Tel. 2-6421

DR. OSWALDO SILVEIRA
CLÍNICA DE DOENÇAS DOS OLHOS
Salas 204 e 206 — Das 16 às 18 horas
Resid. Rua Aquiles Lobo, 141

DR. JOÃO EVANGELISTA DO AMARAL
MOLESTIAS DE SENHORAS, PARTOS, OPERAÇÕES
Salas 205—207 — das 3 às 6 — Fone 2-5062
Resid. Itajubá, 146 — Fone, 2-4511

LABORATORIO S. PAULO
PESQUISAS CLÍNICAS
Direção do Dr. José Ribeiro Filho
Sala 209 — Tel. 2-0774

3.
A
N
D
A
R

DR. PAULO MIRANDA
Chefe da clinica de adultos do Hospital S. Francisco de Assis — Clínica Médica — Glandulas de secreção interna
De 3 às 5 horas — Sala 206 — Tels. 2-5899 e 2-1394
Res. Av. Alvares Cabral, 1004 — Tel. 2-2997

J. AMARAL CASTRO
MOLESTIAS INTERNAS NO ADULTO
Salas 305 e 307 — Das 15 às 18 horas
Resid. Av. Contorno, 1294 — Tel. 2-6700

DR. JOSE' BENEDITO DOS SANTOS
Chefe da Maternidade do Hospital S. Francisco
Molestias das Senhoras — Cirurgia — Partos
Salas 301—302—305 das 3 às 6 — Tel. 2-6995
Res. Alagoas, 989 — Tel. 2-0253

DR. LEVY GOELHO R. FILHO
Assistente da Faculdade de Medicina da U. M. G.
Cirurgião da Santa Casa
Clínica Médico Cirurgica e Urológica
Salas 309 e 311 — das 12 às 16 horas
Res. Rua Goiás, 321 — Fone, 2-2652

DR. DEODORO BARCELLOS CORRÊA
Cirurgia infantil — Ortopedia — Defeitos congênitos e
doenças dos ossos e articulações — Tratamentos por
eletricidade medica
Das 3 às 6 horas — 3º. andar — Salas 309 e 311

DR. JOÃO DE REZENDE ALVES
Chefe de Clínica Cirurgica do Hospital S. Francisco
de Assis — 3º. andar
De 1 às 5 horas — Fone, 2-3913 — Res. Tel. 2-2376

DR. PERSIO PEREIRA PINTO
ALIMENTAÇÃO E DOENÇAS DAS CRIANÇAS
Tel. Resid., 2-2247 — Cons. 2-1394

Fonte: Arquivo Hemeroteca da Biblioteca Estadual de Minas Gerais, Periódico: O Diário, 17/11/1940, p. 3.