



MESTRADO EM POLÍTICAS DE BEM-ESTAR EM PERSPECTIVA:
EVOLUÇÃO, CONCEITOS E ACTORES /PHOENIX ERASMUS MUNDUS
DYNAMICS OF HEALTH AND WELFARE

As Santas Casas da Misericórdia na República Brasileira

1922-1945

Liliane Alves Fernandes

Orientadora: Laurinda Faria Santos Abreu

Co-orientador: Patrice Bourdelais



MESTRADO EM POLÍTICAS DE BEM-ESTAR EM PERSPECTIVA:
EVOLUÇÃO, CONCEITOS E ACTORES / PHOENIX ERASMUS MUNDUS
DYNAMICS OF HEALTH AND WELFARE

As Santas Casas da Misericórdia na República Brasileira

1922-1945

Liliane Alves Fernandes

Orientadora: Laurinda Faria Santos Abreu

Co-orientador: Patrice Bourdelais



169885-

*Exlibris Javé.
À memória de Carlitos Lira,
À Denise Franco, Maria Luiza Lopes, Victória Pizzanelli, Leonardo Alves e
Carla Souto pela fé depositada e encorajamento nos estudos.*

Resumo

O principal objectivo desta dissertação é o de conhecer um pouco melhor o processo de implementação das Santas Casas de Misericórdia no Brasil, dando especial ênfase à sua expansão durante o período de consolidação da República brasileira, mais concretamente entre 1922 a 1945. A necessária contextualização levou a pesquisa sobre as Misericórdias até à fase colonial e imperial do Brasil, acabando por demonstrar que as mesmas se fortaleceram no segmento de assistência médica, durante o período em análise, tornando o Estado brasileiro dependente das suas actividades. Este trabalho discute ainda o imaginário social da caridade e filantropia e a forma como tais preceitos configuraram a assistência médico-social no país.

Palavras-chave: Santa Casa da Misericórdia; história da assistência; política social de saúde, Getúlio Vargas

Abstract

The Santas Casas da Misericórdia in the Republic of Brazil, 1922-1945

This dissertation aims to better know the implementation process of the Santas Casas de Misericórdia in Brazil, highlighting their expansion during the Republic, mainly between 1922 and 1945. For a better historical contextualization the study explores the Brazil's colonial and imperial phases, demonstrating that the Misericórdias progressively strength their power in the medical assistance segment, becoming the State dependent of their activities. The dissertation also discusses the philanthropy and charity's collective social imagery, as well as the way in which such concepts shaped the medico-social assistance in the country.

Keywords: Santa Casa da Misericórdia; history of assistance; health and social policy; Getúlio Vargas

Prefácio

Desde 2004, quando era simultaneamente aluna da Prof. Débora Diniz (com quem aprendi os primeiros passos da investigação) e bolsista de iniciação científica do CNPq, acolhida no Neppos (Núcleo de Estudos e Pesquisas em Política Social) da Universidade de Brasília, na qual obtive a minha licenciatura em Serviço Social em 2006, sob a segura orientação da professora Potyara Pereira, que a possibilidade da carreira académica me fascina.

Neste sentido, procurei uma experiência estimulante e diferente, apesar do contexto promissor da pesquisa brasileira. Esta procura levou-me a conhecer o programa “Erasmus Mundus Master” e a partir de então teve início a aventura que me trouxe até à Europa. Como toda a boa jornada, travei contacto com pessoas que me ajudaram a aperfeiçoar o meu percurso de vida académica, sobretudo no âmbito da investigação sobre a assistência social brasileira em tempos recuados, e a questionar propósitos, paradigmas e discursos.

A descoberta do tema das Misericórdias, estudando o modelo português de assistência na Universidade de Évora, foi uma das experiências mais notáveis deste périplo, reformulando todos os meus objectivos iniciais de pesquisa. Devido a isso, interessei-me pelo percurso das Misericórdias brasileiras com o objectivo de contribuir para o enriquecimento do debate historiográfico sobre a assistência médica e social no Brasil, cuja colaboração dos historiadores tem sido fundamental.

Agradecimentos

Dizem que a pesquisa acadêmica é um percurso solitário, mas acredito que sem o auxílio das pessoas a seguir mencionadas este trabalho não teria sido possível. Agradeço aos responsáveis do Programa Erasmus Mundus Master pelo financiamento nestes dois anos de pesquisa. Agradeço à minha orientadora, professora Laurinda Abreu pela recepção, pelo cuidado, pela confiança e paciência depositados, apesar das minhas muitas limitações no campo da pesquisa historiográfica. Ao professor Patrice Bourdelais, pelas orientações e conselhos acadêmicos muito antes de iniciar o mestrado em Portugal. Ao Frédéric Vagneron e Sophie Hohmann, pela sua prestimosa ajuda com a indicação de livros, artigos sobre a metodologia historiográfica e leitura de alguns esboços desta investigação. Muito obrigada pelos apontamentos. À Maria-Teresa Pontois e Xhensila Lachambre, pela atenção e pela paciência nas questões administrativas. Aos professores Filomena Barros, Helder Adegar, Hermínia Vilar e, Maria de Fátima Nunes pela proveitosa aprendizagem que me proporcionaram. Aos bibliotecários do Colégio Espírito Santo, Verney e do Palácio do Vimioso da Universidade de Évora pela ajuda para encontrar os livros, em especial para Elisa e Ana, da recepção, pela cordialidade nas pausas de café, quando eu estava a trabalhar na Sala dos Anjos. Ao NAE (Núcleo de Apoio ao Estudante) pelas informações e orientação à minha chegada em Évora. Às colegas de mestrado, Cassilda Dias e Raquel Oliveira pelas conversas estimulantes. Ao Victor Godói e à sua família tão carinhosa e solidária. Agradeço também à Inessa Figueiredo, minha irmã postiça por nunca ter me deixado desanimar e ter sempre estado ao meu lado, em todos os momentos. Aos meus companheiros de casa Berta, Pedro e Hugo pelo carinho. À Igreja Batista de Évora. À Celia Norais, Agathe Rouget, Marie-Gabrielle Milcamps e sua família, Cleber Jacintho, Paul Oriol, Soeur Rosario, Anne-Florence

Paepegaey, Anne Couteau, Pauline Querbes, Thierry Boucher e Roger Winterhalter. Às colegas Meoin Hagege e Nathalie Hennebelle pela amizade e apoio durante a minha estadia na EHES.

À Tânia Maria Almeida Silva, querida amiga. À Tânia Salgado Pimenta por sua disponibilidade e gentileza enviando diversas publicações sem as quais muitas reflexões aqui desenvolvidas seriam reduzidas. À Isabel Alves, Roseli Boschilia pelo envio de publicações sobre as Misericórdias Brasileiras que muito me auxiliaram. À Daura Carolina Campos pela sua amizade e companheirismo sem par, mesmo à distância. À Thallyta Tomimatsu, Narla Galeno, Mariana Quiroga e Mariana Stelko, Gláucia Alves, Priscila Normando, Cristiane Fulgêncio, Leandro José, Vicente Carvalho, Daura Menezes, Juliana Helena Bonat, Anna Paula Meira, Maria Luísa Nunes, Cláudia Veiga, o Ismael, Rafael Parucker, minhas irmãs Trícia, Scarlet e Leilane, pelo carinho, paciência nas horas difíceis e orações, nos dias solitários, ainda que a distância seja muito grande. À “turminha do coração quente”, amigos de Brasília e de Minas Gerais também aqui estudantes, pela amizade verdadeira. Em especial à Ana Beatriz Franco, Layla Cavalcanti e Larissa Tomasi. Aos meus pais, Francisco e Julieta, pelas risadas nas pausas da escrita desta tese e pelo muito grande amor que compartilhamos. De especial modo, gostaria de agradecer a leitura paciente e construtiva da Lívia Barbosa, bem como a gentileza da Cláudia Tomaschewski, duas importantes pesquisadoras que arranjaram um pouco do seu tempo escasso para indicar os problemas desta tese. Muito obrigada pela vossa preciosa ajuda. À Helena Oliveira e Paula Lazera pela ajuda no português europeu. Também aproveito para isentá-las de quaisquer omissões ou erros apresentados neste trabalho, os quais me devem ser imputados. Por fim, mas não menos importante, agradeço ao Carlos Calado, pelo carinho, pelo amor, pela disposição e desvelo na leitura rigorosa desta tese, pela motivação, exortação, pela muita paciência, dedicação e compreensão durante toda esta trajetória, diariamente. Obrigada, querido.

Índice

Resumo	4
Abstract.....	5
Prefácio	6
Agradecimentos	7
Índice	9
Introdução	10
1º Capítulo – A historiografia das Misericórdias	17
2º Capítulo - As Misericórdias Brasileiras em perspectiva histórica	31
A herança do paradigma de assistência medieval no Portugal Moderno e a reforma da assistência	32
As Misericórdias Coloniais	37
Relação das Santas Casas de Misericórdia no Brasil por ano de criação	39
A assistência médico-social prestada pelas Misericórdias Coloniais	41
As Misericórdias Imperiais	50
A assistência médica	59
3º Capítulo - As Misericórdias na República Brasileira	64
O processo de expansão	64
Antecedentes.....	64
A situação de saúde no Brasil nos primeiros anos da República	69
A proximidade das elites das Misericórdias com as estruturas eclesiásticas e as reformulações simbólicas da caridade	78
A consolidação do hospital como locus de terapêutica médica.....	83
A população atendida pelas Misericórdias	87
O “menor” e a “criança” no Brasil República.....	94
As Misericórdias e a educação da infância brasileira desvalida	100
A assistência como atributo da feminilidade	102
O financiamento das Misericórdias Republicanas	103
A legislação	105
O destino das Subvenções	120
Considerações finais.....	129
Fontes Impressas.....	131
Webgrafia	132
Referências Bibliográficas	134

Introdução

A saúde, enquanto um dever do Estado e direito do cidadão, é princípio estruturante no regime jurídico do Brasil desde 1988¹. A regulamentação da saúde como um direito universal e gratuito foi consolidada na criação do SUS (Sistema Único de Saúde) com a Lei nº 8.080 de 1990. Todavia, o sistema possui limitações importantes para satisfazer os preceitos constitucionais do direito à saúde, nomeadamente por não ter unidades hospitalares suficientes.

Por esta razão, o legislador previu a inserção do seguro privado no SUS, desde que satisfeitas determinadas condições. A principal diz respeito à possibilidade de as instituições particulares sem fins lucrativos atenderem uma parte do público do SUS de forma gratuita². Este é o caso das Santas Casas de Misericórdia no Brasil³.

As Misericórdias - instituições laicas, filantrópicas e particulares - assumem, assim, relevância significativa neste cenário por garantirem o serviço de saúde em muitos municípios brasileiros, através dos seus hospitais, mas também por estarem no centro da discussão da assistência suplementar no país⁴ e por assegurarem a assistência médica de responsabilidade do Estado brasileiro. Por todas estas razões são subvencionadas pelos Governos municipal, estadual e

¹ Conforme a Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196º: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e económicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às acções e serviços para sua promoção, protecção e recuperação.”

Consultado em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%0E7ao.htm#cfart196

² Idem, artigo 199º: “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.” Acesso em Janeiro de 2009.

§ 1.º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo directrizes deste, mediante contrato de direito público ou convénio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2.º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.”

³ Em Portugal a expressão “Misericórdias” é utilizada até ao século XVII, e depois, com frequência, “Santas Casas”. Já no Brasil utiliza-se o termo “Santa Casa” sobretudo como perífrase ao falar-se de instituições hospitalares. Neste trabalho adotar-se-á a terminologia “Misericórdias” como expressão da instituição como um todo com suas práticas e formas organizacionais não apenas como hospital.

⁴ Destaca-se que existem outros hospitais filantrópicos não pertencentes às organizações do tipo Santa Casa da Misericórdia. No entanto, não possuem a abrangência no território brasileiro das Misericórdias, como é o caso do Hospital da Beneficência Portuguesa que é o maior complexo hospitalar particular da América Latina e ainda que atenda pessoas vindas de outros estados brasileiros, concentra suas actividades em São Paulo.

federal. Todavia, a existência do sistema único de saúde no Brasil, de cariz jurídico, universal e gratuito, mas dependente da rede da assistência suplementar em saúde, constitui um paradoxo. Além disso, a relação entre os actores envolvidos no complexo campo da assistência médica não é harmoniosa.

Por parte do Governo existe a preocupação em não fomentar oligopólios no sector de saúde, isto é, não permitir que instituições particulares ditem as regras da prestação de cuidados em assistência médica. Para o evitar foi criada a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), ligada ao Ministério da Saúde⁵.

Da parte das organizações de assistência médica suplementar houve o reposicionamento da sua actuação de forma corporativista, ou seja, as instituições particulares organizaram-se em bloco para garantir os seus interesses e atribuições, como é o caso da CMB (Confederação das Misericórdias do Brasil), uma das principais associações do género⁶.

A CMB é uma instituição civil de direito privado cujo propósito visa, basicamente, proteger os interesses das Santas Casas de Misericórdia e os hospitais filantrópicos associados. Foi criada em 1963 em Brasília e a sua projecção no sector de assistência suplementar é também política. Presente em 15 estados brasileiros, a CMB integra o CNS (Conselho Nacional de Saúde), possui assento no CNAS (Conselho Nacional de Assistência Social), está igualmente representada nas comissões do Senado Federal e da Câmara dos Deputados que discute os rumos da segurança social brasileira⁷.

Dos embates políticos, a CMB conquistou a inserção na Constituição Federal do dispositivo que desobriga as instituições filantrópicas do pagamento de contribuições fiscais⁸. Porém, as instituições particulares são superiormente

⁵ Instituída pela lei nº 9.961 de 28 de Janeiro de 2000, a ANS tem por missão normalizar, controlar e fiscalizar as actividades que asseguram a assistência suplementar à saúde no Brasil.

⁶ Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas.

Consultada em: <http://www.cmb.org.br/index.php> Acesso em Março de 2009.

⁷ As referências foram obtidas na *REVISTA CMB 40 anos – Quatro décadas de compromisso com a saúde no Brasil*, Edição Histórica, Editora Athalaia, [s.l], Dezembro, 2003.

⁸ Ver o artigo 195º da Constituição Federal: “A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma directa e indirecta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do

reguladas com vista à sua fiscalização, precisamente por serem financiadas pelo Estado Brasileiro⁹.

Contudo, apesar da importância que têm no sistema nacional de saúde, ainda se encontra por fazer uma avaliação do poder global alcançado pelas Santas Casas no país cuja relevância em termos de prestação médica para a população não tem precedentes no Brasil.

Normalmente, as pesquisas realizadas sobre estes assuntos têm-se orientado para a exploração do processo histórico-social numa Misericórdia numa cidade específica. Ainda que esta estratégia de investigação identifique com profundidade contextos e características do processo de construção da atenção à saúde no Brasil, não tem permitido uma conveniente percepção da natureza do fenómeno na sua plenitude.

Assim, uma investigação neste sentido parece ser da maior importância, em virtude das Misericórdias configurarem uma rede singular de assistência social e médica pouco conhecida na sua totalidade.

Como foi possível que, após todo o desenvolvimento legislativo, sociopolítico e económico experimentado no Brasil desde a década de 1940 até ao presente, tais instituições, na sua origem privadas, se tornassem num dos pilares robustos e permanentes do sistema de saúde laico, obrigatório e gratuito no Brasil?

Esta é a pergunta que guia o presente trabalho. Pergunta ambiciosa, tanto mais que se sabe que não tem uma resposta simples já que esta só se pode encontrar na análise histórica de longa duração e tal não é possível no âmbito desta dissertação. Por esta razão, o período contemplado neste estudo situar-se-á entre 1922 e 1945, muito embora os períodos precedentes assim como o contexto contemporâneo tenham que ser obviamente referidos.

Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: (...). E, especialmente o § 7º: “São isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei.”

⁹A legislação quanto ao tema é abrangente. Destacam-se as portarias nº 1.721 de 21 de Setembro de 2005 e nº 635 de 10 de Novembro de 2005.

Esta focagem temporal justifica-se também pelo interesse em compreender como é que as novas tensões entre o modelo de assistência pública em saúde protagonizado pelas Misericórdias coexistiram com o sistema republicano e se houve alterações significativas.

Aqui parte-se do princípio de que analisar o papel do Governo em consonância com a literatura existente concederá pistas para entender um processo tão complexo como o que está em análise. Logo o trabalho centra-se mais na apreciação das políticas sociais do presidente Getúlio Vargas já que a história dos grandes nomes consagrou-o como o político mais influente da primeira metade do século XX, “pai dos pobres” e “mãe dos ricos”.

Contudo, como será demonstrado, as políticas inovadoras de Getúlio Vargas nasceram e desenvolveram-se ao mesmo tempo que se recuperavam antigas políticas sociais, nomeadamente as veiculadas pelas Misericórdias.

Face o exposto, o presente trabalho apresenta-se em tres secções. No 1º capítulo buscar-se-á dar conta do estado da historiografia brasileira acerca das Misericórdias. Assume-se aqui o “estado da arte” como ferramenta essencial para o exercício de reflexão sobre as Misericórdias, pois a revisão bibliográfica preliminar e designativa é um exercício fundamental de qualquer estudo académico.

O 2º capítulo tem por objectivo conhecer um pouco melhor o percurso histórico das Misericórdias, dando ênfase ao conceito de caridade como categoria analítica. Nele intentar-se-á reconstituir o papel das Misericórdias no Brasil e, principalmente, ressaltar as semelhanças e diferenças da sua actuação nas fases colonial e imperial para perceber se houve rupturas e variações expressivas. Por razões de acesso à informação, a atenção focar-se-á um pouco mais na Misericórdia de Salvador na Bahia, do Rio de Janeiro e nas Misericórdias do estado de São Paulo.

Já o 3º capítulo, a parte mais desenvolvida deste trabalho, é dedicado ao estudo das Misericórdias durante as primeiras décadas do século XX, com especial relevo no período de 1922 a 1945.

Será abordada a relação entre as autoridades governamentais, leigas e religiosas na formulação, implementação e financiamento das acções das Misericórdias em paralelo com as inovações legislativas no campo do bem-estar social, muito embora de carácter indicativo. O estado de São Paulo, bem como o Rio de Janeiro, pela sua singularidade no cenário da assistência médico-social, será, tal como no 2º capítulo, objecto de uma atenção maior nas secções ao longo do texto.

Em termos metodológicos, esta tese assenta num estudo qualitativo no qual a interpretação de documentos¹⁰, estatísticas, representações sociais e enunciados teóricos, pretendendo dar uma aproximação plausível da realidade histórica de referência: alguns aspectos sobre a situação da Saúde Pública no Brasil nas primeiras décadas do século XX e a actuação das Misericórdias neste cenário¹¹.

Além disso, entende-se as Misericórdias na perspectiva de um sistema de práticas estruturado na biografia da Saúde Pública brasileira, ainda que seja privilegiado um intervalo temporal para o estudo e não toda a história¹².

E considerando que a História, como disciplina, tem, pelo método historiográfico, a possibilidade de manter o rigor argumentativo pela utilização de exposições baseadas em evidências, isto é, a descrição de práticas com a administração da prova, utiliza-se a interpretação histórica de documentos como instrumento analítico neste trabalho¹³.

¹⁰ FARGE, Arlete. *Le goût de l'archive*, Le Seuil, Paris, 2002.

¹¹ Inferências aproximativas devem responder à exigência de serem plausíveis e rigorosas, conforme defende SARDAN, Jean Pierre Olivier. *La rigueur du qualitatif les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Anthropologie Prospective, nº 3, Paris, 2008.

¹² Deter-se num ponto específico e determinado da trajetória histórica de um objecto, sem desconsiderar a história completa, como sugere VEYNE, Paul. *Comment on écrit l'histoire*, Paris, 1978, p. 398.

¹³ BERRIDGE, Virginia. "History in Public Health: Who needs it?", *The Lancet*, vol. 356, [s.l], 2000.

Assim sendo, as fontes primárias utilizadas englobam os arquivos da legislação brasileira na fase de 1922 a 1945, nomeadamente a legislação disponível para consulta nos sítios Web da Câmara dos Deputados e do Senado Federal¹⁴, as estatísticas em Saúde e Previdência do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) para as primeiras quatro décadas do século XX¹⁵ e os documentos originais acerca das Misericórdias Brasileiras, contidos na PMM (*Portugaliae Monumenta Misericordiarum*), nos volumes relativos aos períodos em que as instituições brasileiras estavam sob intervenção portuguesa¹⁶.

Quanto às fontes secundárias, e para além dos dados do Guia dos Arquivos das Santas Casas de Misericórdia do Brasil, utilizaram-se artigos, publicações de seminários, congressos, livros, de carácter mais geral e trabalhos académicos como teses de mestrado e doutorado que abordam as Misericórdias.

Isto sem esquecer uma breve incursão na historiografia portuguesa, apenas com o intuito de entender melhor o percurso das suas congéneres brasileiras.

Por fim importa referir que, à falta de maior quantidade de trabalhos já realizados em acervos documentais das Misericórdias, e até mesmo à ausência dos mesmos (alguns perderam-se durante as invasões holandesas no século XVII, nomeadamente os das Misericórdias da Bahia e de Pernambuco), se junta à distância física da documentação brasileira¹⁷.

¹⁴ Ligações para os sítios Web consultados em: <http://www.camara.gov.br/> e www.senado.gov.br. Último acesso em Junho de 2009.

¹⁵ Respectivamente: KHOURY, Yara Aun. *Guia dos Arquivos das Santas Casas de Misericórdia do Brasil: (fundadas entre 1500 e 1900)*, Volumes 1 e 2. São Paulo, Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, PUC –SP, CEDIC, FAPESP, 2004; Estatísticas do Século XX, consultados em: <http://www.ibge.gov.br/seculoxx/default.shtm>. Acesso: Fevereiro a Junho de 2009.

¹⁶ A PMM (*Portugaliae Monumenta Misericordiarum*) é uma colectânea de livros que reúnem fontes documentais primárias acerca das Misericórdias portuguesas e ultramarinas, dedicada a conservar a história das instituições por meio da reprodução fidedigna dos documentos que compõem os arquivos. O projecto nasceu no contexto da comemoração dos 500 anos das Misericórdias, e foi patrocinado pela União das Misericórdias Portuguesas e pela Universidade Católica Portuguesa. Até ao presente foram editados sete volumes, sendo o primeiro em 2002 e o último agendado para 2010.

¹⁷ No Brasil ainda existem alguns resquícios da política de confidencialidade dos arquivos, uma herança portuguesa. Para este tema, atente-se para o estudo de: COSTA, Célia. “O Arquivo Público do Império : O Legado Absolutista na Construção da Nacionalidade”. *Estudos Históricos*, vol. 14, nº 26, Rio de Janeiro, 2000. Esta é, possivelmente, uma das razões para justificar o pouco estímulo do trabalho em arquivos por parte dos historiadores brasileiros, nas Misericórdias. Sobre a questão dos arquivos das Misericórdias portuguesas ver:

Esta investigação, conduzida em Portugal, longe dos arquivos das Misericórdias, tem por objectivo trabalhar com o que está ao alcance da pesquisa - basicamente, a legislação governamental respeitante à subvenção das instituições de Misericórdia -, razão pela qual a reflexão é fruto de argumentos esgrimidos nas generalidades.

1º Capítulo – A historiografia das Misericórdias

As Misericórdias brasileiras abrem um desafio estimulante que tem atraído muitos estudiosos. O interesse pela temática formou uma comunidade científica no Brasil cuja produção tem enriquecido o debate, sendo possível classifica-lo de forma indicativa em duas vertentes.

A primeira e mais recorrente diz respeito aos trabalhos que tratam as instituições das Misericórdias pela abordagem historiográfica¹⁸. Neste campo o interesse é voltado para o exame da história da assistência pública do Brasil por meio das instituições como objecto central. Há ainda os estudos transversais que na sua grande maioria, são também textos filiados à perspectiva historiográfica conjugando História e Psicologia¹⁹, História e género feminino²⁰, História e Educação²¹, História da infância brasileira²², História e Enfermagem²³, História e Medicina²⁴, História e Sociologia Política²⁵ para examinar as Misericórdias.

¹⁸ Esta perspectiva em geral é adoptada por historiadores de formação que privilegiam análises aprofundadas sobre as Misericórdias e o uso dos arquivos sem no entanto abdicarem da interdisciplinaridade em seus estudos como é visível na historiografia portuguesa e começa a surgir de forma pronunciada na brasileira. Veja-se os trabalhos de Laima Mesgravis (1974) e A. J. R. Russell-Wood (1981) melhor analisados nas secções seguintes deste trabalho.

¹⁹ CHAVES, António Marcos, BORRIONE, Roberta, MESQUITA, Giovanna Reis. “Significado de Infância: A protecção à infância oferecida pela Santa Casa de Misericórdia na Bahia do século XIX”, *Interação em Psicologia*, 8 (1), p. 103-111, Bahia, 2004a.

²⁰ O estudo de Luciana Gandelman é uma referência basilar, *Mulheres para um Império: órfãs e caridade nos recolhimentos femininos da Santa Casa da Misericórdia (Salvador, Rio de Janeiro e Porto - século XVIII)*, Tese de doutorado, UNICAMP, Campinas, 2005. Conferir também: NASCIMENTO, Alcileide Cabral. “As portas da vida para as filhas da caridade: formas de inserção social das mulheres expostas (Recife, 1830-1860)”, *SAECULUM- Revista de História* 11, João Pessoa, ago.-dez., 2004 e SÁ, Isabel dos Guimarães & LOPES, Maria Antónia. *História Breve das Misericórdias*, Imprensa da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2008, p. 36- 37.

²¹ SANTANA, Ângela Cristina Salgado. “A Santa Casa de Misericórdia da Bahia. Um espaço de acolhimento e educação infantil”, *Revista do Faced*, nº 9, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2005.

²² MARCÍLIO, Maria Luísa (Org.). “A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia e a assistência à criança abandonada na história do Brasil”, *Família, Mulher, Sexualidade e Igreja na História do Brasil*, Edições Loyola, São Paulo, 1993.

²³ PIZANI, Maria Angélica Pinto Nunes. “A actuação de religiosas em Curitiba na assistência aos alienados durante a República Velha”, [s.l.], 2002. Consultado em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?> Acesso em Março de 2009. A autora estuda a história da enfermagem no Paraná através da análise da acção das religiosas da Santa Casa de Misericórdia.

²⁴ Em especial história da psiquiatria. Veja-se: STREB, Luís Guilherme. “Santa Casa de Misericórdia, Hospício São Pedro and madness: notes on the origins of psychiatry in Porto Alegre”, *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, vol. 29, nº 1, Porto Alegre, Abril, 2007. Ver também: PIMENTA, Tânia Salgado. *O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro (1828-1855)*, Tese de doutorado, UNICAMP, Campinas, São Paulo, 2003 e

Outro tipo de estudo é produzido por pesquisadores empregados nas Santas Casas²⁶. Sobressaem nesta segunda vertente, muitas vezes, a explanação valorativa que conduz a uma exposição discricionária e maniqueísta. No entanto, estas obras que reconstituem a história heróica das instituições, indicam pistas de informações e análise, deslocam os discursos da esfera académica ao quotidiano e são um contra-ponto necessário à narrativa²⁷.

Uma derivação deste campo traduz-se em textos que transportam um discurso moldado por valores inexistentes às épocas estudadas²⁸. A pertinência do uso de termos actuais para períodos recuados pode ser debatida, porém não deve ser imposta para a análise do passado com as lentes da contemporaneidade²⁹.

Ainda assim, no seu conjunto, estudiosos da história social brasileira têm realizado uma produção avultada pelo rigor científico, pela acuidade das fontes e pela análise das Misericórdias destituída de teor publicitário, instigados a conhecer a sociedade que reproduziu o ideário histórico das instituições. O

FIGUEIREDO, Gabriel “As origens da assistência psiquiátrica no Brasil: O papel das Santas Casas”, *Memória, Rev. Bras. Psiquiatr.* 22(3), 133, [s.l.], 2000.

²⁵ As perspectivas sociológicas marcam os trabalhos de NEGRÃO, Ana Maria Melo. *Infância, educação e direitos sociais: “Asilo de Órfãs”*, Tese de mestrado, Campinas, São Paulo, 2002.

NEGRÃO, Ana Maria Melo. “Trajectória Educacional do Asilo de Órfãs da Santa Casa de Misericórdia de Campinas”, [s.r.]. Consultado em: www.sbhe.org.br/.../individuais-e-co-autorais-eixo01.htm Acesso em Maio de 2009.

²⁶ Atente-se para as obras de: ZARUR, Dahas Chade. *História da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro*, Gráfica Itambé, Rio de Janeiro, 1979; e do mesmo autor *Uma velha e nova história da Santa Casa Rio de Janeiro*, Binus Artes Gráficas, Rio de Janeiro, 1985; COSTA, Paulo Segundo da. *Hospital de Caridade São Cristóvão/Santa Isabel da Santa Casa de Misericórdia da Bahia: 450 anos de funcionamento 1549-1999*, Contexto&Arte Editorial, Salvador, 2000.

²⁷ Ver a relação entre as Misericórdias Brasileiras e o *ethos* simbólico das instituições para o Brasil discutida em: RICUPERO, Rubens. “A Santa Casa da Misericórdia da Bahia e o padre António Vieira na construção da sociedade brasileira”, *Revista Electrónica sobre a Reforma do Estado*, nº 4, Dezembro, 2005, jan.-fev., 2006. Consultado em: www.direitodoestado.com.br. Acesso: Setembro, 2008.

²⁸ BARRIONE, Roberta & CHAVES, António Marcos. “Análise Documental e Contexto De desenvolvimento: Estatutos De Uma Instituição de protecção à Infância de Salvador, Bahia”, *Revista Estudos de Psicologia, PUC, Campinas*, vol. 21, nº 2, p. 17-27, Campinas, mai.-ago., 2004b. Apesar do excelente estudo apresentado, baseado em documentação e sólida teoria da abordagem psicológica, os autores incorrem na premissa do “abandono institucionalizado” e na visão da Misericórdia baiana como um veículo de dominação e escravização de crianças e adolescentes, trazendo para o século XIX uma apreciação moral do presente, embora pertinente.

²⁹ Ver o texto de ABREU, Laurinda. “Razões da escolha de um título: a pertinência da utilização de conceitos de saúde e “bem – estar” para o período moderno”, em *O Sistema de saúde e bem-estar em Portugal em perspectiva histórica*, (texto não publicado).

levantamento bibliográfico revelou, desta forma, certas particularidades do meio pelo qual a historiografia brasileira tem examinado as Misericórdias.

Em primeiro lugar, destacam-se os intervalos temporais e as suas lacunas de estudos. Há uma produção importante a partir da segunda metade do século XX que contemplou períodos anteriores, nomeadamente os séculos XV até meados do século XIX, como é de resto o caso da historiografia portuguesa³⁰.

Este percurso historiográfico em Portugal, em geral, tem sido feito comparando as Misericórdias dos distintos municípios e até mesmo investigando a singularidade de uma região, como é o caso das pesquisas referentes às Misericórdias do Alto Minho³¹.

Ainda assim, ressalte-se que a comunicação científica portuguesa é mais madura sobre o tema³². Há uma parte da historiografia lusitana dedicada a celebrar a longevidade e a actualidade das Misericórdias e muitas publicações vieram ao público editadas pelas próprias instituições³³. Porém, a actuação das

³⁰ A historiografia portuguesa é extensa. No entanto, atente-se para os trabalhos de: ABREU, Laurinda. “Repressão e controlo da mendicidade no Portugal Moderno”, *Asistencia y caridad como estrategias de intervención social: iglesia, estado y comunidad (sécs. XV-XX)*, (Laurinda Abreu, ed.), Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco, CIDEHUS/UE, Bilbao, 2007; ABREU, Laurinda. “O papel das Misericórdias dos “lugares de além-mar” na formação do Império português”, *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, vol. VIII, (3), 591-611, Rio de Janeiro, set.-dez., 2001; ABREU, Laurinda. “Purgatório, Misericórdias e caridade: condições estruturantes da assistência em Portugal XV-XIX”, *DYNAMIS, Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.* [s.l], 2000.

³¹ Consultar publicação do *1º Encontro das Misericórdias do Alto Minho* ocorrido do dia 10 a 31 de Outubro de 1998. Editada pelo Centro de Estudos Regionais sob coordenação de Maria Olinda Alves Pereira (et alli), 2001. Veja-se também ARAÚJO, Maria Marta Lobo de. *Rituais de Caridade na Misericórdia de Ponte de Lima (séculos XVIII-XIX)* Ponte de Lima, 2003.

³² A título indicativo, pois as obras não foram analisadas para este trabalho, conferir: BASTO, Arthur Magalhães, *Historia da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Edição da Santa Casa da Misericórdia do Porto vol.1, 1ª Edição, 1934, 2ª Edição, 1997; GOODOLPHIM, Costa. *As Misericórdias*, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e Livros Horizonte, [s.l], 1998; CORREIA, Fernando da Silva. *Origens e Formação das Misericórdias Portuguesas*, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e Livros Horizonte, [s.l], 1999.

³³ Estes trabalhos ressaltam o património arquitectónico, a simbologia dos objectos utilizados em procissões, dão conta da condição dos arquivos e ainda analisam a contribuição das instituições para o estado de bem-estar português numa perspectiva aproximada do presente. Consultar: PESTANA, MI (et alli), *500 Anos – Santa Casa da Misericórdia de Estremoz 1502- 2002*, Santa Casa da Misericórdia de Estremoz, 2002. GUEDES, Natália C. (coord.) *Bandeiras das Misericórdias*, Comissão Para as Comemorações dos 500 anos das Misericórdias, Lisboa, 2002. MOREIRA, Rafael. “As Misericórdias: um património artístico da humanidade”, *500 Anos das Misericórdias Portuguesas, Solidariedade de Geração em Geração*, Comissão para as Comemorações dos 500 Anos das Misericórdias, Mosteiro de Santa Mónica, Lisboa, 2000. Ressalte-se que a análise destes textos pretendeu comparar o percurso historiográfico não servindo de referência para a construção da problemática aqui desenvolvida.

Misericórdias no século XIX e sobretudo no século XX está ainda pouco estudada em ambos os países³⁴.

No caso do Brasil, além dos hiatos temporais, os estudos são geralmente fragmentados, descobrindo-se raramente investigações comparativas entre as Misericórdias dos diversos estados. Todavia, as federações brasileiras, divididas em municípios de pequeno, médio e grande porte, possuem várias Misericórdias e nos trabalhos mais recentes são mencionadas em relação umas às outras, ainda que seja dado ênfase aos estudos de caso³⁵.

Muito embora seja bem delineada para séculos bastante recuados³⁶, a investigação em Portugal tem um campo sólido com um respaldo anterior que a impulsiona regularmente para novos estudos, abordando não apenas as instituições em Portugal, mas os seus antigos domínios³⁷.

Na produção brasileira, em franca expansão sobretudo a partir do ano 2000³⁸, cabe salientar os trabalhos no âmbito da assistência infantil, ponto de partida de várias teses de mestrado na Educação e História. Estes trabalhos, na sua maioria, interessam-se pela fase de implantação da República no Brasil e a

³⁴ Ver: TOMASCHEWSKI, Cláudia. *op. cit.*, 2007, COIMBRA, Luiz Octávio. “Filantropia e racionalidade empresarial (A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro de 1850 a 1920)”, Edição EDUFF. *Revista do Rio de Janeiro*, vol. 1, nº 03, Rio de Janeiro, mai.-ago., 1986 e CHERUBIN, Niversindo António. “Situação das Misericórdias no Brasil”, *Mundo saúde*, 19 (9), 303-8, [s.l], Outubro, 1995. Para Portugal consultar: FONSECA, Carlos Diniz da. *História e Actualidade das Misericórdias*, Mem Martins, Editorial Inquérito, 1996 e LOPES, Maria Antónia. “Pobreza, assistência y política social en Portugal en los siglos XIX y XX”, *Perspectivas historiográficas*. DEVEGA, Mariano Esteban. *Pobreza, Beneficencia y Política Social*, Ayer, 25, [s.l], 1997.

³⁵ Caso das Misericórdias do estado de São Paulo cujas cidades de Campinas, São Paulo capital, Santos possuem estudos próprios. Ao investigar a Misericórdia de Pelotas no Rio Grande do Sul, TOMASCHEWSKI, Cláudia. *op. cit.*, 2007, igualmente analisa as instituições de Porto Alegre e Rio Grande. Excepção feita também à tese de doutorado de Luciana Gandelman, que compreende três instituições, duas no Brasil e uma em Portugal. Para a cidade de Campinas há o estudo de ROCHA, Leila. *Caridade e Poder: A irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Campinas 1871- 1889*, Tese de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2005 e o de NEGRÃO, Ana Maria Melo. *op. cit.*, 2006.

³⁶ SOUSA, Ivo Carneiro. *Da Descoberta da Misericórdia à Fundação das Misericórdias (1498-1525)*, Granito Editores e Livreiros, Porto, 1999.

³⁷ Ver ABREU, Laurinda. “O papel das Misericórdias dos “lugares de além-mar” na formação do Império português”, *op. cit.*, 2001, sobre as Misericórdias no Ultramar. Mas também: NASCIMENTO, Augusto. *A Misericórdia na Voragem das Ilhas – Fragmentos da Trajectória das Misericórdias de S. Tomé e do Príncipe*, Centro de Estudos Africanos e Asiáticos, Instituto de Investigação Científica Tropical, Lisboa, 2003.

³⁸ Os cursos de mestrado e doutorado tem relevado o estudo das instituições privadas de assistência social e saúde em seus programas, atraindo pesquisadores sobre o tema das Misericórdias e muitas das teses existentes surgiram desde então.

busca de identidade brasileira, abarcando assim as primeiras décadas do século XX.

Significativos desta vertente são os textos de Gisele Sanglard, que enfoca a assistência social e hospitalar do Rio de Janeiro com o recorte temporal das três primeiras décadas do século XX. Deve-se a esta autora uma relevante bibliografia para este período³⁹.

Outra publicação importante sobre o Rio de Janeiro e a sua Misericórdia é o artigo de Luiz Octávio Coimbra (1986) sobre a oferta de serviços médicos da instituição, demonstrando por meio da análise de documentos desta Misericórdia que práticas empresariais foram privilegiadas na condução da Irmandade, havendo, por consequência, um crescimento do seu patrimônio financeiro entre 1850 e 1920⁴⁰.

Normalmente, as publicações sobre Misericórdias podem ser classificadas pelos percursos incomuns em conteúdo e metodologias. As investigações são interdisciplinares e os autores utilizam pesquisa documental, história oral⁴¹, perfazendo análises qualitativas que enriquecem o campo⁴².

Os conceitos de conflito de classe, caridade e filantropia aparecem de forma frequente nas obras como categorias analíticas para perceber a motivação das ações das Misericórdias. Tais textos, ao analisarem o passado, estimulam os debates acerca da persistência de desigualdades sociais marcantes da sociedade brasileira contemporânea.

³⁹ A historiadora é referência para este período. Dentre os seus muitos trabalhos, veja-se: SANGLARD, Gisele. "A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização", *Esboços - Revista do Programa de Pós-Graduação em História da UFSC*, nº16, América do Sul, 2007.

⁴⁰ COIMBRA, Luiz Octávio. *op. cit.*, 1986.

⁴¹ A história oral como ferramenta metodológica foi utilizada na tese de Ana Maria Melo Negrão, *Infância, educação e direitos sociais: "Asilo de Órfãos"*, Tese de mestrado, Campinas, São Paulo, 2002. Ela analisa os relatos orais de senhoras idosas que foram internas na instituição mantida pela Santa Casa de Misericórdia de Campinas na primeira metade do século XX.

⁴² O curso promissor da historiografia brasileira é discutido em: BOSCHI, Caio César. "Espaço de sociabilidade na América Portuguesa e historiografia brasileira contemporânea", *VARIA HISTORIA*, vol. 22, nº 36, Belo Horizonte, jul.-dez., 2006.

Luciana Gandelman (2005), por exemplo, diversificou o campo tradicional da interpretação do imaginário simbólico cristão⁴³ que detém expressiva parcela nos estudos, com o conceito da dádiva⁴⁴, abrindo novas linhas investigativas. Conforme constatado em outros trabalhos, herdeiros da tradição maussiana, a dádiva favoreceu o exame das instituições na sua modalidade de instituição creditícia⁴⁵.

A análise da autora, que tratou da condição feminina nas Misericórdias durante o século XVIII, discutiu também marcadores sociais como a cor e o género na definição das actividades desenvolvidas pelas instituições. Pela sua investigação, apreende-se o modo pelo qual as mulheres se tornaram alvo preferencial da assistência das Misericórdias⁴⁶.

⁴³ O conceito de “imaginário” auxilia as análises sócio- históricas acerca das mudanças, evoluções e rupturas que compõem as sensibilidades humanas face a um fenómeno. Sandra Pesavento *apud* COE, Agostinho Junior Holanda, tem a seguinte apreciação sobre este assunto: “O real é sempre o referente da construção imaginária do mundo, mas não é o seu reflexo ou cópia. O imaginário é composto de um *finis terra*, que remete às coisas, prosaicas ou não, do quotidiano da vida dos homens, mas comporta também utopias e elaborações mentais que figuram ou pensam sobre coisas que, concretamente não existem. Há um lado do imaginário que se reporta à vida, mas outro que se remete ao sonho, e ambos os lados são construtores do que chamamos real.” Cf. COE, Agostinho Júnior Holanda. “As Epidemias e a Morte: Mudanças nas Práticas De Sepultamento em São Luís na segunda metade do século XIX (1854-1856)”, *Outros Tempos (UEMA Online)*, vol. 4, São Luís, 2007, p. 45.

⁴⁴ Uma importante bibliografia contempla a história das mentalidades visto que, de outro modo, não seria possível entender os pressupostos fundamentais que dão origem e permanência à rede de Misericórdias. Assim estes estudos contemplam as imagens da caridade que estão, senão citadas, pelo menos observadas na maioria das teses académicas e livros sobre as Misericórdias. Uma em particular, o ícone do pelicano que na lenda bica o próprio peito para nutrir os filhotes era a auto-imagem de D. João II, esposo de D. Leonor, a rainha que está ligada à criação das Misericórdias portuguesas. O pelicano estava esculpido nas construções das igrejas em Évora e Lisboa. Pouco mencionado na literatura, esta imagem do poder remete ao imaginário paternalista, de protecção, justiça, tendo na figura do regente, o atributo do Messias salvador. Esta simbologia está ligada ao movimento nascente em Portugal de reformulação da assistência que culminaria no patrocínio régio da rede de Misericórdias. Uma outra imagem, a do Camaroeiro, emblema da rainha Leonor, igualmente completa o rico quadro simbólico apresentado nas instituições do reino, este remete ao pescador de Santarém que carregou o príncipe D. Afonso morto de uma queda de cavalo até a sua casa. Representando a rede caridosa, presente como símbolo das Misericórdias lusitanas, o emblema do Camaroeiro resiste aos dias actuais. Tais perspectivas demonstram o vigor da dimensão simbólica do imaginário na condução da assistência e também estão presentes nos estudos das Santas Casas Brasileiras. Consultar em especial: SILVA, Priscila. “Imagens do Poder: análise do Pelicano, a empresa régia de D. Leonor e D. João II (Portugal Século XV)”, Publicação apresentada no XIII Encontro de História Anpuh-Rio, Identidades, 04-07 de Agosto de 2008.

⁴⁵ O conceito de dádiva é originário do estudo acerca da economia do dom de Marcel Mauss. Luciana Gandelman buscou outras referências para complementar o conceito de Mauss, nomeadamente o estudo da dádiva de Natalie Zemon Davis *The Gift in sixteenth-century France*, 2000, *apud* GANDELMAN, Luciana. *op. cit.*, 2005, p. 30. Atente-se igualmente para a importância do conceito de Mauss para a contemporaneidade, no livro organizado por MARTINS, Paulo Henrique (org.). *A dádiva entre os modernos. Discussão sobre os fundamentos e as regras do social*, Editora Vozes, Rio de Janeiro, 2002.

⁴⁶ GANDELMAN, Luciana. *op. cit.*, 2005.

Quanto aos estudos acerca do século XIX, a literatura mostra que ganham ascensão e legitimidade as políticas sociais cuja caridade motivou a criação de estabelecimentos educativos e assistenciais como os orfanatos e educandários. Porém, as pesquisas destacam que foi a filantropia que tornou este amparo útil às classes dominantes⁴⁷. As Misericórdias foram consideradas importantes na legitimidade da articulação feita entre o capitalismo e a caridade e assim discutiram-se não apenas os aspectos simbólicos religiosos das instituições, mas a aplicação destes na conduta dos membros e atendidos das Misericórdias nas investigações.

A economia da salvação da alma⁴⁸ é discutida em todos os trabalhos pois justifica as actividades desenvolvidas e as responsabilidades assumidas por parte das Misericórdias, para com determinados grupos sociais como as mulheres e os órfãos. Legados e esmolas eram concedidos a estas instituições para que se ocupassem deste público.

Algumas novas disciplinas científicas também têm interesse nas Misericórdias⁴⁹. Ainda assim, muitas investigações no Brasil por não confrontarem as referências nem utilizarem os arquivos, acabam por reproduzir uma só perspectiva.

⁴⁷ O conflito de classe é o mote para um importante par de teses sobre a política educacional das Misericórdias. As conclusões dos autores têm apontado para a existência de uma política excludente que assiste materialmente os órfãos mas os condiciona a permanecer a margem do processo educacional emancipador. Sobretudo se as crianças são negras e mulheres, as portas de saída da condição de pobreza são o trabalho doméstico em casa de benfeitores e o casamento. NEGRÃO, Ana Maria Melo. *op.cit.*, 2002.

⁴⁸ A “economia da salvação” é uma dimensão relevante para o estudo da Idade moderna ocidental por tratar a forma como o Cristianismo moldou a atitude das pessoas em relação ao dinheiro, sobretudo nas comunidades morais católicas com o surgimento do “Purgatório” e das formas de expiar os pecados. Fazer caridade era uma dessas modalidades para a salvação das almas do Purgatório. Sobre este assunto consultar os livros de Jacques Le Goff principalmente a obra *La Naissance du Purgatoire*, Gallimard, Paris, 1991.

⁴⁹ No Serviço Social foram encontradas duas referências monográficas, muito embora não os estudos: MARTINS, G.A.P. *Modelos, práticas e políticas em saúde mental: as experiências do departamento de psiquiatria e psicologia médica da faculdade de ciências médicas da santa casa de São Paulo (1963 a 2000)*, Programa de Pós Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Dissertação de Mestrado, São Paulo, 2001 e VILLAÇA, I. B. *O serviço social no campo médico-hospitalar – Santa Casa da Misericórdia de Juiz de Fora/MG*, Programa de Pós Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, 1986. Consultados em: http://www.assistentesocial.com.br/biblioteca_res.php. Não foram encontradas mais informações na internet acerca dos textos. Último acesso em Junho de 2009.

A tendência de alguns trabalhos tem sido a de mostrar as Misericórdias como instituições tuteladas pela Igreja pelos seus aspectos simbólicos e de religiosidade externa. Contudo, percebe-se a iminência de um acentuado intercâmbio das abordagens, o que poderá modificar a compreensão do fenómeno no Brasil.

Outra característica predominante na bibliografia é o estudo de caso. As Misericórdias do estado de São Paulo foram, especialmente, objectos de investigações deste tipo⁵⁰. Esta escolha metodológica permitiu o advento de muitas publicações essenciais para o campo.

Uma obra referencial é a de Laima Mesgravis acerca da Santa Casa de Misericórdia da cidade de São Paulo⁵¹. A historiadora retrçou a história da assistência social e, por consequência, a acção da Misericórdia até finais do século XIX.

Nesta obra ofereceu-se não apenas a reconstituição histórica da construção da maior metrópole económica brasileira como também o formato dos serviços assistenciais no Brasil anterior à Constituição Federal de 1988. Este trabalho reflecte o nível de pesquisa sobre o tema em meados da década de 1970 e constituiu uma fonte indispensável para o ponto de partida da investigação, pois ainda que basicamente restrita a São Paulo, oferece o panorama do Brasil de outrora em questões económicas, de imaginário político e social.

O estudo de Russell-Wood (1981) acerca da Misericórdia de Salvador na Bahia é igualmente basilar referência na historiografia brasileira por se tratar de uma obra que inaugura o tema das Misericórdias brasileiras no debate académico no exterior e animadora de novas investigações no país⁵². Ambos,

⁵⁰ Para a cidade de Campinas há os estudos de: ROCHA, Leila. *op. cit.*, 2005, e NEGRÃO Ana Maria Melo. *op. cit.*, 2002.

⁵¹ MESGRAVIS, Laima. *A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1599? 1884), Contribuição ao Estudo da Assistência Social no Brasil*, Coleção Ciências Humanas, São Paulo, 1974.

⁵² RUSSELL-WOOD, A. J. R. *Fidalgos e filantropos: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1775*, Coleção Temas Brasileiros, nº 20, Editora Universidade de Brasília, Brasília, 1981.

Mesgravis e Russell Wood, são citações fundamentais nos estudos posteriores sobre as Misericórdias Brasileiras⁵³.

Há pesquisadores que consolidaram importantes linhas investigativas no Brasil e se transformaram em referências iniciais para determinados temas. É o caso da historiadora Maria Luiza Marcílio cujas obras influenciaram toda a produção subsequente acerca de crianças abandonadas⁵⁴ e a assistência infantil prestada pelas Misericórdias⁵⁵. Segundo a pesquisadora, já no século XVI havia grupos sensibilizados com o drama de crianças abandonadas no Brasil. Para a autora, pelo menos à primeira metade do século XIX, as instituições foram preponderantes nesta modalidade de assistência, ainda que não prevista nos seus Compromissos (regimentos).

Laima Mesgravis (1974) salientou o papel da Misericórdia de São Paulo nesta discussão com um capítulo especial do seu livro⁵⁶. Ela reconstituiu, usando a história das mentalidades, o modo como este tipo de assistência assumiu importância e de que forma as Misericórdias incorporaram o atendimento aos órfãos no seu rol de actividades.

Há outros trabalhos cujo interesse residiu na actuação municipal das localidades que não detinham Roda de Expostos das Misericórdias, mas grosso modo, são os asilos de órfãos mantidos por estas instituições que interessam aos pesquisadores brasileiros⁵⁷. Decorre desta circunstância outro aspecto notável

⁵³ O estudo de Russell Wood é referência não apenas na historiografia brasileira mas de igual modo na lusitana como podem atestar os trabalhos de Laurinda Abreu e Isabel dos Guimarães Sá dentre outros investigadores.

⁵⁴ Este campo de estudos possui enorme abrangência no Brasil. As Misericórdias Brasileiras contribuíram para a organização assistencial às crianças pobres, órfãs e abandonadas no passado daí a importância de estudar as instituições. Entretanto a terminologia sobre a “infância abandonada” é muito variada conforme será possível observar ao longo do texto. Neste estudo optou-se por manter algumas designações presentes às épocas estudadas tais quais “expostos” que significam crianças abandonadas, “asilos de órfãos”, “casa dos expostos”, “roda dos expostos” para locais onde se ocupavam das crianças pobres, “desvalidos” para pobres, “vadiagem” para pessoas que fossem ociosas e assim por diante.

⁵⁵ MARCÍLIO, Maria Luísa, “A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia e a assistência à criança abandonada na história do Brasil”, *op. cit.*, 1993.

⁵⁶ No 5º capítulo intitulado “A assistência à infância desamparada a roda dos expostos”, MESGRAVIS, Laima. *op. cit.*, 1974.

⁵⁷ Consultar: CAVAZANNI, André Luiz Moscaleski. “Dos Avestruzes que Põem Ovos: expostos na Vila de Nossa Senhora do Lux dos Pinhais de Curitiba”, trabalho apresentado em Minas Gerais no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2002. O autor destaca que os estudos sobre a infância abandonada têm duas vertentes: os que estão interessados na acção das Misericórdias e os que estão interessados



nestes trabalhos: a forma como as Misericórdias configuraram as suas actividades educacionais⁵⁸.

De facto, parece haver um determinado consenso na literatura consultada de que as Misericórdias prestaram um importante papel auxiliando a criação de crianças abandonadas, porém negligenciando a educação das mesmas, para além do reforço de preconceitos de classe e cor segundo a comparação da perspectiva dos autores (Chaves, *et al.* 2004; Negrão, 2002).

Pelo prestígio social que as Misericórdias detinham na sociedade, muitas famílias entregavam a educação das suas filhas às freiras responsáveis pelos colégios de órfãs a cargo das Santas Casas. Criou-se assim, uma pedagogia educacional de qualidade para as filhas de famílias abastadas e uma educação residual para as órfãs, na mesma escola mantida pela Misericórdia.

Analisando o “Asilo de Órfãs” de Campinas, Negrão (2002) expôs, circunstanciadamente, um tema pouco estudado na literatura: a forma pela qual as políticas pretéritas das Misericórdias moldaram o curso de vida dos atendidos no presente próximo.

A autora mostrou que de 1870 a 1960, o asilo foi uma escola de domésticas para as jovens negras e brancas órfãs e uma escola para a elite de Campinas. As órfãs estudavam mas a qualidade do ensino baseava-se na desigualdade social. Jovens externas adquiriam formação cultivada, enquanto as internas da Santa Casa adquiriam formação para o lar.

As jovens negras asiladas nos orfanatos das Misericórdias não tinham possibilidades de ascensão social por meio da educação⁵⁹. A autora também mostrou que a Santa Casa teve um papel de coesão social destacado na cidade de

na acção das Câmaras Municipais. O autor cita ainda literatura sobre o tema para além de chamar atenção para uma faceta esquecida nos estudos, a modalidade de abandono nos domicílios. Sua metodologia consiste na reconstituição da trajectória de vida, utilizando-se dos registos paroquiais e de listas nominativas.

⁵⁸ Atente-se para: KUHLMANN, Moysés & ROCHA, José Fernando Teles. “Educação no asilo dos expostos da Santa Casa em São Paulo: 1896-1950”, *Cadernos de Pesquisa*, vol. 36, nº 129, São Paulo, 2006; para a tese de NEGRÃO, Ana Maria Melo. *op. cit.*, 2002, António Marcos, BORRIONE, Roberta, MESQUITA, Giovanna Reis. *op. cit.*, 2004a e SANTANA, Ângela Cristina Salgado. *op. cit.*, 2005.

⁵⁹ NEGRÃO, Ana Maria Melo. *op. cit.*, 2002.

Campinas apoiada nos relatos de algumas ex-internas que consideraram proveitoso, nas circunstâncias em que se encontravam, terem estado na instituição.

Em relação a este tema da educação feminina existe uma concordância entre os autores de que a assistência social oferecida às mulheres desde o final do século XVIII até meados da década de 1950 foi dividida em critérios de classe e cor, sendo as jovens brancas privilegiadas.

Investigações sobre os objectivos da fundação de recolhimentos femininos examinaram as actividades desenvolvidas para mulheres como uma prática que visava protegê-las da suposta vulnerabilidade social a que estariam expostas no período colonial e imperial no Brasil, tais como cair às malhas da prostituição, serem exploradas, ou terem a dignidade simbólica da virgindade perdida.

Estes estudos são expositivos a partir da interpretação de dados obtidos nos arquivos e na verdade revelam uma realidade comum a todo o Ocidente, desenvolvida sobretudo no pós-Trento. Esta “protecção” da condição feminina é assim avaliada pelo funcionamento de espaços para isolar mulheres nas instituições, ou pela reconstituição dos casos em que as jovens saíram destes estabelecimentos pelo casamento⁶⁰. Nestas investigações analisaram particularmente o papel do dote, por quais meios se angariavam recursos e a forma como eram distribuídos.

A segunda linha de análise discutiu o efeito destas práticas. As teses sobre os asilos de órfãs discutem em que medida as crianças abandonadas na Roda dos Expostos foram reinseridas na sociedade por meio do casamento ou do trabalho doméstico.

A tese de Luciana Gandelman (2005) já mencionada, ainda trata da reclusão de mulheres, da caridade institucional das Misericórdias examinando também a situação feminina nos arquivos de três grandes instituições dos

⁶⁰ Conforme demonstra o artigo de NASCIMENTO, Alcileide Cabral. *op. cit.*, 2004, e igualmente: NEGRÃO, Ana Maria Melo. *op. cit.*, 2002. Ver também: LYNCH, Katherine. *Individuals, Families, and Communities in Europe, 1200- 1800, The Urban Foundations of Western Society*, Cambridge, 2003.

Oitocentos: as Misericórdias de Salvador, Porto e Rio de Janeiro. Estimulada pelos trabalhos de Isabel de Sá (uma das historiadoras portuguesas cuja literatura acerca das Misericórdias destaca o papel das mulheres na assistência social prestada pelas instituições⁶¹), Gandelman reuniu-se ao debate acerca da pobreza feminina analisando a “feminização das instituições”⁶².

O trabalho desta autora demonstrou como no Antigo Regime a mulher apesar de ter sempre trabalhado, foi classificada praticamente como inválida motivo pelo qual viviam sob forte vigilância da família ou dos recolhimentos. As razões pelas quais foram encerradas espelham-se em quase toda a bibliografia sobre o tema e respondem à ambivalência experimentada pela sociedade: ora as mulheres precisam ser protegidas, ora disciplinadas⁶³.

Semelhante particularidade é visível nos estudos sobre a condição feminina nas Misericórdias: apenas excepcionalmente as mulheres tinham capacidade de agência nas instituições.

Ou seja, as mulheres não poderiam ocupar postos tradicionalmente masculinos como o de provedores e irmão de mesa, pelo menos até ao século XX. A bibliografia regista as mulheres somente como beneficiárias das práticas assistenciais das Misericórdias, muito embora tenham existido excepções⁶⁴. O que não quer dizer que não trabalhassem nas instituições. A limpeza das roupas e o cuidado de doentes nas enfermarias, das crianças, estavam a cargo de mulheres, mas não só.

⁶¹ Para uma incursão na temática ver: SÁ, Isabel dos Guimarães. “Entre Maria e Madalena: A mulher como sujeito e objecto de caridade em Portugal e nas colónias (séculos XVI-XVIII)”, *O Rosto Feminino da Expansão Portuguesa*, Comissão para a Igualdade e Para os direitos das mulheres, Congresso Internacional, Lisboa, 1994.

⁶² GANDELMAN, Luciana. *op. cit.*, 2005, p. 59.

⁶³ Consultar o artigo de SILVA, Amanda. “Mulheres Na Clausura: Recolhimentos Femininos Em Pernambuco E Suas Capitãncias Anexas XVIII”, Publicação do I Colóquio de História da Universidade Federal Rural de Pernambuco: Brasil e Portugal: nossa história ontem e hoje, UFRPE, Recife, Pernambuco, Brasil, 3 a 5 de Outubro de 2007. A autora não apresenta dados acerca da acção da Misericórdia mas oferece uma explanação fundamentada em arquivos acerca da condição feminina que causava o envio de moças aos recolhimentos.

⁶⁴ Porém essa relevância do papel feminino nas instituições só será visível a partir do século XIX com o trabalho das freiras enfermeiras hospitalares e no século XX com a admissão das mulheres como irmãs de mesa. Existiram casos excepcionais de mulheres serem admitidas já no século XIX, como afirma ROCHA, Leila. *op. cit.*, 2005, p. 60-61.

Um último aspecto a ser apreciado nos estudos sobre as Misericórdias reporta-se aos artigos científicos sobre a inserção das instituições na modalidade de assistência suplementar no sistema de saúde no Brasil⁶⁵. Os textos são consideráveis pelas análises quali-quantitativas que estimulam a discussão, pois utilizam informações oficiais de diversas bases de dados, sempre em relação, como as estatísticas recentes do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e os subsídios governamentais⁶⁶, além de produzirem métodos próprios de colecta de dados.

Os autores identificam o processo formador da estrutura de assistência suplementar no país a partir de finais da década de 1990 e colocam como problema a questão das desigualdades ilegítimas no financiamento, no acesso e na oferta dos serviços de saúde.

Tais estudos contribuem para o aprofundamento da reflexão sobre o tema e para o controlo social e fiscal, por parte do Governo e da sociedade, dos recursos públicos destinados às instituições filantrópicas. Porém, os trabalhos analisam todas essas instituições como resultado de um único processo, sem considerar a singularidade da história social das organizações e dos elementos constitutivos da sua implementação, consolidação e relevância no Brasil⁶⁷.

⁶⁵ SANTOS, Isabela Soares, UGA, Maria Alicia Dominguez, PORTO, Sílvia Marta. “O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde”, *Ciências, Saúde Colectiva*, vol. 13, nº 5, Rio de Janeiro, Outubro, 2008; UGA, Maria Alicia Dominguez, LEMOS, Sheyla, PORTELA, Margareth, BARBOSA, Pedro, GERSCHMAN, Sílvia, MURAT, Miguel. “Caracterização Assistencial de Hospitais Filantrópicos no Brasil”, *Cadernos de Saúde Pública* (FIOCRUZ), vol. 20, nº 5, p. 55-68, Rio de Janeiro, 2004; UGÁ, Maria Alicia LIMA, Sheyla Maria Lemos, PORTELA, Margareth Crisóstomo, VASCONCELLOS Miguel Murat, BARBOSA, Pedro Ribeiro, GERSCHMAN, Sílvia. “Uma análise das operadoras de planos próprios de saúde dos hospitais filantrópicos no Brasil”, *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (1), 168, Rio de Janeiro, 2008; VILARINHO, Paulo Ferreira. *A formação do Campo da Saúde Suplementar no Brasil*, Tese de mestrado, Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Académica e Pesquisa, Rio de Janeiro, 2003. VILARINHO, Paulo Ferreira. “O campo da saúde suplementar no Brasil à luz da teoria do poder simbólico de Pierre Bourdieu”, *Cadernos EBAPE.BR*, vol. II, nº 3, Rio de Janeiro, Dezembro, 2004.

⁶⁶ As Santas Casas de Misericórdias recebem mensalmente verbas para a manutenção de uma expressiva parte do parque hospitalar do Brasil, porém ainda não são totalmente reguladas pelo poder público. O decreto nº 5.895, de Agosto de 2006, prevê em suas directrizes a regulação das entidades beneficiadas com a imunidade tributária bem como em fazer respeitar os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, quais sejam a equidade e universalidade no acesso. Consultado em: www.saude.gov.br Data do acesso: 30 de Outubro de 2008.

⁶⁷ A assistência suplementar em saúde no Brasil é provida pela rede de Santas Casas de Misericórdia, pela Unimed e por muitas outras instituições particulares no território brasileiro. Entretanto, as Misericórdias são pela longevidade da actuação e legitimação social, as que têm papel melhor delineado no campo suplementar.

Tampouco parecem atentar para a existência de uma arena de interesses que não é recente ou preponderante do período actual. Em termos gerais, verifica-se a defesa do SUS (Sistema Único de Saúde) nestes trabalhos e as investigações buscam assinalar esta particularidade, comprovando por meio dos dados as contradições e alertar para o risco de desequilíbrio social e desrespeito ao Estado democrático se não houver a salvaguarda do direito constitucional à saúde.

No entanto, seria especialmente útil examinar também a forma pela qual as instituições privadas conquistaram este espaço no campo da saúde no Brasil, que momento da história brasileira proporcionou as bases para sua legitimação jurídica e social.

Quanto a este ponto, é imprescindível explorar outras fontes e outras abordagens, nomeadamente as investigações multidisciplinares da história social e observar o processo numa análise mais alargada pois o Sistema de Saúde brasileiro não se resume ao SUS.

No seu formato final é constituído por outras organizações dentre as quais as mais importantes, pela sua abrangência, são as Misericórdias. Elas merecem, portanto, um exame mais pormenorizado, visto que a sua permanência não se justifica tão-somente pela herança portuguesa, uma vez que são também a principal coluna de apoio ao funcionamento do SUS.

Neste sentido, esta breve síntese procurou identificar o quadro das principais referências bibliográficas que oferece a possibilidade de um estudo das Misericórdias de forma sistemática, partindo da ideia de que constituem um modelo de assistência médico-social singular no Brasil, como se buscará demonstrar de seguida.

2º Capítulo - As Misericórdias Brasileiras em perspectiva histórica

Para reconstituir as acções passadas das Misericórdias Brasileiras é necessário analisar a simetria existente entre o conceito de caridade e o modelo organizacional das Misericórdias Lusitanas, das quais as instituições brasileiras são procedentes⁶⁸.

Nunca é demais referir que as religiões influenciaram e influenciam as acções das pessoas ao longo do tempo, moldando a conduta para com os desvalidos na esfera pública. No caso em apreço, sobretudo pelo facto do imaginário religioso europeu ter sido reproduzido com alguma extensão nos territórios portugueses da época moderna, nomeadamente no Brasil, é oportuno compreender como as práticas baseadas na *caritas* cristã em relação aos pobres resultaram numa estrutura assistencial homogénea, a partir das Misericórdias.

Apesar da relevância duma história da caridade no percurso histórico das Misericórdias Brasileiras, ela não é possível no âmbito deste trabalho, que se limitará a procurar entender o conceito não apenas como um pressuposto religioso, mas como uma acção concertada, assente num contexto histórico variado.

Isto porque, consoante a época adoptada, uma mesma acção pode ser entendida como caridade, acto comercial ou assistência social⁶⁹. Esta apreciação do tema permite avaliar não apenas a motivação das práticas sociais de

⁶⁸ A caridade é à partida, um valor presente em três religiões monoteístas expressivas. Desta forma, em comparação tem-se no judaísmo a *tsedaka*, no islamismo, o *zakat* e no cristianismo a *caritas*. Todos são imperativos morais de ajuda aos pobres dentro dos sistemas de crença respectivos. Além de pressuposto moral, é também um instrumento para ganhos políticos. Cf. LEEUWEN, Marco H. D van. “Logic of Charity: Poor Relief in Preindustrial Europe”, *Journal of Interdisciplinary History*, XXIV, 4:589- 613, The Massachusetts Institute of Technology, [s.l], 1994. Sobre a caridade cristã e seus reflexos nas políticas sociais do Brasil consultar: CAMURÇA, Marcelo. “Seria a caridade a “religião civil” dos brasileiros?”, *Praia Vermelha*, Estudos de política e teoria social, Rio de Janeiro, 2005 e também: SILVA, Cláudia. “Igreja Católica, assistência social e caridade: aproximações e divergências”, *Sociologias*, ano 8, nº 15, Porto Alegre, jan.-jun., 2006.

⁶⁹ Veja-se: AZEVEDO, Damião Alves de. “Por uma compreensão constitucionalmente adequada da Assistência Social”, *Cidadania em Foco – FUMARC*, nº 34, Belo Horizonte, Outubro, 2004.

assistência ou ajuda, ou atendimento à pobreza, mas os objectivos de quem as organizaram e quem delas beneficiaram⁷⁰. E ainda de que forma essas experiências formataram o imaginário social da assistência na leitura em longa duração, já que a caridade é, ainda hoje, uma importante dimensão da assistência prestada aos pobres⁷¹.

A herança do paradigma de assistência medieval no Portugal Moderno e a reforma da assistência

A pobreza na Idade Média era passível de ser atenuada com a solidariedade familiar e vicinal. Quando este tipo de entreajuda falhava e o desempenho da agricultura não supria a demanda de alimentos, as pessoas partiam para outras paragens em busca de melhores condições de vida. Com a desagregação familiar sobrevinda do êxodo rural, associaram-se em confrarias e irmandades, criando nos ambientes urbanos as designadas famílias “reconstituídas” ou “famílias de substituição.

De efémeras, quase que de génese espontânea, tais associações tornaram-se duradouras e proliferaram no Ocidente a partir do século XIII⁷². As irmandades organizavam-se também para o exercício da caridade, atendendo aos leprosos nos seus primórdios de actuação. O imaginário dos flagelos terrenos como a fome, miséria e doenças orientava a criação destas associações que fundavam albergarias para os peregrinos, leprosarias e hospitais⁷³. As confrarias

⁷⁰ Idem, *ibidem*.

⁷¹ Acerca da actualidade do conceito conferir: ESPINA, Agustín. “La organización de la Caridade en la Encíclica *Deus Caritas est*”, Pontificia Universidad Católica Argentina, *Centro de Estudios de la Sociedad Industrial*, Valores nº 66, Año XXIV, [s.l.], 2006.

⁷² LYNCH, Katherine. *op. cit.*, 2003, capítulo II.

⁷³ JONES, Colin. *The charitable imperative: hospitals and nursing in Ancien Regime and Revolutionary France*, New York, 1989.

eram compostas por laicos associados livremente para viverem os preceitos religiosos do Cristianismo⁷⁴.

Na dinâmica social subsequentemente organizada, a Igreja manteve a sua parcela da interpretação da realidade e da prestação de encargos sociais por ser uma instituição sólida no medievo. Porém houve conflitos entre a Igreja e estas organizações laicas. O embate deu-se sobretudo na forma de colocar em prática as actividades materiais e espirituais da assistência. Originou-se uma estrutura na qual a participação da realeza e de outros agentes aumentou o raio de acção da assistência⁷⁵.

Na medida em que o corpo social foi sendo consolidado, duas visões acerca da pobreza sobrepuseram-se e conseqüentemente, dois modelos de assistência foram delineados na Europa medieval, sem que um abolisse o outro. A primeira visão foi a *pobreza espiritual voluntária* e a segunda a *pobreza material*⁷⁶. A pobreza espiritual voluntária consistia na renúncia aos bens materiais e na adopção do estilo de vida de ordens monásticas como a de Francisco de Assis.

Esta representação da pobreza era legitimada e o seu amparo traduzia-se pela concessão de esmolas e serviços assistenciais, devido à crença de que auxiliar um pobre era assistir a Cristo⁷⁷. O imperativo moral da caridade e o anseio da salvação, impeliam os ricos a verterem quantias consideráveis em favor dos pobres⁷⁸.

⁷⁴ O contacto iniciado numa peregrinação poderia resultar numa confraria de irmãos ligados por laços de solidariedade mútua e partilha da fé. VINCENT, Catherine. *Les confréries médiévales dans le royaume de France (XIIIe-XVe Siècles)*, Albin, Paris, 1994.

⁷⁵ DINIZ, Rita de Cassia. “Aspectos da Problemática assistencial na Baixa Idade Média e seus reflexos na colonização da América Portuguesa”, [s.r].

⁷⁶ GEREMEK, Bronislaw. *A Piedade e a Força – História da Miséria e da Caridade na Europa Colecção Pequena História*, Terramar, Lisboa, 1986, p. 25-46.

⁷⁷ GEREMEK, *op. cit.*, 1986, p. 46.

⁷⁸ O tema da pobreza e da caridade recebeu bastante atenção da historiografia francesa. A sociologia da caridade cristã e judaica é trabalhada na obra de CASTEL, Robert. *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat Gallimard*, Collection Folio, Essais, Paris, 2007; SASSIER, Phillipe. *Du bon usage des pauvres. Histoire d'un thème politique (XVIe – XXe)*, Fayard, Paris, 1990.

No entanto, a profusão de esmolas e a ociosidade tornaram a condição de mendicidade atraente e os abusos começaram a manifestar-se transformando a percepção da *pobreza material* voluntária num risco à ordem social⁷⁹.

Ao mesmo tempo, ia ganhando relevância o valor do trabalho como condição edificante do ser humano e meio de sobrevivência⁸⁰. A imposição do trabalho redefiniu o perfil da assistência, porém não extinguiu as práticas caritativas de modo que a pobreza material era aliviada por esmolas desde que o pobre fosse digno da assistência, um “pobre merecedor”⁸¹. Além disso, aquele que se considerasse “pobre” deveria ser humilde, mostrar provas convincentes da sua pobreza para ser aceite como “bom pobre”⁸².

De igual modo, o crescimento urbano e demográfico, em conjunto com a fome, guerras e doenças como a peste e a lepra, modificaram a sensibilidade em relação ao pobre assumido como Cristo transfigurado, que continuava a ser alvo de assistência. A partir de então começou também a ser objecto de repressão, sendo mesmo ameaçado com a pena capital se fosse encontrado a mendigar sendo capaz de trabalhar, ou se leproso, ameaçasse a saúde dos sãos⁸³.

As municipalidades assumiram uma parte da responsabilidade da assistência aos pobres, controlando a mobilidade, nomeadamente das pessoas que poderiam pôr em risco a situação de saúde das cidades. Contudo, tais acções ocorriam em contextos de ameaças epidémicas e mais por preocupações sanitárias.

Em conclusão, existiam na Idade Média três actores no processo de construção e operacionalização do modelo de assistência: a Igreja, as irmandades laicas e as autoridades municipais. No contexto português, sobretudo a partir do século XV, o ambiente de fome, peste e êxodo rural devido

⁷⁹ GEREMEK, *op. cit.*, 1986, p. 26.

⁸⁰ CASTEL, Robert. *op. cit.*, p. 26.

⁸¹ ABREU, Laurinda. “Repressão e Controlo da mendicidade no Portugal moderno”, *op. cit.*, 2007, p. 100-101.

⁸² CASTEL, Robert. *op. cit.*, p. 96.

⁸³ GEREMEK, *op. cit.*, 1986, p. 173-177.

à expansão ultramarina, levou a Coroa a reformar a sua estrutura caritativa e assistencial.

O modelo resultante foi uma política assistencial centralizada, singular no continente europeu, sob alçada de laicos, com patrocínio monárquico e articulado com a herança da caridade medieval e das suas representações da pobreza⁸⁴.

A primeira medida que se destacou neste cenário foi a relativa às reformas dos hospitais, a partir da concentração das pequenas instituições em hospitais centrais e, em seguida, a criação das Misericórdias, sendo a primeira a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa em 1498⁸⁵.

Estas confrarias nasciam com o estatuto de confrarias reais com privilégios exclusivos⁸⁶. Porém, as Misericórdias não diferiam do ideário caritativo de pressupostos religiosos de outras irmandades que lhe eram contemporâneas⁸⁷.

O seu estatuto preconizava o cumprimento das 14 obras de Misericórdias de inspiração bíblica, organizadas por Tomás de Aquino⁸⁸ centrando-se a sua intervenção inicial essencialmente na assistência aos pobres e aos presos⁸⁹.

⁸⁴ BOSCHI, Caio César. *Os Leigos e o Poder: Irmandades Leiga e Política Colonizadora em Minas Gerais, Ática*, São Paulo, 1986, p. 53.

⁸⁵ Os processos – a reforma dos hospitais e a criação das Misericórdias portuguesas ocorreram quase em simultâneo, embora de forma independente até o monarca português decidir ser mais proveitoso reunir os dois movimentos, facto que aconteceu décadas mais tarde. ABREU, Laurinda. “O Papel das Misericórdias na sociedade portuguesa de Antigo Regime”, *História da Misericórdia de Montemor*, (no prelo, 2008), p. 26- 33.

⁸⁶ ABREU, Laurinda. “Purgatório, Misericórdias e caridade: condições estruturantes da assistência em Portugal XV-XIX”, DYNAMIS, *Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam, Illustrandam*, [s.l], 2000.

⁸⁷ Porém as semelhanças tinham fim neste aspecto conforme salienta ABREU, Laurinda. “O Papel das Misericórdias na sociedade portuguesa”, *op. cit.*, 2008, p. 30.

⁸⁸ As catorze obras da Misericórdia (sete corporais e sete espirituais) foram compiladas no século XII por Tomás de Aquino, teólogo italiano e consistiam em práticas a serem realizadas pelos cristãos. As Misericórdias portuguesas definiam suas actividades de acordo com as obras corporais, veja-se as enunciadas por Charles Boxer no seu livro *O Império colonial português (1415-1825)*, Edições Setenta, Lisboa, 1969, p. 280: “1. Dar de comer a quem tem fome; 2. Dar de beber a quem tem sede; 3. Vestir os nus; 4. Visitar os doentes e presos; 5. Dar abrigo a todos os viajantes; 6. Resgatar os cativos; 5. Enterrar os mortos.” As obras espirituais são: “1. Ensinar os simples; 2. Dar conselho a quem pede; 3. Castigar os que erram; 4. Consolar os desconsolados; 5. Perdoar os que nos ofenderam; 6. Sofrer injúrias com paciência; 7. Rezar pelos vivos e mortos.” Cf. o artigo de Beatriz Weber, “Caridade e Assistência Social: instituições leigas de assistência no Rio Grande do Sul, 1880-1920”, (UFMS, Brasil), CD-ROM dos Anais das Primeiras Jornadas de Historia Regional Comparada, 2000, Porto Alegre, 2000, p. 5.

⁸⁹ ABREU, Laurinda. “Purgatório, Misericórdias e caridade: condições estruturantes da assistência em Portugal XV-XIX”, DYNAMIS, *Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam, Illustrandam*, [s.l], 2000.

Por ter se transformado no principal veículo de expansão da reforma assistencial da monarquia portuguesa, as Misericórdias tornaram-se responsáveis pela administração hospitalar do país, sobretudo a partir da década de 60 do século XVI. Expandindo-se rapidamente pelos centros urbanos, o modelo de assistência das Misericórdias lusitanas foi igualmente exportado para os territórios ultramarinos⁹⁰.

Em termos organizacionais, as Misericórdias portuguesas não estavam sujeitas à autoridade eclesiástica, apenas à tutela régia ainda que internamente os provedores e demais irmãos da Mesa tivessem um elevado grau de autonomia desde que respeitassem os Compromissos, que deviam ser aprovados pelo poder central.

As Misericórdias não estavam subordinadas uma às outras, embora a casa-mater de Lisboa servisse de modelo para as restantes. De modo especial, o Compromisso lisboeta, ou seja, o regimento, estabelecia os procedimentos e actividades das instituições fundadas nos territórios ultramarinos e metropolitanos⁹¹.

O documento definia as obrigações dos irmanados, bem como o número de participantes – ainda que no Brasil como em Portugal, as instituições acabassem por o adaptar às suas necessidades e realidades locais.

De modo geral, foram as elites metropolitanas e coloniais a ocuparem as Misericórdias e os seus cargos. Pertencer a uma Misericórdia concedia status social e político aos seus membros, além do acesso directo a privilégios múltiplos, isto apesar de os Compromissos determinarem que os irmãos tinham o dever de ajudar a instituição, financiando-a sempre que necessário.

⁹⁰ O percurso das irmandades lusitanas é muito amplo para ser discutido aqui, no entanto para uma incursão preliminar do tema consultar: SÁ, Isabel dos Guimarães & LOPES, Maria Antónia. *História Breve das Misericórdias*, Imprensa da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2008.

⁹¹ Os Compromissos – estatutos das Irmandades ou Confrarias – podiam ser reformulados a partir do original da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa desde que a Coroa o autorizasse. Os documentos eram também sinal do reconhecimento régio, de outorga de privilégios. A Santa Casa da Misericórdia do Maranhão, por exemplo, tem Compromisso próprio aprovado em 1738. Cf. *PMM*, vol.6, 2007, p. 337

Ou seja, em teoria, as Misericórdias deviam ser co-financiadas pelas elites que, sendo participantes da economia de salvação⁹², deveriam conceder esmolas e disponibilizar bens e serviços aos mais necessitados.

Na metrópole como no Império, o apoio governamental às Misericórdias decorria principalmente do facto da Coroa necessitar de dar uma resposta organizada às necessidades assistenciais da época, implicando a sociedade nesse processo. Na América portuguesa, na Ásia, Índia e na África, as Misericórdias representavam o paternalismo monárquico da coroa portuguesa acabando por deixar raízes profundas, em especial no Brasil⁹³.

As Misericórdias Coloniais

A administração colonial do território brasileiro só se desenvolveu verdadeiramente no século XVI. Inicialmente as terras foram arrendadas a colonos portugueses e posteriormente transformar-se-iam em capitanias hereditárias. Cada capitania estabelecida recriou simbolicamente o modo social da metrópole.

Fracassado este sistema de exploração e administração do espaço, a Coroa portuguesa nomeou um governador-geral para organizar o território e o povoamento tornou-se mais eficaz⁹⁴.

Começaram a surgir cidades ao longo da costa, desenvolvendo-se importantes actividades comerciais. Tal como em outras colónias portuguesas, nas cidades mais importantes criava-se uma Câmara Municipal e uma

⁹² O tema para as Misericórdias portuguesas é discutido por Isabel dos Guimarães Sá, no seu artigo: “Práticas de caridade e salvação da alma nas Misericórdias metropolitanas e ultramarinas (século XVI- XVIII) algumas metáforas”, *Revista “Oceanos”*, nº 35, Comissão Nacional para as Comemorações dos Descobrimientos Portugueses, Lisboa, 1998.

⁹³ Para conhecer as Misericórdias de outras colónias do Império Português na Índia e na África ver: ABREU, Laurinda. “O papel das Misericórdias dos “lugares de além-mar” na formação do Império português”, *op. cit.*, 2001, SÁ, Isabel dos Guimarães. *Quando o rico se faz pobre: misericórdias, caridade e poder no Império Português: 1500 – 1800*, Comissão Nacional para as Comemorações dos Descobrimientos Portugueses, Lisboa, 1997.

⁹⁴ RUSSELL-WOOD, A. J. R. *Fidalgos e filantropos: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1775*, Colecção Temas Brasileiros, nº 20, Editora Universidade de Brasília, Brasília, 1981, p. 30.

Misericórdia⁹⁵. Estas duas instituições reproduziam o modo social da metrópole, conformavam o comportamento das pessoas e organizavam a gestão do Império.

Todavia, a expansão das Misericórdias foi diversificada nas colónias. Ao contrário dos territórios do Norte da África e na Índia, em que a fundação de Misericórdias ocorreu ao mesmo tempo que a instalação dos portugueses, no Brasil desenvolveram-se primeiro as estruturas sociais e administrativas e em seguida é que surgiam as Misericórdias⁹⁶.

Embora não seja possível precisar com exactidão a data da fundação da maioria das Misericórdias coloniais, pelo menos dezasseis foram criadas entre o início da colonização portuguesa até à independência do Brasil⁹⁷.

⁹⁵ Ilação do historiador Charles R. Boxer, considerada clássica para os estudiosos do assunto. Cf. *O Império colonial português (1415-1825)*, Edições Setenta, Lisboa, 1969, p. 263. A citação de Boxer é frequente em todos os trabalhos acerca das instituições: a Misericórdia é um dos pilares gémeos, junto com a câmara municipal da organização do Império português na metrópole e nas colónias como se vê também em RUSSELL-WOOD, *op. cit.*, 1981.

⁹⁶ De acordo com o modelo exposto no texto de: ABREU, Laurinda. “O papel das Misericórdias dos “lugares de além-mar” na formação do Império português”, *op. cit.*, 2001

⁹⁷ Antes de 1750 já havia no Brasil 16 Santas Casas de Misericórdia no Brasil, cf. GANDELMAN, Luciana. “A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro nos séculos XVI-XIX”, *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, vol. VIII, nº 3, p. 613-630, Rio de Janeiro, 2001, p. 614.

Relação das Santas Casas de Misericórdia no Brasil por ano de criação⁹⁸

Ano de criação	U F	Cidade	Entidade
Cerca de 1539	PE	Olinda	Santa Casa de Misericórdia da Vila de Olinda
1543	SP	Santos	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos
Cerca de 1545	ES	Vitória	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
1549	BA	Salvador	Santa Casa de Misericórdia da Bahia
1560	SP	São Paulo	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Cerca de 1564	BA	Ilhéus	Irmandade da Santa Casa de Ilhéus
1582	RJ	Rio de Janeiro	Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro
Cerca de 1585	PB	João Pessoa	Santa Casa de Misericórdia da Paraíba
1622	MA	São Luiz	Santa Casa de Misericórdia do Maranhão
1650	PA	Belém	Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará
1730	MG	Ouro Preto	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto
1765	SC	Florianópolis	Irmandade do Senhor Jesus dos Passos
1767	AL	Penedo	Santa Casa de Misericórdia de Penedo
1778	BA	Santo Amaro	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santo Amaro
1783	MG	São João Del Rei	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São João Del Rei
1792	RJ	Campos dos Goitacazes	Santa Casa de Misericórdia de Campos
1803	SP	Sorocaba	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba
1812	MG	Sabará	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sabará
1814	RS	Porto Alegre	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
1822	RJ	Parati	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paraty

O quadro reflecte o povoamento prevalecente no litoral brasileiro e subsequentemente nas cidades que se tornaram estratégicas. É disto exemplo a

⁹⁸Fonte: KHOURY, Yara Aun. *Guia dos Arquivos das Santas Casas de Misericórdia do Brasil: (fundadas entre 1500 e 1900)*, Volumes 1 e 2. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, PUC-SP/CEDIC, FAPESP, 2004. Ressalte-se que o esquema das Misericórdias coloniais aqui apresentado tem fins descritivos sem a pretensão de reforçar a controvérsia em torno das datas das fundações.

cidade de Santos, que detinha o porto escoador de riquezas para a Europa e recebia novos colonos, e Salvador, que se tornou a capital da colónia. Aí foram criadas Misericórdias, reiterando a afirmação de Laurinda Abreu (2001) de que o modelo expansionista acompanhava o movimento de valorização e rentabilidade do território e que este antecedeu o aparecimento das Misericórdias⁹⁹.

A correlação entre o ano de fundação de uma dada Misericórdia com o contexto histórico e socioeconómico de uma cidade exemplifica igualmente a decadência a que estavam sujeitas pela perda de relevância política ou económica. Foi o que aconteceu na cidade de Salvador na Bahia ao ser descoberto ouro em Minas Gerais no século XVII: a cidade perdeu a hegemonia política e económica que a tinha transformado em capital do Império português na colónia e conseqüentemente a sua Misericórdia entrou em declínio. Em direcção contrária, a Misericórdia de Outro Preto foi criada precisamente na altura em que a cidade se tornou um pólo aurífero relevante, aspecto que será melhor abordado posteriormente¹⁰⁰.

Contudo, seria o pressuposto económico (ou o potencial de um sítio) a garantia do seu desenvolvimento, já que sem suporte documental que comprove o contrário regista-se que a Misericórdia de Olinda, supostamente a primeira fundada no Brasil, foi anexa à Misericórdia do Recife devido ao empobrecimento da cidade¹⁰¹. Quanto à segunda Misericórdia fundada no Brasil, a Misericórdia de Santos, foi a primeira instituição a receber o alvará de

⁹⁹ ABREU, Laurinda. “O papel das Misericórdias dos “lugares de além-mar” na formação do Império português”, *op. cit.*, 2001.

¹⁰⁰ Ouro Preto é uma cidade do estado de Minas Gerais.

¹⁰¹ KHOURY, Yara Aun. *Guia dos Arquivos das Santas Casas de Misericórdia do Brasil: (fundadas entre 1500 e 1900)* Volumes 1 e 2. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, PUC-SP/CEDIC, FAPESP, 2004. Ainda segundo informações de pesquisas da Fundação Joaquim Nabuco, a Santa Casa de Misericórdia de Olinda parece ter funcionado até a primeira metade do século XIX. Hoje existe apenas a Igreja da Misericórdia na cidade. Ver para mais informações:

<http://www.fundaj.gov.br/notitia/servlet/newstorm.ns.presentation.NavigationServlet?publicationCode=16&pageCode=306&textCode=2003&date=currentDate>. A busca por demais estudos não trouxe maiores resultados. A redacção do texto do volume 4 da *PMM (Portugaliae Monumenta Misericordiarum)*, “Crescimento e Consolidação: de D. João II a 1580”, 2005, sugere aceitar com as devidas reservas as informações acerca desta Misericórdia.

privilégios reais, vivenciando ainda transformações em virtude de questões económicas ao longo da sua história, tal como as Misericórdias da Bahia e da Província de São Paulo¹⁰². Porém, muito embora esta característica possa ser reconhecida na maioria das Misericórdias Brasileiras, a irmandade criada na província de São Paulo, fundada provavelmente no final do século XVI, é um caso divergente, porque a cidade apresentava um contexto económico adverso e crescimento populacional insignificante se comparado a Santos, ao Rio de Janeiro e Salvador, no mesmo período¹⁰³.

Isto para concluir que outros argumentos, para além da rentabilidade do território, terão de ser tomados em consideração na fundação das Misericórdias no Brasil. Tal como afirma Mesgravis¹⁰⁴:

“ (...) era muito comum dadas as condições de pobreza e de pequena densidade demográfica no Brasil deste período inicial de colonização, o surgimento das Misericórdias que procuravam, simplesmente praticar a assistência social através de esmolas, de tratamento domiciliar dos doentes (...)”

A assistência médico-social prestada pelas Misericórdias Coloniais

Não acostumadas com as doenças típicas dos trópicos, muito europeus colonizadores e escravos africanos sucumbiam nas capitânicas dos territórios ultramarinos ou chegavam debilitados à colónia brasileira. Por outro lado, não só os marinheiros que aportavam na Bahia e em Santos chegavam subalimentados, doentes, senão já moribundos, como os europeus traziam consigo doenças desconhecidas no continente como lepra e peste. Além disso, doenças como varíola, febre-amarela existentes na colónia, causavam verdadeiras epidemias.

¹⁰² Segundo informações do sítio Web da Santa Casa de Santos, consultados em: http://www.actamedica.org.br/noticia.asp?codigo=104&COD_MENU=84 Acesso em Junho de 2009.

¹⁰³ Cf. MESGRAVIS, Laima. *op. cit.*, 1974, p. 41.

¹⁰⁴ *Idem*, p. 43.

O intercâmbio entre os europeus, os africanos cativos e os indígenas nativos criou, como seria de esperar, um ambiente sanitário complexo nas capitanias. Este cenário exigia a intervenção das autoridades desejosas não só de conter a mortalidade, mas também de garantir condições satisfatórias para o estabelecimento de novos povoadores para explorar o interior da colônia e assegurar a saúde dos escravos para o trabalho.

As dificuldades naturais da geografia brasileira, a existência de indígenas hostis, a pobreza, a falta de comunicação devido às grandes distâncias entre as capitanias, criaram nas comunidades emergentes laços de solidariedade social para garantir a sobrevivência. Esta particularidade, observada por Mesgravis (1976) para São Paulo com o bandeirismo¹⁰⁵, poderia ser estendida ao restante território da colônia. E nesta questão os colonos portugueses valiam-se dum aspecto recém-consolidado da sua sociabilidade¹⁰⁶ na metrópole: o recurso à construção de uma Misericórdia. Foi neste contexto que o fidalgo português Braz Cubas, neto do Provedor da Misericórdia do Porto, fundou primeiro uma instituição em Santos e em seguida um hospital já em meados da década de 1540. Por esta altura, a chegada de Tomé de Sousa como governador-geral da Bahia também promoveu a inauguração de uma Misericórdia, havendo já ali um hospital¹⁰⁷.

Isto para reafirmar que não existe um protótipo rígido de implantação dos hospitais mesmo porque as Misericórdias no Brasil colonial, na sua maioria, não financiavam a construção dos hospitais tendo sido este posteriormente fundados pela iniciativa da população e depois entregues às Misericórdias para os administrarem¹⁰⁸. Tal como na metrópole, as Misericórdias coloniais

¹⁰⁵ O contexto paulista era distinto das demais capitanias brasileiras. A cidade estabeleceu-se com um modo de vida e economia baseado no bandeirismo. Os bandeirantes eram pessoas que tentavam desbravar as matas do interior da colônia buscando riquezas e estabelecendo pequenas urbes em que a solidariedade comunitária foi prevalente. Veja-se: MESGRAVIS, Laima. *op. cit.*, 1974, p. 40.

¹⁰⁶ Cf. ARAÚJO, Maria Marta Lobo de. "As Misericórdias Portuguesas como palcos de sociabilidades no século XVIII", *História: Questões & Debates*, nº 45, p. 155-176, Editora UFPR, Curitiba, 2006.

¹⁰⁷ RUSSELL-WOOD, A.J.R. *op. cit.*, 1981, p. 66.

¹⁰⁸ MESGRAVIS, Laima. *op. cit.*, 1974, p. 38.

concentravam-se em duas acções principais: a assistência aos pobres e o cuidado para com os doentes. Esta actuação desdobrar-se-ia progressivamente em outras, acompanhando as transformações da dinâmica social.

Para além disto, é preciso lembrar a concepção de hospital nesta época: mais do que um espaço de cura médica, era um pouso para alimentar as pessoas e oferecer-lhes descanso. Segundo Jean Abreu (2007), a assistência médica nas colónias ultramarinas era fornecida por barbeiros sangradores e curandeiros¹⁰⁹.

Em virtude desta precariedade as autoridades portuguesas fomentaram a relação entre o saber médico e o poder público para preservar a saúde dos povos nas colónias e garantir riquezas à metrópole¹¹⁰. Foi o patrocínio régio através das Misericórdias que permitiu criar um ambiente sócio-sanitário estável para garantir a sobrevivência, principalmente a dos escravos africanos, além da formação de médicos para enviá-los às colónias.

No entanto, o processo de intervenção é diferente em cada capitania pelo contexto das variáveis potencialidades económicas. A Misericórdia de São Paulo, instalada num ambiente de dificuldades geográficas e, conseqüentemente, estando limitada para estabelecer actividades comerciais prósperas neste momento inicial da colonização, não merecia tanto o empenho da administração régia, como a Bahia¹¹¹. Constituída em bases mais generosas, a capitania bahiana detinha um porto no qual afluíam imigrantes a tentar a sua sorte e por isso recebia maiores incentivos fiscais.

O facto de as doenças não escolherem classes sociais, crença, ou cor originava maior entrelaçamento entre a comunidade e as irmandades respectivas nestas duas capitanias. Contudo, entre a população havia pessoas que tinham melhor saúde do que outras, nomeadamente, os ricos por terem uma melhor

¹⁰⁹ ABREU, Jean Luiz Neves. "A Colónia enferma e a saúde dos povos: a medicina das 'luzes' e as informações sobre as enfermidades da América portuguesa", *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, vol.14, nº3, p.761-778, Rio de Janeiro, jul.-set., 2007, p. 764.

¹¹⁰ *Idem, ibidem.*

¹¹¹ São Paulo só se circunscreveria como cidade próspera economicamente quando iniciasse suas actividades comerciais, tornando-se posteriormente, em uma rota de mercadorias significativas.

alimentação e recursos para se deslocarem em tempos de epidemia, resistiam melhor às doenças, sendo estas mais devastadoras nas camadas pobres.

E o papel das irmandades para amparar a pobreza neste cenário epidemiológico consistia na oferta de alimentação e descanso aos pobres, como anteriormente referido. O tecido social da colônia brasileira dependia assim da acção das irmandades de Misericórdias. Todavia, estas não tinham supremacia total deste domínio, porque a assistência social no Brasil foi dividida em função da cor dos indivíduos.

Os europeus, brancos por definição ainda que pobres ou em estado de pobreza envergonhada¹¹², eram auxiliados pelas Misericórdias, mesmo que não trabalhassem. Aos africanos cativos, num processo de sincretismo religioso¹¹³, foi permitido fundarem confrarias de escravos. Estas irmandades negras eram uma rara modalidade de associação consentida e uma clara indicação de que o imaginário social da caridade e das suas formas de manifestação estiveram presentes em todos os estratos sociais.

Tal como as Misericórdias, essas irmandades de escravos prestavam assistência médica, social e espiritual aos seus confrades para além de constituírem fundos para a alforria. Mas nunca desfrutaram dos recursos como aconteceu com as Misericórdias. Tinham igualmente o propósito de afirmação da identidade, ainda que aculturada¹¹⁴. Entretanto, segundo Boschi (1986), nas irmandades negras havia a participação de brancos para auxiliar nas questões burocráticas que exigiam pessoas alfabetizadas, pois apesar do estímulo à criação destas confrarias, o Governo português e a Igreja colocavam limites à

¹¹² Um europeu que perdesse seus bens, títulos nobiliárquicos e tivesse incapacidade para o trabalho era considerado “pobre envergonhado” e tinha assim acesso a assistência regular por parte da Igreja e também de irmandades laicas, como as Misericórdias. Cf. GEREMEK, Bronislaw. *op. cit.*, 1986, p. 33-36; MESGRAVIS, Laima. *op. cit.*, 1974, p. 193.

¹¹³ “Sincretismo cultural” segundo BENASSAR, Bartolomé & MARIN, Richard. *História do Brasil*, Teorema, Lisboa, 2000, p.165 e “sincretismo planejado” pela Coroa portuguesa de acordo com BOSCHI, Caio César. *op. cit.*, 1986, p. 69.

¹¹⁴ *Idem*, p. 161-165. Este singular cenário em que irmandades laicas se dividem entre associações de brancos e associações de negros ainda não foi plenamente estudado, porém algumas referências basilares já existem e a historiografia tem classificado as instituições como Ordens Terceiras.

actuação destas associações. Assim, as irmandades negras, que estavam sob forte vigilância da Coroa Portuguesa, tentavam minorar os maus-tratos sofridos pelos seus confrades e não podiam incitar-se contra a escravidão¹¹⁵.

Em síntese, existiam as irmandades de brancos e de negros, sem se mesclarem muito, mas estabelecendo alguns pontos de contacto¹¹⁶. A título ilustrativo, a Misericórdia bahiana auxiliava as irmandades negras emprestando-lhes os esquifes para transportar os defuntos e cobrava pouco ou quase nada por isso, as Irmandades de Misericórdias tampouco conflituavam com os preceitos escravocratas da época, aspecto também ressaltado por Russell-Wood¹¹⁷.

O modelo de exploração económica das riquezas do Brasil colónia incidia sobre a forma de organizar as Misericórdias e alterava o curso de acção das instituições. Por esta razão, é necessário deter-se nas reviravoltas trazidas pela descoberta de novas fontes de riquezas para compreender as mudanças operadas nas Santas Casas Brasileiras. No período inicial da colonização, as economias promissoras eram as da extracção do pau-brasil e o cultivo da cana-de-açúcar.

Porém, a descoberta de ouro provocou mudanças importantes na demografia brasileira e até mesmo na de Portugal. Algumas capitanias coloniais que já sofriam com baixa densidade populacional foram desocupadas como ocorreu em São Paulo e na Bahia. Atraídas pelo ouro, as pessoas negligenciavam a agricultura de subsistência, não se ocupavam do cultivo de

¹¹⁵ BOSCHI, Caio César. *op. cit.*, 1986, p. 108-142.

¹¹⁶ GANDELMAN, Luciana. *op. cit.*, 2005, p. 117, lembra que os irmãos das Misericórdias por serem pessoas de renome e detentoras de riquezas possuíam sua parcela no tráfico, enriquecendo com o trabalho escravo.

¹¹⁷ “Muitas irmandades de negros foram fundadas na Bahia nos séculos XVII e XVIII - havia umas cinco de mulatos e seis de negros somente dedicadas à Virgem Maria – e demonstram o grau de consolidação social a que havia chegado a população de cor. Em alguns casos a irmandade era fundada com o objectivo de libertar seus membros da escravidão; uma vez livre, o irmão contribuía para a libertação dos demais. A maior parte possuía dispositivos amplos para proteger os interesses dos membros durante a vida e dar-lhes sepultura decente após a morte. A mais poderosa das irmandades negras da Bahia era a de Nossa Senhora do Rosário, a única irmandade que elegia anualmente um rei e uma rainha, figuras que despertariam a curiosidade do artista do século XIX Maurice Rugendas e de negros angolanos. (...) Essa irmandade aceitava qualquer pessoa, sem distinção de status ou de sexo, mas conservava a representação igualitária de crioulos e angolanos no corpo de guardiães. Era tal a profusão dessas irmandades de gente de cor que qualquer pessoa, escravo ou forro, africano ou brasileiro, poderia encontrar uma irmandade adequada à sua condição.” RUSSELL-WOOD, A.J.R. *op.cit.*, 1981, p. 108.

roças, o que trouxe fome, pobreza e conseqüentemente, aumento da procura por serviços assistenciais¹¹⁸.

No contexto das cidades que não possuíam ouro e que tinham economias frágeis, as Misericórdias tinham simultaneamente que lidar com ameaças ao seu domínio e com os seus problemas financeiros provenientes do cenário económico adverso. A Igreja, que sempre manteve a sua parcela na interpretação da realidade e também prestava assistência, mantinha relações pouco pacíficas com as irmandades de Misericórdia.

Do outro lado, em alguns casos as Misericórdias entravam em conflito com as municipalidades já que estas se serviam da estrutura das Misericórdias para se isentarem de algumas das suas competências, como o cuidado com os órfãos por exemplo, sobrecarregando as instituições.

E por outro lado, nas cidades que conheciam desenvolvimento económico as suas Misericórdias viviam períodos de fortuna. Este processo é ilustrado pela Misericórdia paulista visto que São Paulo, a partir do século XVIII, tornou-se, com a descoberta do ouro, um importante elo de comunicação das regiões auríferas e um ponto de ligação com as lavouras açucareiras, começando a prosperar e a crescer demograficamente acabando por fundar um hospital em 1714¹¹⁹.

Comparativamente, na mesma altura, a sociedade bahiana, orgulhosa dos seus preceitos (e preconceitos) coloniais, tinha dificuldade em rever as suas práticas, transformando-as não obstante a conjuntura económica adversa e de igual modo a sua Misericórdia. Já para São Paulo, a abertura às mudanças trouxe modernização das práticas assistenciais.

Contudo, a prática de dar e receber esmolas não se alteraria. Ricos e pobres doavam dinheiro e bens às instituições assistenciais, que alcançaram importante património. O receio de morrer sem salvação espiritual, além do

¹¹⁸ MESGRAVIS, Laima. *op. cit.*, 1974, p. 60.

¹¹⁹ MESGRAVIS, Laima. *op. cit.*, 1974, p. 65-68.

desejo de se ter missas em favor da alma, fazia com que os crentes, sobretudo com a proximidade da morte, disponibilizassem parte das suas fortunas à manutenção das Misericórdias¹²⁰. Os doadores também influenciavam as actividades assistenciais das Santas Casas no Brasil como o cuidado dos órfãos e a prática de dotar jovens raparigas dando-lhes recursos para o matrimónio, que inicialmente não estava no âmbito da sua acção¹²¹.

Deste modo, as Misericórdias administravam legados deixados para estes fins (a criação de expostos e dotes para raparigas) e recebiam para além das já mencionadas subvenções régias, privilégios que aumentavam ainda mais as suas rendas. Um destes privilégios era o uso do imposto cobrado sobre produtos.

Em 1640, o Conselho Ultramarino¹²², órgão da administração intermediário entre o rei e os súbditos dava parecer favorável ao pedido da Misericórdia da Bahia para utilizar os dízimos de galinhas, frangos, ovos, cabritos, leitões e do leite para pagamentos de despesas da Santa Casa com os enfermos¹²³. O conselho relatava ao rei a contribuição do seu hospital para a “cura” dos soldados.

No entanto, uma boa parte de pedidos de auxílio financeiro encaminhados à Coroa portuguesa era demanda de ajuda para a construção de Igrejas¹²⁴. Esta atitude pode ser explicada por dois factores. Primeiramente isto devia-se ao facto de a sociedade colonial ser marcadamente católica, logo a necessidade de lugares de cultos e recursos para o pagamento de missas e construção destes estabelecimentos. Seguidamente, o exercício da assistência apesar de ser uma

¹²⁰ O padre Pontes ressalta estes aspectos da caridade na condução das Misericórdias Brasileiras. Cf. PONTES, José Linhares. “Filosofia das Misericórdias do Brasil”, *Mundo Saúde*, 19, (10), 359-63, [s.l.], nov.-dez., 1995.

¹²¹ Ver a apreciação do processo feita por A.J.R. Russell-Wood *op.cit.*, 1981, p. 232-235.

¹²² O conselho Ultramarino é pouco estudado, no entanto é surpreendente a organização deste instrumento da Coroa portuguesa. Um caso exemplar é a admoestação do rei D. João V aos irmãos da Misericórdia da Bahia relativa a execução de dois negros. O rei fora informado da execução e advertia os irmãos que não se intromettessem em assuntos da justiça secular. Clara demonstração do poder centralizador, impressiona pela possibilidade de comunicação do período, uma carta levava pelo menos um ano a ser respondida. A missiva ainda ressaltava que a função da Misericórdia era tão-somente assistir aos aflitos, lembrete evidente de que a Misericórdia era controlada pelas autoridades régias. *PMM*, vol. 6, 2007, p. 176.

¹²³ A grafia entre aspas é do documento original segundo a *PMM* vol. 5, 2006, p. 574.

¹²⁴ Muitas instituições de Misericórdias demandavam recursos para suas igrejas. Cf. *PMM* vol. 6, 2007, p. 471-488.

exigência moral na sociedade colonial parece ter sido deixado em alguns momentos, para um segundo plano.

O amparo social ao final parece ter sido considerado como um acto de benemerência privada e voluntária do qual até mesmo o Estado monárquico usufruía. Embora fosse consciente da sua responsabilidade neste aspecto, a própria Coroa devia pagamentos pelas despesas dos seus soldados nos hospitais das Misericórdias¹²⁵.

As Câmaras Municipais (representantes políticas da autoridade do rei) atrasavam pagamentos e apesar da estrutura precária dos meios de comunicação no período colonial, querelas financeiras chegavam à administração régia, já que a organização do reino português era centralizada. As missivas relatavam a existência de disputas e conflitos com a Igreja Católica que se opunha ao crescimento de ritos realizados fora dos muros das suas igrejas e o desrespeito aos privilégios concedidos às Misericórdias¹²⁶.

Estas questões referiam-se também a acusações das Misericórdias e da Igreja respeitantes, na sua maioria, ao impedimento de usufruto dos benefícios a serem gozados pelas instituições e mesmo problemas de desrespeito ao calendário litúrgico católico. Um exemplo é a carta da Misericórdia do Rio de Janeiro a prestar queixa contra o bispado da localidade por não respeitarem os privilégios da instituição. O bispo foi repreendido pelo monarca português, evidenciando que não seriam toleradas disposições contrárias às suas ordens¹²⁷. Outra Misericórdia, a Santa Casa de Goiânia, enviava reclamação da excomunhão de irmãos da Mesa feita pelo vigário geral da vila em 1746 por se desobrigarem da participação nas celebrações da Quaresma¹²⁸. Havia portanto, não apenas problemas de ordem financeira mas de representatividade religiosa.

¹²⁵ *PMM*, vol. 6, 2007, p. 462.

¹²⁶ *PMM*, vol. 6, 2007, p. 490.

¹²⁷ *PMM*, vol. 6, 2007, p. 179.

¹²⁸ *PMM*, vol. 6, 2007, p. 522.

Ainda assim parece ter sido frequente a pressão para o desvio de actividades das Misericórdias para fins não-caritativos. Tem-se o exemplo da Santa Casa da Misericórdia da Bahia que em 1712 expôs numa carta a difícil situação económica em que se encontrava e informava que não aceitaria mais doentes chegados pelo mar. Relatava ainda o abuso do serviço de saúde prestado às pessoas que podendo pagar, não o faziam¹²⁹.

Muito embora se possa imaginar a existência de recursos abundantes para a acção das Misericórdias, algumas viviam problemas pelo excesso de beneficiários e por problemas de idoneidade dos que usavam os serviços e daqueles que os dirigiam.

Em virtude desta circunstância o dinheiro escasseava e para o obter as Misericórdias utilizavam recursos variados. Pedia-se autorização régia para usufruto dos soldos dos soldados internados nas Misericórdias pois havia contratos com o poder central sendo esse pagamento devido¹³⁰ e para diminuir seus custos solicitavam a desobrigação de algumas práticas caritativas como a alimentação de presos, alegando que não possuíam renda suficiente¹³¹. A resposta do Conselho Ultramarino era invariavelmente tardia e muitas reivindicações das instituições ficaram sem atendimento.

Russell-Wood (1981) sustentou que os pedidos de recursos da Misericórdia bahiana, por exemplo, se faziam pela demanda de intervenção do rei junto aos funcionários da Câmara para que respeitassem o usufruto dos privilégios concedidos pela Coroa à instituição pois os irmãos eram impedidos pelos funcionários do governo de terem acesso aos benefícios¹³².

Isto sem esquecer que ao longo da consolidação da colonização portuguesa, as Misericórdias serviram igualmente para estimular ganhos políticos e perpetuar promiscuidades administrativas em nome da caridade. Esta

¹²⁹ *PMM*, vol. 6, 2007, p. 462.

¹³⁰ *PMM*, vol. 6, 2007, p. 556.

¹³¹ *PMM*, vol. 6, 2007, p. 569.

¹³² RUSSELL-WOOD, A.J.R. *op.cit.*, 1981, p. 77-78.

situação complexa não se reformaria substancialmente com as mudanças políticas, tampouco se alteraria o modelo de assistência de forma decisiva com o fim do “pacto colonial” e a chegada da família real portuguesa, em 1808, que inauguraria o Império luso-brasileiro.

As Misericórdias Imperiais

As convulsões políticas do continente europeu no início do século XIX forçaram a mobilidade da Coroa portuguesa para sua colónia brasileira, como bem se sabe¹³³. Com o evento, o Brasil entrou num novo ciclo económico e depois político, muito embora tenha guardado a sua herança lusitana na condução política e social do novo país¹³⁴.

Estas transformações não afectaram as Misericórdias, muito pelo contrário já que na fase imperial do Brasil se registou um *boom* de novas fundações em todo o território¹³⁵. De 1822 a 1889 foram criadas 58 novas Santas Casas de Misericórdia no Brasil: uma em Alagoas, Amazonas, Ceará, Pernambuco e em Santa Catarina; duas no Paraná, cinco na Bahia, seis no Rio Grande do Sul, nove no Rio de Janeiro, treze em Minas Gerais e dezoito em São Paulo¹³⁶.

Evidentemente, foi a relevância económica e política destes sítios que muito contribuiu para a criação das suas Misericórdias. Nesta linha argumentativa, relacionou-se o acréscimo de instituições em Minas Gerais com a sua actividade aurífera rentável. Já no Rio de Janeiro o aumento destas pode ter ocorrido pelo facto da cidade ser a capital política e cultural do Império,

¹³³ A sede do Governo português bem como todas as instituições lusitanas foram transpostas para Brasil tal como existiam na Europa. A única nova instituição criada foi o Banco do Brasil. Cf. BENNASSAR, Bartolomé & MARIN, Richard. *História do Brasil*, 2000, p. 137.

¹³⁴ O Império luso-brasileiro teve vida curta. Em 1822 o Brasil tornou-se independente de Portugal, sem no entanto romper os laços culturais e políticos.

¹³⁵ Em Portugal, ao contrário, as instituições estavam a viver uma crise. SÁ, Isabel dos Guimarães. & LOPES, Maria Antónia. *História Breve das Misericórdias*, 2008, p. 74.

¹³⁶ KHOURY, Yara Aun. *op. cit.*, 2004.

possuindo as primeiras empresas metalúrgicas e tendo assim uma população expressiva.

Um exemplo notável é o percurso vivido pelo estado de São Paulo, que no começo do século XIX era a mais pobre e menos povoada região do Brasil, mas em menos de um século tornou-se na capital financeira e no mais valorizado pólo cafeeiro do país. O êxito económico resultou da estratégia de transformar a região no maior escoadouro da produção agrícola do Brasil e do investimento nas actividades comerciais. Ora para se manter nessa posição era preciso cuidar da sua população e dos interesses das suas elites.

Como seria óbvio, o desenvolvimento económico trouxe também crescimento populacional e a necessidade de controlo e intervenção, pois a pobreza não diminuiu proporcionalmente ao aumento de riquezas. Esta expansão das Misericórdias no estado de São Paulo e de certa forma no Brasil, de um modo geral, atraiu a atenção da Igreja e do Estado.

A Igreja ressentia-se da perda paulatina de poder e representatividade para ditar as formas de assistência, vendo na autonomia e na relevância que as Misericórdias projectavam no imaginário social um entrave aos seus propósitos institucionais. Este descontentamento resultou numa proposta da Igreja em reformar o estatuto das irmandades laicas na esfera secular, acusando-as de recrutarem maçons para os seus quadros. Estas disputas não eram fortuitas ou apenas confrontos de princípios laicos e religiosos na condução da assistência pública.

Desde 1593, as Misericórdias tinham o monopólio do sepultamento dos mortos, como se sabe. A prestação de serviços funerários era um negócio lucrativo e uma das mais importantes fontes de rendimento de algumas Misericórdias, mas igualmente das igrejas¹³⁷.

Além disso, o Governo financiava através de subsídios alguns cemitérios das Misericórdias, como foi o caso da instituição de São Luís no Maranhão que

¹³⁷ ROCHA, Leila. *op. cit.*, 2005, p. 38.

pedia verbas governamentais para a reforma dos seus estabelecimentos¹³⁸. No Rio de Janeiro, o Estado imperial concedeu o monopólio dos serviços funerários à Misericórdia da Corte para que se ocupasse dos enfermos nos seus hospitais, numa relação de barganha¹³⁹.

A questão dos sepultamentos também criava problemas de Saúde Pública pois no século XIX a ciência médica já condenava (em alguns países mesmo no século XVIII) a prática dos enterramentos em Igrejas responsabilizando-os pela propagação de doenças infecciosas¹⁴⁰.

Apesar de a prática de sepultar as pessoas nos templos religiosos entrar em declínio, as Misericórdias não perderam a primazia dos enterros, pois quem controlasse esse mercado funerário poderia ter igualmente acesso aos legados pios, outro ponto de discórdia com a Igreja. Quando os conflitos chegavam ao Estado, este decidia sempre a favor das irmandades, o que fez o Clero renunciar ao conflito e optar pela cooperação¹⁴¹.

A escolha pela harmonia trouxe benefícios a ambas as partes, de forma que tal contexto pode ter sido responsável pelo ingresso mais acentuado dos religiosos nas irmandades de Misericórdia no período republicano. No século XIX, os hospitais das Misericórdias contrataram freiras para exercer as funções de enfermeiras, conforme desenvolvimento adiante¹⁴².

¹³⁸ SILVEIRA, Carlos Henrique Pinto da. “A Irmandade da Misericórdia: disputas pelos ritos fúnebres e urbanização em São Luís na segunda metade do século XIX”, *Outros Tempos (UEMA. Online)*, Dossiê Religião e Religiosidade, vol. 5, nº 6, São Luís, Dezembro de 2008, p. 35.

¹³⁹ A Lei nº 583 de 05 de Fevereiro de 1850 preceituava que o monopólio dos serviços funerários seria da Misericórdia do Rio de Janeiro em troca da fundação e manutenção de três hospitais, por parte da instituição para combater as epidemias. Cf. COIMBRA, Luiz Octávio. *op. cit.*, 1986, p. 43-45.

¹⁴⁰ COE, Agostinho Júnior Holanda. “As Epidemias e a Morte: Mudanças Nas Práticas de Sepultamento em São Luís na segunda metade do Século XIX (1854-1856)”, *Outros Tempos (UEMA. Online)*, vol. 4, 2007, p. 39.

¹⁴¹ Estas análises foram feitas a partir do texto de OLIVEIRA, Anderson. “Os bispos e os leigos: reforma católica e irmandades no Rio de Janeiro Imperial”, [s.r.]. Consultado em: <http://200.201.9.18/index.php?journal=rhr&page=article&op=viewPDFInterstitial&path%5B%5D=50&path%5B%5D=108> CHRISPIM, Karol. “Irmandade de Santo António dos Pobres de Simão Pereira (1867-1873)”, [s.r.]. Consultado em:

<http://www.anpuh.uepg.br/xxiii-simposio/anais/textos/KAROL%20GRUCHENHKA%20LUPATINI%20CHRISPIM.pdf> Acesso em Maio de 2009.

¹⁴² ROCHA, Leila. *op. cit.*, 2005, p. 171. Ver também PIZANI, Maria Angélica Pinto Nunes. “A actuação de Religiosas em Curitiba na Assistência aos alienados durante a República Velha”, *op. cit.*, 2002.

Em segundo lugar, a ampliação das Misericórdias interessou sobremaneira ao Estado monárquico, que não modificou a posição das instituições no campo da assistência ao sabor dos novos tempos políticos.

Pelo contrário, a assistência social continuou a ser um encargo das Misericórdias ainda que sob a protecção, regulação e fiscalização do Governo. Por conseguinte, no primeiro Império, as instituições conheceram um processo de renovação estatutária, tornaram-se dependente da aprovação do Governo imperial, mormente das assembleias legislativas das províncias brasileiras¹⁴³.

De tal modo que a situação de improbidade administrativa de algumas Misericórdias, pelo uso abusivo dos recursos das instituições, ficou a ser mais conhecida pela administração pública¹⁴⁴.

Apesar disso, não havia por parte do Governo o desejo de assumir a responsabilidade total pela assistência social e o controlo das unidades hospitalares mantidas pelas Misericórdias e as instituições permaneceram durante o segundo reinado com relativa liberdade de acção e pilares estruturantes da Saúde Pública.

Impregnado numa concepção ambígua de atenção à pobreza e à saúde, o regime imperial foi marcado por uma tentativa de conciliar a caridade com a administração da assistência pública no termo de “amparo social”. Por consequência, o Estado monárquico sustentou este auxílio social na beneficência cristã, familiar, individual e particular. Ainda assim, em 1825 foi criado o Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara por iniciativa dos vereadores e do Governo, na província de Goiás, sem estar na alçada de uma Misericórdia¹⁴⁵.

¹⁴³ ROCHA, Leila. *op. cit.*, 2005, p. 54-55.

¹⁴⁴ *Idem*, *ibidem*, p. 51.

¹⁴⁵ É difícil precisar as informações acerca das Misericórdias no estado do Goiás durante o Império, mas parece haver indicação de que não fosse uma unidade hospitalar relevante. No *Guia dos Arquivos das Santas Casas de Misericórdia do Brasil: (fundadas entre 1500 e 1900)*, *op. cit.*, 2004, são citadas as dificuldades de acesso aos arquivos da Santa Casa da Misericórdia de Goiânia, para além da condição precária dos mesmos, razão pela qual não há maiores detalhes na obra. Ainda assim, há um documento anterior a 1779 solicitando junto ao Conselho Ultramarino, a ratificação do Compromisso da instituição e dos privilégios. Consultar p. 436 da *PMM* “Sob o signo da mudança: De D. José I a 1834”, volume 7, Lisboa, 2008. Ver também MAGALHÃES, Sónia. “Hospital

Este exemplo não permite, contudo, ser generalizado a todas as unidades hospitalares do período que estavam sob os cuidados de uma Misericórdia. De facto, a parcela da assistência pública do Governo limitou-se ao papel de fiscalização e zelo, mas com uma actuação moderada.

Quando não existia um estabelecimento de caridade em alguma província, cabia à Câmara Municipal levar a efeito o apoio social. Isto não foi realizado com a regularidade que seria necessária e muito menos de forma homogénea em todo o território brasileiro¹⁴⁶. Ainda assim, os Governos provinciais poderiam, por sua iniciativa, criar uma Misericórdia, como foi o caso da Santa Casa de Porto Alegre, fundada em 1803 pela Câmara de Vereadores¹⁴⁷.

Em 1823, o “socorro público” tornou-se formalmente matéria legislativa visando criar melhores condições para a estrutura das acções das Misericórdias. Atente-se no entanto que as disposições desta medida foram norteadas para as instituições de Misericórdia das capitais do Império, no Rio de Janeiro¹⁴⁸. No texto legislativo “Sua Magestade Imperial” reconhecia a necessidade da existência de Misericórdias para a saúde e vida dos seus súbditos no Rio de Janeiro, ao nomear uma comissão para investigar a actuação das instituições da província, bem como oferecer condições para melhorá-las¹⁴⁹.

Assim, durante os anos de 1827 e 1828 registaram-se os melhores índices de actuação do Governo na assistência pública, fundamentalmente nas províncias que desempenhavam papel estratégico para a economia brasileira como o Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais e Santa Catarina¹⁵⁰.

de Caridade São Pedro de Alcântara: assistência e saúde em Goiás ao longo do século XIX”, *História, Ciência, Saúde - Manguinhos*, vol. 11 (3), 661-83 Rio de Janeiro, set.- dez., 2004.

¹⁴⁶ Seria sobretudo a “corte” brasileira, no Rio de Janeiro, alvo de comissões para examinar a situação de saúde. ROCHA, Leila. *op. cit.*, 2005, p. 51.

¹⁴⁷ WEBER, Beatriz. *op. cit.*, 2000, p. 2-3.

¹⁴⁸ Ver o Decreto de 24 de Outubro de 1823 na Coleção das Leis do Império Brasileiro consultados em: <http://www2.camara.gov.br/legislacao/publicacoes/doimperio/colecao2.html> Acesso em Setembro de 2008 e a tese de Simone Elias Souza, *Os “socorros públicos” no Império do Brasil 1822 a 1834*, Tese de Mestrado, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2007, p. 65.

¹⁴⁹ A Misericórdia da corte era o “termómetro da saúde pública.” Cf. ROCHA, Leila, *op. cit.*, 2005, p. 54.

¹⁵⁰ MARTINEZ, Paulo Henrique. “Estado e amparo social no Império do Brasil (1822-1831)”, *Revista Abet*, vol. 3, nº 1, São Paulo, Junho, 2003. O autor trata do primeiro reinado.

Ainda no ano de 1828 foi instituída a “Lei Imperial de Estruturação dos Municípios” importante instrumento jurídico que obrigou as câmaras municipais a garantirem um ambiente salubre livre de lixo e águas paradas nas cidades brasileiras, reorganizando a arquitetura dos espaços públicos e fiscalizando as práticas de higiene nos portos, escolas, hospitais e cemitérios para evitar os surtos epidémicos¹⁵¹.

Segundo Souza (2007), houve uma extensão desta acção a todas as províncias do Império, delegando ao Governo provisório a aplicação das recomendações da lei. De forma concreta, houve uma centralização tanto administrativa como institucional.

As Misericórdias de Pernambuco constituem um exemplo desta tendência, já que foram reunidas numa só direcção as cinco casas de caridade de Recife, Olinda e Pernambuco¹⁵². No entanto, no campo de acção social, o Estado monárquico foi tímido. Das 5395 deliberações governamentais, apenas 207 se referiam ao auxílio público durante o primeiro reinado¹⁵³.

A constância do imaginário do pobre merecedor indica a permanência da responsabilidade privada na atenção à pobreza, visto que as leis estabelecidas tendiam para o aproveitamento da estrutura caritativa para a manutenção da ordem social¹⁵⁴. É possível que o pouco incentivo à assistência pública em outras cidades se tenha ficado a dever à tendência crescente na Europa, desde o século XIV e que se fazia sentir no Brasil, da percepção do mendigo como vadio, cada vez menos tolerado.

Por outro lado, havia o desejo de superar o passado colonial por parte das elites burguesas, sensíveis às ideias iluministas que se firmavam. A caridade era então vista por aqueles grupos como um entrave e também um incentivo à

¹⁵¹ COE, Agostinho. *op. cit.*, 2007, p. 41.

¹⁵² SOUZA, Simone Elias. *op. cit.*, 2007, p. 65.

¹⁵³ SOUZA, Simone Elias. *op. cit.*, 2007, p. 112.

¹⁵⁴ *Idem, ibidem.*

pobreza e à promiscuidade sanitária, nocivos, portanto para o sistema económico¹⁵⁵.

De um modo geral, pode dizer-se que a sociedade brasileira, durante o Império, tinha uma visão dualista, dividida entre ideias liberais e o desejo de manter a ordem tradicional. Foi dessa ambiguidade que começou a ressurgir a faceta repressora por parte da assistência empregada aos pobres. O projecto de criminalizar a mendicância ganhou adeptos e legitimidade, sendo materializado no Código Criminal de 1830.

A lei anunciava que nas cidades onde houvesse recolhimentos para pobres e alguém fosse encontrado a mendigar tendo condições para trabalhar, seria alvo de punição¹⁵⁶.

Não será imprudente afirmar que organizações do tipo das Misericórdias poderiam ter sido espaços para punir a vadiagem. Contudo, não há suporte documental no Brasil que estabeleça o vínculo entre a repressão à mendicância com a prática assistencial das irmandades de Misericórdias¹⁵⁷, nem mesmo em Portugal onde D. Manuel I o chegou a propor.

Por outro lado, a prática de assistência jurídica e sustento dos presos pobres, que era prerrogativa do Compromisso das Misericórdias, começou a ser feita também pela Fazenda Nacional, isto é, oficialmente o Governo e as Misericórdias compartilhavam as despesas¹⁵⁸.

A desvinculação das Misericórdias com o cuidado aos presos pobres foi uma das muitas mudanças no perfil assistencial das instituições, que ao longo do Império teve redefinido o seu público-alvo e as suas fontes de financiamento.

Duas destas mudanças moldaram o perfil populacional e as intervenções assistenciais em saúde, dando elementos para a criação de Misericórdias,

¹⁵⁵ SOUZA, Simone Elias. *op. cit.*, 2007, p. 30.

¹⁵⁶ SOUZA, Simone Elias. *op. cit.*, 2007, p. 14.

¹⁵⁷ Idem, *ibidem*.

¹⁵⁸ SOUZA, Simone Elias. *op.cit.*, 2007, p. 99-100.

sobretudo em São Paulo: a promoção da imigração estrangeira e a abolição da escravatura.

A mudança dos valores em que assentavam as práticas de caridade na Idade Média bem como a mudança da própria sociedade, ao mesmo tempo que aumentava o número de carenciados acabaram por se reflectir negativamente nas finanças das Misericórdias que foram forçadas a procurar outras fontes de recursos como festas filantrópicas, leilões e lotarias¹⁵⁹.

Isto sem esquecer que ao mesmo tempo que a caridade como valor declinava, despontava a motivação de assistência de carácter humanista, filantrópica, iluminista e utilitária que não diferenciava os grupos atendidos.

Do mesmo modo, as mulheres passaram a ser admitidas como irmãs e foram abolidas as distinções coloniais entre irmãos inferiores e superiores. O processo, evidentemente, acompanhava algumas mudanças experimentadas pela sociedade, acreditando-se inclusive que as razões desta escolha foram igualmente económicas. A assistência prestada pelas Misericórdias deveria ter um fim útil à sociedade que justificasse o investimento, para além da caridade.

Por consequência, o amparo à infância desvalida e o cuidado dos enfermos começaram a surgir como acções preferenciais das Misericórdias, procurando dar resposta ao cenário epidemiológico criado pelas epidemias do século XIX, de que resultou o aumento de órfãos, mendigos e doentes.

Assim, as Misericórdias, juntamente com as municipalidades e a sociedade, criaram liceus, escolas, orfanatos e recolhimentos para os órfãos e crianças abandonadas e em paralelo foram fundados novos hospitais, clínicas, enfermarias e asilos¹⁶⁰.

Embora com maiores informações apenas para o Rio de Janeiro, Sanglard (2005) demonstrou que foi a partir da fase imperial que as mesas das Misericórdias decidiram separar os espaços entre a assistência à infância, com a

¹⁵⁹ ROCHA, Leila. *op. cit.*, 2005, p. 66 e p. 79.

¹⁶⁰ ROCHA, Leila. *op. cit.*, 2005, p. 232.

Casa dos Expostos, a assistência às mulheres feita pelo Recolhimento das Órfãs e a separação entre os doentes e alienados¹⁶¹, medida ao mesmo tempo de saúde mas também de racionalidade administrativa.

Em relação à educação dos órfãos, as Misericórdias compartilhavam a concepção de infância comum ao período, que dizia que as crianças tinham uma “natureza má” a ser disciplinada¹⁶². As freiras e os padres eram responsáveis pela alfabetização e cuidado dos órfãos nas Misericórdias. Para além da caridade, faziam-no, com pressupostos utilitários, tendo em vista a profissionalização da mão-de-obra infantil e o uso dessa força laboral nas próprias instituições.

Segundo Coimbra (1986), os órfãos, tanto rapazes como raparigas, internos da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro tinham jornadas extenuantes, sendo os rapazes obrigados ao trabalho de serventes nas enfermarias dos hospitais e as raparigas empregadas como lavadeiras e costureiras. Consequentemente, o contacto destes adolescentes e crianças com os enfermos provocaram o contágio de doenças. Efectivamente, o autor demonstra que 180 internas da instituição no Rio de Janeiro, entre 1896 e 1908, contraíram tuberculose e morreram 31 delas.¹⁶³

Como era comum ao tempo, as meninas não recebiam educação intelectual, sendo mais habitual o ensino do cuidado do lar. Mesmo as jovens bem-nascidas recebiam pouca instrução¹⁶⁴. Ainda assim, na Misericórdia da Bahia, um rapaz recebia cinco horas diárias de aula até aos catorze anos, enquanto uma rapariga tinha três horas diárias até aos doze anos¹⁶⁵.

As desigualdades em género acresciam-se às de classe. Na Misericórdia bahiana houve uma divisão do ensino para crianças ricas pagantes e outra para

¹⁶¹ SANGLARD, Gisele. *Entre os salões e o laboratório: filantropia, mecenato e práticas científicas no Rio de Janeiro – 1920-1940*, Tese de doutorado, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005, p. 51.

¹⁶² CHAVES, António Marcos, BORRIONE, Roberta, MESQUITA, Giovanna Reis. *op. cit.*, 2004a, p. 101.

¹⁶³ COIMBRA, Luiz Octávio. *op. cit.*, 1986, p. 45.

¹⁶⁴ SANTANA, Ângela Cristina Salgado. *op. cit.*, 2005, p. 266.

¹⁶⁵ Idem, *ibidem*.

as crianças abandonadas que viviam na instituição. A melhoria do ensino recaiu na educação das primeiras, recusando-se os pais das últimas a colocarem os seus filhos a estudar com as crianças abandonadas¹⁶⁶.

Em suma, se as Misericórdias promoviam a conformação dos papéis masculinos e femininos na sociedade, a instrução também se fazia em virtude da cor das crianças. As brancas aprendiam as primeiras letras e eram guiadas ao mercado urbano de trabalho. As negras e pardas aprendiam ofícios agrícolas¹⁶⁷.

A assistência médica

Em 1889, o Governo imperial havia investido somente 1% dos recursos para os serviços de higiene, controlo dos portos, asilos e hospitais, enquanto os Ministérios da Guerra e Marinha receberam pelo menos vinte vezes mais. Isto é, apesar da reconhecida necessidade, o investimento estatal em Saúde Pública era reduzido¹⁶⁸. Porém, nesta segunda metade do século XIX ocorreram muitas mudanças políticas no país. Poder-se-ia dizer que a tarefa de escolher os beneficiários da assistência praticada pelas Misericórdias decorreu em igual medida desta conjuntura complexa que o Brasil vivia.

Se antes havia um ambiente rural e atrasado, as urbes emergentes produziram uma massa de marginalizados que se juntaram aos novos imigrantes europeus e emigrantes atraídos pelas promessas de prosperidade, devido ao crescimento económico em algumas cidades brasileiras. Ressalte-se ainda assim que as conjunturas vividas no Rio de Janeiro e São Paulo não são extensíveis ao restante do Brasil que detinha intervenção local, na maioria das vezes, em questões de saúde e assistência.

¹⁶⁶ Ibidem. A paridade do ensino é atingida no século XX, porém muitas famílias retiravam seus filhos do estabelecimento da Misericórdia por preconceito de classe.

¹⁶⁷ NASCIMENTO, Alcileide Cabral. *op. cit.*, 2004, p. 106.

¹⁶⁸ Segundo BLOUNT, J. *The public health movement in São Paulo: a history of the sanitary service (1892-1918)*, Tulane University, [s.l], 1971, *apud* COSTA, Nilson do Rosário. *Lutas Urbanas e controle sanitário. Origens das Políticas de Saúde no Brasil*, 2ª Edição, Petrópolis, Vozes, Rio de Janeiro, 1986, p. 35.

Possivelmente, as desigualdades persistentes do Brasil de hoje têm um lastro histórico proveniente desta época. Embora a escravidão tenha sido extinta em finais do século, o novo estatuto de liberdade dos brasileiros de pele negra não modificou a sua condição de saúde, que era precária desde o período colonial. Desnutridos e com condições muito difíceis, os bebês negros não atingiam, na maioria dos casos, os dez anos de idade¹⁶⁹.

Não havia uma prática médica que privilegiasse os negros, apesar de existirem alguns manuais ensinando a tratá-los. Quando escravos, as pessoas negras, por definição, somente eram examinadas se a sua enfermidade ameaçasse a saúde do seu dono e se atendido nas Misericórdias, estas recebiam do “proprietário” o pagamento pelo cuidado do cativo. Era o que acontecia na Misericórdia do Rio de Janeiro, onde a mortalidade atingia mais pessoas “livres” que os escravos negros. E a razão é apresentada pelo próprio provedor da instituição¹⁷⁰:

“ Os indivíduos livres que lutam contra as privações inerentes à miséria são com mais frequência acometidos de moléstias graves (...) ao passo que os escravos, merecendo da parte dos Senhores alguma solicitude tendente à conservação de sua propriedade, acham-se em condições mais favoráveis.”

De registrar, no entanto, que havia diferenças entre os escravos urbanos e rurais já que os primeiros se associavam em redes de solidariedade, como foi referido anteriormente, o que aumentava as suas hipóteses de sobrevivência.

Porém, a escravidão ou a pobreza eram condições encaradas como banais, numa sociedade crente que Deus distribuía a sorte de cada um. Os fiéis, responsáveis pelas acções nas Misericórdias auxiliavam em caso de doença, e

¹⁶⁹ BENASSAR, Bartolomé & MARIN, Richard. *op. cit.*, 2000, p. 254. Os contextos socioeconómicos precários sujeitam a situação de saúde das pessoas, vulnerabilizando-as. Para esta questão consultar: BOURDELAIS, Patrice. “Qu'est-ce que la vulnérabilité?: Un petit coup renverse aussitôt la personne (Süssmilch)”, *Les Populations Vulnérables (I), Annales de Demographie Historique*, nº 02, p. 5-9, Société de Demographie Historique, [s.l.], 2005.

¹⁷⁰ Relatório de Serviço da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro sobre a saúde dos escravos do quinquênio 1861-1866 *apud* COIMBRA, Luiz Octávio. *op. cit.*, 1986, p. 45.

proporcionavam o enterro dos pobres, e não questionavam a ordem estabelecida¹⁷¹.

Portanto, a saúde do escravo dependeria do seu dono e embora as Misericórdias tratassem dos cativos, esta assistência era precária¹⁷². Houve episódios em que escravos doentes incuráveis ou já velhos foram abandonados nos hospitais das Misericórdias sem que os donos se ocupassem dos gastos.

Embora sem outras informações sobre as demais instituições, as estatísticas da Misericórdia do Rio de Janeiro mostravam que os escravos morriam sobretudo de fadiga e de maus-tratos, não apenas por falta de assistência médica¹⁷³.

Novas instituições hospitalares surgiram para atender os doentes das epidemias. Um destes estabelecimentos filantrópicos que nasceu neste contexto foi o da cidade de Vitória, que não tinha hospital antes da segunda metade do século XIX¹⁷⁴. Alguns espaços foram criados pela iniciativa de religiosos, como foi o caso da Misericórdia de Campinas, fundada pelo padre José Vieira em 1871¹⁷⁵.

A presença dos religiosos passaria a ser comum, não só devido à ausência de funcionários laicos que se disponibilizassem para o cuidado de doentes pobres, mas também porque havia receio por parte dos profissionais laicos em trabalhar nos hospitais pelo facto de serem nesta época um lócus de doenças infecciosas (tal como o ainda é na actualidade). No Brasil este panorama só se

¹⁷¹ “ A ajuda atingia aos pobres, não aos escravos, porque estes deviam ser atendidos pelos seus senhores, únicos e absolutos responsáveis pela sua propriedade, o que se estendia ao socorro em caso de doença.”

Cf. WEBER, Beatriz. *op. cit.*, 2000, p. 3.

¹⁷² RUSSELL-WOOD, A.J.R. *op. cit.*, 1981, p. 222.

¹⁷³ Segundo uma nota de pesquisa de Ângela Porto, não há muitos estudos sobre a saúde dos escravos, sendo os seus trabalhos, referenciais: PORTO, Ângela. “Fontes para a História da Saúde dos escravos no Brasil”, 4º Encontro Escravidão e Liberdade no Brasil Meridional Curitiba, 2009. Consultado em: <http://www.labhstc.ufsc.br/ivencontro/pdfs/comunicacoes/AngelaPorto.pdf>. Acesso em Junho de 2009. PORTO, Ângela. “O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX. Doenças, instituições e práticas terapêuticas”, *História, Ciências e Saúde - Manguinhos*, vol. 13 n° 4, p. 1019- 27, Rio de Janeiro, out.-dez., 2006.

¹⁷⁴ PIVA, Izabel & SIQUEIRA, Maria da Penha. *op. cit.*, 2005.

¹⁷⁵ ROCHA, Leila. *op. cit.* 2005, p.109.

alteraria com o movimento sanitário e a consolidação da sociedade “medicalizada.”

Na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre foram as franciscanas que iniciaram a “medicalização” do hospital, muito embora tivessem conflitos com os médicos noutras questões, sobretudo quanto à concepção de um hospital filantrópico¹⁷⁶. Em conclusão, pode dizer-se que a fase imperial das Misericórdias foi marcada pela reconfiguração da sua política assistencial com a entrada de religiosos nos seus quadros, sendo a laicização um processo longo e desigual¹⁷⁷. Além disso, havia a oportunidade de proveitos políticos, o reconhecimento público por meio da religiosidade ostentadora, de quem fazia parte das Misericórdias, pois ajudar o pobre ainda durante o Império, significava, além da “garantia” do reino celeste, um lugar específico na hierarquia dos homens¹⁷⁸.

Ainda assim, foram criados alguns organismos importantes nos últimos anos da monarquia, tais como as filiais do Instituto Pasteur francês, que em diversas cidades deram um novo fôlego à dinâmica hospitalar do país. Refira-se ainda que foi o imperador em consórcio com a irmandade da Misericórdia carioca quem introduziu a vacina anti-rábica¹⁷⁹.

Isto para concluir que muito embora as principais instituições de pesquisa biomédica estivessem sob o Governo, assistiu-se ao início de uma nova mentalidade, sendo a Medicina o padrão para superar o modelo do hospital de caridade, começando igualmente pelas Misericórdias que adequaram suas estruturas para servirem também de faculdade de Medicina no Brasil como foi o caso da Santa Casa de Misericórdia da Bahia e a do Rio de Janeiro¹⁸⁰.

¹⁷⁶ SANGLARD, Gisele. *op. cit.*, 2005, p. 53.

¹⁷⁷ Idem, *ibidem*.

¹⁷⁸ WEBER, Beatriz. *op. cit.*, 2000, p. 3.

¹⁷⁹ SANGLARD, Gisele. *op. cit.*, 2005, p.58. De igual modo, para BOSCHI, Caio César: “ (...) *as Misericórdias coloniais jamais perderam o seu carácter semi-estatal, ou melhor semi-burocrático.* ”. *op. cit.*, 1986, p. 66.

¹⁸⁰ SANGLARD, Gisele. *op. cit.*, 2005, p.56.

Nessa perspectiva, o panorama aqui desenvolvido sobre as Misericórdias no período anterior à República brasileira, ainda que preliminar, teve como objectivo apresentar alguns elementos que procuram explicar como é que estas instituições se constituíram num traço contínuo da herança portuguesa em termos de assistência no Brasil, mesmo após a ruptura dos laços coloniais, sendo os seus hospitais espaços estratégicos para a implementação da Saúde Pública brasileira, apesar de todas as contradições e benefícios conhecidos.

A assistência hospitalar, desenvolvida pelas Misericórdias tanto no período colonial como no Império, teve, como salientou Sanglard (2005), a característica de ser “semiburocrática”, a meio caminho entre o público e o privado, e far-se-ia presente de modo destacado na República, como será desenvolvido a seguir¹⁸¹.

¹⁸¹ SANGLARD, Gisele. *op. cit.*, 2005, p. 50.

3º Capítulo - As Misericórdias na República Brasileira

O processo de expansão

Antecedentes

Com o final do Império brasileiro e a instauração da República em 1889, a nova configuração política não deu sinais de mudança substancial no teor da acção das Misericórdias no país, nem que se iriam modificar as formas clássicas que viam nestas irmandades as principais responsáveis pela protecção social. No entanto, o cariz ideológico da prestação foi alterado, resultado das mudanças e reconfigurações do novo estatuto político.

Em termos formais, a cláusula do “socorro público” estava incluída na Constituição de 1824 e bem patente nos decretos do imperador mas não se apontava quais seriam as entidades responsáveis pelo amparo¹⁸². Em 1891, a referida disposição foi retirada do corpo das leis, sendo concedida a subvenção de forma directa¹⁸³.

Aparentemente, o limbo jurídico da matéria assistencial do país foi mantido até o final da década de 1910, momento em que o panorama de saúde do Brasil começou a trazer inquietação às elites e ao Governo exigindo a intervenção das autoridades.

Embora tal contexto fosse praticamente idêntico na fase colonial do país, no alvorecer da República brasileira as doenças pestilenciais como varíola, febre-amarela, malária e tuberculose tornaram-se epidemias mais abrangentes, facilmente propagadas, presentes em todo o território nacional, ameaçando a

¹⁸² SOUZA, Simone Elias. *op. cit.*, 2007, p. 93; MARTINEZ, Paulo Henrique. *op. cit.*, 2003, p. 4.

¹⁸³ TOMASCHEWSKI, Cláudia. *op. cit.*, 2007, p. 27.

vida não apenas dos pobres mas de toda a população, que era obviamente muito maior que na época colonial.

Para além disso, eram necessárias estruturas sanitárias capazes de preservar a mão-de-obra e estabelecer condições favoráveis ao desenvolvimento do capitalismo. Face a esta conjuntura, as Misericórdias já não conseguiam sozinhas dar resposta às crescentes necessidades de cuidados de saúde¹⁸⁴.

Ao seu lado, o Governo iniciara um esboço de actuação mais incisiva com as medidas higiénicas influenciadas pelos pressupostos de Pasteur e pelo imaginário ainda dominante da teoria dos miasmas. Começou a ser feita a limpeza das ruas e das casas¹⁸⁵, mas o Governo não criou novos hospitais no Brasil, a não ser no Rio de Janeiro, cuja trajectória neste tema era completamente distinta da restante do país, antes aproveitou a posição das Misericórdias e o seu património nas principais cidades¹⁸⁶.

Embora também já fossem criadas outras instituições puramente estatais de assistência médica, como as Casas de Saúde e a Policlínica geral no Rio de Janeiro, por exemplo, para outras partes do Brasil entretanto, as Misericórdias permaneceram como modelo de assistência, havendo outra expansão de novas fundações pelo país, ainda mais expressiva que a registada no Império¹⁸⁷.

Entre 1889 e 1918 já estavam em funcionamento cem novas Misericórdias e muitas outras viriam a ser criadas, conforme será examinado posteriormente¹⁸⁸.

¹⁸⁴ Embora não tenham tido a relevância da cadeia hospitalar das Misericórdias, outras irmandades, além de outras iniciativas privadas, fundaram hospitais, ainda que restritos aos seus membros, como os hospitais da Beneficência Portuguesa.

¹⁸⁵ Este movimento de limpeza de ruas, demolições de casa e proibições de gestos, como o cuspir no chão não foram aceites facilmente pela população. Opositores às medidas sanitárias do Governo, conhecidas por “despotismo sanitário” foram alvo de forte recusa popular provocando distúrbios importantes como a chamada Revolta da Vacina tratada no livro de: CARVALHO, José Murilo de. *Os Bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi*, Companhia das Letras, São Paulo, 2006, p. 98.

¹⁸⁶ Excepção feita ao Rio de Janeiro conforme tem demonstrado os textos de Gisele Sanglard citados.

¹⁸⁷ SANGLARD, Gisele. “A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização”, *Esboços - Revista do Programa de Pós-Graduação em História da UFSC*, nº16, América do Sul, 2007a, p. 29.

¹⁸⁸ Ver o anexo acerca da criação das Misericórdias brasileiras em: KHOURY, Yara Aun. *op. cit.*, 2004.

À nova expansão de Misericórdias deve acrescentar-se o número das instituições fundadas no mesmo período, também por iniciativa privada¹⁸⁹.

Analisadas em conjunto com as Misericórdias activas desde a fase colonial, tem-se a dimensão do parque hospitalar instaurado já nas primeiras décadas da jovem República bem como algumas das suas contradições manifestas. Provavelmente, a mais notável resulta do facto da Igreja protagonizar um papel nunca antes permitido: fundação, direcção e supervisão de Misericórdias.

Além disso, embora fosse de esperar a existência de algumas mudanças mais expressivas com a transição do Governo e ascensão de outros valores, a actuação das Misericórdias permaneceu praticamente a mesma registada em fases anteriores: principal veio de sustentação da condição de saúde satisfatória da população brasileira.

Entretanto, determinados elementos propiciaram o desvirtuamento da natureza “clássica” das Misericórdias, isto é, houve um reposicionamento institucional mas também simbólico de sua prestação assistencial no país.

A perda de autonomia face à Igreja e ao Estado constituiu um dos vértices na análise deste fenómeno complexo, sobretudo se estudado no contexto da ascensão de valores republicanos no Brasil, exigindo novos estudos para a sua perfeita compreensão.

Na verdade, as elites que compunham as mesas directoras das Irmandades encaravam a promoção de religiosos nos seus quadros como uma necessidade utilitária, especialmente com as freiras hospitalares, como já discutido, visto que as Misericórdias faziam economias com a utilização do seu serviço de enfermagem.

A presença de religiosos na condução de algumas Misericórdias pode ser interpretada de forma simples como o cumprimento da caridade. Já a motivação

¹⁸⁹ Sobretudo para o Rio de Janeiro, outros hospitais são fundados por iniciativas privadas e o Governo criava na sua maioria hospitais de isolamento. SANGLARD, Gisele. “Hospitais: espaços de cura e lugares de memória da saúde”, *Anais do Museu Paulista*, vol. 15, nº 2, São Paulo, Dezembro, 2007b, p. 259-260.

que impeliu às elites a permanecerem na administração seria diferente de outros períodos porque seria apoiada em outras premissas e contemplaria outras variáveis.

Nesta linha argumentativa um aspecto importante a ser considerado é o da reformulação do imaginário social acerca das Misericórdias, apesar de não se terem verificado rupturas profundas. As elites mantiveram os objectivos de controlo da pobreza e dos níveis satisfatórios em saúde como razões para se organizarem em torno das Misericórdias.

Igualmente, a possibilidade de exercer a filantropia atraía as pessoas para as irmandades que desfrutariam também de vantagens políticas trazidas pelo relacionamento com elites económicas, secularmente à frente das instituições, motivação que aliciava novos irmãos¹⁹⁰.

Muito embora fosse esperado que os irmãos contribuíssem com seus bens e trabalho para o sustento das iniciativas das Misericórdias, não é exagero supor que alguns também tivessem sido cativados pela oportunidade de gerir o dinheiro público que chegava às Misericórdias, através das subvenções estatais existentes desde o período colonial.

No entanto, a atribuição dos subsídios processada de forma esporádica e alicerçada na ideologia da caridade institucionalizada somente alcançou regularidade durante a República. Por outro lado, a concessão já não mais apregoada como caridade, por fazer parte de uma nova mentalidade acerca do tema, sendo a filantropia utilitária o propósito do Governo.

Dependente das Misericórdias para manter padrões sanitários aceitáveis, o Estado brasileiro tomou medidas racionalizadas para a concessão destes benefícios nas distintas presidências entre o período de 1922 a 1945 e isto não

¹⁹⁰ E não apenas vantagens políticas, mas também de “seguro social”. Cf. WEBER Beatriz, *op. cit.*, 2000, p. 7: “Seriam recolhidos à entidade, recebendo alimentação, cama e vestuário em caso de “indigência” e/ou velhice, estendendo-se o benefício às mulheres; recebiam enterro no cemitério da instituição, com honras fúnebres, assim como a mulher e os filhos não emancipados. Além disso, extensível a todos os irmãos, de acordo com as doações e contribuições à irmandade, recebiam diploma, retratos na galeria dos benfeitores, títulos de benfeitor, benemérito ou de membros natos e, com isso, prestígio social.”

apenas no âmbito da saúde e assistência, mas também no campo simbólico, confirmando a orientação indicativa nos estudos antropológicos que defende que se uma prática prossegue no corpo social, não obstante as mudanças estruturais básicas, como um regime político, o facto deve-se ao significado dado a esta prática social¹⁹¹.

As alterações significativas ocorreriam nos centros comerciais relevantes para a economia e para a sociabilidade brasileira, como o Rio de Janeiro e São Paulo.

Para além disso, o predomínio de estabelecimentos de saúde e assistência social, nos grandes centros urbanos, constituiu uma variável importante do desenvolvimento desigual das cidades brasileiras. Na década de 1920, um terço dos operários do país residia no estado de São Paulo e muitas Misericórdias foram ali criadas.

Entre 1910 e 1930, foram abertas, nesse estado, instituições assistenciais que colmataram um espaço não preenchido pela assistência social do Governo que começava a organizar-se.

Os imigrantes, sobretudo, detinham uma enorme variedade de instituições de apoio, muitas delas fundadas respeitando as características de cada grupo social. Por exemplo, comunidades judaicas criaram instituições filantrópicas para inserção cultural e social no Novo Mundo.

Em 1915 já existia a Sociedade Beneficente das Damas Israelitas em São Paulo¹⁹². No Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais, as associações de socorro eram mais numerosas do que nos municípios e cidades de pouca expressão política.

Isto é, a existência de uma instituição como uma Misericórdia, ou outra do género, filantrópica, seria possibilitada pelas condições económicas favoráveis

¹⁹¹ QUIROGA, Ana Maria. “Assistência e Poder: revendo uma articulação histórica”, *Praia Vermelha* [Online], vol. 18, nº 1, América do Norte, Janeiro, 2009, p. 14-28

¹⁹² CITRYNOWICZ, Roney. “Instituições de assistência social e imigração judaica”, *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, vol. 12, nº 1, p. 169-84, Rio de Janeiro, jan.-abr., 2005.

da região e do nível associativo da comunidade. Em São Paulo havia os grandes centros urbanos e em desenvolvimento capitalista do país, de tal forma que o estado conservava também as maiores dotações orçamentárias entre os anos de 1892 e 1906¹⁹³.

Provavelmente, decorre desta circunstância (o peso da representação política e económica de estados como o Rio de Janeiro e São Paulo), o facto de o movimento dinâmico de instalações de hospitais durante os primeiros anos da República não se ter verificado em escala mais ampla nos outros estados brasileiros.

A situação de saúde no Brasil nos primeiros anos da República

A existência de epidemias, ameaçadoras da capacidade laboral, orientou a maioria dos hospitais criados por irmandades de Misericórdias, mas também proporcionou a actuação mais efectiva do Estado Brasileiro. O aumento populacional registado com a chegada dos imigrantes, em conjunto com os problemas sanitários do país, criou condições para se efectivar um novo padrão de saúde no Brasil.

Preocupado com a publicidade negativa do quadro epidemiológico brasileiro no estrangeiro, o presidente Prudente de Moraes, já na década de 1890, consolidou uma série de políticas públicas visando a melhoria da situação de saúde, principalmente no Rio de Janeiro. Estas acções de cariz estatal promoveram a organização sanitária com a fundação de novos estabelecimentos tais como os laboratórios de Saúde Pública em 1892¹⁹⁴.

Um factor haveria de definir a forma pela qual se deu esta organização. Por um lado, a primeira grande Guerra Mundial paralisou a economia e, no Brasil, provocou a perda do monopólio do café. O quinquénio de 1914 a 1919

¹⁹³ COSTA, Nilson do Rosário. *Lutas Urbanas e controle sanitário. Origens das Políticas de Saúde no Brasil*, 2ª Edição, Petrópolis, Vozes, Rio de Janeiro, 1986, p. 42.

¹⁹⁴ COSTA, Nilson do Rosário. *Lutas Urbanas e controle sanitário. Origens das Políticas de Saúde no Brasil*, 2ª Edição, Petrópolis, Vozes, Rio de Janeiro, 1986, p. 41.

foi caracterizado por uma alta elevação do custo de vida, pela escassez de alimentos, declínio das condições de vida dos trabalhadores e aumento do desemprego¹⁹⁵.

A difícil situação económica acarretou níveis alarmantes de pauperismo e alterou o estado de saúde das pessoas. A tuberculose causava a morte de trabalhadores e de crianças pobres, dadas as precárias condições de habitação, trabalho e alimentação¹⁹⁶. A epidemia de gripe espanhola completou, a partir de 1918, a chamada *triade maldita*, fenómeno que engloba as degradações que a fome, a guerra e a doença trazem para o seio de uma população, reduzindo-a¹⁹⁷.

Para enfrentar este contexto de crise sanitária, no período da proclamação da República do Brasil em 1889, e até ao ano de 1922, o país viu nascer 112 Misericórdias, 58 delas no estado de São Paulo. Por seu turno, o Governo teve em consideração a intervenção nas questões da Saúde Pública de forma sistemática. A vertente sanitária foi marcada por dois grandes momentos: a organização da saúde introduzida por Oswaldo Cruz e a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, locus das reformas desenvolvidas por Carlos Chagas.

Estes dois nomes estão assinalados como os promotores das primeiras políticas de Saúde Pública na esfera pública estatal¹⁹⁸. Mas outras iniciativas foram tomadas, como por exemplo a lei Eloi Chaves de 1923, que promulgou a prestação de serviços médicos, hospitalares e farmacêuticos.

Todavia, embora houvesse maior participação da esfera estatal, os hospitais gerais não foram alvo de melhores reformulações. Isto é, o Governo compreendia que a melhoria no campo da Medicina social só poderia ser atingida pela delegação da assistência hospitalar a uma estrutura já assentada.

¹⁹⁵ Idem, p. 81.

¹⁹⁶ Ibidem, p. 82-84.

¹⁹⁷ Deste modo, é acertado assemelhar, por analogia, o contexto brasileiro ao fim dos anos 10 do século XX ao vivido pela Europa no século XV em que a fome, a guerra e a peste nortearam a assistência pública e por extensão, a propulsão da rede de Misericórdias em Portugal e no ultramar.

¹⁹⁸ COSTA, Nilson do Rosário. *op. cit.*, 1986.

Neste contexto o Governo subsidiou e criou comissões de controlo dos hospitais, e tais medidas proporcionaram o aumento de leitos. Isto acontece no Rio de Janeiro na década de 1920, pois havia no estado uma situação sanitária agravada pelas constantes epidemias, conjugada com falta de camas hospitalares.

Embora sem maiores informações para outros estados brasileiros que complementam a análise, julga-se que, se a situação na capital da República era precária no que respeita aos leitos, para o restante do país deveria ser ainda mais aguda, sobretudo se nas cidades que detinham Misericórdias acontecesse o mesmo que na do Rio de Janeiro.

A Santa Casa da Misericórdia da cidade tinha durante as primeiras décadas da República um expressivo património predial, com rendimentos vultuosos advindos das aplicações em títulos de renda e da cobrança do pagamento para o atendimento nos seus serviços médicos¹⁹⁹.

Segundo Coimbra (1986) havia o desestímulo à expansão de leitos para os pobres de forma a que a Irmandade obtivesse lucro. A instituição já não tinha apenas doentes pobres como beneficiários da sua assistência médica, embora fosse este o discurso junto ao Governo para o repasse de recursos, mas oferecia seus leitos para enfermos que pudessem pagar como é possível ver na tabela²⁰⁰.

¹⁹⁹ COIMBRA, Luiz Octávio. *op. cit.*, 1986, p. 48.

²⁰⁰ Capturada no texto de Luiz Octávio Coimbra, *op. cit.*, 1986, p. 49.

Número de internos contribuintes e internos gratuitos nos hospitais da Santa Casa do Rio de Janeiro – 1913/1920

Hospitais	Anos			
	1913-1916		1917-1920	
	Int.Contrib.	Int. Grat.	Int. Contrib.	Int. Grat.
Hospício N. S. da Saúde	-	10.754	-	8.756
Hospício N. S. do Socorro	-	2.880	-	3.041
Hospício S. J. Batista da Lagoa	-	3.617	-	2.709
Hospital Geral	2.937	74.001	23.397	30.196
Hospital N. S. das Dores	-	2.398	-	5.002
Hospital São Zacarias	-	2.108	-	4.704

Fonte: Prefeitura do Rio de Janeiro, História e Estatística. RJ, DAPP, 1922.

A prática era corrente desde o período colonial quando as municipalidades se viam obrigadas a ressarcirem as Misericórdias pelo tratamento de marinheiros e soldados, mas no século XX parece ser cada vez mais significativa.

A Misericórdia do Rio de Janeiro foi uma das primeiras instituições a apresentar, na literatura consultada, um perfil dúbio da sua prestação médica baseado em critérios de rendimento, sendo o discurso de instituição caridosa, pelo menos neste período considerado, descaracterizado.

Desde 1917, pelo menos nesta Misericórdia, já se exigia um atestado de pobreza para o atendimento gratuito no hospital de enfermos ²⁰¹. Os que pagavam tinham atendimento diferenciado, o que diminuiu a mortalidade nos hospitais e instaurou uma importante dimensão da desigualdade em saúde no Brasil, aumentando a oferta de cuidados com qualidade aos que pudessem pagar.

²⁰¹ Cf. o verbete sobre a “Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro”, Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro. *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*, Capturado em 28 Maio de 2009. Online. Disponível na Internet <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br> p. 10. Ver também: TOMASCHEWSKI, Cláudia. *op. cit.*, 2007, p. 203. De igual modo, na Misericórdia de Pelotas se exigia o atestado de pobreza para o atendimento gratuito. Para o Rio de Janeiro: COIMBRA, Luiz Octávio. *op. cit.*, 2007, p. 48, reitera esta afirmação.

Julga-se que essa medida em si não tenha sido incompatível com os preceitos fundamentais das instituições visto ter possibilitado o aumento da renda das Misericórdias de forma que pudessem reinvestir nos objectivos institucionais que lhe são inerentes, a saber, o atendimento assistencial. A questão se torna discutível quando se verifica que o nível de mortalidade entre os que pagam e os que não pagam é muito destoante.

Na Misericórdia do Rio de Janeiro, as estatísticas de mortalidade entre os enfermos atendidos no quesito “gratuito” chegava a 20,4%, e para os doentes “contribuintes” era de 12,9%²⁰². Esta questão é melhor elucidada em outra tabela apresentada por Coimbra (1986)²⁰³:

Número de internos contribuintes e internos gratuitos nos hospitais do Rio de Janeiro (1913/1920)

Hospitais Anos	Hospitais Administrados pela Irmandade da Misericórdia ¹		Hospitais Públicos ²		Outros Hospitais ³	
	Contri.	Grat.	Contr.	Grat.	Contr.	Grat.
1913/1916	2.937	94.758	588	54.493	91	16.391
1917/1920	23.397	54.421	-	60.719	629	19.779

Fonte: Prefeitura do Rio de Janeiro. *História e Estatística*. RJ, Dep. De Assistência Pública e Privada 1922.

Dez anos depois, em 1927, já era mais do que evidente, portanto, que a Misericórdia do Rio de Janeiro atendia público pagante, ao que tudo indica de forma preferencial, pois uma parte dos seus leitos era-lhes reservada, diminuindo assim a oferta para os enfermos desvalidos. Cláudia Tomaschewski (2007) apontou que o hospital mantido pela Santa Casa de Misericórdia de Pelotas no Rio Grande do Sul, desde 1890 que deixara de ser uma instituição prioritariamente voltada aos pobres, atendendo a “ricos ou remediados”²⁰⁴.

²⁰² COIMBRA, Luiz Octávio. *op. cit.*, 1986 p. 49.

²⁰³ Idem. p. 50.

²⁰⁴ TOMASCHEWSKI, Cláudia. *op. cit.*, 2007, p. 86.

Além da ausência de leitos havia os problemas internos que a Santa Casa do Rio tinha com a Faculdade de Medicina. A relação entre as duas instituições era conflituosa devido à concepção singular que cada uma possuía acerca do espaço do hospital.

As Misericórdias mantinham a percepção da dimensão tradicional de cuidado enquanto a Direcção da Faculdade buscava implementar os avanços da Medicina, moldando o hospital numa estrutura terapêutica e não apenas de asilo de pobres doentes.

Os embates resultaram na demanda pela criação de hospitais puramente estatais, aspecto já destacado por Gisele Sanglard (2006) para a década de 1920, pelo menos no Rio de Janeiro. A autora ressalta ainda que foi a partir desta altura que se deu o início do processo de laicização da saúde²⁰⁵.

Convém mais uma vez lembrar que o protagonismo do Rio de Janeiro nesta questão é um caso distinto dos restantes estados brasileiros. A própria reforma sanitária nos primeiros anos da República no Brasil era singular conforme os estados.

A historiadora Cláudia Tomaszewski (2007) discutiu este mesmo tema para o Rio Grande do Sul, constando que a Misericórdia local atendia sociedades de socorro mútuo, não detentoras de hospital próprio.

Estas associações utilizavam-se dos serviços da Santa Casa da Misericórdia mediante pagamento e pugnavam por melhores condições de preço e atendimento, expediente do qual os pobres não se poderiam valer²⁰⁶.

Desta maneira, no âmbito da saúde, a política conduzida visou preservar as riquezas e as boas condições de desenvolvimento do sistema económico instaurado, bem como aproveitar o potencial de práticas médicas rentáveis. Não parece haver indícios de que o Governo brasileiro republicano tenha rompido

²⁰⁵ SANGLARD, Gisele. "Hospital de Clínicas Artur Bernardes e a Assistência Hospitalar no Rio de Janeiro: primeiras reflexões", Anpuh Rio de Janeiro 'Usos do Passado' — XII Encontro Regional de História ANPUH-RJ, 2006. Disponível em: <http://www.rj.anpuh.org/Anais/2006/conferencias/Gisele%20Sanglard.pdf> Acesso em Junho de 2009.

²⁰⁶ TOMASZEWSKI, Cláudia. *op. cit.*, 2007, p. 71.

por completo com o entendimento de quem seria responsável pela assistência àqueles que não ganhassem o seu sustento pelo trabalho.

Parece provável que a questão sanitária tenha servido de motivação para classes e grupos civis agirem como forças sociais e as instituições de saúde foram parte integrante da estratégia duma Saúde Pública de prestação utilitária, determinada a atingir interesses de grupos dominantes segundo uma específica visão de nação.

Embora a identidade nacional fosse homogénea e as pessoas compartilhassem do mesmo imaginário social acerca do assunto, as características histórico-sociais das cidades brasileiras conformaram o modelo de saúde adoptado em cada unidade federativa, revelando as desigualdades dos níveis de desenvolvimento da assistência médica nos estados.

Apesar de aqui não se proceder, por falta de fontes, a um exame mais demorado sobre o modo como se enfrentaram as questões sanitárias em todos os estados, a bibliografia consultada indica alguns processos importantes, assinalados para Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Espírito Santo, mas principalmente para São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia, amplamente estudados na historiografia²⁰⁷.

Enfatiza-se que não parece ser fortuito o facto de tais estados possuírem os melhores índices de protecção social no período inicial da República se localizarem nas duas regiões de expressiva participação na economia do Brasil, a saber, a Região Sul (Rio Grande do Sul) e o Sudeste (Espírito Santo, Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro)²⁰⁸.

A Bahia, integrante da região Nordeste, tinha relevância neste cenário pela anterioridade da sua actuação como capital do Brasil enquanto colónia e,

²⁰⁷ As obras citadas e consultadas para este trabalho contemplam esta perspectiva. Veja-se as obras de Laima Mesgravis, Leila Rocha, Ana Maria Melo Negrão para São Paulo, os trabalhos de Gisele Sanglard, Tânia Salgado Pimenta para o Rio de Janeiro, e o texto de Russell-Wood sobre a Misericórdia da Bahia, já destacados.

²⁰⁸ Tais estados eram desde o período colonial economicamente relevantes para o Brasil.

igualmente, pela representatividade da sua população, razão pela qual as suas elites tinham influência no jogo político do país²⁰⁹.

Ao comparar-se, por exemplo, São Paulo e Bahia, percebe-se que as elites brasileiras tinham interpretações nitidamente divergentes ao enfrentarem crises sanitárias.

O caso de São Paulo diferencia-se não apenas pelo acentuado desempenho económico do estado, mas igualmente pelo associativismo, empreendedorismo e por uma rede ampla de equipamentos sociais, sobretudo de Misericórdias, condição que o tornou melhor preparado para lidar com as crises.

No Espírito Santo, o Governo provincial e federal actuavam em conjunto, financiando acções de instituições filantrópicas, embora fosse a assistência laica da sua Misericórdia a responsável pela situação de saúde²¹⁰. Deste modo, o processo da reforma sanitária nas distintas urbes brasileiras esteve ligado ao nível de desenvolvimento socioeconómico, bem como às suas configurações políticas.

Isto torna-se claro com o exemplo dos estados do Nordeste brasileiro, pois, para além de problemas sanitários comuns ao resto do país, a sua situação de saúde era agravada pelo banditismo rural dos cangaceiros e o *coronelismo*,²¹¹ que marcavam a paisagem social, aliando pobreza e violência nos estados de menos expressão económica.

Castro Santos (1998) mostrou que na Bahia, ainda que num passado de grande actuação da Santa Casa de Salvador, a reforma sanitária foi feita em nítida desvantagem em relação a São Paulo²¹². A razão discutida pelo autor não está relacionada com o contexto económico, uma vez que o domínio da economia bahiana havia se tornado restrito a grupos estrangeiros. A

²⁰⁹ LOVE, 1980 p. 138 *apud* CASTRO SANTOS, Luiz A. de. “As Origens da Reforma Sanitária e da Modernização Conservadora na Bahia durante a Primeira República”, *Dados*, vol. 41, nº 3, Rio de Janeiro, 1998, p. 1.

²¹⁰ PIVA, Izabel & SIQUEIRA, Maria da Penha. *op. cit.*, 2005.

²¹¹ Coronelismo pode ser entendido como uma forma autoritária de organização política em que as elites controlam todos os aspectos da sociabilidade de um estado, porém com submissão ao presidente da República.

²¹² CASTRO SANTOS, Luiz A. de. *op. cit.*, 1998.

regionalização das elites agrárias no Nordeste explicaria, em grande parte, a ausência de vontade política em alterar quadros agravantes dos problemas sociais.

A escolha dos legisladores em não investir em saúde no caso da Bahia confirma tal análise. Castro Santos (1998) relata ainda que houve grande mortalidade durante as endemias e que o quadro só foi alterado com a intervenção federal.

As epidemias foram mais virulentas nas camadas pobres, por causa da ausência de recursos médicos e pela carestia dos alimentos, mas também serviram ao propósito de reorganização social, feita pelas autoridades civis (e também a elite) que historicamente estavam no seu controlo. Apoiadas no preceito de bem comum, estas autoridades ganhavam forças políticas para conservar o poder, garantir os seus interesses e dominar o corpo social.

O Brasil moderno

A Era Vargas é considerada na literatura como o período do nascimento do Brasil moderno. Durante o Estado Novo (1930-1947), a tónica recaía no nacionalismo e independência.

O poder legislativo era voltado para o interesse das elites regionais²¹³ e uma estrutura centralizadora foi instituída em prol de uma presidência autocrática²¹⁴.

Getúlio Vargas é visto na história do Brasil como o político mais importante da primeira metade do século XX, sendo apresentado como paladino duma política reformadora no campo da assistência e do trabalho, nomeadamente, devido à criação da Previdência Social²¹⁵.

²¹³ ABREU, Luciano Aronne de. "O Estado Novo: fim das políticas regionais?", *Estudos Ibero-Americanos*, PUCRS, vol. XXXIII, nº1, p. 172-191, [s.l], Junho, 2007.

²¹⁴ WEINSTEIN, Barbara. "Racializando as Diferenças Regionais: SÃO PAULO X BRASIL, 1932", *Esboços - Revista do Programa de Pós-Graduação em História da UFSC*, nº16, América do Sul, 2007.

²¹⁵ BENASSAR, Bartolomé & MARIN, Richard. *op. cit.*, 2000, p. 337-362.

O presidente gaúcho regulamentou novas iniciativas no campo da assistência médica com a criação de seguros sociais, no entanto, não extinguiu as antigas. Tal como seus antecessores Eptácio Pessoa (1919-1922), Arthur Bernardes (1922-1926) e Washington Luís (1926-1930), Getúlio Vargas (1930-1945) soube aproveitar as estruturas das instituições privadas, como as Misericórdias²¹⁶.

Ainda assim, é necessário compreender em que medida a mudança de governabilidade alterou, ou não, o desempenho das Misericórdias durante a República. Importa conhecer quem as dirigia, quem era assistido e, principalmente, como é que as Misericórdias se relacionaram com o advento de novas formulações da assistência em saúde e do combate à pobreza.

Assim, o principal objectivo deste capítulo é o de conhecer como o modelo de assistência oferecido pelas Misericórdias transitou de séculos anteriores para o século XX, resistindo ainda no presente²¹⁷, sendo bem perceptíveis os traços de continuidade com um passado não longínquo em termos simbólicos, juntamente com a inserção de novos parâmetros para a assistência pública, de modo geral, e à saúde, em particular.

A proximidade das elites das Misericórdias com as estruturas eclesiásticas e as reformulações simbólicas da caridade

Conforme constatado em França, a secularização da enfermagem, por exemplo, causou um défice de funcionários devido à recusa de enfermeiros laicos em trabalhar com doentes pobres à custa de um baixo salário²¹⁸.

²¹⁶ É o que tem mostrado a análise da documentação do período. Foram analisados os decretos-lei, leis e decretos promulgados, disponíveis a consulta no sítio Web da Câmara dos Deputados do Brasil, secção “legislação”.

²¹⁷ TOMASCHEWSKI, Claudia. *op. cit.*, 2007, p. 63. A autora defende a ideia de modelo de assistência porque, pelas Misericórdias, serviços assistenciais eram assegurados à população com a gestão pelas elites, de subvenções estatais, doações e filantropia.

²¹⁸ A separação do Estado e da Igreja na França em 1905 forçou a expulsão das freiras que se ocupavam dos doentes nos hospitais. Os bens foram tomados e a administração passou a ser laica. Pouco tempo depois o próprio Governo retoma o serviço das religiosas pela ausência de pessoal laico treinado e motivado para trabalhar com populações estigmatizadas socialmente como os indigentes e doentes mentais. Para uma melhor apreciação do processo ver: LALOUE, Jacqueline. *L'Hôpital entre religions et laïcité. Du Moyen Age à nos jours*. Collection Mémoire chrétienne au présent, N° 4. Letouzey et Ané Paris, 2006.

No Brasil, apesar de as condições de ensino da enfermagem serem precárias²¹⁹, o custo de um enfermeiro laico era mais elevado que o das freiras, pois as técnicas sanitárias empregadas eram praticamente as mesmas.

Enquanto em França o movimento da laicização foi no sentido de expulsar as freiras, depois de séculos de serviços prestados nas enfermarias²²⁰, no Brasil adoptou-se o caminho inverso. A singularidade brasileira parece, portanto, estar ligada a outros factores.

Na verdade, era mais simples recorrer às religiosas que ali se dispunham pelo preceito da caridade do que despender recursos formando um grupo laico, como já foi sugerido. Muitas religiosas vieram, nomeadamente da França, ingressar o corpo de funcionários de hospitais mantidos pela Misericórdias.

Ocupando-se, sobretudo, da assistência à doença mental, estas irmãs residiam nos asilos de alienados, cuidavam dos órfãos e ensinavam nas escolas primárias²²¹. Deste modo, na primeira República as freiras mantiveram-se como funcionárias de algumas instituições das Misericórdias.

O fenómeno é contraditório, como se tem vindo a referir, mas seria visível particularmente na gestão de Getúlio Vargas, num tempo em que as pessoas eram incentivadas a mostrar a sua religiosidade. E desta forma, quem organizou no Brasil a assistência aos pobres, a partir dos anos 1920, passou a incorporar esta particularidade pré-existente desde o Império. Tal preceito foi seguido nas Misericórdias, apesar de desvirtuar a natureza autónoma das instituições. Foi aproveitado o imaginário simbólico da caridade para incutir nos profissionais da assistência, a ideia de missão²²².

²¹⁹ A enfermagem nos moldes “nightgaleanos” só se instaura no Brasil a partir da década de 1920 primeiro no Rio de Janeiro, depois paulatinamente nas demais cidades brasileiras, chegando no Paraná em 1953. A enfermagem como profissão passou a ser regulamentada em 1931. PIZANI, Maria Angélica Pinto Nunes, *op. cit.*, 2005, p. 5-7.

²²⁰ LALOUETTE, Jacqueline. *op. cit.*, 2006.

²²¹ Caso de Curitiba segundo PIZANI, Maria Angélica Pinto Nunes. “A actuação de Religiosas em Curitiba na Assistência aos alienados durante a República Velha”, 2002, p.8 e da Misericórdia de Campinas com o asilo de órfãos. Veja-se igualmente: NEGRÃO, Ana Maria Melo. *op. cit.*, 2006.

²²² HONORATO, Cezar. “Estado Novo e Cidadania: A Assistência Social em Discussão”, *Anos 90* (UFRGS), vol. 8, p. 14-29, Porto Alegre, 1997.

Além disso, seria cada vez mais difícil perceber a separação entre os preceitos laicos, e até mesmo republicanos, dos religiosos, não só na condução das Misericórdias como do próprio país. O tema pode ser dimensionado na análise do decreto nº 12.503 de 1º de Julho de 1943, em que o Governo concedia a subvenção de 5.000 cruzeiros à Conferência de São Vicente de Paulo “*mantenedora da Santa Casa de Misericórdia de Martinho Campos*” em Minas Gerais.

Isto indicia que passara a ser comum algumas instituições religiosas controlarem os recursos e as actividades das Misericórdias, que eram laicas. Alguns casos merecem ser aprofundados. Segundo a bibliografia, partia das próprias mesas administrativas a solicitação para o envio das irmãs para as enfermarias dos hospitais das Misericórdias²²³.

Das congregações que atenderam ao pedido, as que se fizeram mais presentes foram as irmãs Salesianas, Franciscanas, Vicentinas e as freiras da ordem francesa de São José de Chamberry.

No entanto, o processo não parece ter sido pacífico. Por exemplo, na Misericórdia de Angra dos Reis, no Rio de Janeiro, o pedido para o envio de freiras hospitalares foi feito ao longo de anos junto das várias organizações eclesiásticas, mas apenas em 1926 foi atendido com o envio de freiras da congregação das Pequenas Irmãs da Divina Providência²²⁴.

As freiras assumiram o serviço interno do hospital, pelo menos até 1945, quando a madre provincial da congregação solicitou a saída das irmãs. Mas é possível que os desentendimentos entre o corpo clínico e a forma de funcionamento do serviço de enfermagem das freiras tenham causado a sua exoneração, ficando o serviço assegurado por funcionários laicos, circunstância que deve ter causado problemas, pelas razões de ordem financeira já discutidas

²²³ KHOURY, Yara Aun. *op. cit.*, 2004.

²²⁴ *Idem*, p. 432.

anteriormente, acabando assim as irmãs por regressarem em 1948 à instituição de Angra dos Reis²²⁵.

Noutra área geográfica, em Ribeirão Preto, São Paulo, durante 20 anos a administração do hospital esteve sob a tutela das Irmãs Salesianas, tendo as freiras sido substituídas em 1938 pelas Irmãs Apóstolas do Sagrado Coração de Jesus²²⁶. Na Misericórdia de Rio Claro, como em São Paulo, as irmãs Franciscanas Hospitaleiras Portuguesas permaneceram até 1982.

Conforme se presume, as mudanças nem sempre correspondiam aos objectivos das partes envolvidas. Em algumas Misericórdias parece terem existido divergências entre as Mesas e algumas congregações e isto pode ter ocasionado a mudança de direcção do hospital da Misericórdia em Ribeirão Preto, no estado de São Paulo²²⁷.

As freiras eram encarregues da administração do hospital e da farmácia e não deviam influenciar a religiosidade dos enfermos e dos funcionários. A gestão dos estabelecimentos poderia ser feita por parte de uma religiosa, mas tal gerência seria segundo pressupostos laicos, pois²²⁸

“O estado não tem religião oficial. Ele subvenciona anualmente este pio estabelecimento, que não pode e não deve jamais ser confundido com uma associação religiosa, que deixaria, ipso facto, de merecer a sua valiosa protecção, desde que fossem postergadas as amplas liberdades, intuitos da sua fundação. A Santa Casa de Misericórdia de Pelotas não tem religião oficial.”

²²⁵ Ibidem.

²²⁶ KHOURY, Yara Aun. *op. cit.*, 2004, p. 634.

²²⁷ De forma mais concreta, a substituição de irmãs por uma outra ordem não parece ser apenas fortuita já que existiria também o receio de disputas de poder. As Irmãs de Caridade, por exemplo, foram recusadas pela mesa da Misericórdia de Pelotas por representarem ameaça à Mesa administrativa, enquanto as Franciscanas foram aceite sob a condição de obedecerem o estipulado na: “12ª Cláusula : A Santa Casa de Misericórdia de Pelotas manterá, como até aqui, o seu compromisso e regimento interno e a sua mesa administrativa será soberana em tudo quanto for relativo à administração do estabelecimento”. Mesa Administrativa de 1º de Dezembro de 1899. Acervo da Santa Casa da Misericórdia de Pelotas. Livro nº 6 de Atas, Deliberações, e eleições da Mesa da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas – 1889- 1922 *apud* TOMASCHEWKI, Cláudia. *op. cit.*, 2007, p. 107.

²²⁸ Carta de Advertência dirigida à Irmã Carolina, madre superiora do Hospital de Misericórdia de Pelotas, ata da Assembleia do dia 29 de Outubro de 1900 Livro nº 6 *apud* TOMASCHEWSKI, Cláudia. *op. cit.*, 2007, p. 107-108.

Esta atenção à conduta das freiras justificava-se pela religiosidade pragmática dos provedores, que queriam evitar situações como a ocorrida em Misericórdias do Rio Grande do Sul e, com algum grau de certeza, nas demais instituições do país nas quais as freiras colocavam medalhas e santinhos nos travesseiros dos ateuos, para que se convertessem à fé católica, e oravam ao pé dos moribundos. Os provedores temiam pela legitimidade social das Misericórdias pois estas acções descreditavam-nas como instituições laicas²²⁹.

Pelotas e Porto Alegre, duas cidades do Rio Grande do Sul, ambas com Misericórdias, perceberam a questão da laicização da assistência de forma distinta. Em Pelotas, os dirigentes identificavam-se com os pressupostos laicos da República na condução dos seus serviços, sem interferir na dimensão subjectiva dos seus atendidos. Já a conduta da Misericórdia em Porto Alegre reflectia uma acção mais concertada com os preceitos católicos. Quem se declarasse desta religião era melhor atendido²³⁰.

Por outro lado, importa esclarecer que a presença de religiosas nos hospitais das Misericórdias não impossibilitou o exercício das práticas modernas em Medicina, ainda que o conteúdo católico fosse mantido, sobretudo quanto à simbologia da caridade²³¹.

Este tema foi recorrentemente reformulado ao longo deste período, mas é possível afirmar que a caridade nunca terá sido abolida dos preceitos simbólicos destas instituições. O que mudou substancialmente foi a forma de a expressar e o meio de obtenção de recursos por parte das Misericórdias.

O conceito de caridade deixou de ser a base moral legítima para a subvenção das actividades desenvolvidas por estas instituições, sendo suplantado pela filantropia como dimensão simbólica, motivadora das acções dos homens e mulheres à frente dos estabelecimentos.

²²⁹ WEBER, Beatriz. *op. cit.*, 2000, p. 4.

²³⁰ WEBER, Beatriz. *op. cit.*, 2000, p. 7.

²³¹ *Ibidem*.

A caridade perduraria na premissa dos cultos, nas celebrações religiosas e nomeadamente nas exposições públicas de prestígio daqueles que participavam nas irmandades de Misericórdia, num contexto de auxílio paternalista.

Estas novas ideologias quanto à razão pública, no Estado republicano liberal, foram modificando o entendimento sobre a responsabilidade pela organização, condução e prestação da assistência social e médica no Brasil.

No Rio Grande do Sul manteve-se a dimensão caritativa na prestação do serviço médico nas Misericórdias, bem como a religiosidade externa no cuidado dos doentes pelas freiras e, paralelamente com as inovações médicas.

Para se ter uma ideia da força do simbólico, o provedor da Misericórdia de Porto Alegre, já na segunda metade do século XX, atribuía ao divino as subvenções recebidas em momentos financeiros cruciais e redigiu um livro de acções de graça²³².

Mas nem sempre assim era. As Misericórdias de Salvador e a do Rio de Janeiro, por exemplo, foram apresentadas como as que utilizaram os serviços de médicos e enfermeiros laicos, remunerando os primeiros. Na maioria dos casos, um médico prestava assistência gratuita nos hospitais das Misericórdias. Há que referir que, os médicos começaram a receber pagamentos de forma mais sistemática no começo do século XX²³³.

A consolidação do hospital como lócus de terapêutica médica

A partir do século XX, os hospitais brasileiros já não seriam exclusivamente espaços para praticar a caridade por meio da assistência espiritual e médico-social, mas, sim, pela Medicina.

O imaginário social acerca da higiene teria tido grande predomínio neste processo. Ao lado das inovações de técnicas médicas, a percepção da relação

²³² WEBER, Beatriz. *op. cit.*, 2000, p.3.

²³³ Ver o verbete sobre a “Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro”, Escola Anatómica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro. *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*, Capturado em 28 Maio de 2009. Online. Disponível na Internet <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>, p. 7-8.

entre a saúde e o aspecto insalubre das dependências hospitalares, bem como das cidades, começou a instaurar-se e a incentivar reformas²³⁴.

De entre as muitas mudanças registadas, cabe destacar a transformação dos hospitais gerais em espaço para os doentes “curáveis”, isto é, para a atenção à doença como de resto acontecia na Europa desde o início do Período Moderno.

Os “incuráveis” (os pobres sem abrigo, os idosos, inválidos, doentes mentais e crianças abandonadas) já não teriam acesso garantido aos leitos hospitalares muito embora permanecessem outros equipamentos das Misericórdias para o seu benefício como os asilos de órfãos, para dementes e velhos²³⁵.

Neste sentido, as Misericórdias, que acompanhavam tais transformações, também reformariam as suas práticas assistenciais, mas não sem alguns conflitos²³⁶.

No Rio de Janeiro, o hospital da Misericórdia, para além do aspecto de caridade que lhe estava inculcado, foi palco de partilha de conhecimentos relacionados com o ensino médico, pois era o único com enfermarias suficientes para a prática dos estudantes da Faculdade de Medicina²³⁷.

Os hospitais das Misericórdias constituíam-se em verdadeiras unidades médicas já na primeira metade do século XX, com o processo da reforma sanitária iniciado na década de 1920, mas mantinham a caridade nos aspectos simbólicos exigindo que lhe pagassem pela prestação dos serviços de saúde.

²³⁴ LALOUETTE, Jacqueline. *L'Hôpital entre religions et laïcité. Du Moyen Age à nos jours*. Collection : Mémoire chrétienne au présent, N° 4. Letouzey et Ané Paris, 2006 e VIGARELLO, Georges. *Le propre et le sale L'hygiène du corps depuis le Moyen Age* «Points Histoire» Editions du Seuil, Paris, 1985.

²³⁵ O tema é situado ainda no século XIX conforme indica a Ata da Mesa Administrativa de 23 de Outubro de 1887. Livro n° 4. do provedor da Misericórdia de Pelotas acerca do atendimento no hospital: “*não pequeno número de inválidos, cujo único mal é a velhice. Mas com certeza a parcimónia de nossos recursos nos priva de continuar a tê-la, pois como bem se sabe, não é esta a nossa missão – não dirigimos um asilo de inválidos, mas um hospital de caridade para curativo de enfermos.*” *apud* TOMASCHEWSKI, Cláudia. *op. cit.*, 2007, p. 205.

²³⁶ WEBER, Beatriz. *op. cit.*, 2000, p. 3; PIMENTA, Tânia Salgado. *op. cit.*, 2003.

²³⁷ A Faculdade de Medicina do Rio obteve prédio próprio em 1978. SANGLARD, Gisele. “A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização”, *Esboços - Revista do Programa de Pós-Graduação em História da UFSC*, n°16, América do Sul, 2007a.

Por sua vez, a “medicalização” dos espaços das Misericórdias conformou a separação formal entre a assistência médica e a social das instituições. Todavia, o cuidado em saúde permaneceria como política expansionista privilegiada para a criação de novos estabelecimentos.

Ainda assim, os dementes e os doentes incuráveis, como os leprosos, tiveram instituições próprias, tais como os asilos de mendicidade, asilos de alienados, asilos de órfãos e recolhimentos para as crianças abandonadas, como já foi aludido.

Gisele Sanglard (2007a) confirma que para o Rio de Janeiro começaram a surgir espaços diferenciados dentro do complexo hospitalar da Santa Casa da Misericórdia carioca já na década de 1910, como a Policlínica das Crianças, em 1909, e em 1914, o Hospital São Zacharias, também para atendimento infantil²³⁸.

De forma análoga, a historiadora Beatriz Weber (2000) demonstrou, para o Rio Grande do Sul, que a concepção do hospital como unidade de exclusividade terapêutica, na qual as medidas higienistas prevaleceriam, foi levada a efeito em 1903 no município de Santa Maria²³⁹.

Conforme é possível observar nas tabelas subsequentes, a assistência social já era, na década de 1930, desvinculada dos hospitais e presente de forma pronunciada no Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais.

²³⁸ SANGLARD, Gisele. “Hospitais: espaços de cura e lugares de memória da saúde”, *Anais do Museu Paulista*, vol. 15, nº 2, São Paulo, Dezembro, 2007b, p. 261.

²³⁹ A historiadora reforça que seriam impedidos de entrar no hospital os detentores de enfermidades incuráveis, ressaltando que o hospital já não seria um asilo. WEBER, Beatriz. *op. cit.*, 2000, p. 9-10. Ver também para a Misericórdia de Pelotas a tese de: TOMASCHEWSKI, Cláudia. *op. cit.*, 2007, p. 158.

SITUAÇÃO SOCIAL

ASILOS E RECOLHIMENTOS

1 - Números de instituições, segundo sua natureza - 1932

UNIDADES FEDERADAS	NUMERO DE INSTITUIÇÕES										Total
	ESTADUAIS			MUNICIPAIS			PARTICULARES				
	Sub-venções	Não sub-venções	Soma	Sub-venções	Não sub-venções	Soma	Sub-venções	Não sub-venções	Soma	Total	
Distrito Federal	12	—	—	3	3	3	19	27	46	61	
Alagoas	—	1	2	—	—	—	2	1	3	5	
Amazonas	—	2	2	—	—	—	2	1	3	5	
Baía	—	1	1	1	1	1	10	3	13	15	
Ceará	—	—	—	—	—	—	3	1	4	4	
Espirito Santo	—	—	—	—	—	—	4	—	4	4	
Goiás	—	—	—	—	—	—	2	2	4	4	
Maranhão	—	—	—	—	—	—	3	3	6	6	
Mato Grosso	—	—	—	—	—	—	1	1	2	2	
Minas Gerais	—	4	4	1	1	1	28	31	59	64	
Pará	—	2	3	1	1	1	—	3	3	7	
Paraná	—	1	1	—	—	—	4	2	6	7	
Pernambuco	—	3	4	—	—	—	5	2	7	11	
Piauí	—	1	1	1	1	1	9	14	23	25	
Rio de Janeiro	1	1	1	2	2	2	12	5	17	21	
Rio Grande do Norte	—	4	4	—	—	—	—	—	—	4	
Rio Grande do Sul	—	3	3	—	—	—	15	6	21	24	
Santa Catarina	—	—	—	2	2	2	4	2	6	8	
São Paulo	—	3	3	2	2	2	60	32	92	97	
Sergipe	—	—	—	—	—	—	3	—	3	3	
Terreiro do Acre	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
BRASIL	13	3	27	30	10	13	186	136	322	378	

FONTE - Anuário estatístico do Brasil 1937. Rio de Janeiro: IBGE, v. 3, 1937.

1 - As subvenções concedidas, ora são federais ou municipais. Em alguns casos procedem de dois dos governos ou dos três, simultaneamente.

SITUAÇÃO SOCIAL

ASILOS E RECONHECIMENTOS

II - Número de instituições, segundo o fim a que se destinam - 1932

UNIDADES FEDERADAS	NUMERO DE INSTITUIÇÕES										Total
	SEGUNDO OS FINS A QUE SE DESTINAM										
	Vida contemp- platina	Amparo a inválidos da Pátria	Regene- ração social	Amparo à infância	Amparo a moças pobres	Amparo à mendicância de	Amparo a cegos	Amparo a surdos-mudos	Amparo a mori- tíficos	Amparo a psico- patas	
Distrito Federal	—	2	1	39	2	9	2	1	1	4	61
Alagoas	—	—	1	2	—	1	—	—	—	1	5
Amazonas	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	5
Baía	—	—	1	10	—	3	—	—	—	—	15
Ceará	—	—	1	1	—	1	—	—	—	—	4
Espirito Santo	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	4
Goiás	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	4
Maranhão	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	4
Mato Grosso	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	2
Minas Gerais	1	—	2	25	1	30	1	—	—	—	64
Pará	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	7
Paraná	—	—	—	2	—	4	—	—	—	—	7
Pernambuco	—	—	—	5	—	4	—	—	—	—	11
Piauí	2	—	1	15	—	5	—	—	—	—	25
Rio de Janeiro	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Rio Grande do Norte	—	—	—	10	—	10	—	—	—	—	21
Rio Grande do Sul	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	4
Santa Catarina	—	—	—	14	—	7	—	—	—	—	24
São Paulo	1	—	—	2	—	4	—	—	—	—	8
Sergipe	—	—	—	41	1	39	—	—	—	—	97
Terreiro do Acre	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	3
BRASIL	4	2	7	181	3	128	3	1	22	27	378

FONTE - Anuário estatístico do Brasil 1937. Rio de Janeiro: IBGE, v. 3, 1937.

Embora não se distinga o nome das Misericórdias nas tabelas acima exibidas, calcula-se que, pelo menos para os casos do Rio de Janeiro e de São Paulo, alguns dos estabelecimentos apresentados na questão de “instituições particulares” fossem da competência das Misericórdias, respeitantes ao atendimento à infância, aos morféticos (doentes que tivessem lepra) e aos psicopatas (os loucos na semântica do período).

Ainda que necessite de maior alicerce documental, esta dedução resulta do cruzamento de informações acerca das subvenções destinadas às instituições do género, nos decretos em que as Misericórdias aparecem em número elevado nestas cidades²⁴⁰.

Já quanto aos hospitais das Misericórdias, pode apreender-se a preponderância das suas actividades hospitalares pela tripla atribuição que exerceria na situação de saúde do Brasil: simultaneamente hospital privado e público, além de hospital universitário.

Neste último aspecto, a rede hospitalar das Misericórdias consolidou a terapêutica nas enfermarias por abrigarem as faculdades de Medicina mais antigas do Brasil²⁴¹.

Para além disso, a Medicina como ciência afirmar-se-ia como instrumento para a melhoria de condições de vida e tal perspectiva ganharia o espaço das Misericórdias de forma inexorável, reconfigurando o velho e o novo no cenário hospitalar brasileiro.

A população atendida pelas Misericórdias

Embora seja difícil encontrar informação directa e acessível sobre as pessoas atendidas nas Misericórdias, estas instituições eram, no entender de

²⁴⁰ Foi constatado que alguns asilos de infância por exemplo, não apareciam na redacção dos decretos sob a denominação de “Santa Casa de Misericórdia” mas efectivamente pertenciam à instituição, como é o caso do educandário “Romão de Mattos” que recebe verba própria e está até os dias de hoje, subordinado à irmandade do Rio de Janeiro.

²⁴¹ SANGULAR, Gisele. *op. cit.*, 2007a, p. 29.

Cláudia Tomaszewski, intermediárias entre o Estado, que concedia as subvenções, e os ricos, que geriam as Misericórdias²⁴².

Como foi sugerido precedentemente, sabe-se pouco acerca da actuação das instituições durante a República para com outros grupos vulneráveis, para além dos doentes e das crianças abandonadas.

Teoricamente, o público assistido pelas Misericórdias seria em geral constituído pelos pobres. Porém, se, por ausência de documentação, não se consegue delimitar este grupo, consegue-se, pelo menos, indicar quem não era atendido pelas Misericórdias.

Já foi visto que, para os trabalhadores foram criadas, na gestão de Vargas, medidas para assegurar a sua força de trabalho por meio de políticas de protecção social ao assalariado.

Quem não trabalhasse não teria acesso à estrutura de serviços médicos e assistenciais, pois o modelo era baseado na adesão obrigatória ao seguro privado, como de resto fica claro na documentação compulsada²⁴³.

Porém, interessa saber como foi organizada a assistência àqueles que não estivessem trabalhando e fossem desvalidos.

O que está provado é que, para estes últimos, que não podiam garantir o seu sustento pelo trabalho, o apoio foi simultaneamente caritativo e repressivo, continuando práticas que já vinham da Idade Média. Segundo o código Penal de 1940, a *vadiagem*²⁴⁴ seria fortemente reprimida, bem como a prostituição²⁴⁵.

²⁴² TOMASCHEWSKI, Cláudia. *op. cit.*, 2007, p. 118.

²⁴³ “No campo da assistência social, o Governo também introduziu importantes mudanças. Ao lado das Caixas de Aposentadoria e Pensões (que vinham desde a década de 1920), foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões, órgãos controlados pelo Estado responsáveis pela extensão de direitos sociais a categorias nacionais de trabalhadores. Durante a década de 1930, foram criados Institutos de Aposentadoria e Pensões de várias categorias como industriários, comerciários, bancários, funcionários públicos etc.”.

Trecho capturado no sítio Web do Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil na secção “Era Vargas, anos de Incerteza (1930 - 1937), Política Social”. Acesso em Maio de 2009.

Disponível em <http://www.cpdoc.fgv.br/comum/htm/>

²⁴⁴ O termo é melhor entendido na contemporaneidade sob a designação de “ociosidade”. Entretanto a terminologia “vadiagem” ainda se faz presente no decreto-lei nº 3.688, de 3 de Outubro de 1941 “Lei das Contravenções Penais” e está em vigor conforme o original: “Vadiagem” Art. 59. Entregar-se alguém habitualmente à ociosidade, sendo válido para o trabalho, sem ter renda que lhe assegure meios bastantes de subsistência, ou prover à própria subsistência mediante ocupação ilícita: Pena - prisão simples, de quinze dias a três meses. Parágrafo único. A aquisição superveniente de renda, que assegure ao condenado meios bastantes de

Para além dos pobres, segundo Dantas (2001) também todos os seres “indesejados” à constituição de uma nação forte, higiénica e eugenista²⁴⁶ no Brasil eram incluídos nesta política: os homossexuais, os retirantes²⁴⁷ e os que contestassem o regime Vargas²⁴⁸.

Nas primeiras décadas da República, as cadeias sofriam de superlotação, como tem mostrado Elizabeth Cancelli (2005)²⁴⁹. Porém não há indícios de uma assistência social voltada aos presos durante a Era Vargas por parte das Misericórdias²⁵⁰.

Pela tradição que as Misericórdias tinham no campo da assistência jurídica e alimentícia aos encarcerados, seria de esperar que desenvolvessem algum tipo de intervenção para com este grupo, mas tal não parece ter acontecido²⁵¹.

Além disso, se os presos eram em grande número, por que razão as Misericórdias optaram por preterir tal actividade? A resposta exige investigação,

subsistência, extingue a pena.” Recentemente o presidente Luiz Inácio Lula da Silva revogou o artigo 60º da referida lei acerca da penalização da mendicidade, cf. o texto legal: “Mendicância Art. 60. *(Revogado pela Lei nº 11.983, de 16/7/2009)*” Consultados em www.camara.gov.br/legislacao Acesso em Julho de 2009.

²⁴⁵ Decreto-Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1940, artigo 93.

²⁴⁶ Ver a discussão proposta por KOIFMAN, Fábio. “Estado Novo e Eugenia”, [s.r.] acerca do pensamento das elites a respeito de uma nação civilizada. A palavra eugenia, segundo ele adquiriu uma conotação flexível no Brasil, sendo muitas vezes confundida com higiene. Disponível em <http://www.anpuh.uepg.br/xxiii-simposio/anais/textos/F%C3%81BIO%20KOIFMAN.pdf> Acesso em Maio de 2009.

²⁴⁷ O retirante é uma pessoa natural da região Nordeste do Brasil, nome que designa os que fogem às secas. Uma melhor definição é encontrada em: DANTAS, George A.F. & FERREIRA, Ângela L.A. “Os “indesejáveis” na cidade: as representações do retirante da seca (Natal, 1890-1930)”, *Migración Y Cambio Social Nº extraordinário* dedicado ao III Coloquio Internacional de Geocrítica (Actas del Coloquio) Scripta Nova *Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, Universidad de Barcelona, Nº 94 (96), Barcelona, 1 de Agosto de 2001. “Entende-se o retirante como uma condição excepcional do homem geralmente pobre do campo, das cidades do interior, que, sozinho, em família ou em grupos maiores, vê-se na contingência do abandono de suas terras para emigrar para outras regiões do país fugindo das secas (na verdade, das condições precárias da estrutura socioeconómica do mundo rural que são exacerbadas nos períodos de seca), do “sertão”, o interior semi-árido do Nordeste e parte de Minas Gerais; a essa população que habita o sertão costuma-se dizer sertaneja; contudo, como adjectivo, tem também o significado, pejorativo, de rude, áspero, rústico”.

²⁴⁸ DANTAS, George A.F. & FERREIRA, Ângela L.A. *op. cit.*, 2001.

²⁴⁹ CANCELLI, Elizabeth. “Repressão e Controle Prisional No Brasil: Prisões Comparadas”, *História: Questões & Debates*, Editora UFPR, nº 42, p. 141-156, Curitiba, 2005, p. 141-156.

²⁵⁰ O contacto estabelecido com Elizabeth Cancelli acerca do tema não retornou informações.

²⁵¹ TOMASCHEWSKI, Cláudia. *op. cit.*, 2007, p. 130, aponta na sua tese que presos foram enviados pelo Estado para trabalharem na Misericórdia de Pelotas em finais do século XIX. A assistência alimentar e jurídica a presos pobres foi uma das importantes actividades assistenciais das Misericórdias durante o período colonial e imperial do Brasil, conforme já foi aludido no capítulo 2, mas parece reduzido o número de obras que abordam esta temática para os séculos XIX e XX no contexto das Misericórdias do Brasil.

mas lembra-se que a assistência social era prestada sob o prisma da caridade e filantropia sendo esta modalidade pouco lucrativa para as Misericórdias e portanto preterida desde o período colonial tal como se discutiu em secções anteriores.

Mais, a benevolência não poderia entrar em conflito com a ideologia do Estado e dos seus interesses. As elites e autoridades locais sempre decidiam quem eram os merecedores ou não da assistência e os presos ficaram fora do seu raio de acção.

Ao se considerar outro flagelo social, tal como as secas no Nordeste brasileiro e as condições de seu enfrentamento, esta perspectiva analítica se aplica, pois, às medidas para combater tais problemas naquela região seriam dependentes do nível de sensibilização dos que estiveram no poder e da sua consciência da responsabilidade nestas questões.

Embora a prevalência, como referido antes, fosse pela criação de instituições nas regiões economicamente prósperas, algumas Misericórdias foram estabelecidas em sítios atingidos por estiagens constantes.

Algumas delas estariam em consonância com a política adoptada pelo Governo, já que o tema da seca, frequente no Nordeste do país havia se transformado em problema nacional. A administração pública enviava recursos às áreas atingidas, como cita uma reportagem da época da primeira República para o caso de Natal no Rio Grande do Norte. Todavia as subvenções pareciam não atingir o objectivo²⁵²:

"A imoralidade tem chegado ao seu auge no que diz respeito aos socorros públicos. [...]. O dinheiro público não serve para matar a fome dos infelizes indigentes, mas sim para encher as algibeiras de meia dúzia de felizardos e especuladores políticos."

²⁵² " [...] Ao invés disto, porém, a policia espanca os indigentes, as pobres e infelizes mulheres e inocentes crianças; fere-os, levando-os a rifle e espada, como sucedeu, no bairro da Ribeira, na noite de 22 do corrente! Nem ao menos pagam o salário dos infelizes, que reclamam o que é seu. [...] Com o dinheiro público estão se fazendo serviços particulares [...]" (Scenas e factos. Gazeta do Natal, Natal, nº 128, p. 4, 27, Julho, 1889).
apud DANTAS, George A.F. & FERREIRA, Ângela L.A. op. cit., 2001.

O caso de Natal é emblemático para o entendimento de um processo que não se expressa de forma igual em todo o país. Porém, as Misericórdias no Nordeste seguem o padrão expansionista revelado por Abreu (2001), tendo sido fundadas quando havia organização comunitária voltada a este intento.

Os fins para a entrada das elites nas Misericórdias, pelo menos no Nordeste brasileiro, não se justificavam pelo socorro aos pobres, pois aparentemente, estes ficaram entregues à própria sorte.

É esta a conclusão que explicará o episódio do apelo público realizado por três mil pessoas pedindo pão em frente à igreja matriz da cidade de Natal, que não comoveu os “bons da terra” para uma ajuda organizada por parte da população, fosse por uma Misericórdia, fosse por outra entidade do género²⁵³. Pela proximidade geográfica, é possível que a Misericórdia de Fortaleza tenha assistido alguns destes pobres pertencentes a Natal.

Em outras partes do país, as escolhas para o atendimento de algumas modalidades assistenciais em detrimento de outras, justificam-se politicamente e foram distintas em cada cidade onde se estabeleceu uma Misericórdia.

De forma majoritária, a assistência prestada por estas instituições foi enfatizada nas actividades hospitalares, com uma parcela desse cuidado destinada aos doentes mentais, tal como mostra a historiografia²⁵⁴.

À excepção dos cuidados terapêuticos habituais da época, a assistência psiquiátrica revelada nas três primeiras décadas da República resumia-se ao encarceramento e isolamento dos alienados e uma importante cota deste “cuidado institucionalizado” ficou a cargo das Misericórdias.

Quando estas não existiam, os alienados eram encaminhados para o hospício nacional, no Rio de Janeiro ou para as prisões públicas²⁵⁵. No entanto,

²⁵³... *esta capital presenciou a cena mais comovente, desoladora e triste que se tem visto nos tempos calamitosos que atravessamos. Uma multidão compacta de três mil famintos reuniu-se em frente ao consistório da igreja matriz, à praça da Alegria, [...], e ali pedia pão para si, suas mulheres e filhos.*"

(A fome e os seus horrores. *Gazeta do Natal*, Natal, nº 136, p. 1, 21 setembro, 1889) apud DANTAS, George A.F. & FERREIRA, Ângela L.A. op. cit., 2001

²⁵⁴ VENANCIO, Ana Teresa História. “Do Saber Psiquiátrico No Brasil: Ciência e Assistência em Debate”. *História, Ciências, Saúde -Manguinhos* [online], vol.10, nº3, Rio de Janeiro, 2003.

o avanço da psiquiatria trouxe renovação a este tipo de assistência e as Misericórdias, gradualmente foram se desincumbindo da tarefa.

Estas instituições, segundo já constatado em períodos anteriores, comungavam dos valores compartilhados pela dinâmica societária e raramente se opunham a eles. Nesta vertente é compreensível a reorganização do seu campo assistencial e o abandono completo de algumas práticas, como o da assistência aos alienados e a assistência aos presos.

A tabela seguinte reporta-se à primeira década do século XX, mas já se revelam alguns traços da mudança. Das 33 instituições enunciadas, 17 são privadas e 16 são governamentais.

Constata-se que o Governo foi assumindo esta responsabilidade pela assistência aos alienados como uma prerrogativa de Saúde Pública a cargo da estrutura governamental, mas conservando o protagonismo das organizações privadas.

²⁵⁵ Sobre a gestão da loucura no Brasil República consultar JABERT, Alexander. “Formas de administração da loucura na Primeira República: o caso do estado do Espírito Santo”, *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, vol. 12, nº 3, p. 693-716, Rio de Janeiro, set.-dez., 2005.

SEDE (1)		NOME DO ESTABELECIMENTO	Administração pública de que depende o estabelecimento, instituição que o mantém, ou firma social a que pertence	DATA DA FUNDAÇÃO	DATA DE INSTALAÇÃO
Estados e Distrito Federal	Cidades e Villas				
Alagoas	Maceió	Asylo Santa Leopoldina (2)	Governo Estadual	Março de 1888	Janeiro de 1891
		Hospício Eduardo Ribeiro (3)	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia (4)	3 de outubro de 1894 (5)	1894
Amazonas	Mimato	Hospício São João de Deus (6)	Governo Estadual (7)	18 de Junho de 1869	24 de Junho de 1874
		Hospício de Alienados de São Vicente de Paulo (8)	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza	7 de Setembro de 1877	1 de Março de 1886
Bahia	Salvador	Casa de Saúde Doutor Eiras (9)	Companhia Casa de Saúde Doutor Eiras	1862	1862
		Casa de Saúde Doutor Leal (10)	Dr. Lourenço Ferreira da Silva Leal	1896	15 de Agosto de 1896 (11)
Ceará	Poraupaba	Casa de Saúde São Sebastião (12)	Dr. Francisco Simões Crêta	1873	1873
		Casa de Saúde de Alienados do Engenho de Dentro (14)	Governo Federal	11 de Junho de 1911	11 de Junho de 1911
Distrito Federal	Brasília	Colônia de Alienados da Ilha do Governador (15)	Governo Federal	15 de Fevereiro de 1890	21 de Junho de 1890
		Colônias de Alienados (16)	Governo Federal (17)	18 de Julho de 1841	2 de Dezembro de 1841
Maranhão	São Luiz	Hospital Nacional de Alienados (18)	Governo Federal (19)	1893	1 de Maio de 1894
		Instituto de Neuro-Pathologia (18)	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia	Posterior a 1858 (21)	
Mato Grosso	Cuiabá	Asylo de Alienados da Santa Casa de Misericórdia (20)	Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia	16 de Agosto de 1900	12 de Outubro de 1903
		Enfermaria de Alienados da Santa Casa de Misericórdia	Governo estadual	27 de Setembro de 1910	1911
Minas Gerais	Belo Horizonte	Asylo Central de Assistência a Alienados (22)	Governo Estadual (24)	1885	1885
		Colônia Mimenta de Alienados (23)	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia	1830	1830
Paraná	Curitiba	Enfermaria de Alienados da Casa de Caridade	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia	1891	27 de Agosto de 1892
		Hospício de Alienados	Governo Estadual	1889	1890
Parayba do Norte	Parayba	Hospício de Alienados (25)	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia (27)	25 de Março de 1903	4 de Abril de 1903
		Asylo de Alienados de Sant' Anna (26)	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia	20 de Julho de 1864	1864 (30)
Paraná	Curitiba	Hospício de Nossa Senhora da Luz (28)	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia	15 de Janeiro de 1907	24 de Janeiro de 1907
		Hospício de Alienados (29)	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia (32)	30 de Março de 1904	3 de Dezembro de 1905
Santa Catharina	Florianópolis	Asylo de Alienados (31)	Governo Estadual	15 de Dezembro de 1910	15 de Março de 1911
		Colônia Agricola de Alienados de Vargem Alegre (33)	Governo Estadual	6 de Novembro de 1879	29 de Junho de 1884
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Hospício de Isolamento da Piedade (34)	Governo Estadual	1902	29 de Junho de 1902
		Hospício São Pedro (36)	Igreja de Nossa Senhora de Azambuja	1 de Junho de 1906	1906
Rio Grande do Sul	Porto Alegre	Asylo de Alienados de Azambuja (37)	Governo Municipal (38)	1907	14 de abril de 1908
		Hospício de Alienados	Governo Estadual	1895	Maio de 1896
Rio Grande do Sul	Porto Alegre	Hospício de Assistência Familiar (41)	Governo Estadual	5 de Maio de 1852	1852
		Colônia de Alienados (42)	Governo Estadual	1 de Janeiro de 1898	1898
Rio Grande do Sul	Porto Alegre	Hospício de Alienados (43)	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia	1907	8 de outubro de 1907
		Hospício Barão da Serra Negra (44)	Dr. Homem de Mello & Comp	Agosto de 1910	10 de Outubro de 1910
Rio Grande do Sul	Porto Alegre	Casa de Saúde Doutor Homem de Mello (45)	Sociedade Anonyma Instituto Paulista		
		Instituto Paulista (46)			

Observações: Reproduzido com alterações

FONTE — Anuário estatístico do Brasil 1908-1912. Rio de Janeiro: Direcção Geral de Estatística, v. 1-3, 1916-1927.

Por fim, embora pese o argumento de que eram instituições que não cobriam municípios ou grupos geograficamente longínquos, é necessário recordar que um importante contingente populacional atendido pelas Misericórdias era proveniente de locais sem expressão económica no Brasil, isto é, os emigrantes internos que tentavam obter melhores condições de vida nos grandes centros urbanos.

O “menor” e a “criança” no Brasil República

Entre 1920 e 1940, a infância delinvente e desvalida foi matéria de activa discussão quanto às políticas de intervenção pública, reformulando a acção das Misericórdias em relação a estes grupos. O debate iria romper com determinadas tradições de entendimento acerca do que é ser criança na esfera sociopolítica resultando daí novas leis e regulamentações²⁵⁶.

A instituição de uma ordem, visando o progresso, na qual a valorização do trabalho era o meio e o fim, fez rever o papel da criança na sociedade brasileira²⁵⁷. Em 1923 foi criado um Juízo de Menores, o primeiro do Brasil na então capital do Rio de Janeiro e em 1927 foi regulamentado o Código de Menores. As mudanças visavam disciplinar uma população infantil cada vez mais constituída por órfãos e crianças abandonadas por causa das epidemias bem como organizar as regras do seu trabalho.

Em especial, as raparigas órfãs foram alvo de maior intervenção através da criação de um maior número de estabelecimentos de recolhimento. As

²⁵⁶ FERREIRA, Laura Valéria. “Menores Desamparados da Proclamação da República ao Estado Novo”, *Revista Virtú*, Sétima Edição, Rio de Janeiro, 1º semestre de 2008.

²⁵⁷ PEREIRA, André Ricardo. “A criança no Estado Novo: uma leitura na longa duração”, *Rev. Bras. Hist.* vol. 19, nº 38, São Paulo, 1999.

campanhas publicitárias enalteciam a imagem de crianças limpas e fortes, sendo o passado de orfandade obliterado²⁵⁸.

Mas na realidade, a ordem pública era ameaçada pelos vadios, aqueles que o Governo considerava perigosos, como os filhos de imigrantes empobrecidos e os descendentes dos escravos. Na verdade, estes não eram considerados crianças, eram menores e os jornais da época relatavam a necessidade de os “ocupar”.

Se encontrados pelas ruas a jogar à bola, as crianças pobres, sobretudo os rapazes, eram encaminhadas para recolhimentos industriais onde lhes ensinavam uma profissão. Mas como tais instituições eram em número reduzido, as crianças eram enviadas para estabelecimentos de assistência privada²⁵⁹.

Apenas a consulta nos arquivos das Santas Casas de Misericórdia permitirá afirmar categoricamente se as crianças e os adolescentes enquadrados neste tipo de situação foram encaminhados para os seus estabelecimentos de atenção infantil. Muito embora a bibliografia indique tal possibilidade²⁶⁰, e tanto mais que, como a roda dos expostos²⁶¹ foi abolida pelo artigo 15º do Código de Menores de 1927, tal facto deverá ter obrigado as instituições a reorganizarem os seus serviços²⁶².

²⁵⁸ Cf. exposição sobre o tema de : BRITES, Olga. “Infância, higiene e saúde na propaganda (usos e abusos nos anos 30 a 50)”, *Revista Brasileira de História*. (online) vol. 20, nº 39, p. 249-278, São Paulo, 2000.

²⁵⁹ FERREIRA, Laura Valéria. *op. cit.*, 2008.

²⁶⁰ As detenções de menores eram em sua maioria por desordem e vadiagem segundo FERREIRA, Laura Valéria. *op. cit.*, p. 6: “Muitas dessas detenções eram prisões ‘correcionais’ de vinte e quatro horas e por desordem e vadiagem. Durante essas prisões, os menores eram admoestados para que aprendessem a não incorrer novamente em delito. Alguns meninos eram encaminhados ao Abrigo de Mendigos ou às instituições filantrópicas”. A autora não cita quais seriam as entidades.

²⁶¹ Ver o verbete de Jussara Galindo sobre a roda dos expostos: “O nome roda se refere a um artefacto de madeira fixado ao muro ou janela do hospital, no qual era depositada a criança, sendo que ao girar o artefacto a criança era conduzida para dentro das dependências do mesmo, sem que a identidade de quem ali colocasse o bebé fosse revelada. As primeiras iniciativas de atendimento à criança abandonada no Brasil se deram, seguindo a tradição portuguesa, instalando-se a roda dos expostos nas Santas Casas de Misericórdia. Em princípio três: Salvador (1726), Rio de Janeiro (1738), Recife (1789) e ainda em São Paulo (1825), já no início do Império. Outras rodas menores foram surgindo em outras cidades após este período”. Fonte: http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/glossario/verb_c_roda_dos_expostos.htm Acesso em Julho de 2009.

²⁶² FERREIRA, Laura Valéria. *op. cit.*, 2008.

De entre os serviços organizados pelo Governo para esse efeito destacam-se as instituições do SAM (Serviço de Assistência ao Menor), implementado na Era Vargas, com o objectivo de corrigir a criança infractora.

Todavia, não cumpria objectivos nem institucionais nem humanitários já que os menores estavam sujeitos a maus-tratos, alimentação inadequada e falta de higiene naqueles estabelecimentos²⁶³.

No âmbito desta problemática, os asilos das Misericórdias, orientados por outros valores, ofereciam uma assistência melhor organizada, pelo menos no que tange às questões de salubridade.

Apesar de a transmissão de valores não ser facilmente mensurável, vê-se porém, que tanto nas instituições privadas como nas estatais havia uma dificuldade em estimular as sensibilidades, dentro ou fora da esfera dos valores religiosos.

Não obstante, nem todos os autores partilham esta, de forma que alguns estudos monográficos descrevem os asilos infantis mantidos por Misericórdias como instituições com valores da dignidade humana e outros chamam a atenção para o aspecto de subjugação dos assistidos a um papel de não sujeito, evidenciando a política de *assistencialismo* no período²⁶⁴.

É proveitoso referir que as crianças eram, depois dos enfermos, o grupo de maior intervenção por parte de instituições assistenciais, de acordo com a tabela que segue:

²⁶³ FERREIRA, Laura Valéria. *op. cit.*, 2008.

²⁶⁴ Como é o caso da tese de NEGRÃO, Ana Maria Melo. *op. cit.*, 2002.

ASILOS E RECOLHIMENTOS — 1931

IV — Pessoa internadas em 31 de dezembro, segundo a natureza das instituições

UNIDADES POLITICAS	PESSOAS INTERNADAS									
	Total	SEGUNDO O FIM DA INSTITUIÇÃO								
		Vida contemplativa	Invalidos da pátria	Regeneração social	Amparo à infância	Moças pobres	Mendicidade	Cegos e surdos	Morfe-ticos	Psicopatas
Distrito Federal	6 794	—	1 432	89	2 969	80	863	111	84	1 166
Alagoas	179	—	—	16	163	—	—	—	—	—
Amazonas	534	—	—	—	183	—	44	—	307	—
Baia	747	—	—	82	631	—	—	—	34	—
Ceará	571	—	—	146	—	—	92	—	—	333
Espírito Santo	263	—	—	—	263	—	—	—	—	—
Goiaz	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Maranhão	154	—	—	—	57	—	—	—	87	10
Mato Grosso	95	—	—	—	95	—	—	—	—	—
Minas Gerais	1 961	—	—	146	748	—	271	60	6	730
Pará	1 068	—	—	—	145	—	116	—	451	356
Paraíba	381	—	—	—	114	—	143	—	—	124
Paraná	931	—	—	—	47	—	229	—	274	381
Pernambuco	1 423	—	—	92	1 107	—	28	—	196	—
Piauí	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Rio de Janeiro	463	—	—	—	254	—	—	—	—	—
Rio Grande do Norte	302	—	—	—	79	—	—	—	96	127
Rio Grande do Sul	2 413	—	—	—	465	—	378	—	—	1 567
Santa Catarina	228	—	—	—	53	—	34	—	—	141
São Paulo	5 930	—	—	371	2 536	—	1 923	—	822	278
Sergipe	75	—	—	—	—	—	75	—	—	—
Território do Acre	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
BRASIL	24 512	—	1 432	942	9 912	80	4 405	171	2 357	5 213

FONTE — Anuário estatístico do Brasil 1936. Rio de Janeiro: IBGE, v. 2, 1936.

Os números apresentados não indicam as organizações assistenciais dos internos, mas mostram a relevância da assistência aos pequenos. Tal como é reiterado na bibliografia sobre a infância abandonada, as raparigas eram alvo de maior intervenção social, razão que pode explicar a existência de um recolhimento de moças pobres no Rio de Janeiro na tabela indicada. Porque terá existido na província um recolhimento de jovens raparigas e não em outros estados?

ASILOS E RECOLHIMENTOS

XII — Pessoas internadas em 31 de dezembro, segundo a natureza das instituições — 1934

UNIDADES FEDERADAS	NÚMERO DE PESSOAS INTERNADAS										
	SEGUNDO A NATUREZA DAS INSTITUIÇÕES										
	Total	Vida contemp- temporária ativa	Ampar o inválidos da Pátria	Re- genera- ção social	Amparo à infância	Amparo a moços pobres	Amparo à men- dicante	Amparo a cegos	Amparo a surdos- mudos	Amparo a morfé- ticos	Amparo a psico- patas
Distrito Federal.....	8 803	—	282	189	4 900	54	1 010	18	99	82	2 169
Alagoas.....	297	—	—	20	150	—	—	—	—	—	127
Amazonas.....	757	—	—	—	189	—	102	—	—	350	116
Bahia.....	1 753	—	—	87	637	—	485	—	—	54	490
Ceará.....	879	—	—	179	48	—	9	—	—	212	431
Espírito Santo.....	214	—	—	—	214	—	—	—	—	—	—
Goiaz.....	158	—	—	—	28	—	106	—	—	24	—
Maranhão.....	189	—	—	—	74	—	—	—	—	99	16
Mato Grosso.....	245	—	—	—	187	—	—	—	—	52	—
Minas Gerais.....	4 419	6	—	306	1 487	—	1 237	69	996	324	—
Pará.....	1 579	—	—	—	148	—	138	—	—	813	480
Paraná.....	321	—	—	—	89	—	107	—	—	—	125
Pernambuco.....	1 285	—	—	—	618	—	347	—	—	320	—
Piauí.....	2 250	7	—	98	992	—	796	—	—	207	160
Rio de Janeiro.....	1 198	—	—	—	510	—	157	—	—	—	528
Rio Grande do Nor- te.....	362	—	—	—	135	—	8	—	—	102	117
Rio Grande do Sul.....	1 822	—	—	21	1 091	—	608	—	—	—	102
Santa Catarina.....	353	—	—	—	99	—	73	—	—	—	181
São Paulo.....	13 522	61	—	125	4 046	—	3 458	70	46	1 895	3 805
Sergipe.....	252	—	—	—	148	—	104	—	—	—	—
Território do Acre.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
BRASIL.....	40 668	74	282	1 025	15 790	73	8 745	157	145	5 206	9 171

FONTE — Anuário estatístico do Brasil 1937. Rio de Janeiro: IBCE, v. 3, 1937.

ASILOS E RECOLHIMENTOS

II - MOVIMENTO DE ASSISTÊNCIA A DESVALIDOS NO PAÍS - 1935

4. PESSOAS INTERNADAS EXISTENTES EM 31 DE DEZEMBRO, SEGUNDO A NATUREZA DAS INSTITUIÇÕES

UNIDADES FEDERADAS	NÚMERO DE PESSOAS INTERNADAS											
	SEGUNDO A NATUREZA DAS INSTITUIÇÕES											
	Total	Vida contem- plativa	Amparo a inválidos da Pátria	Rege- ração social	Amparo à infância	Amparo a moços pobres	Amparo à men- dicante	Amparo a cegos	Amparo a surdos- mudos	Amparo à morfé- cos	Amparo à psico- patas	Amparo à tubercu- losos
Acre.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Amazonas.....	853	—	—	—	217	—	—	—	—	91	—	—
Pará.....	1 549	—	—	—	134	—	—	—	—	149	—	—
Maranhão.....	197	—	—	—	76	—	—	—	—	—	—	—
Piauí.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ceará.....	937	—	—	—	216	—	—	—	—	8	—	—
Rio Grande do Norte.....	400	—	—	—	144	—	—	—	—	5	—	—
Paraná.....	351	—	—	—	81	—	—	—	—	127	—	—
Pernambuco.....	2 529	7	—	—	1 594	—	—	—	—	8	—	—
Alagoas.....	294	—	—	—	150	—	—	—	—	—	—	—
Sergipe.....	122	—	—	—	97	—	—	—	—	25	—	—
Bahia.....	2 788	—	—	—	1 447	—	—	—	—	668	—	—
Espírito Santo.....	183	—	—	—	183	—	—	—	—	—	—	—
Rio de Janeiro.....	1 704	—	—	—	889	—	—	—	—	295	—	—
Distrito Federal.....	9 016	—	—	—	4 078	—	—	—	—	940	—	—
São Paulo.....	11 825	60	—	—	4 015	—	—	—	—	2 946	—	—
Paraná.....	1 513	—	—	—	426	—	—	—	—	303	—	—
Santa Catarina.....	391	—	—	—	113	—	—	—	—	45	—	—
Rio Grande do Sul.....	1 349	—	—	—	763	—	—	—	—	481	—	—
Mato Grosso.....	417	16	—	—	344	—	—	—	—	—	—	—
Goias.....	125	—	—	—	9	—	—	—	—	84	—	—
Minas Gerais.....	4 544	—	—	—	1 36	—	—	—	—	1 030	—	—
BRASIL.....	41 087	83	271	873	16 389	77	7 205	104	162	7 548	8 562	13

FONTE — Anuário estatístico do Brasil 1938. Rio de Janeiro: IBCE, v. 4, 1939.

Algumas hipóteses explicativas podem ser tentadas. Por exemplo, talvez o desejo de salvaguardar jovens da prostituição ou de abusos fosse mais presente na sociedade carioca por ser também a capital do país e se assumir como exemplo a seguir de como gerir a massa de desvalidos.

No entanto, também há que se ponderar o facto da recolha de informação não ter tido acesso a informações de outros estabelecimentos similares. A mesma tabela indicou para São Paulo e para o Rio de Janeiro, no que respeita ao ano de 1935, respectivamente 16 e 61 “moças pobres” internadas²⁶⁵.

Não é possível afirmar que tenha feito parte da Assistência Social das Misericórdias a responsabilidade sobre a questão da “regeneração social” presente na tabela, pelo facto de, semanticamente, não ser possível identificar o tipo de estabelecimentos em causa. Tanto poderiam ser prisões como asilos ou casas de correcções para “infractores”.

Portanto, a assistência à primeira infância integrou-se num debate bem mais amplo, mas as recomendações práticas iriam concretizar-se de forma gradual. Um exemplo é a própria roda dos expostos que persistiria pelo menos até meados da década de 1940, apesar da lei que a abolira décadas antes, variando a permanência do instrumento conforme a unidade federativa.

Embora não indique precisamente as Misericórdias, é possível que o atendimento de uma parte do público atendido nos asilos e recolhimentos, expressos nas estatísticas do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) para o século XX, tenha sido feito sob a alçada destas irmandades, pois o quadro a seguir, relativo a 1937, cita a casa dos expostos.

No Rio de Janeiro, a roda dos expostos tinha sido abolida há dez anos, mas o cuidado de crianças abandonadas e em situação de risco ainda continuava sendo feita pela Misericórdia carioca.

²⁶⁵ Dados das tabelas acima. Fonte - Anuário estatístico do Brasil 1938. Rio de Janeiro: IBGE, vol. 4, 1939.

ASILOS E RECOLHIMENTOS										
I — MOVIMENTO DA ASSISTÊNCIA A DESVALIDOS NO DISTRITO FEDERAL										
4. CRIANÇAS INTERNADAS NA CASA DOS EXPOSTOS — 1937										
ESPECIFICAÇÃO		CRIANÇAS INTERNADAS								
		MENORES DE 18 MESES			MAIORES DE 18 MESES			EM GERAL		
		Do sexo masculino	Do sexo feminin	Total	Do sexo masculi	Do sexo feminin	Total	Do sexo masculi	Do sexo feminin	Total
Existentes em 1º de janeiro	Expostos	119	122	241	89	86	175	208	208	416
	Desamparados	6	9	15	177	129	306	183	138	321
	Recolhidos provisoriament	5	0	5	5	3	8	10	3	13
	Total	130	131	261	271	218	489	401	349	750
Entrados durante o ano	Expostos	214	195	409	25	18	43	239	213	452
	Desamparados	11	6	17	8	6	14	19	12	31
	Recolhidos provisoriament	4	5	9	8	2	10	12	7	19
	Total	229	206	435	41	26	67	270	232	502
Saídos durante o ano	Expostos	63	48	111	23	16	39	86	64	150
	Desamparados	4	—	4	17	11	28	21	11	32
	Recolhidos provisoriament	5	3	8	7	1	8	12	4	16
	Total	72	51	123	47	28	75	119	79	198
Falecidos durante o ano	Expostos	129	136	265	2	4	6	131	140	271
	Desamparados	4	6	10	—	—	—	4	6	10
	Recolhidos provisoriament	—	2	2	—	—	—	—	2	2
	Total	133	144	277	2	4	6	135	148	283
Existentes em 31 de dezembro	Expostos	141	133	274	89	84	173	230	217	447
	Desamparados	9	9	18	168	124	292	177	133	310
	Recolhidos provisoriament	4	0	4	6	4	10	10	4	14
	Total	154	142	296	263	212	475	417	354	771

FONTE — Anuário estatístico do Brasil 1938. Rio de Janeiro: IBGE, v. 4, 1939.

As Misericórdias e a educação da infância brasileira desvalida

Existia uma concepção de assistência científica²⁶⁶ relativa às crianças, apostando nestas a possibilidade de progresso²⁶⁷. Esta assistência, segundo Kuhlmann (1998),²⁶⁸ desobrigava o Estado da responsabilidade e, ao mesmo tempo, fortalecia as instituições privadas.

Nestas bases são colocadas em prática as políticas educacionais republicanas através da instituição de creches para mães trabalhadoras, abrigos

²⁶⁶ O distintivo científico é mais um dos muitos para qualificar a assistência pública, quando esta passa de uma fase caritativa para uma filantrópica marcada pela investigação, construção de estruturas sociais, da burocracia do social.

²⁶⁷ VIEIRA, Marina Tucunduva, *Asilo de Órfãos de Santos: assistência à infância desvalida*, Tese de mestrado, Universidade Católica de Santos, Santos, 2006, p. 27.

²⁶⁸ KUHLMANN, Moysés. “Infância e educação infantil: uma abordagem histórica”, *Mediação*, Porto Alegre, 1998, p. 64. *apud* VIEIRA, Idem.

para menores infractores, asilos e escolas para órfãos, principalmente nos grandes centros urbanos.

Expoentes da elite cafeeira fundaram escolas para os pobres, mas em especial criaram os asilos para a infância desvalida, uma tendência que se vai estruturando ao longo do século XX. Durante a República delineiam-se mudanças, não apenas de paradigma mas de uma prática histórica.

Ainda eram utilizadas amas-de-leite, tal como no século anterior e, simultaneamente, existiam aspectos já definidos de uma racionalização com a entrada de novos equipamentos institucionais tais como o berçário, o jardim-de-infância e educandários.

As amas-de-leite eram mulheres pobres e com pouca instrução, atraídas pela remuneração do trabalho, ainda que parca. Contratadas pelas Misericórdias, elas permaneciam nos seus lares com os bebés.

Da mesma forma que nos estabelecimentos terapêuticos havia regulamentos acerca de determinações sanitárias para o tratamento dos doentes, para o cuidado das crianças também existiam normas higienistas e de saúde sob a responsabilidade de amas-de-leite²⁶⁹.

As condições de higiene e moradia eram alvo de fiscalização das juntas de saúde e fonte de preocupação da Misericórdias com relação às amas a seu cargo.

Visando incentivar a melhor atenção das amas para com as crianças, a fim de minorar os altos índices de mortalidade infantil, estas instituições encontraram iniciativas curiosas, como a realização de competições entre as lactantes.

Por exemplo, a Santa Casa de São Paulo premiava as amas que conseguiam aumentar o peso dos bebés²⁷⁰. O emprego das amas-de-leite entraria em desuso a

²⁶⁹ KUHLMANN, Moysés & ROCHA, José Fernando Teles. "Educação no asilo dos expostos da Santa Casa em São Paulo: 1896-1950", *Cadernos de Pesquisa*, vol. 36, nº 129, São Paulo, 2006, p. 597-617.

²⁷⁰ Idem.



partir do fim do Império pela condenação da prática por médicos²⁷¹, porém nas Misericórdias elas ainda seriam utilizadas pelo menos até o final da primeira metade do século XX²⁷².

Contudo, a bibliografia sobre o assunto aponta a tendência para a criação de instituições infantis nos grandes centros, muitas vezes pelas Misericórdias mais abastadas, em vez de deixar os órfãos aos cuidados dessas mulheres.

Ainda que as performances financeiras fossem adversas, foi no contexto de crises sanitárias e sociais agudas que tais estabelecimentos foram implementados e conseqüentemente foram alterados os meios de prover a assistência aos pequenos²⁷³.

A assistência como atributo da feminilidade

O papel da mulher como esteio da família foi reforçado pelos Governos do período, mas atingiu maior dimensão na gestão de Vargas. Iniciou-se pela educação das jovens nos externatos e internatos que as formavam para serem donas de casa e mães, até extrapolar a esfera privada do lar à esfera pública de acção na assistência.

Nas décadas subsequentes, o trabalho feminino na educação foi mais valorizado e algumas mulheres começaram a agir na esfera pública, sempre em papéis bem delineados.

Na publicidade, os anúncios referiam-se à mulher como responsável pela saúde no lar²⁷⁴. Foi reforçado o carácter de afectuosidade feminino bem como a sua inclinação “natural” para o cuidado de órfãos, de alunos, dos doentes e

²⁷¹ Cf. a exposição de Sandra Sofia Machado Koutsoukos, “Amas na fotografia brasileira da segunda metade do século XIX”, *Representação imagética das africanidades no Brasil*, Projectos Especiais Studium, Cultura e Pensamento, 2007. Consultados em <http://www.studium.iar.unicamp.br/africanidades/index.html>. Acesso em Junho de 2009.

²⁷² Cf. a explanação apresentada por KUHLMANN, Moysés & ROCHA, José Fernando Teles. *op.cit.*, 2006.

²⁷³ Ilustram os estudos sobre a assistência de instituições como a Misericórdia, em Santos, Campinas, Salvador e Rio de Janeiro citados. A Fundação Romão Duarte, cujo nome provém de um importante doador, fundador da Roda dos Expostos da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro é ainda hoje uma importante referência no cuidado de crianças abandonadas no estado.

²⁷⁴ BRITES, Olga. *op. cit.*, 2000.

idosos. A esposa do presidente Getúlio Vargas apresentou-se como modelo para as brasileiras no que concerne à acção política feminina e influenciou o fenómeno da primeira-dama como modelo da assistência²⁷⁵.

Tome-se como exemplo do papel feminino esperado, o artigo 101º da lei nº 378 de 13 de Janeiro de 1937, onde é referido que os serviços de amparo à Maternidade e à Infância “*serão incumbidos de preferência às mulheres habilitadas*”.

Na Misericórdia de São Paulo, a mudança registou-se pela substituição das irmãs de São José que deixaram as suas funções de educadoras, apesar de habilitadas, no asilo de órfãos em 1944, a favor de professoras leigas²⁷⁶.

Alice Meirelles Reis seria exemplo da representação social das atribuições do feminino nesta época: foi assessora técnica do Governo, além de responsável pelo asilo de órfãos da Santa Casa da Misericórdia de São Paulo²⁷⁷.

Mas, a instituição, representada pela mesa directora não outorgou total responsabilidade pelo cuidado das crianças às professoras, pois as profissionais eram obrigadas a enviar relatórios às instâncias administrativas com descrição das actividades realizadas²⁷⁸.

Todavia, apesar do controlo, a educação e o cuidado de crianças seriam funções que as Misericórdias se dedicariam com menos afincamento a partir da segunda metade do século XX, pela maior presença do Estado neste âmbito, favorecendo às professoras e não mais aos religiosos exclusivamente, a função da prestação assistencial.

O financiamento das Misericórdias Republicanas

²⁷⁵ Darcy Vargas era a presidente da Legião Brasileira de Assistência em 1940, único equipamento assistencial de formulação governamental. Mais informações sobre a primeira-dama consultar: SIMILI, Ivana Guilherme. “A construção de uma personagem: a trajectória da primeira-dama Darcy Vargas”, Seminário Internacional Fazendo Género 7, 2006, Florianópolis, Seminário Internacional Fazendo Género, Género e Preconceitos, 2006.

²⁷⁶ KUHLMANN, Moysés & ROCHA, José Fernando Teles. *op.cit.*, 2006, p. 609.

²⁷⁷ *Idem*, p. 612.

²⁷⁸ *Ibidem*, p. 613.

O hábito de os irmãos das Misericórdias pedirem esmolas para financiar as actividades desenvolvidas nas instituições entrou em declínio no século XX²⁷⁹, sendo já considerado retrógrado e vexatório em finais do século XIX. Para subsidiar as instituições tinham sido implementadas outras modalidades de angariação de fundos, tais como as festas filantrópicas e as lotarias.

Continuavam a existir, as doações espontâneas, como imperativo moral cristão, mas também a renda advinda da gestão dos cemitérios e as doações do Estado²⁸⁰.

Comparando gestões anteriores com a de Vargas, constatou-se que a melhor organização dos benefícios às instituições particulares pertence ao Governo deste último, sendo as verbas destinadas às Misericórdias regulares. Todavia não existia a ideia de um fundo público para manter uma estrutura social capaz de fazer face aos problemas sociais no Brasil²⁸¹.

As subvenções cedidas eram revestidas na ideologia da caridade e filantropia. Julga-se que a consolidação deste último conceito entre as elites brasileiras em consonância com a mentalidade utilitarista tenha sido o principal factor para a diminuição de doações entre os civis.

Mais, também se considera que foi a mudança do imaginário religioso para o cívico que impulsionou e deu legitimidade para a permanência das Misericórdias como pilares da assistência médica no país, em vez de formar uma rede estatal independente da iniciativa privada pelos diversos interesses das elites “filantrópicas”. Na República foi reconhecida a utilidade pública destas instituições e o custeio foi feito pela noção de manutenção da *ordem*, para o *progresso* do país.

²⁷⁹ TOMASCHEWSKI, Cláudia. *op. cit.*, 2007, p. 123.

²⁸⁰ Até os dias de hoje muitas Misericórdias administram os cemitérios. É o caso do Rio de Janeiro, Fortaleza e Porto Alegre.

²⁸¹ HONORATO, Cezar. “O Fundo Público e as relações entre Estado e Cidadania”, *Revista de História Económica & Economia Regional Aplicada*, vol. 2, nº 4, [s.l], 2008, p. 6.

A legislação

Durante todo o período em estudo é possível perceber a preocupação do Governo em subsidiar as Misericórdias, nomeadamente na década de 1920 embora não exista um contrato formal que o explicita (apenas leis e decretos esporádicos).

Ainda assim, as previsões orçamentárias para cada ano, na altura considerada, incluíram as Misericórdias como se fossem órgãos genuinamente estatais. O Decreto nº 4.440, de 31 de Dezembro de 1921, fixava a despesa geral do país para 1922 e em seu artigo 16º estipulava verbas advindas da cobrança do imposto sobre vinho para as Misericórdias do Rio de Janeiro, Santos, Recife, Bahia, Feira de Santana e Belém²⁸².

Todavia, os valores variavam de Misericórdia para Misericórdia. A leitura dos decretos relativos aos primeiros anos da década de 1920 não trouxe maiores informações acerca dos critérios para a alocação desses recursos²⁸³. Contudo, estas diferenças acentuam-se no intervalo seleccionado de 1922 a 1945.

A comparação das importâncias destinadas a cada uma é suficiente para supor que as Misericórdias mais próximas do poder detinham maior capacidade de persuasão junto dos Governos.

Além disso, os hospitais das Misericórdias costumavam ser os maiores e melhores preparados para atender a população, facto que justificaria não apenas o auxílio, mas igualmente a intervenção das comissões de saúde. Os valores não eram fixos, segundo Tomaschewski (2007), por serem votados anualmente em assembleias²⁸⁴.

Uma das formas de obtenção de recursos verificada foi a cobrança da taxa de caridade sobre bebidas alcoólicas na década de 1920, nas dotações

²⁸² A chamada “quota de caridade” era uma cobrança sobre vinhos e demais bebidas alcoólicas que eram arrecadadas nas alfândegas do Brasil.

²⁸³ Como seriam empregados é uma dúvida que se dissiparia pela consulta aos arquivos das instituições.

²⁸⁴ “ (...) o dinheiro era dado, e os serviços assistenciais eram realizados como uma ajuda à Nação. Ainda que as subvenções fossem trocadas por serviços, não havia valores estabelecidos, mas uma reciprocidade de pedidos e doações por parte do Estado e da Santa Casa.”. TOMASCHEWSKI, Cláudia. *op. cit.*, 2007, p. 122.

orçamentárias, atribuindo a cota de caridade recolhida na alfândega das cidades às Misericórdias desses locais, como foi caso de Manaus, capital do Amazonas, cuja cota foi destinada à Misericórdia de São Gabriel.

Esta instituição de Manaus, por exemplo, receberia ainda no ano de 1923 uma parte da arrecadação da lotaria federal, assim como as Misericórdias da Parahyba do Norte e de Joazeiro na Bahia²⁸⁵. Auferir recursos por meio das lotarias tinha sido instituído em Portugal no século XVIII e no Brasil desde o Império²⁸⁶.

Havia também a abertura de “crédito especial” sempre que o Governo julgava adequado, como aconteceria com o decreto nº 15. 441 de 12 de Abril de 1922 que abria junto ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores o crédito especial de 400:000\$²⁸⁷ para a Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro.

No final da década de 1920 permaneceria este expediente de abrir créditos especiais para o pagamento atrasado às Santas Casas por serviços prestados. Em 1928, verificou-se que o Governo autorizou o pagamento para uma dívida que vinha sendo acumulada desde o ano de 1919 por falta de verba orçamentária, justificando a abertura do crédito na cidade de Cascadura no Rio de Janeiro²⁸⁸.

Na verdade, parece ter existido entendimento da necessidade de subvenção a estas instituições não obstante os projectos políticos se especificarem de acordo com a mudança de presidentes. Na gestão de Arthur da Silva Bernardes (1922 -1926), o expediente da abertura de créditos especiais continuava a ser frequente.

²⁸⁵ Previsto nos artigos 37 e 38 do Decreto nº 4.625 de 31 de Dezembro de 1922 que orçava a receita geral para o ano de 1923.

²⁸⁶ E ainda hoje, na gestão do presidente Luiz Inácio Lula da Silva utiliza-se deste expediente. A Timemania é uma nova lotaria, lançada em 2008. É uma iniciativa comemorada pelo sector filantrópico no Brasil pois destina 3% da arrecadação ao Fundo Nacional de Saúde, para aplicação exclusiva na rede de Santas Casas e hospitais filantrópicos no país.

Fonte: http://www.cmb.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=152&Itemid=69 Acesso em Maio de 2009.

²⁸⁷ Conforme a grafia do decreto.

²⁸⁸ Decreto n 5.533, de 24 de Dezembro de 1928.

Em 27 de Dezembro de 1922 era concedido auxílio à Santa Casa da Misericórdia de São Paulo para que finalizasse a construção de um hospital em São José dos Campos²⁸⁹.

Permanecia na mentalidade administrativa a concepção de que embora a assistência médica e social não fosse da responsabilidade estatal de forma directa era reconhecida a necessidade de subvencionar as instituições para este fim, pois não eram apenas as Misericórdias de algumas cidades beneficiadas, ainda que fossem privilegiadas, mas a sociedade em geral. Além disso, as irmandades das Misericórdias e demais associações filantrópicas auxiliavam o Governo em caso de calamidades públicas.

Alguns aspectos legislativos visaram recompensar as Misericórdias por serviços passados. Isto é perceptível com a lei orçamentária de 06 de Janeiro de 1923 no artigo 3, capítulo XX, que pretendia²⁹⁰

“(...) abrir os créditos necesarios para indemnizar a Santa Casa de Misericórdia da cidade do Rio de Janeiro, das quantias por ella adeantadas em varios exercicios, por conta do que cabia á União na metade das despezas do custeio do hospital-sanatório para mulheres, conforme os documentos justificativos desses dispendios.”

Inferre-se daqui que as Misericórdias faziam demandas por recursos, dando justificações do emprego dos mesmos. Certamente que por serem instituições de utilidade pública, *de facto*²⁹¹, justificaria a concessão do subsídio. Presume-se que este reconhecimento isentava as instituições do pagamento de impostos, como de facto outorgaria o Governo na previsão orçamentária do ano de 1924, no artigo 3º sobre a isenção de tributos sobre o rendimento:

“§ 11. Ficam isentos deste imposto os rendimentos das instituições destinadas a fins philanthropicos.”

²⁸⁹ Decreto nº 15.903, de 27 de Dezembro de 1922.

²⁹⁰ Conforme a grafia do texto original.

²⁹¹ Muitas associações laicas eram reconhecidas como de “utilidade pública”. Entretanto é somente em 1935 com a Lei 91, de 28 de Agosto que o título é concedido às instituições, prerrogativa reservada ao presidente, ou seja, embora sempre tenham sido *de facto* úteis à colectividade, apenas com a lei elas são reconhecidas *de jure*. O título de utilidade pública detém vários privilégios, o mais importante a isenção fiscal e Previdenciária. Pelo decreto nº 12. 949 de 20 de Julho de 1943 o Governo declarava de utilidade pública a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

A despesa prevista pela União para o ano de 1924 contemplou as Misericórdias de forma ainda mais generosa, sendo o número de instituições beneficiadas maior que no ano anterior.

Os valores diferiam de cidade para cidade, sendo possível imaginar que a disparidade resultasse de características particulares destas cidades, como por exemplo do número de habitantes, em consequência de algum distúrbio social importante, ou manifestação política significativa que exigisse recursos.

É o que poderia explicar a transferência de recursos lotéricos, originalmente designados para duas instituições, uma no Rio de Janeiro e outra no Piauí, que no final foram destinados a favor da Santa Casa da Misericórdia de Rio Negro no Amazonas, pelo decreto nº 16.428, de 27 de Março de 1924.

Apesar da marginalidade do Amazonas face à administração central, as oligarquias do estado estavam a empobrecer, a despeito do bom desempenho económico com o ciclo da borracha nas primeiras décadas do século XX.

A comuna de Manaus²⁹², uma revolta de tenentes em Julho daquele ano, poderia ter justificado também uma maior intervenção visando o cuidado em saúde à população envolvida no conflito.

No ano de 1924, a “contribuição de caridade” foi estabelecida para 130 réis por “quilo de vinho”²⁹³ que passasse pelas alfândegas brasileiras. O orçamento para o ano seguinte não mencionava as instituições de Misericórdia. O único decreto encontrado sobre estas instituições naquele ano foi o de reconhecimento da utilidade pública da Santa Casa da Misericórdia de Sabará em Minas Gerais²⁹⁴.

²⁹² A comuna de Manaus foi um levante ocorrido em Julho de 1924 por parte dos militares de Manaus e com a adesão da população. Durou um mês, mas foi vencido pelas tropas federais.

²⁹³ A expressão “quilo de vinho” é recorrente nos textos legislativos consultados. Não foram encontradas maiores explicações acerca da origem da terminologia.

²⁹⁴ Decreto nº 4.917, de 28 de Janeiro de 1925.

Não obstante, a lei orçamentária para o ano de 1926 aumentava a cota em relação a 1924 para 160 réis, bem como alargava o número de Misericórdias e demais instituições contempladas²⁹⁵.

A distribuição foi feita novamente sem referência ou justificações da diferença entre os valores outorgados e com recursos lotéricos de igual modo alargados para outros estados. Porém havia uma ressalva acerca do controlo para evitar abusos²⁹⁶:

“§ 2º Os hospitaes da Capital Federal, no goso dos auxilios acima referidos, serão directamente fiscalizados, sob o ponto de vista tecnico e economico, pelo director do Departamento Nacional de Saude Publica²⁹⁷, ficando assegurado ás directorias das associações de classes maritimas o direito de fiscalizar o Hospital Maritimo Müller dos Reis, representando ao referido director, no caso de quaesquer abusos”.

Assim, no orçamento de cada ano são levadas em conta as Santas Casas de Misericórdia de vários estados, sendo os mais frequentes os de Amazonas, Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Bahia, Maranhão e Pernambuco. No ano de 1927 o Governo distribuiu os benefícios da lotaria federal para 27 instituições de Misericórdia²⁹⁸.

No entanto, estes valores variavam consideravelmente na legislação: por exemplo, a “cota da caridade” para o ano de 1928 seria fixada em 200 réis, 40 réis a mais do que no ano anterior. Uma novidade nos decretos seguintes foi a previsão de fiscalização dos hospitais para a concessão de recursos.

Outras formas de contribuição foram arrançadas para subvencionar as instituições, tal como a cobrança de uma taxa especial sobre embarcações. Entretanto estes recursos foram destinados, grosso modo e como seria de

²⁹⁵ Conforme comparação entre a Lei nº 4.783, de 31 de Dezembro de 1923 e Lei nº 4.984, de 31 de Dezembro de 1925.

²⁹⁶ Lei nº 4.984, de 31 de Dezembro de 1925.

²⁹⁷ O Departamento Nacional de Saúde Pública foi instituído pelo Decreto nº 19.444, de 01 de Dezembro de 1930 como parte dos equipamentos subordinados ao Ministério da Educação e Saúde Pública por Getúlio Vargas, então chefe do Governo provisório. O Ministério foi criado pelo decreto nº 19.402 de 14 de Novembro de 1930.

²⁹⁸ Decreto nº 5.161, de 12 de Janeiro de 1927.

esperar, para instituições próximas aos portos, como foi o caso da Misericórdia de Santos²⁹⁹.

A leitura destes mesmos decretos revela muitas divergências em relação ao financiamento das Misericórdias. A primeira delas refere-se aos diferentes nomes dados às instituições.

A par da designação de “*Santa Casa de Misericórdia*” surgem outras como “Casa de Caridade”, “Santa Casa de Caridade”, ou apenas “Santa Casa”. Uma diversidade que coloca um problema em relação à análise, como facilmente se deduz³⁰⁰.

Ainda assim, observar o contexto económico permite explorar outras possibilidades para entender a diferença nas quantias. A quebra da bolsa de valores em Nova York em 1929, por exemplo, resultou na desvalorização do preço do café no Governo de Washington Luís, alterando as condições económicas e conseqüentemente sociais. Certamente tal panorama influenciou os pagamentos destinados às instituições de Misericórdias.

Afirma-se que Gétúlio Vargas havia tomado gosto pela expedição de decretos e leis, apoiando-se na tecnocracia³⁰¹, mas com a leitura da legislação dos períodos anteriores percebe-se que ele somente retomou com afinco uma prática ordinária. Um decreto em particular intriga pela pista que abre acerca da maior presença de ordens católicas na gerência das Misericórdias³⁰². Aquele que estipula a soma de duzentos contos de réis a ser distribuída pelas Missões Salesianas entre diversas instituições no Amazonas.

²⁹⁹ Ver o decreto n° 5.432, de 10 de Janeiro de 1928.

³⁰⁰ Conforme já foi sugerido com o Educandário Romão de Mattos, actualmente Fundação, que aparece na lista das instituições subvencionadas pelo Governo no decreto-lei n° 2.334, de 22 de Junho de 1940. De igual modo, usando a semântica do período, um “asilo de órfãs” pode não aparecer sob a denominação de Santa Casa de Misericórdia, mas fazer parte do montante distribuído à gestão da entidade. Tal como mostra os decretos estipulando quantias ao asilo de órfãs de Campinas, mantido pela Misericórdia da cidade.

³⁰¹ BENNASSAR, Bartolomé & MARIN, Richard. *História do Brasil*, 2000, p.342.

³⁰² Decreto n° 20.792, de 14 de Dezembro de 1931. Na redação: “concede subvenções a diversos estabelecimentos, das Missões Salesianas do Estado do Amazonas” dentre elas a Santa Casa de São Gabriel do Rio Negro. Esta entidade não é citada no *Guia dos Arquivos das Santas Casas de Misericórdia do Brasil: (fundadas entre 1500 e 1900)*, op.cit., 2004, mas é destinado recursos do Governo para a mesma durante o período analisado.

Este período deve ter sido problemático não apenas para as Misericórdias, pois duas semanas depois, no decreto nº 20.739 de 28 de Novembro de 1931, é indicado a dificuldade das instituições assistências e culturais do país:

“ O Chefe do governo Provisorio da Republica dos Estados Unidos do Brasil.atendendo à necessidade inadiavel de auxiliar as instituições que colaboram com o governo, na obra de Assistencia e educação pública e de desenvolvimento, cultural da nacionalidade, amparo tanto mais urgente quanto é certo estarem essas instituições lutando com sérias dificuldades para manter seus serviços, resolve, de acôrdo com o art. 24 do decreto nº 20.354 de 31 de agosto último, e até que melhorem os recursos da caixa de Subvenções, conceder as seguintes subvenções. As instituições do Distrito Federal abaixo indicadas, já habilitadas com documento julgados habeis, pelos quais se pode aquilatar o regular funcionamento e, a eficiencia daqueles serviços, devendo, oportunamente, ser atendidos os pedidos das demais instituições, depois de cumpridas as exigencias feitas nos respectivos processos.”³⁰³

Todavia, é preciso analisar mais acuradamente a mensagem presidencial. Em primeiro lugar, ele demonstra conhecer as dificuldades sentidas pelas Misericórdias. Em segundo lugar, reconhece que há um problema com o sistema regular de subvenções.

Conquanto se refira especificamente ao Rio de Janeiro, a medida de previamente avaliar o funcionamento das instituições antes da concessão de benefícios passaria a ser regular na administração de Vargas e nos seus decretos.

Gisele Sanglard (2008) identifica para este período o início da actuação do “estado de bem-estar social” no Brasil. Apesar disso, seria preciso esperar ainda muito tempo para que o Governo assumisse completamente a prerrogativa da responsabilidade pela protecção social brasileira. Ainda assim, a legislação dessa década de 30 revela o vínculo que o estado vai estabelecendo (ou reafirmando) com a rede privada de assistência médica e social.

³⁰³ Cf. a grafia no original.

Ao princípio apreende-se que o Governo admitia a necessidade da existência de estabelecimentos assistenciais da rede paralela à estatal e da atribuição federal em ampará-los³⁰⁴. Em muitas cidades brasileiras, os equipamentos sociais eram os únicos a atender a população e o Governo auxiliava-os como já foi referido.

No entanto, a subvenção era designada para instituições que não pudessem ser independentes financeiramente, conforme apregoa o artigo 4º do decreto nº 20.351 de 31 de Agosto de 1931:

“Art. 4º A distribuição dos auxílios ou subvenções de que trata o presente decreto será feita, exclusivamente, às instituições da natureza das indicadas no art. 1º e que não disponham de recursos suficientes para a sua manutenção ou o seu desenvolvimento.”

Das instituições mencionadas no artigo 1º faziam parte os hospitais, creches, maternidades, institutos para deficientes, orfanatos e demais equipamentos sociais.

Era de se esperar uma diminuição dos auxílios concedidos às Misericórdias maiores, como as do Rio de Janeiro, São Paulo e de Salvador, pois apesar de não estarem imunes às pressões económicas e aos dissabores do mercado, percebia-se que, num balanço geral, estavam em melhores condições financeiras por serem geridas por exímios negociantes.

O facto revela uma contradição cuja extensão é verificável no montante determinado e na frequência com que algumas Misericórdias são mencionadas nos decretos entre os anos 30.

A referida deliberação dispõe ainda de diversos critérios para ser admitido no rol de entidades beneficiadas pela União, mas entre a lei e a prática pareceu

³⁰⁴ Decreto n.º 20.351, de 31 de Agosto de 1931 que cria a Caixa de Subvenções:
“Considerando que, paralelamente aos serviços públicos de assistência, tem o Estado o dever de subvencionar e amparar os estabelecimentos de iniciativa particular com as mesmas finalidades.”

existir um abismo. Por exemplo, as Misericórdias do estado de São Paulo, Bahia e do Rio de Janeiro foram privilegiadas na concessão dos benefícios.

Conjectura-se que as razões foram políticas. Possivelmente, o *lobby* das boas relações dos provedores e dos outros irmãos com as esferas estatais pode ter-lhes trazido preferência na concessão de subvenções, como já foi sugerido anteriormente.

Além disso, muitos membros da Mesa das Misericórdias foram figuras proeminentes da política nacional e local³⁰⁵. Ainda assim, a reputação das Misericórdias faziam-nas merecedoras dos auxílios, preceito apregoado pelo referido decreto, porém não as isentava automaticamente da fiscalização determinada pelo presidente na legislação.

Desta forma Gétúlio Vargas manteria o controlo de cada etapa da concessão de subvenções³⁰⁶:

“ Os processos de pedidos de pagamento, a que se referem o art. 9º e § 1º do art. 22, serão submetidos à deliberação do Chefe do Governo Provisório, que, por decreto, fará a distribuição subvenções, tendo em vista a natureza e eficiência dos serviços prestados.”

A questão do “*oportunamente*” no corpo do texto provavelmente diz respeito aos auxílios retroactivos, pois a partir de 1932 é indicada na redacção dos decretos a concessão de benefícios às instituições que obedçam as conformidades de outras leis³⁰⁷.

Estas leis podem ser sujeitas a duas interpretações. A primeira é que tais auxílios já estariam previstos nas leis orçamentárias e/ou foram concedidos

³⁰⁵ Praticamente todos os políticos nacionais do Rio Grande do Sul foram dirigentes da Santa Casa antes de ingressar na vida política no período analisado por TOMASCHEWSKI, Cláudia. *op. cit.*, 2007, p. 115. A Santa Casa era um espaço de circulação para a elite ao mesmo tempo que outras instituições políticas. Sendo assim, parece conveniente ampliar o raciocínio para outros estados brasileiros. No Rio de Janeiro, sem excepção, todos os provedores que passaram pela instituição tinham posição de destaque social. Cf. COIMBRA, Luiz Octávio. *op. cit.*, 1986, p. 42.

³⁰⁶ Cf. o artigo 24º do decreto 20.351, de 31 de Agosto de 1931.

³⁰⁷ Idem.

posteriormente à promulgação dos decretos, facto que se confirma com as subvenções ulteriores.

A segunda seria relativa a um benefício não previsto na lei, porém concedido por estar em conformidade com os preceitos adoptados para o efeito de subsídios nesta tipologia. Julga-se que as Misericórdias contempladas com os subsídios estatais responderam a estes dois tipos de enquadramento.

O decreto nº 20.351 de 31 de Dezembro de 1931 é fundamental para a compreensão das motivações que animam o Governo a continuar com a política precedente em relação às Misericórdias. Os dispositivos desta lei justificaram a criação de uma caixa de subvenções para “*estabelecimentos de caridade*” e indicam os primórdios de uma organização racional para os mesmos.

A classificação incluía tanto instituições de assistência social como médicas. O financiamento incorporou as práticas primevas de obtenção de recursos tais como os impostos sobre bebidas alcoólicas, taxas sobre embarcações, créditos do orçamento destinados a este propósito e as doações de terceiros.

Do mesmo modo, os dispositivos do decreto instigam um princípio de prova, de como era entendida a prestação governamental da assistência pública no Brasil de então, ainda enraizada nos princípios do dom e de uma “caridade” institucionalizada. As Misericórdias receberam subvenções durante todo o período em exame.

Embora fosse concedida numa perspectiva de caridade institucionalizada, a existência de recursos provenientes de lotarias e a isenção de impostos, taxas, selos e subvenções previstas em orçamentos não é qualificada por subsídio estatal por parte de alguns autores³⁰⁸.

³⁰⁸ Ver o verbete sobre a “Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro”, Escola Anatómica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro. *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*, Capturado em 28 de Maio de 2009. Online. Disponível na Internet <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>

É possível argumentar, como tem feito Gisele Sanglard (2008), seguindo a via de Laurinda Abreu (2004), que, muito embora o carácter fosse privado, o efeito das acções era público³⁰⁹, logo a subvenção deve ser vista como parte integrante da política estatal que utilizava a estrutura das Misericórdias para se efectivar.

Em 1933 Vargas alterou, pelo decreto nº 20.071 de 14 de Agosto de 1933, as disposições da Caixa de Subvenções. Estas mudanças destinaram-se a uma maior organização técnica, passando esta a ser vista nos decretos e na forma de avaliar e conceder os benefícios³¹⁰.

Por outro lado, a criação do CNSS (Conselho Nacional de Serviço Social) pelo Decreto-lei nº 525 de 1 de Julho de 1938, foi a alteração mais significativa para as Misericórdias a partir de então. Instituído para organizar e contribuir em tudo o que se referisse ao Serviço Social na esfera federal e privada, o órgão do CNSS tinha a competência expressa no artigo 4º sendo a alínea *d* referente substancialmente às instituições privadas e no que coube ao estudo, às Misericórdias:

“d) delinear os tipo das instituições do carácter privado destinadas à realização de qualquer espécie de serviço social e estudar a situação das instituições existentes para o fim de opinar quanto às subvenções que lhes devam ser concedidas pelo Governo Federal.”

Deste modo, seria usual³¹¹ o parecer do CNSS como parâmetro para a distribuição de recursos para as instituições e ainda as disposições do decreto-lei nº 527, de 1 de Julho de 1938, cujas recomendações tratavam da organização do financiamento e da relação do Estado com as instituições privadas,

³⁰⁹ ABREU, Laurinda. (ed.). *Igreja, caridade e assistência na península Ibérica (sécs. XVI-XVIII)*, op. cit., 2004 e SANGLARD, Gisele. “Assistência entre o liberalismo e o bem-estar social”, Publicação apresentada no XIII Encontro de História Anpuh-Rio, Identidades 04-07 de Agosto de 2008.

³¹⁰ Em 1935, os decretos expedem organizadamente os benefícios por região, por estado federado e em consonância com o presente corrente. São menos frequentes os “auxílios retroactivos” que dão lugar a “corrente ao ano”. A escrita dos decretos é mais técnica e respeita rigorosamente o português da época, sendo menos habituais os erros relativos às datas que exigiam a expedição de outros decretos corrigidos.

³¹¹ O decreto nº 3.122, de 04 de Outubro de 1938 já traz em sua redacção a nova disposição.

determinando-se no artigo 1º que a prestação se faria em duas modalidades, uma extraordinária e outra ordinária.

A primeira concederia subvenções anuais para as actividades regulares e a segunda para realizações temporárias. A lei é um marco importante por regulamentar as acções que já se faziam na prática, porém sem o rigor do estabelecido.

Por meio do Ministério da Educação e Saúde Pública o Governo exerceria um controlo rígido não apenas nas Misericórdias, mas em todas as instituições assistenciais, culturais e médicas que se propusessem receber subvenção federal.

Pela leitura infere-se que não havia organizações a serem privilegiadas, todas teriam que demonstrar a razão pela qual demandavam o benefício com provas documentais das exigências da lei. O artigo 20º indica o caminho para o aprofundamento da questão, visto que ³¹²:

“Art. 20. Haverá, no Ministério da Educação e Saúde, um registro de todas as instituições assistenciais e culturais subvencionadas na forma desta lei, contendo descrição de sua organização e de suas atividades, bem como histórico de suas relações com o Governo Federal.”

A legislação getulista indica que houve um estreito relacionamento do Estado com as Misericórdias. O Governo iria tornar-se, como na actualidade, um usuário do sistema, pagando pelos serviços³¹³. Apesar de serem muitas as instituições beneficiadas, as mesmas não poderiam deter a elevação da desigualdade social recorrente desde sempre no Brasil.

³¹² As informações não estão disponível na internet como os decretos, mas a possibilidade de consulta de tais registos poderá trazer novo entendimento sobre a questão.

³¹³ Decreto-lei nº 527, de 1 de Julho de 1938: “art. 23. Não serão considerados como subvenção federal os recursos financeiros que o Governo Federal conceder a entidades de carácter privado, para, mediante contrato, realizarem determinados serviços públicos da competência federal.”

O modelo económico adoptado pela Era Vargas trouxe ao Brasil a possibilidade de um desempenho económico rentável, com crescimento elevado em detrimento da estrutura social.

O problema da má distribuição da renda alcançava com passos largos uma composição assistencial incapaz de assegurar sozinha uma resposta organizada à questão social. O Governo, apesar dos avanços incontestáveis da legislação social, permanecia dependente do funcionamento de instituições privadas, regulando seu funcionamento como se tem vindo a afirmar³¹⁴.

A acentuação do problema da má-redistribuição da renda é um forte indício para explicar a assimetria e o paradoxo da assistência social prestada pelas entidades privadas no Brasil nesta altura. Os serviços assistenciais estavam concentrados nos grandes centros urbanos e económicos do país. A legislação beneficiava municípios do estado de São Paulo como antes foi referido. Apesar disso, outros factores estão envolvidos nessa constatação.

O valor do associativismo em São Paulo era ricamente cultivado. Isto é, a tradição política era, em parte, influenciadora não apenas das iniciativas que criariam outras Misericórdias, mas da preservação desse *status quo*. Assim, estabeleceu-se uma cultura política no estado, pois apesar da faceta centralista do Governo de Vargas, a participação social era o que distinguia São Paulo no cenário associativo do país.

Em quase todos os municípios paulistas o interesse em criar e manter instituições de assistência partiu da própria população. Entretanto, a assistência social era prestada com mais equipamentos sociais nas áreas mais desenvolvidas no país, criando um efeito perverso.

³¹⁴ A escolha política, da razão pública, não soube aliar crescimento económico com desenvolvimento social defensável, sendo meramente reguladora do equipamento social existente. A tendência será seguida pelo menos até o final da década de 1980. Ver: D'Araujo, Maria Celina (Org.). *As instituições brasileiras da Era Vargas*, Rio de Janeiro, 1999. O livro traz interessantes reflexões sobre a condução política e económica do país na Era Vargas sem tecer maiores explicações sobre a área social no entanto.

Mas seria imprudente afirmar que o Governo nada criara no campo assistencial para os desempregados. A constituição da L.B.A (Legião Brasileira de Assistência) considerada como a primeira instituição estatal de assistência é contudo ilustrativa da percepção da responsabilidade da assistência a este grupo³¹⁵. A resposta estatal ao problema dos pobres sem trabalho foi colocada para a esfera privada.

E neste quesito, as Misericórdias não puderam (ou não quiseram) assumir a responsabilidade pela promoção da assistência social, buscando então dar prioridade às actividades hospitalares.

Esta foi uma escolha política e como tal baseada em interesses e simbologia diversos, podendo ser explicada por duas razões. Em primeiro lugar, porque uma massa laboral doente seria causa de prejuízos e assim a benemerência da burguesia ilustrada procurava evitar tal problema com a implementação de medidas para cuidar da saúde dos trabalhadores. Em seguida, porque se percebeu que haveria hipótese de tornar os hospitais em instituições rentáveis do ponto de vista económico e social.

De facto, medidas de eficiência e racionalidade administrativas presentes Misericórdias não apontam para outra interpretação, pois as recomendações na legislação acerca da concessão do benefício exigem o atendimento ao pobre de forma gratuita, dando indícios de que tal como no passado, haveria fraudes no atendimento das Santas Casas.

É neste sentido que se deve entender a prioridade dada à criação, ampliação e manutenção do parque hospitalar das Misericórdias, em detrimento do incremento em outras actividades tais como o cuidado dos presos, a distribuição de esmolas, o cuidado à pobreza “envergonhada”.

³¹⁵ Uma pesquisa pela data ou regulamentação da LBA (Legião Brasileira de Assistência) nos sítios Web da Câmara dos Deputados e do Senado retornam textos e decretos acerca de sua regulamentação fiscal. A LBA foi fundada pela primeira-dama Darcy Vargas segundo a literatura compulsada. É consensual afirmar que foi criada em 1942, porque na legislação consultada os primeiros decretos a partir deste ano. A LBA só foi extinta na década de 1990.

Se por ausência de provas não é possível estender o argumento a todas as Misericórdias brasileiras de forma integral, tem-se o exemplo da Misericórdia de Pelotas que realça este processo.

Conforme elucidou Tomaszewski (2007), a Misericórdia de Pelotas passou a rejeitar a tarefa de cuidar dos loucos e de crianças ainda no século XIX, chegando a recusar doações por considerar a actividade dispendiosa, adquirindo a percepção de que os serviços de saúde são pouco rentáveis se gratuitos³¹⁶.

O estudo de Vilarinho (2004) também aponta este caminho pouco explorado quando se trata desta questão para as Misericórdias do século XX: a tomada de consciência acerca do potencial de rentabilidade económica da assistência em saúde³¹⁷. O autor afirma que foi em 1930 que se iniciou exploração económica do sector privado de saúde, sendo na década de 1950 a consolidação da inserção do seguro privado na assistência médica brasileira³¹⁸.

Julga-se que a apreciação de Vilarinho (2004,2003) seja acertada, sendo apenas pouco precisa em relação à estruturação do processo, que começou muito antes de 1930.

Esta ilação é apoiada no trabalho de Cláudia Tomaszewski (2007), cuja pesquisa mostrou que já em 1895 a Misericórdia de Pelotas tinha redefinido as suas actividades hospitalares criando quartos particulares, ampliando-os em 1903, e configurando-os no ano de 1911 em fonte significativa de receita para a Irmandade³¹⁹.

³¹⁶ TOMASCHEWSKI, Cláudia. *op. cit.*, 2007, p. 187-201.

³¹⁷ Embora o tema tenha sido circunstanciadamente trabalhado no texto de COIMBRA, Luiz Octávio. *op. cit.*, 1986. Ver também: VILARINHO, Paulo Ferreira. *op. cit.*, 2004, p. 4.

³¹⁸ A legislação brasileira do sector filantrópico é muito clara, embora esteja em constante reformulação, com relação à isto: se houver superávit nas receitas de instituições filantrópicas de assistência em saúde, o excedente deve ser aplicado na melhoria do património hospitalar. Ver a Lei Nº 8.212, de 24 de Julho de 1991 no artigo 55º, parágrafo V: “ aplique integralmente o eventual resultado operacional na manutenção e desenvolvimento de seus objectivos institucionais apresentando, anualmente ao órgão do INSS (Instituto Nacional do Seguro Social) competente, relatório circunstanciado de suas actividades”, (Redação dada pela Lei nº 9.528, de 10.12.97). Fonte: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8212cons.htm Data do acesso: Maio de 2009.

³¹⁹ A autora conclui que a “caridade pública” tinha cariz de prestação assistencial privada na Misericórdia de Pelotas sendo expressivo o número de empresas a utilizar por meio de convénios, os serviços de assistência médica. TOMASCHEWSKI, Cláudia. *op. cit.*, 2007, p. 210-212.

Igualmente Luiz Octávio Coimbra (1986) demonstrou o carácter mercantilista presente desde o século XIX da Misericórdia do Rio de Janeiro³²⁰.

Isto é, os hospitais tornaram-se numa fonte de lucro para uma elite que já não encontrava na caridade ou na filantropia a motivação para a gestão de tais estabelecimentos, mas antes o benefício económico, já em finais do século XIX e início do século XX, com a cadeia de Misericórdias em ampla expansão, como já foi demonstrado, nas áreas mais prósperas do país – a região Sul e Sudeste.

O destino das Subvenções

Que estabelecimentos receberam as referidas subvenções? Já foi visto que os equipamentos sociais foram reorganizados em função da separação realizada entre a assistência médica e a assistência social.

Porém na legislação, os recursos eram destinados sem levar em consideração esta formalidade indicada nas estatísticas do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) que dividia as instituições entre “Asilos e Recolhimentos” e estabelecimentos de “Assistência Médico-Sanitária”.

As despesas públicas relativas à assistência médico-sanitária estão divididas não pela nomenclatura das instituições, se governamentais ou particulares, mas entre “assistência hospitalar oficial” e “outros serviços de assistência sanitária”.

Não há, portanto, como afirmar categoricamente se os tais “outros serviços” se referem a hospitais privados, ou escolas, irmandades, Misericórdias, Centros Espíritas ou ainda a outras associações que prestem assistência médica.

³²⁰ A tese do autor é a de que a Santa Casa de Misericórdia reduziu a oferta de serviços aos enfermos pobres, garantindo melhor prestação da assistência aos enfermos contribuintes. COIMBRA, Luiz Octávio. *op. cit.*, 1986.

ASIOS E RECOLHIMENTOS																				
ASIOS E RECOLHIMENTOS — 1931					ASIOS E RECOLHIMENTOS															
1 — Número de instituições, segundo sua natureza					V — Número de instituições, segundo sua natureza — 1933															
UNIDADES POLITICAS	NUMERO DE INSTITUICOES																			
	ESTADUAIS					MUNICIPAIS														
	Fe- derais	Sub- vencio- nadas	Sub- vencio- nadas	Soma	Total	Fe- derais	Sub- vencio- nadas	Sub- vencio- nadas	Soma	Total										
Distrito Federal.....	11	—	—	3	3	12	—	—	3	3	19	27	46	61						
Alagoas.....	—	2	1	3	—	—	1	2	—	—	2	1	3	5						
Amazonas.....	—	1	2	3	—	—	—	2	—	—	2	1	3	5						
Baia.....	—	—	2	1	1	—	—	1	1	1	10	3	13	15						
Ceará.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	4	4						
Espirito Santo.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	4	4						
Goiáz.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	4	4						
Maranhão.....	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	3	3	6	6						
Mato Grosso.....	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	2						
Minas Gerais.....	—	3	3	1	1	—	—	4	4	1	28	31	59	64						
Para.....	—	1	2	3	1	—	1	2	3	1	—	3	3	7						
Parabá.....	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	4	2	6	7						
Paraná.....	—	—	4	—	—	—	1	3	4	—	5	2	7	11						
Pernambuco.....	—	—	1	1	1	—	—	1	1	1	9	14	23	25						
Piauí.....	—	—	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	1						
Rio de Janeiro.....	—	—	1	1	1	1	11	7	18	2	12	5	17	21						
Rio Grande do Norte.....	—	—	3	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	4						
Rio Grande do Sul.....	—	—	3	—	—	—	13	9	22	—	15	6	21	24						
Santa Catarina.....	—	—	—	2	2	—	3	1	4	2	4	2	6	8						
São Paulo.....	—	—	4	1	5	6	69	30	99	2	60	33	93	98						
Sergipe.....	—	—	—	—	—	—	3	—	3	—	3	—	3	3						
Território do Acre.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—						
BRASIL.....	11	4	28	32	1	16	17	326	386	13	3	27	30	3	10	13	186	137	323	379

FONTE — Anuario estatístico do Brasil 1936. Rio de Janeiro: IBGE, v. 2, 1936.

FONTE — Anuario estatístico do Brasil 1937. Rio de Janeiro: IBGE, v. 3, 1937.

NOTA: — As subvenções concedidas ora são federais, ora estaduais ou municipais. Em alguns casos, procedem de dois dos governos ou três simultaneamente.

ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA - 1934

VI - Estabelecimentos informantes, segundo o custo da assistência prestada

e os meios de manutenção

UNIDADES POLÍTICAS	NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS									
	SEGUNDO O CUSTO DA ASSISTÊNCIA			SEGUNDO OS MEIOS DE MANUTENÇÃO			Particulares			
	Prestando socorros			A título gratuito e a título oneroso			Oficiais	Mantidos com recursos próprios	Mantidos com o auxílio do Poder Público	
TOTAL	Somente a título gratuito	Somente a título oneroso	A título gratuito e a título oneroso	Oficiais	Mantidos com recursos próprios	Mantidos com o auxílio do Poder Público				
Distrito Federal.....	133	91	37	5	64	55	14			
Alagoas.....	14	6	—	8	4	2	8			
Amazonas.....	18	12	3	3	10	4	4			
Baía.....	38	20	3	15	13	8	17			
Ceará.....	12	7	2	3	5	2	5			
Espírito Santo.....	13	12	—	1	9	1	3			
Goiaz.....	5	3	2	—	2	2	1			
Maranhão.....	12	9	1	2	8	1	3			
Mato Grosso.....	14	11	—	3	9	1	4			
Minas Gerais.....	186	100	22	64	67	46	73			
Pará.....	53	43	3	7	44	3	6			
Paraíba.....	18	16	—	2	14	1	3			
Paraná.....	31	12	1	18	14	6	11			
Pernambuco.....	46	32	1	13	28	11	7			
Piauí.....	8	6	—	2	5	—	3			
Rio de Janeiro.....	68	42	4	22	34	9	25			
Rio Grande do Norte.....	13	9	—	4	9	—	4			
Rio Grande do Sul.....	93	38	22	33	39	28	26			
Santa Catarina.....	28	8	9	11	5	8	15			
São Paulo.....	212	87	38	87	53	50	109			
Sergipe.....	18	11	—	7	6	—	12			
Território do Acre.....	11	11	—	—	5	5	1			
Brasil.....	1 044	586	148	310	447	243	354			

FONTE - Anuário estatístico do Brasil 1936. Rio de Janeiro: IBGE, v. 2, 1936.

DESPESAS PÚBLICAS COM A ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA

II — DESPESAS DA UNIÃO — 1936/1938

2. DISCRIMINAÇÃO, SEGUNDO A FINALIDADE

REGIÕES E UNIDADES FEDERADAS	Anos	DESPESAS				
		Custelo				
		Administração central, serviços gerais e insti- tutos	assistência hospitalar oficial	Outros serviços de assistência sanitária	Total	Subvenções e auxílios
Norte						
Acre.....	1936	—	(2) 206:487\$	—	206:487\$	28:000\$
.....	1937	—	45:000\$	215:521\$	260:521\$	—
.....	1938	—	(2) 260:919\$	—	260:919\$	—
Amazonas.....	1936	—	—	115:795\$	115:795\$	311:700\$
.....	1937	—	—	168:509\$	168:509\$	480:000\$
.....	1938	—	—	223:593\$	223:593\$	55:000\$
Pará.....	1936	—	—	140:082\$	140:082\$	304:500\$
.....	1937	473:686\$	1 675:000\$	161:983\$	2 310:669\$	178:000\$
.....	1938	391:985\$	1 399:000\$	238:333\$	2 029:318\$	172:500\$
Maranhão.....	1936	—	—	42:956\$	42:956\$	83:700\$
.....	1937	4:403\$	120:000\$	192:576\$	316:979\$	113:500\$
.....	1938	158:250\$	200:000\$	11:562\$	369:812\$	95:000\$
Piauí.....	1936	—	—	25:870\$	25:870\$	10:000\$
.....	1937	—	40:000\$	157:829\$	197:829\$	17:500\$
.....	1938	116:410\$	—	2:124\$	118:534\$	5:000\$
Nordeste						
Ceará.....	1936	—	—	103:051\$	103:051\$	83:000\$
.....	1937	182:048\$	865:000\$	725:975\$	1 773:023\$	477:000\$
.....	1938	385:790\$	946:897\$	1 094:937\$	2 427:624\$	300:500\$
Rio Grande do Norte.....	1936	—	—	30:260\$	30:260\$	48:700\$
.....	1937	—	—	81:989\$	81:989\$	21:000\$
.....	1938	28:495\$	—	5:310\$	33:805\$	8:000\$
Paraíba.....	1936	—	—	32:316\$	32:316\$	24:000\$
.....	1937	—	—	108:927\$	108:927\$	39:000\$
.....	1938	86:331\$	—	4:127\$	90:458\$	47:000\$
Pernambuco.....	1936	—	—	116:376\$	116:376\$	228:700\$
.....	1937	206:494\$	1 050:000\$	880:275\$	2 136:769\$	325:000\$
.....	1938	184:026\$	950:000\$	1 243:980\$	2 378:006\$	141:000\$
Alagoas.....	1936	—	—	45:257\$	45:257\$	33:000\$
.....	1937	4:027\$	40:000\$	123:989\$	168:016\$	83:000\$
.....	1938	51:944\$	—	6:143\$	58:087\$	53:500\$
Este						
Sergipe.....	1936	—	—	23:262\$	23:262\$	19:300\$
.....	1937	8:265\$	—	96:235\$	104:500\$	51:500\$
.....	1938	77:188\$	—	103:050\$	180:238\$	68:000\$
Baía.....	1936	—	—	141:381\$	141:381\$	279:300\$
.....	1937	386:502\$	420:000\$	648:696\$	1 455:198\$	303:500\$
.....	1938	138:007\$	445:000\$	432:995\$	1 016:002\$	71:000\$
Espirito Santo.....	1936	—	—	32:636\$	32:636\$	12:300\$
.....	1937	—	—	90:123\$	90:123\$	49:000\$
.....	1938	61:928\$	175:000\$	10:558\$	247:486\$	55:000\$
Sul						
Rio de Janeiro.....	1936	—	—	461:852\$	461:852\$	330:700\$
.....	1937	—	—	486:469\$	486:469\$	368:500\$
.....	1938	72:670\$	578:418\$	3:000\$	654:089\$	135:000\$
Distrito Federal.....	1936	17 057:491\$	15 304:102\$	45 509:666\$	77 871:259\$	1 945:647\$
.....	1937	24 576:473\$	21 332:379\$	83 121:827\$	129 030:679\$	2 940:480\$
.....	1938	19 862:410\$	28 042:848\$	98 082:416\$	145 987:674\$	3 307:651\$

FONTE - Anuário estatístico do Brasil 1939 / 1940. Rio de Janeiro: IBGE, v. 5, 1941

NOTA - A partir de 1937 é precária a especificação regional das despesas de custeio. O fato decorre, entre outras causas, da divisão do país em cinco regiões para os efeitos da distribuição dos serviços de educação e saúde; essas regiões não correspondem às adotadas pelo I. B. G. E.

Esta indiferenciação causa um obstáculo para a análise, pois nas estatísticas aparece o valor especificado por unidade federativa, mas sem nomear a instituição beneficiada. Já na legislação é estipulada a quantia por estabelecimento atendido. A título de exemplo, reproduz-se o documento encontrado de 1933:

“Decreto nº 22.465, de 15 de Fevereiro de 1933

Concede auxílios a instituições do Distrito Federal e dos Estados da Baía, Minas Gerais e S. Paulo

O Chefe do Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil, resolve, na conformidade do disposto no artigo 24 do decreto nº 20.361, de 31 de agosto de 1931, conceder os seguintes auxílios, no primeiro semestre de 1932, a instituições do Distrito Federal e dos Estados da Baía, Minas Gerais e S. Paulo, abaixo indicadas:

Santa Casa de Misericórdia - Belmonte (Baía)
.....2:500\$000

Associação de Proteção a Veteranos Invalidos - Distrito Federal.....
2:500\$000

Fundação Osorio (idem).....
5:000\$000

Asilo Nossa Senhora do Perpetuo Socorro - Santa Barbara (Minas Gerais)
2:500\$000

Santa Casa de Caridade - Campanha (idem).....1:500\$000

Santa Casa de Misericórdia - Ouro Preto (idem)
.....5:000\$000

Maternidade de S. Paulo - S. Paulo10:000\$000

Asilo de Mendicidade S. Vicente de Paulo - Cruzeiro (idem).....
500\$000

Total..... 29:500\$000

Rio de Janeiro, 15 de fevereiro de 1933, 112º da Independencia e 45º da Republica.

GETÚLIO VARGAS.

Washington Pires.³²¹

Deste modo, ao cruzar as informações por unidade federativa torna-se possível avaliar para onde foram os recursos subsidiados, muito embora seja

³²¹ Os grifos são da autora.

tarefa inglória separar valores para a assistência social e para assistência médica, para cada estado.

No corpo dos decretos encontram-se juntas as instituições dos dois tipos, para além de escolas e centros profissionais, em especial desde a década de 1940 em diante.

Para tornar ainda mais complicada a tarefa, adicionam-se os recursos que são retroactivos, isto é, os recursos a considerar no ano corrente, mas outorgados posteriormente. No que tange aos leitos hospitalares em hospitais sem fins lucrativos, eles eram 8.253 em 1935. Desses, 5.458 eram considerados gratuitos para a população porém subsidiados pelo Governo. Deste modo, mais de metade da assistência era gratuita, pois a população não poderia pagar ³²².

Conforme a tabela abaixo indica, ainda em 1946 era nítida a disparidade entre leitos particulares e de hospitais governamentais (no título de “União”), mesmo fora do eixo Rio de Janeiro - São Paulo:

³²² Estas informações referem-se sobretudo a São Paulo, a partir do estudo feito por GUIMARÃES, Cid. “Evolução da Assistência Hospitalar Geral no Estado de São Paulo, Brasil no período de 1935 a 1974”, Depto. de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública USP, *Revista de Saúde Pública de São Paulo*, São Paulo, 1976.

ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA					
II - ESTABELECIMENTOS EM FUNCIONAMENTO NAS CAPITAIS, E SEUS LEITOS - 1946					
2. DISCRIMINAÇÃO, SEGUNDO A ENTIDADE MANTENEDORA					
b) Número de leitos					
CAPITAIS	LEITOS				
	Total	Segundo a entidade mantenedora do estabelecimento			
		União	Estado	Município	Particular
Pôrto Velho.....	92	8	—	—	84
Rio Branco.....	158	8	—	—	150
Manaus.....	1 320	75	662	—	583
Boa Vista.....	43	—	—	—	43
Belém.....	1 685	233	478	—	974
Macapá.....	3	3	—	—	—
São Luis.....	687	30	295	—	362
Teresina.....	326	8	90	—	228
Fortaleza.....	1 190	154	158	30	848
Natal.....	1 361	308	572	—	481
João Pessoa.....	1 149	110	476	50	513
Recife.....	4 522	456	1 197	—	2 869

FONTE — Serviço de Estatística da Educação e Saúde. Tabela extraída de: Anuário estatístico do Brasil 1948. Rio de Janeiro: IBGE, v. 9, 1949

Estas tabelas levam a crer que a questão hospitalar no final da etapa em análise constitui um traço de ruptura operado entre o pacto social das elites com os pobres, verificado em períodos anteriores. No Império parecia ser mais visível o preceito moral constrangedor da acção civil em relação aos desvalidos. Na República o Governo iria transformar-se no principal financiador das Misericórdias e também de outras instituições particulares, forjando uma relação diferente entre essas instituições e a população.

Antes o custo das actividades das Misericórdias era financiado pelas elites com os seus próprios recursos e com os privilégios e esmolas régias. A partir das primeiras décadas da República, são as Irmandades que recebem recursos do Governo para manter estruturas de atenção em saúde e assistência. Isto é, as Misericórdias transformaram-se em intermediárias entre a população e a administração pública.

Esta afirmação é ilustrada no episódio ocorrido em 1947, no qual Eduardo de Azevedo Ribeiro, o médico e provedor da Santa Casa da Misericórdia do

Pará, usou a tribuna do Senado Federal para expor a situação precária da instituição solicitando recursos para a ampliação das unidades hospitalares, baseando-se na demanda dos utentes³²³.

O financiamento das Misericórdias, sustentado pelo Estado, prescindia a partir de então, das contribuições exclusivas das elites. No entanto, a parte que coube à sociedade de uma forma geral era o pagamento dos impostos cujo valor seria o Governo a decidir e igualmente determinar onde e de que forma tais recursos seriam empregados.

Embora fossem ainda revestidos simbolicamente sob a aparência da caridade e com o verniz da filantropia, os hospitais privados brasileiros ficaram dependentes do Governo para subsistirem, visto as doações e os legados não constituírem fontes abundantes de recursos como verificado outrora.

Ocorreu a institucionalização formal de uma prática histórica: as Misericórdias monopolizavam e monopolizam um bem vital, a assistência terapêutica.

O Estado reconhecia a necessidade de uma situação de saúde favorável para arrancar o desenvolvimento do país. A contrapartida para a população que não poderia pagar pelo serviço seria tomada pelo Estado que consentiria em pagar, não criando um sistema próprio mas utilizando-se daquela considerada “*a mais prestigiada irmandade religiosa branca estabelecida no mundo português*”³²⁴.

Considerando fundamentalmente o período Vargas, constata-se uma realidade em que escolhas políticas desenvolvimentistas foram favorecidas em vez de maior incremento numa estrutura de assistência médico-social³²⁵. Mas a propaganda oficial mostrava uma outra visão.

³²³ Fonte: Sítio Web do Senado Federal. Acesso em Abril de 2009.

³²⁴ MULVEY, Patrícia. Verbete “ Santa Casa de Misericórdia”, *Dicionário da História da Colonização Portuguesa no Brasil*, Coordenação de Maria Nizza da Silva, Programa de Investigação da Comissão Nacional para as comemorações dos Descobrimentos Portugueses, Verbo, Lisboa, 1994.

³²⁵ O documentário *Políticas de Saúde no Brasil: Um século de luta pelo direito à saúde* é uma importante iniciativa apoiada pelo Ministério da Saúde que retrata o cenário da saúde brasileira de 1900 até 2006. O filme

A segunda gestão de Vargas, já em 1945, mostra o presidente em cerimónias, a inaugurar novas instituições privadas, delimitando o papel das Santas Casas na assistência pública do país e chamando a atenção da elite para o cuidado social como garantia da força de trabalho³²⁶.

A análise do discurso confirma os dados estatísticos desse período, que mostravam que a maioria dos equipamentos sociais era da ordem privada e que o Governo tinha actuação diminuta na abertura de novos hospitais federais, apesar do caso do Rio de Janeiro ser singular nesta conjuntura, conforme tem mostrado Gisele Sanglard (2008, 2005) nos seus trabalhos sobre a assistência hospitalar no estado.

foi feito pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, do Ministério da Saúde, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS e com a Universidade Federal Fluminense/UFF. Na segunda parte do filme, tratando sobre a Era Vargas, é ressaltado o desejo de industrialização do país pelo presidente e a criação dos IAPs- (Instituto de Aposentadorias e de Pensões). Uma cota de 8% era retirada dos salários dos trabalhadores, para que tivessem direito a assistência médica. Porém, o dinheiro de quem pagava as contribuições foi utilizado para financiar a indústria “da parte mais cara da industrialização, que nenhum empresário queria pagar”, segundo o filme.

Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=26232 Acesso em Maio de 2009.

³²⁶ Ver o trecho de uma parte do discurso do presidente feito na solenidade da fundação do Hospital em Santos 02 de Julho de 1945. Capturado no sítio Web <http://www.novomilenio.inf.br/santos/h0260d8.htm>. Acesso em Junho de 2009.

Considerações finais

Nesta dissertação procurou-se trabalhar com as Misericórdias numa perspectiva o mais abrangente possível. Sem defender a busca de uma “verdade” para o passado, procurou-se entender os mecanismos, os contextos e o imaginário em torno das Misericórdias para melhor perceber o estilo adotado, ou readotado, pela assistência pública brasileira, bem como influências que sofreu. Da investigação concluiu-se que, ainda no século XIX, as Misericórdias tomaram consciência do potencial de rentabilidade económica das suas actividades e por isso investiram na prestação de cuidados de saúde àqueles que os podiam pagar.

Nesse processo suas reivindicações por recursos económicos junto ao Governo tornaram-se válidas e foram atendidas pela necessidade que o Estado detinha de garantir condições sanitárias favoráveis ao arranque do desenvolvimento industrial e económico do Brasil em sua fase republicana.

Por essa razão o Estado Brasileiro, nas distintas presidências nas quatro primeiras décadas do século XX, aperfeiçoou a legislação respeitante aos subsídios às instituições particulares de assistência. Essa regulação foi feita de modo sistemático nomeadamente a partir de 1931. Apesar de ter tido consciência das suas responsabilidades em termos de assistência pública o Estado Brasileiro não rompeu com práticas tradicionais que viam na figura do pobre um ser indesejável à construção de uma nação forte e desenvolvida.

Tampouco as Misericórdias prestaram mais atenção aos pobres pois estavam mais concentradas nas áreas prósperas do Brasil, nomeadamente a região Sul e Sudeste, ainda que existissem algumas instituições nos estados do Nordeste e Norte. As modalidades assistenciais historicamente praticadas pelas Misericórdias, como o cuidado aos presos e assistência médica gratuita, foram sendo modificadas de acordo com racionalidades administrativas e económicas.

As crianças continuavam a beneficiar das Misericórdias mas já mais por preceitos filantrópicos, conceito incorporado no discurso e nas práticas das elites dirigentes daquelas instituições. Na gestão de Getúlio Vargas, as Misericórdias floresceram e consolidaram-se como garantes da assistência médica ainda que o próprio Governo fizesse algumas tentativas, quase sempre residuais, de estabelecer um sistema novo dentro da estrutura herdada do período colonial.

Foi isso que aconteceu com a criação da Previdência Social na década de 1923, considerada uma das grandes inovações legislativas proveniente desta altura; o apoio institucional dado à L.B.A (Legião Brasileira de Assistência) e ainda a criação do CNSS para fiscalizar o uso do dinheiro público nas instituições particulares de assistência. Estas iniciativas não puderam, entretanto, substituir o alcance simbólico e concreto da assistência das Misericórdias.

Não se verificaram mudanças significativas no imaginário social acerca das Misericórdias encaradas como legítimas intermediárias entre o Estado e a população. Esta opção política em termos de modelo de assistência justificou o papel duradouro protagonizado pelas Misericórdias na sociedade brasileira a despeito de mudanças políticas importantes.

Na actualidade a mais relevante alteração foi a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), em 1988, que todavia não prescindiu do sistema privado precedente, nomeadamente das Misericórdias. No entanto, não seria a tradição colonial a responsável inteiramente por esta situação.

A despeito de ser laica e dever do Estado no Brasil, a assistência médica ainda se sustenta pela iniciativa privada e “oficialmente” de motivação religiosa, o que resulta de uma preferência política, talvez mesmo necessidade, dos regimes contemporâneos, alicerçadas tanto no imaginário social como na percepção do valor económico destas instituições. Apreciação esta que foi estimulada e consolidada ao longo de todo o século XX, como se procurou demonstrar.

Bibliografia

Fontes Impressas

KHOURY, Yara Aun. Guia dos Arquivos das Santas Casas de Misericórdia do Brasil: (fundadas entre 1500 e 1900) volumes 1 e 2. São Paulo, Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, PUC-SP/CEDIC, FAPESP, 2004.

Portugaliae Monumenta Misericordiarum Ed. Lit. Centro de Estudos de História Religiosa da Faculdade de Teologia, universidade Católica Portuguesa; coord. científica José Pedro Paiva, União das Misericórdias Portuguesas, Lisboa 2002.

Textos consultados:

Volume 4: “Crescimento e Consolidação: De D. João III a 1580”, 2005.
Documento 43-44 p. 87.

Volume 5: “Reforço da interferência régia e etilização: o Governo dos Filipes”, 2006.

Carta de 25 de Maio de 1640 p. 574.

Volume 6: “Estabilidade, grandeza e crise: da Restauração ao final do reinado de D. João V”, 2007.

Documentos: (190 p. 459, 193 p. 462, 195 p. 465, 201 p. 471, 203 p. 474, 208 p. 487, 209 p. 488, 211 p. 490, 212 p. 492, 223 p. 508, 241 p. 522, 252 p. 549, 256-257 p. 552, 267 p. 557, 270- 272 p. 565-566 e 276- 282 p. 568-573.)

Volume 7: “Sob o signo da mudança: De D. José I a 1834”, 2008.

Textos consultados:

Documentos: (134 p. 288, 135 p. 293, 141 p. 340, 145 p. 348, 170 p. 401, 177 p. 417, 182 p. 435, 205 p. 465, 213 p. 471, 250-252 p. 535-540, 257 p. 549, 259 p. 551, 269 p. 579, 270 p. 581 e 272 p. 582.)

Webgrafia

Câmara dos Deputados

Centro de Documentação e Informação - Legislação Informatizada

Disponível em <http://www2.camara.gov.br/legislacao/>

Legislação consultada:

Ano: 1921 (Decretos nº 4.440)

Ano: 1922 (Decretos nº 4.517, nº 4.625, nº 15.441 e nº 15.903)

Ano: 1923 (Decretos nº 4.665 e nº 4.783. Leis: nº 4.632 e nº 4.783)

Ano: 1924 (Decretos nº 16.428 e Lei nº 4.793)

Ano: 1925 (Decreto nº 4.917 e Lei nº 4.984)

Ano: 1927 (Decretos nº 5.157-A, nº 5.161 e nº 5.184)

Ano: 1928 (Decretos nº 5.432, nº 5.533, nº 18.458 e nº 18.512)

Ano: 1929 (Decretos nº 5.658 e nº 18.670)

Ano: 1930 (Decreto nº 19.329)

Ano: 1931 (Decretos nº 20.739, nº 20.792, nº 20.827 e nº 20.858)

Ano: 1932 (Decretos nº 20.916, nº 21.008, nº 21.075, nº 21.167, nº 21.293, nº 21.639, nº 21.730, nº 21.774, nº 21.810 e nº 22.112)

Ano: 1933 (Decretos nº 22.367, nº 22.383, nº 22.384, nº 22.385, nº 22.462, nº 22.464, nº 22.465, nº 22.649, nº 22.906, nº 22.978, nº 23.073, nº 23.167, nº 23.218, nº 23.307 e nº 23.539)

Ano: 1934 (Decretos nº 10, nº 11, nº 50, nº 74, nº 84, nº 134, nº 164, nº 171, nº 172, nº 173, nº 191, nº 192, nº 23.675, nº 23.737, nº 23.831, nº 23.808, nº 23.888, nº 23.927, nº 23.989, nº 23.990, nº 24.100, nº 24.101, nº 24.162, nº 24.186, nº 24.202, nº 24.219, nº 24.302, nº 24.331, nº 24.332, nº 24.531 e nº 24.627)

Ano: 1935 (Decretos nº 211, nº 214, nº 242, nº 247, nº 248, nº 289, nº 291, nº 300, nº 310, nº 338, nº 342, nº 343, nº 393 e nº 554)

Ano: 1936 (Decretos nº 737, nº 738, nº 796, nº 797, nº 827, nº 828, nº 848, nº 861, nº 874, nº 917, nº 944, nº 954, nº 1.157, nº 1.311, nº 1.315, nº 1.330, nº 1.341)

Ano: 1937 (Decretos nº 1.470, nº 1.471, nº 1.548, nº 1.549, nº 1.665, nº 1.666, nº 1.687, nº 1.688, nº 1.710, nº 1.711, nº 1.811, nº 2.047, nº 2.175, nº 2.176, nº 2.177, nº 2.185 e nº 2.186)

Ano: 1938 (Decretos nº 3.518, nº 3.490, nº 3.287, nº 3.142, nº 3.122 e nº 2.567)

Ano: 1939 (Decretos, nº 3.587, nº 3.588, nº 4.304, nº 4.305, nº 4.306, nº 4.307, nº 4.308, nº 4.309, nº 4.414, nº 4.434, nº 4.435, nº 4.817, nº 4.849, nº 4.850, nº 4.851. Decretos-lei: nº 1.478 e nº 1.146)

Ano: 1940 (Decreto-Lei nº 2.334)

Ano: 1941 (Decreto nº 7.339)

Ano: 1942 (Decreto nº 9.428)

Ano: 1943 (Decreto nº 12.503, nº 12.949)

Ano: 1944 (Decretos nº 16.641, nº 17.262, nº 17.376, Decretos-Lei: nº 6.234, nº 6.539 e nº 6.996)

Ano: 1945 (Decreto nº 19.687)

Ano: 1946 (Decreto-Lei nº 8.670)

Estatísticas do Século XX

Estatísticas populacionais, sociais, políticas e culturais. Consultadas em: http://www.ibge.gov.br/seculoxx/estatisticas_populacionais.shtm Temas consultados: Previdência e Saúde.

Tabelas utilizadas neste trabalho:

Saúde

1908_12 Estabelecimentos de Assistência a Alienados (1907-1912).

1936 Assistência Médico-Sanitária – 1934- Estabelecimentos informantes, segundo o custo da assistência prestada.

1939_40 Despesas públicas com a Assistência Médico-Sanitária Despesas da União - 1936/1938 Discriminação, segundo as principais rubricas.

1948 Assistência Médico-Sanitária Estabelecimentos em funcionamento nas capitais, e seus leitos - 1946 Discriminação, segundo a entidade mantenedora Número de leitos (segundo a natureza do estabelecimento).

Previdência

1936 Asilos e recolhimentos — 1931 Pessoas internadas em 31 de Dezembro, segundo a natureza das instituições.

1937 Asilos e recolhimentos Número de instituições, segundo sua natureza — 1932.

1937 Asilos e recolhimentos Pessoas internadas em 31 de Dezembro, segundo a natureza das instituições — 1934.

1937 Asilos e recolhimentos Número de instituições, segundo o fim a que se destinam — 1932.

1938 Asilos e recolhimentos Movimento de assistência a desvalidos no País — 1935.

1938 Asilos e recolhimentos Pessoas internadas existentes em 31 de Dezembro, segundo a natureza das instituições Movimento da assistência a desvalidos no Distrito Federal Crianças internadas na Casa dos Expostos — 1937.

Referências Bibliográficas

- ABREU, Jean Luiz Neves. “A Colônia enferma e a saúde dos povos: a medicina das ‘luzes’ e as informações sobre as enfermidades da América portuguesa”, *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, vol.14, nº 3, p.761-778, Rio de Janeiro, jul-set, 2007.
- ABREU, Laurinda. “Purgatório, Misericórdias e caridade: condições estruturantes da assistência em Portugal XV-XIX”, *DYNAMIS, Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam, Illustrandam*, [s.l], 2000.
- ABREU, Laurinda. “O papel das Misericórdias dos lugares de além-mar na formação do Império português”, *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, vol. VIII (3): 591-611, Rio de Janeiro, set.-dez., 2001.
- ABREU, Laurinda. “Razões da escolha de um título: a pertinência da utilização de conceitos de saúde e “bem – estar” para o período moderno”, em *O Sistema de saúde e bem-estar em Portugal em perspectiva histórica*, (texto não publicado).
- ABREU, Laurinda. “Misericórdias: patrimonialização e controle régio (séculos XVI e XVII)”, *Ler História*, nº 44, Lisboa, 2003.
- ABREU, Laurinda. “Un destin exceptionnel: les enfants abandonnés au travail (Évora 1650-1837) ”, *VARIA, Annales de Demographie Historique*, nº 02, p. 165-183, Société de Demographie Historique, [s.l], 2005.
- ABREU, Laurinda. “Repressão e controlo da mendicidade no Portugal Moderno”, *Asistencia y caridad como estrategias de intervención social: iglesia, estado y comunidad (sécs. XV-XX)*, (Laurinda Abreu, ed.), Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco, CIDEHUS/UE, Bilbao, 2007.
- ABREU, Laurinda. “ O Papel das Misericórdias na sociedade portuguesa de Antigo Regime”, *História da Misericórdia de Montemor*, (no prelo, 2008).
- ABREU, Luciano Aronne de. “ O Estado Novo: fim das políticas regionais?”, *Estudos Ibero-Americanos*, PUCRS, vol. XXXIII, nº 1, p. 172-191, [s.l], Junho 2007.

- ARAÚJO, Maria Martha Lobo de. “As Misericórdias Portuguesas como palcos de sociabilidades no século XVIII”, *História, Questões & Debates*, nº 45, p. 155-176, Editora UFPR, Curitiba, 2006.
- AZEVEDO, Damião Alves de. “Por uma compreensão constitucionalmente adequada da Assistência Social”, *Cidadania em Foco – FUMARC*, nº 34, Belo Horizonte, Outubro, 2004.
- BENASSAR, Bartolomé & MARIN, Richard. *História do Brasil*, Editora Teorema, Lisboa, 2000.
- BERRIDGE, Virginia. “History in public health: who needs it?”, *Viewpoint, The Lancet* 356: 1923–25, [s.l], 2000.
- BORRIONE, Roberta & CHAVES, António Marcos. “Análise Documental e Contexto De desenvolvimento: Estatutos De Uma Instituição de protecção à Infância de Salvador, Bahia”, *Revista Estudos de Psicologia*, PUC, Campinas, vol. 21, nº 2, p. 17-27, Campinas, mai.-ago., 2004b.
- BOSCHI, Caio César. *Os Leigos e o Poder: Irmandades Leiga e Política Colonizadora em Minas Gerais, Ática*, São Paulo, 1986.
- BOSCHI, Caio César. “Espaço de sociabilidade na América Portuguesa e historiografia brasileira contemporânea”, *VARIA HISTORIA*, vol. 22, nº 36, Belo Horizonte, jul-dez., 2006.
- BOURDELAIS, Patrice. “Qu'est-ce que la vulnérabilité?: Un petit coup renverse aussitôt la personne (Süssmilch)”, *Les Populations Vulnérables (I), Annales de Demographie Historique* nº 02, p. 5-9, Société de Demographie Historique, [s.l], 2005.
- BOXER Charles R. *O Império colonial português (1415-1825)*, Edições Setenta, Lisboa, 1969.
- BRITES, Olga. “Infância, higiene e saúde na propaganda (usos e abusos nos anos 30 a 50)”, *Revista Brasileira de História*, (online) vol. 20, nº 39, p. 249-278, São Paulo, 2000.
- CAMURÇA, Marcelo. “Seria a caridade a “religião civil” dos brasileiros?”, *Praia Vermelha*, Estudos de política e teoria social, Rio de Janeiro, 2005.

CANCELLI, Elizabeth. “Repressão e Controle Prisional No Brasil” , CEPPAC- Universidade de Brasília (UnB) Prepared for delivery at the 2003 meeting of the Latin American Studies Association, Dallas, Texas, March 27-29, [s.l], 2003.

CANCELLI, Elizabeth. “Repressão E Controle Prisional No Brasil: Prisões Comparadas”, *História, Questões & Debates*, Editora UFPR. nº 42, p. 141-156, Curitiba, 2005.

CARVALHO, José Murilo de. Os Bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi, Companhia das Letras, São Paulo, 2006.

CASTEL, Robert. Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat, Gallimard, Colection Folio, Essais, Paris, 2007.

CASTRO SANTOS, Luiz A. de. “As Origens da Reforma Sanitária e da Modernização Conservadora na Bahia durante a Primeira República”, *Dados*, vol. 41, nº 3, Rio de Janeiro, 1998.

CAVAZANNI, André Luís. “Dos Avestruzes que Põem Ovos: expostos na Vila de Nossa Senhora do Lux dos Pinhais de Curytiba”, trabalho apresentado em Minas Gerais no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2002.

CHAVES, António Marcos, BORRIONE, Roberta, MESQUITA, Giovanna Reis. “Significado de Infância: A protecção à infância oferecida pela Santa Casa de Misericórdia na Bahia do século XIX”, *Interacção em Psicologia*, 8 (1), p. 103-111, Bahia, 2004a.

CHERUBIN, Niversindo António. “Situação das Misericórdias no Brasil”, *Mundo Saúde*, 19 (9), 303-8, [s.l], Outubro, 1995.

CHRISPIM, Karol. “Irmandade de Santo António dos Pobres de Simão Pereira (1867-1873)”, [s.r].

Disponível em: <http://www.anpuh.uepg.br/xxiii-simposio/anais/textos/KAROL%20GRUCHENHKA%20LUPATINI%20CHRISPIM.pdf>

CITRYNOWICZ, Roney. “Instituições de assistência social e imigração judaica”, *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, vol. 12, nº 1, p. 169-84, Rio de Janeiro, jan-abr., 2005.

COE, Agostinho Júnior Holanda. “As epidemias e a Morte: mudanças nas práticas de sepultamento em São Luís na segunda metade do século XIX (1854-1856)”, *Outros Tempos* (UEMA Online), vol. 4, 2007.

- COIMBRA, Luiz Octávio. “Filantropia e racionalidade empresarial (A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro de 1850 a 1920) ”, Edição EDUFF. *Revista do Rio de Janeiro*, vol. 1, nº 03, Rio de Janeiro, mai-ago, 1986.
- COSTA, Célia. “O Arquivo Público do Império : O Legado Absolutista na Construção da Nacionalidade”, *Estudos Históricos*, vol. 14, nº 26, Rio de Janeiro, 2000.
- COSTA, Nilson do Rosário. *Lutas Urbanas e controle sanitário. Origens das Políticas de Saúde no Brasil*, 2ª Edição, Petrópolis, Vozes, Rio de Janeiro, 1986.
- COSTA, Paulo Segundo da. *Hospital de Caridade São Cristóvão/Santa Isabel da Santa Casa de Misericórdia da Bahia: 450 anos de funcionamento 1549-1999*, Contexto&Arte Editorial, Salvador, 2000.
- DANTAS, George A.F. & FERREIRA, Ângela L.A. “Os "indesejáveis" na cidade: as representações do retirante da seca (Natal, 1890-1930) ”, *Migración Y Cambio Social* Nº extraordinário dedicado al III Coloquio Internacional de Geocrítica (Actas del Coloquio) Scripta Nova Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales, Universidad de Barcelona, Nº 94 (96), Barcelona, 1 de Agosto de 2001.
- D'ARAUJO, Maria Celina (Org.). *As Instituições Brasileiras da Era Vargas*, Ed. UERJ/Ed. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1999.
- DINIZ, Rita de Cassia. “Aspectos da problemática assistencial na Baixa Idade Média e seus reflexos na colonização da América Portuguesa”. [s.r.] Disponível em: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/idademedida.doc> , acesso em: 20 de Setembro de 2008.
- Escola Anatómica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro. *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*, Verbetes consultado: “Santa Casa de Misericórdia”, Capturado em 28 Maio de 2009. Online. Disponível na Internet <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>.
- ESPINA, Agustín. “La organización de la Caridade en la Encíclica Deus Caritas est”, Pontificia Universidad Católica Argentina, *Centro de Estudios de la Sociedad Industrial*, Valores nº 66, Año XXIV, [s.l], 2006.
- FARGE, Arlete. *Le goût de l'archive*, Seuil, Paris, 2002.

- FERREIRA, Laura Valéria. “Menores Desamparados da Proclamação da República ao Estado Novo”, *Revista Virtu*, Sétima Edição, Rio de Janeiro, 1º semestre de 2008.
- FIGUEIREDO, Gabriel. “As origens da assistência psiquiátrica no Brasil: O papel das Santas Casas”, *Memória Rev. Bras. Psiquiatr*, 22(3):133, [s.1], 2000.
- GANDELMAN, Luciana. “A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro nos séculos XVI-XIX”, *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, vol. VIII, nº 3, p. 613-630, Rio de Janeiro, 2001.
- GANDELMAN, Luciana. *Mulheres para um Império: órfãs e caridade nos recolhimentos femininos da Santa Casa da Misericórdia (Salvador, Rio de Janeiro e Porto - século XVIII*, Tese de doutorado, UNICAMP, Campinas, 2005.
- GEREMEK, Bronislaw. *A Piedade e a Força – História da Miséria e da Caridade na Europa*, Coleção Pequena História. Terramar, Lisboa, 1986.
- GUIMARÃES, Cid. “Evolução da Assistência Hospitalar Geral no Estado de São Paulo, Brasil no período de 1935 a 1974”, Depto. de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública USP *Revista de Saúde Pública de São Paulo*, São Paulo, 1976.
- HONORATO, Cezar. “Estado Novo e Cidadania: A Assistência Social em Discussão”, *Anos 90 (UFRGS)*, vol. 8, p. 14-29, Porto Alegre, 1997.
- HONORATO, Cezar. “O Fundo Público e as relações entre Estado e Cidadania”, *Revista de História Económica & Economia Regional Aplicada* vol. 2, nº 4, [s.1], 2008.
- JABERT, Alexander. “Formas de administração da loucura na Primeira República: o caso do estado do Espírito Santo”, *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, vol. 12, nº 3, p. 693-716, Rio de Janeiro, set.-dez., 2005.
- JONES, Colin. *The Charitable imperative: hospitals and nursing in Ancien Regime and Revolutionary France*. Routledge, New York, 1989.
- KOIFMAN, Fábio. “Estado Novo e Eugenia”, [s.r]. Disponível em: <http://www.anpuh.uepg.br/xxiii-simposio/anais/textos/F%C3%81BIO%20KOIFMAN.pdf>

- KUHLMANN, Moysés & ROCHA, José Fernando Teles. “Educação no asilo dos expostos da Santa Casa em São Paulo: 1896-1950”, *Cadernos de Pesquisa*, vol. 36, nº 129, São Paulo, 2006.
- LALOUETTE, Jacqueline. L’Hôpital entre religions et laïcité. Du Moyen Age à nous jours. Collection Mémoire chrétienne au présent, Nº 4. Letouzey et Ané Paris, 2006.
- LEEUWEN, Marco H. D van. “Logic of Charity: Poor Relief in Preindustrial Europe”, *Journal of Interdisciplinary History*, XXIV, 4 589- 613, The Massachusetts Institute of Technology, [s.l], 1994.
- LOPES, Maria Antónia. “Pobreza, asistencia y política social en Portugal en los siglos XIX y XX”, *Perspectivas historiográficas*. DEVEGA, Mariano Esteban. *Pobreza, Beneficencia y Política Social*, Ayer 25, [s.l], 1997.
- LYNCH, Katherine A. Individuals, Families, and Communities in Europe, 1200-1800. The Urban Foundations of Western Society. Cambridge Studies in Population, Economy and Society in Past Time, Cambridge University Press, Cambridge, 2003.
- MAGALHÃES, Sónia. “Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara: assistência e saúde em Goiás ao longo do século XIX”, *História, Ciência, Saúde - Manguinhos*, vol. 11 (3): 661-83 Rio de Janeiro, set.- dez., 2004.
- MARCÍLIO, Maria Luísa (Org.). “A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia e a assistência à criança abandonada na história do Brasil”, *Família, Mulher, Sexualidade e Igreja na História do Brasil*, Edições Loyola, São Paulo, 1993.
- MARTINEZ, Paulo Henrique. “Estado e amparo social no Império do Brasil (1822-1831)”, *Revista Abet*, vol. 3, nº 1, São Paulo, Junho, 2003.
- MARTINS, Paulo Henrique (Org.). *A dádiva entre os modernos. Discussão sobre os fundamentos e as regras do social*, Editora Vozes, Rio de Janeiro, 2002.
- MARTINS, Sílvia Helena Zanirato. “A Representação da Pobreza nos Registos de Repressão: Metodologia Do Trabalho Com Fontes Criminais”, *Revista de História Regional*, América do Norte, 3, Setembro, 2007.
- MESGRAVIS, Laima. *A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. (1599? 1884) Contribuição ao Estudo da Assistência Social no Brasil*, Coleção Ciências Humanas São Paulo, 1974.

- MULVEY, Patrícia. Dicionário da História da Colonização Portuguesa no Brasil, Verbete “Santa Casa de Misericórdia”, Coordenação de Maria Nizza da Silva, Programa de Investigação da Comissão Nacional para as comemorações dos Descobrimentos Portugueses, Verbo, Lisboa, 1994.
- NASCIMENTO, Alcileide Cabral. “As portas da vida para as filhas da caridade: formas de inserção social das mulheres expostas (Recife, 1830-1860)”, *SAECULUM- Revista de História*, 11, João Pessoa, ago.-dez., 2004.
- NEGRÃO, Ana Maria Melo. *Infância, educação e direitos sociais: “Asilo de Órfãs”*, Tese de mestrado, UNICAMP, Campinas, São Paulo, 2002.
- NEGRÃO, Ana Maria Melo. “Trajectória Educacional do Asilo de Órfãs da Santa Casa de Misericórdia de Campinas”, [s.r]. Disponível em: www.sbhe.org.br/.../individuais-e-co-autorais-eixo01.htm.
- OLIVEIRA, Anderson. “Os bispos e os leigos: reforma católica e irmandades no Rio de Janeiro Imperial” , [s.r]. Disponível em: <http://200.201.9.18/index.php?journal=rhr&page=article&op=viewPDFInterstitial&path%5B%5D=50&path%5B%5D=108>.
- PENTEADO, Pedro. “A Investigação em sistemas de arquivo: algumas reflexões sobre o caso das Misericórdias de Portugal”, [s.r] Artigo disponível em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/artigo5611.PDF>
- PEREIRA, André Ricardo. “A criança no Estado Novo: uma leitura na longa duração” , *Rev. Bras. Hist*, vol. 19, nº 38, São Paulo, 1999.
- PIMENTA, Tânia Salgado. O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro (1828-1855), Tese de doutorado, UNICAMP, Campinas, São Paulo, 2003.
- PIVA, Izabel & SIQUEIRA, Maria da Penha. “A Santa Casa da Misericórdia de Vitória: Acção Da Irmandade no Atendimento à Pobreza em Vitória – ES (1850-1889)” , *Revista Agora*, nº2, Vitória, 2005.
- PIZANI, Maria Angélica Pinto Nunes. “A actuação de religiosas em Curitiba na assistência aos alienados durante a República Velha”, [s.l], 2002. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?>
- PIZANI, Maria Angélica Pinto Nunes. O cuidar na actuação das irmãs de São José de Moutiers na Santa Casa de Misericórdia de Curitiba (1896-1937), Universidade Federal do Paraná, Paraná, 2005.

PONTES, José Linhares. “Filosofia das Misericórdias do Brasil”, *Mundo Saúde*, 19 (10): 359-63, [s.l.], nov-dez, 1995.

PORTO, Ângela. “Fontes para a História da Saúde dos escravos no Brasil”, 4º Encontro Escravidão e Liberdade no Brasil Meridional, Curitiba, 2009. Disponível em: <http://www.labhstc.ufsc.br/ivencontro/pdfs/comunicacoes/AngelaPorto.pdf>.

PORTO, Ângela. “O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX. Doenças, instituições e práticas terapêuticas”, *História, Ciências e Saúde - Manguinhos*, vol. 13, nº 4, p. 1019- 27, Rio de Janeiro, out.-dez., 2006.

QUIROGA, Ana Maria. “Assistência e Poder: revendo uma articulação histórica”, *Praia Vermelha* [Online], vol. 18, Nº 1, América do Norte, Janeiro, 2009.

REVISTA CMB 40 anos – Quatro décadas de compromisso com a saúde no Brasil Edição Histórica, Editora Athalaia, [s.l.], Dezembro, 2003.

RICUPERO, Rubens. “A Santa Casa da Misericórdia da Bahia e o padre António Vieira na construção da sociedade brasileira”, *Revista Electrónica sobre a Reforma do Estado*, nº 4, dez. 2005, jan.-fev., 2006. Disponível em www.direitodoestado.com.br .Acesso: Setembro 2008.

ROCHA, Leila. *Caridade e Poder: A irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Campinas 1871- 1889*, Tese de mestrado, UNICAMP, São Paulo, 2005.

RUSSELL-WOOD, A. J. R. *Fidalgos e filantropos: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1775*, Coleção Temas Brasileiros, nº 20. Editora Universidade de Brasília, Brasília, 1981.

SÁ, Isabel dos Guimarães. “Entre Maria e Madalena: A mulher como sujeito e objecto de caridade em Portugal e nas colónias (séculos XVI-XVIII)”, *O Rosto Feminino da Expansão Portuguesa*, Comissão para a Igualdade e Para os direitos das mulheres, Congresso Internacional, Lisboa, 1994.

SÁ, Isabel dos Guimarães. *Quando o rico se faz pobre: misericórdias, caridade e poder no Império Português: 1500 – 1800*, Comissão Nacional para as Comemorações dos Descobrimentos Portugueses, Lisboa, 1997.

SÁ, Isabel dos Guimarães. “Práticas de caridade e salvação da alma nas Misericórdias metropolitanas e ultramarinas (século XVI- XVIII) algumas

- metáforas”, *Revista “Oceanos”* 35, Comissão Nacional para as Comemorações dos Descobrimentos Portugueses, Lisboa, 1998.
- SÁ, Isabel dos Guimarães & LOPES, Maria Antónia. *História Breve das Misericórdias*, Imprensa da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2008.
- SANGLARD, Gisele. *Entre os salões e o laboratório: filantropia, mecenato e práticas científicas no Rio de Janeiro – 1920-1940*, Tese de doutorado Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.
- SANGLARD, Gisele. “A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização”, *Esboços - Revista do Programa de Pós-Graduação em História da UFSC*, nº16, América do Sul, 2007a.
- SANGLARD, Gisele. “Hospital de Clínicas Artur Bernardes e a Assistência Hospitalar no Rio de Janeiro: primeiras reflexões”, *Anpuh Rio de Janeiro ‘Usos do Passado’ — XII Encontro Regional de História ANPUH-RJ*, 2006. Disponível em:<http://www.rj.anpuh.org/Anais/2006/conferencias/Gisele%20Sanglard.pdf>
- SANGLARD, Gisele. “Hospitais: espaços de cura e lugares de memória da saúde”, *Anais do Museu Paulista*, vol. 15, nº 2, São Paulo, Dezembro, 2007b.
- SANGLARD, Gisele. “Assistência entre o liberalismo e o bem-estar social”, Publicação apresentada no XIII Encontro de História Anpuh-Rio Identidades, 04-07 de Agosto de 2008.
- SANTANA, Ângela Cristina Salgado. “A Santa Casa de Misericórdia da Bahia. Um espaço de acolhimento e educação infantil”, *Revista do Faced*, nº 9, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2005.
- SANTOS, Isabela Soares; UGA, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Sílvia Marta. “O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde”, *Ciência, Saúde Colectiva*, vol. 13, nº 5, Rio de Janeiro, Outubro, 2008.
- SARDAN, Jean Pierre Olivier. *La rigueur du qualitatif les contraintes empiriques de l’interprétation sócio-anthropologique*, Anthropologie Prospective, Academia Bruylant, Louvain-la-Neuve, 2008.
- SASSIER, Phillipe. *Du bon usage des pauvres. Histoire d’un thème politique (XVIe – XXe)*, Fayard, Paris, 1990.

- SILVA, Amanda. “Mulheres Na Clausura: Recolhimentos Femininos Em Pernambuco E Suas Capitãncias Anexas – XVIII ”, Publicação do I Colóquio de História da Universidade Federal Rural de Pernambuco: Brasil e Portugal: nossa história ontem e hoje UFRPE, Recife, Pernambuco, Brasil 3 a 5 de Outubro de 2007.
- SILVA, Cláudia. “Igreja Católica, assistência social e caridade: aproximações e divergências”, *Sociologias*, ano 8, nº 15, Porto Alegre, jan.-jun., 2006.
- SILVA, Priscila. “Imagens do Poder: análise do Pelicano, a empresa régia de D. Leonor e D. João II (Portugal Século XV) ”, Publicação apresentada no XIII Encontro de História Anpuh-Rio Identidades 04-07 de Agosto de 2008.
- SILVEIRA, Carlos Henrique Pinto da. “A Irmandade da Misericórdia: disputas pelos ritos fúnebres e urbanização em São Luís na segunda metade do século XIX”, *Outros Tempos* Dossiê Religião e Religiosidade, vol.5, nº 6, São Luís, Dezembro, 2008.
- SIMILI, Ivana Guilherme. “A construção de uma personagem: a trajetória da primeira-dama Darcy Vargas”, Seminário Internacional Fazendo Género 7, 2006, Florianópolis, Seminário Internacional Fazendo Géneros, Género e Preconceitos, 2006.
- SIQUEIRA, Maria da Penha. “Pobreza no Brasil colonial: representação social e expressões da desigualdade na sociedade brasileira” , *Histórica, Revista Electrónica do Arquivo Público do Estado de São Paulo*, nº 34, São Paulo, 2009.
- SOUZA, Simone Elias. Os “socorros públicos” no Império do Brasil 1822 a 1834, Tese de mestrado. Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2007.
- STREB, Luís Guilherme. “Santa Casa de Misericórdia, Hospício São Pedro and madness: notes on the origins of psychiatry in Porto Alegre” , *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, vol. 29, nº 1, Porto Alegre, Abril, 2007.
- VIEIRA, Marina Tucunduva. Asilo de Órfãos de Santos: assistência à infância desvalida, Tese de mestrado, Universidade Católica de Santos, Santos, 2006.
- TOMASCHEWSKI, Cláudia. Caridade e filantropia na distribuição da assistência: a irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas – RS (1847-1922), Programa de Pós-Graduação em História das Sociedades Ibéricas e