

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO  
EM SAÚDE**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**O Processo da Profissionalização Médica em Pernambuco - Um Estudo sobre  
a Categoria Médica Pernambucana, sua Organização, seus Interesses.**

**PEDRO MIGUEL DOS SANTOS NETO**

**Orientadora: prof<sup>ª</sup>. Maria Helena Machado**

**RIO DE JANEIRO, 1993**

**PEDRO MIGUEL DOS SANTOS NETO**

**O PROCESSO DA PROFISSIONALIZAÇÃO MÉDICA EM  
PERNAMBUCO**

**Um Estudo sobre a Categoria Médica Pernambucana, sua Organização, seus  
Interesses.**

**Dissertação apresentada à Escola  
Nacional de Saúde Pública da  
Fundação Oswaldo Cruz como  
requisito parcial para a obtenção do  
grau de Mestre em Saúde Pública .**

**Orientadora:**

**Prof<sup>a</sup>. Maria Helena Machado**

**RIO DE JANEIRO, 1993**

**"Me gustan los estudiantes  
que marchan sobre las ruinas,  
con las banderas en alto  
va toda la estudiantina.  
Son químicos y doctores,  
cirujanos y dentistas.  
Caramba y zamba la cosa  
viva los especialistas!"**

**Me gustan los estudiantes  
que con muy clara elocuencia  
a la bolsa negra sacra  
le bajó las indulgencias.  
Por, hasta cuando nos dura  
señores, la penitencia.  
Caramba y zamba la cosa,  
que viva toda la ciencia!"**

**(Violeta Parra)**

**À Fita, Peu e Beatriz.**

## **AGRADECIMENTOS**

Esta dissertação não seria viável sem a colaboração, compreensão e apoio de muitos amigos. Gostaríamos de destacar:

- A orientação e suporte de Maria Helena, que não encontrou tempo ruim para nos auxiliar;

- A partilha das dificuldades com Soraya e Ruth, motivação mais que bem vinda;

- A parceria nacional dos companheiros do NERHUS, nosso porto seguro carioca;

- A contribuição fundamental de Djalma Agripino, colega e orientador nas dificuldades de execução da "arte final";

- O companheirismo e compreensão dos colegas do NESC, que trilham a mesma estrada coletivamente traçada;

- As "luzes" dadas pelo prof. Salomão e prof<sup>a</sup>. Miriam Kelner.

## RESUMO

Este trabalho discute o processo de profissionalização dos médicos pernambucanos, baseando-se na análise dos principais eventos vivenciados pela categoria localmente, sob um enfoque analítico sociológico, pelo qual discutimos suas especificidades. Estabelecemos algumas reflexões sobre os condicionantes gerais do processo de organização dos interesses da profissão e a construção de suas organizações profissionais. Temos como preocupação não estabelecer uma abordagem isolada, que sugira dois ou mais processos de profissionalização para a categoria médica brasileira. O estudo do caso pernambucano cumpre, fundamentalmente, o papel de possibilitar a compreensão dos determinantes específicos à trajetória local, não devendo ser vista como independente do processo nacional vivido pela profissão. A análise fundamenta-se no enfoque de WILENSKY(1970), acerca do processo de profissionalização. Buscamos a compreensão deste processo a partir de suas origens, chegando a uma problematização dos dias atuais onde são observados desafios à estabilidade do projeto profissional, bem como dificuldades para a coesão dos interesses profissionais dos médicos.

## **ABSTRACT**

This dissertation discuss the professionalization process of the physicians in the state of Pernambuco, Brasil, where we analyze the major events that formed the profession locally, through a sociological analysis. We also discuss about the organization of the profession's interests and the construction of it's entities, being concerned of not establishing an isolated approach, which would suggest two or more processes of professionalization. The study of Pernambuco's case stands for the comprehension of the local steps, included on national process. Our analysis is based upon WILENSKY's approach on the process of professionalization that conforms some occupations in modern societies. Finally we discuss difficulties that emerge to the profession, challenging the medicine's professionalism.

## SUMÁRIO

Agradecimentos	05
Resumo	06
Abstract	07
Sumário	08
Apresentação	10

## CAPÍTULO I

### Introdução

1.1. Profissão Médica: Uma Abordagem Sociológica	13
1.2. O Processo de Profissionalização	20

## CAPÍTULO II

### Antecedentes Históricos da Profissão Médica no Brasil

2.1. Os Primeiros Trabalhadores da Saúde e seus Espaços Profissionais	26
2.2. O Início da Formação de Médicos no Brasil	30
2.3. A Defesa do Território de Trabalho	33

## CAPÍTULO III

### O Processo da Profissionalização Médica em Pernambuco

3.1. A Situação Anterior	40
3.2. A Primeira Associação: A Sociedade de Medicina de Pernambuco	50
3.3. A Construção do Espaço Acadêmico	58
3.4. A Ampliação do Espaço Formador	70
3.5. O Surgimento da Atividade Sindical	73

3.6. A Construção do Conselho de Ética	76
--	----

## **CAPÍTULO IV**

### **Os Desafios Atuais à Profissão Médica**

4.1. A Profissão Médica na Conjuntura Pernambucana	80
4.2. Considerações Finais	90

<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>93</b>
---------------------	-----------

## APRESENTAÇÃO

Este trabalho é um estudo exploratório, no qual buscamos identificar os condicionantes da formação da categoria médica pernambucana. Nesta perspectiva procuramos discutir o processo de profissionalização da medicina localmente, analisando-o sob um enfoque sociológico. Analisar este processo teve como decisão anterior a escolha da metodologia e do referencial teórico a ser aplicado como subsídio de análise.

A referência teórica pressupunha uma idéia de evolução na conformação dos projetos profissionais, onde, apenas dentro da visibilidade histórica, poderia ser realizado. Buscamos, então, recompor este processo a partir de fontes, tanto secundárias como primárias, que possibilitassem atingir nossos objetivos. Tal tarefa não mostrou-se facilitada por motivos alheios à nossa vontade. Fontes dispersas, não organizadas, algumas perdidas, tendo como registro apenas depoimentos indiretos que as evocam, entrevistas que sofreram os percalços próprios da investigação. Cumpre ressaltar a presteza e compreensão de representantes da categoria médica em Pernambuco, auxílio do qual não poderíamos prescindir.

Optamos por aplicar um modelo explicativo para o surgimento das profissões e perceber, a partir dele, o processo percorrido pela corporação médica pernambucana, dificuldades, estratégias, sua afirmação enquanto grupo de interesse e, por fim, a viabilização do seu projeto. O estudo estrutura-se da seguinte forma:

No primeiro capítulo procuramos estabelecer o que compreendemos enquanto Profissão discutindo, em seguida, a abordagem de WILENSKY(1970) ao que ele próprio chama de PROCESSO DE PROFISSIONALIZAÇÃO.

No segundo capítulo buscamos orientar nossa pesquisa em torno dos antecedentes históricos mais gerais da profissão médica no Brasil, etapa crucial para a introdução ao estudo do nosso caso.

No terceiro capítulo discutimos as etapas vividas pela profissão médica em Pernambuco em sua trajetória de afirmação, enquanto prática, enquanto categoria profissional. Assim é que levantamos as condições de criação das entidades representativas dos médicos, o surgimento das escolas profissionais, a preocupação com o controle ético da profissão. Procuramos permear tal trajetória com a análise dos fatos, tentando estabelecer a importância de cada um para a consequência do projeto profissional local.

Ao fim do trabalho procuramos introduzir um debate em torno das dificuldades presentes para a profissão. Esta fase tem base empírica, envolveu a análise de entrevistas promovidas junto às representações locais e, como tal, consideramos que deva ser melhor desenvolvida, mais aprofundada, o que se apresenta como desafio futuro.

Nosso estudo é uma primeira aproximação à formação da profissão médica em nosso meio que, como veremos, tem a origem de seu status profissional, remetida ao início da formação social do estado brasileiro. Não se pode falar de um processo limitado, local, quando estamos tentando nos aproximar de um fenômeno social da natureza do surgimento de uma profissão, assim como não é possível compreender tais processos simplesmente a partir de generalizações e afirmativas de universalidade, o que, pelos dois caminhos, inviabiliza a compreensão da realidade.

Para fazer o caminho do geral para o específico a teorização impôs-se. Foi necessário trabalhar com problematizações de ordem geral que não levam em conta, o que é óbvio, condições próprias do processo percorrido localmente pela

profissão médica. Para o retorno, do caso específico para sua generalização tivemos que, por obrigação metodológica, estruturar a trajetória dos médicos pernambucanos a partir dos fatos históricos mais destacados de sua história.

A explicação "Wilenskyana" mostrou-se apropriada e aplicável, demonstrando pertinência e clareza de formulação. Para a tarefa a qual nos propusemos, esse referencial explicativo conseguiu preencher as lacunas necessárias à exploração de nosso objeto. Assim é que se pudermos falar de um processo de profissionalização local, percebemos que os médicos trilharam caminhos semelhantes aos percorridos pelos pares em outros centros do país, onde se organizaram mais precocemente. Muitos fatos que envolveram a corporação localmente tiveram sua origem em outros espaços da profissão, digamos a nível nacional. Outros momentos, porém, efetivaram-se pela própria ação dos atores locais, alguns fundamentais para a afirmação do seu projeto profissional.

Cumpramos estabelecer que a compreensão do caso pernambucano(micro) só pode ser feita levando-se em conta a influência do processo nacional(macro), e que esta divisão da realidade só tem pertinência para a análise mais aprofundada, reconhecendo que a vida das organizações sociais, como as profissões, concretamente não é desconectada de fatores mais gerais que a moldam e limitam.

## CAPÍTULO I

### INTRODUÇÃO

#### 1.1. Profissão Médica: Uma Abordagem Sociológica

Um dos temas destacados pela Sociologia, ao abordar as transformações ocorridas no setor de serviços, é o surgimento das profissões. O fato de que, ao longo do desenvolvimento das sociedades industriais, algumas ocupações tenham adquirido qualidades particulares, assumindo papéis fundamentais na conformação destas sociedades, tem merecido especial atenção dos estudiosos. Entre estas, a profissão médica aparece como uma das mais exemplares. Considerada uma profissão "clássica", ela tem sido analisada amplamente e, como tal, mostra-se como campo de apoio para a reflexão sobre as transformações pelas quais, no intento de assumirem o *status* profissional, também, passam outras ocupações. Ao definí-la como profissão, partimos do pressuposto que a Medicina possui certos atributos que a diferenciam das ocupações em geral. Se isto é verdade, o que permitiu o surgimento de tais diferenças? HUGHES(1966) coloca este debate nos seguintes termos:

"O mais fundamental é responder quais são as circunstâncias nas quais as pessoas de uma ocupação atingem a condição de transformá-la em profissão e a elas próprias em profissionais."

Esta preocupação atenta para o fato de como as pessoas organizam suas atividades de trabalho numa perspectiva de carreira, mais do que como as administram, controlam ou coordenam<sup>1</sup>. Segundo GREENWOOD(1966):

"O profissional desenvolve seu trabalho primariamente para a satisfação física e secundariamente para as compensações monetárias."

Moore, segundo MARINHO(1989), analisando os atributos estruturais e atitudinais presentes nas profissões, assinala que uma profissão é:

a) Uma ocupação de tempo integral, ou seja, todo profissional vive de seu trabalho;

b) Caracterizada pela presença de profissionais que se destacam pela vocação, ou seja, aceitam as normas e modelos apropriados e se identificam com seus pares;

c) Possuidora de organização, isto é, os profissionais se organizam a partir da mútua identificação de interesses ocupacionais distintivos visando, sobretudo, controle sobre acesso, seleção, proteção e regulação dos participantes, em geral adotam um código de ética, que formaliza as normas de conduta dos profissionais;

d) Detentora de um corpo de conhecimento formal, é apreendida através da iniciação teórica, nas sociedades modernas esta é feita, via de regra, através das universidades;

---

<sup>1</sup>Carreira é um termo aplicado apenas às profissões que se constitui essencialmente num "chamado", numa vida devotada a "bons trabalhos". (GREENWOOD, 1966)

f) Possuidora de autonomia que, se comparada com a das existentes na Idade Média, está sendo exacerbada nas profissões modernas, em função de sua grande especialização."

Na mesma linha, GREENWOOD(1966) sugere que as profissões possuem:

- "a) Uma base teórica sistemática;
- b) Autoridade reconhecida pela clientela à qual se dirige a profissão;
- c) Sanção da comunidade para sua autoridade;
- d) Um código de ética, que regule as relações da profissão com a clientela e entre os pares;
- e) Uma cultura profissional sustentada pelas associações profissionais."

O surgimento das profissões é próprio das sociedades avançadas, industriais, onde o trabalho se especializa e se tecnifica; o que permite identificar interesses sociais dirigidos a determinadas práticas ocupacionais, embasadas nos marcos científico e técnico (FREIDSON,1978). Neste processo algumas ocupações desenvolvem uma autonomia diante do trabalho, estratégica em relação às demais existentes no mercado e na mediação com a clientela em geral.

O direito de controlar o próprio trabalho é conquistado na prática profissional através de um "consentimento" da sociedade, principalmente pela identificação e legitimação das camadas sociais economicamente mais importantes.

No caso da profissão médica esta autonomia persiste mesmo quando exercida no contexto de uma organização complexa como é o hospital, sendo originária na responsabilidade de dizer a "palavra final" que o médico detém diante dos casos

acompanhados. Só ele, atuando junto ao paciente, pode estabelecer tal ou qual conduta.

Observamos que a autonomia reforça outra base fundamental do profissionalismo: a autoridade. A partir do arsenal de técnicas e conhecimentos incorporados pela Medicina moderna, construíram-se barreiras ao controle pela clientela das ações médicas. Tais práticas, revestidas de complexa tecnologia, repercutem nos usuários com uma autoridade de difícil questionamento, somando a isto a inegável importância atribuída pela sociedade aos serviços prestados pelos profissionais médicos.

O poder de diagnosticar doenças, confirmar e promover a saúde dos indivíduos, evitar a morte e seqüelas, que a Medicina propaga enquanto reserva de *know-how*, estabelece uma relação de distância e dependência para a clientela que dificilmente consegue libertar-se. Por outro lado, características da própria clientela atuam nesta relação, aumentando ou reduzindo a autoridade do profissional.

As camadas mais cultas da sociedade podem, e normalmente o fazem, interagir com seus médicos, compreendendo em maior ou menor grau a terminologia utilizada, vindo a concordar ou não com o profissional procurado. Já a clientela mais pobre, com menores condições de estabelecer este diálogo, tende a assumir uma postura menos crítica e pouco reivindicatória no enfrentamento de suas aflições de saúde.

A capacidade dos profissionais médicos em interpretar sinais e sintomas, estabelecer prognósticos e concorrer para a cura de sua clientela irá construir o que STARR (1982) chama de autoridade cultural, antecedente a qualquer outra. Os aconselhamentos e técnicas profissionais podem ser recusados, mas, ordinariamente, a clientela, temendo discordar do que não lhe é totalmente conhecido e, ao mesmo tempo, anunciado como necessário ao seu alívio, não atua nesta direção. Com a

autoridade cultural surge a social, que a profissão médica detém diante das outras ocupações e profissões do setor. A estrutura de saber e conhecimento e a base técnica que moldam as profissões, atuam como impedimentos ao controle da clientela sobre suas ações e competência. Aos novatos é reservada toda uma iniciação e uma ritualística que permitem e promovem a identificação para com os pares mais experientes. Esta qualidade vocacional funciona como um dos primeiros filtros à entrada de "estranhos" no "mundo profissional".

O conhecimento profissional se equilibra instavelmente entre dois pólos (WILENSKY,1970), que apontam para a diminuição do grau de profissionalismo por ele representado. Se é amplo, de fácil assimilação, pela transparência até do vocabulário, pode ser apropriado por outros grupos ocupacionais. Entretanto, quando é altamente restrito, estreito, muito preciso, o acesso aos leigos também será facilitado, pois uma habilidade muito precisa, com limites perfeitamente conhecidos, também pode ser dominada por estranhos ao universo profissional.

Este "escudo" profissional, identificado como conhecimento tácito, é gerado a partir das reflexões teórico-técnicas que se aprofundam em campos de especialidades, tornando-se algo intransponível ao leigo, o que credencia os próprios profissionais às ações de julgamento de sua competência. Esta competência se expressa no momento em que a profissão assume um padrão científico de teorização nas academias, onde os profissionais manipulam seu objeto e, através da metodologia científica, propõem intervenções.

A Medicina adquiriu cunho científico, mais exatamente no século XIX, a partir da introdução dos métodos de produção de conhecimentos científicos. Caso exemplar é o das alterações introduzidas no ensino médico nos Estados Unidos, que influenciou toda a prática e formação médica ocidental. Isto se deu no início do século XX, a partir do que chamamos "episódio Flexner", marco de afirmação da nova tendência de formação dos médicos. Naquela época o ensino médico era

estruturado de forma incompatível com as novas necessidades de um novo profissional, com capacidade para a intervenção em escala mais ampla nas questões de saúde, exigência imposta pelo desenvolvimento capitalista. O quadro era caótico. Os cursos eram constituídos de forma anárquica, variavam em duração, tinham objetivos distintos e diferentes critérios de admissão. O setor privado promovia a mercantilização desenfreada, buscando daí auferir lucros.

Divulgado em 1910, o relatório Flexner, sob encomenda do Estado Americano, orientava para que este: definisse padrões de admissão para os cursos e ampliação dos anos de formação; utilizasse o ensino nos laboratórios; estimulasse o regime de docência em tempo integral; utilizasse o ensino clínico nos hospitais; vinculasse as escolas médicas às universidades; priorizasse a pesquisa biológica, apoiando a base empírica da prática médica; estimulasse as especializações; promovesse a união do ensino com a pesquisa e, por fim, estimulasse o controle do exercício profissional pela própria corporação médica.

Esta nova versão do ensino médico utilizou a visão mecanicista do objeto profissional, fazendo crer que o corpo fosse divisível em partes, à semelhança de uma máquina. A totalidade corporal passou a ser vista como a soma das partes. A forma de atuar neste novo objeto baseou-se nas ciências que se desenvolviam aceleradamente. A Biologia, a Física, a Química, a Citologia, a Histologia, a Microbiologia e outras, passaram a nortear o combate aos agentes agressores, que se não visíveis ainda, certamente no futuro seriam identificados. A individualização do objeto, restrito ao corpo dos pacientes, reduziu a visão do coletivo em que os homens se inserem, abolindo a atuação "mais epidemiológica" da Medicina, e de seus profissionais.

"Ao ser concebida, na proposta 'cientificista', a medicina como uma ciência, tal qual a física, a química e a biologia, que constituem seu suporte, a prática médica é consequentemente

compreendida como aplicação e produto dessa ciência [...] Reconhecendo nesta identidade metodológica e no desenvolvimento destas ciências-suporte, os elementos básicos que levaram à passagem de uma prática médica 'empírica' para uma prática 'cientificamente fundamentada', a prática médica só poderia ser entendida como indissociável da investigação científica."(SCHRAIBER,1989)

Esta nova representação de objeto e da forma de atuar sobre ele, moldou o perfil da profissão médica moderna. O médico ganhou dimensões importantes na sociedade, por exercitar tarefas estratégicas na esfera das relações de produção. A manutenção da força de trabalho, a administração do ambiente urbano passaram a ser identificados como temas exclusivos da profissão, que se conformava para tal. Esta conformação da prática e da teoria, bases da profissão médica, deram as qualidades gerais diferenciadoras em relação às demais ocupações.

Diferentemente das ocupações, a profissão assume duas características. A primeira indica que o trabalho profissional é técnico, baseado num sistema de conhecimento ou doutrina adquiridos apenas através do treinamento; a segunda revela que o profissional se adequa a um conjunto de normas profissionais. A base de conhecimento que suporta a profissão tem origem técnica, científica ou ambas. O estudo intelectual especializado, bem como o treinamento têm como finalidade prestar serviços e/ou orientação aos clientes por salário ou pagamento definidos(CARR SAUNDERS,1966).

## 1.2. O Processo de Profissionalização

A Sociologia discute se a formação das profissões envolve uma cronologia típica para a série de eventos que culminam por transformar certas ocupações. WILENSKY(1970), após ter estudado o desenvolvimento histórico de dezoito ocupações nos Estados Unidos, entre as quais profissões tipicamente estabelecidas, constata a existência de uma ordem de eventos comuns, chamando-a de processo de profissionalização.

O primeiro estágio da profissionalização surge a partir de transformações ocorridas nas ocupações, o que leva seus praticantes a exercê-las com exclusividade. O mercado passa a necessitar dos serviços desempenhados com mais perícia e técnica. Grande parte dos novos praticantes são emigrantes de outras ocupações com menor destaque no mercado.

Com a dedicação exclusiva à ocupação, surge a pressão da clientela e dos próprios profissionais para que se estabeleça um espaço qualificado de treinamento e avaliação dos candidatos. Modernamente este espaço tem sido representado pelas universidades.

Os primeiros professores são, normalmente, entusiasmados líderes da ocupação e/ou descobridores de novas técnicas. Se a escola profissional não surge nas universidades, tal aproximação será perseguida visando à introdução de padrões acadêmicos de ensino e pesquisa, buscando-se além da base teórica o desenvolvimento das habilidades práticas. Este movimento procura enfrentar os problemas do dia a dia da profissão que, colocados para os profissionais, requerem como solução mais do que a habilidade técnica. A racionalização teórica aponta formas de superação e resolução, destinando à academia, um papel retroalimentador com respostas para seus egressos. Seis das dezoito ocupações estudadas por Wilensky tiveram suas primeiras escolas formadas antes do surgimento das

associações profissionais. Isto foi observado nas profissões tipicamente estabelecidas, como a Medicina, o Direito e a Odontologia.

A associação profissional surge pela unificação dos interesses dos que prescrevem o treinamento profissional semelhantes a aqueles dos primeiros alunos formados. Busca-se, no novo espaço de organização, respostas para como treinar melhor, quais os objetivos da profissão e como fortalecê-la visando seu desenvolvimento. Nesta etapa pode haver a mudança do nome da ocupação, reduzindo a identificação com o passado "menos profissional". Separam-se os "competentes" dos "incompetentes". A esta altura, determinadas tarefas profissionais são "delegadas" para ocupações com menor desempenho de autoridade. Os profissionais reservam para si aquelas atividades "mais nobres". Na profissão médica este fenômeno é bem visível.

Com a especialização se promove a divisão técnica do trabalho, tanto horizontalmente quanto verticalmente. As especialidades médicas atuam em diferentes momentos dos processos mórbidos da clientela. O cirurgião, o clínico, o tocoginecologista e o pediatra, para citar apenas as especializações básicas, agem separadamente, oferecendo suas habilidades, sem que ocorra necessariamente a integração de suas atividades. Se lembrarmos, então, das especializações mais restritas, este fenômeno será mais claro. A Cardiologia, a Reumatologia, a Cirurgia de mão ou de cabeça e pescoço, a Sexologia e tantas outras, demonstram o quanto a profissão se especializou.

Este "especialismo", mais do que consequência do desenvolvimento tecnológico, também deve ser explicado por fatores estruturais da sociedade capitalista. A base ideológica, que orienta a parcialização do objeto médico, se adequa à necessidade de estímulo à produtividade da força de trabalho; por outro lado, este aprofundamento da compreensão "das partes" impede a visão do "todo", tanto corporal quanto social. Atuam, os especialistas, por atos restritos e repetitivos,

tendo como consequência a alienação da percepção da totalidade do produto de seu trabalho. Isto pode ser corroborado com o fato de em 1990, o Conselho Federal de Medicina ter classificado 60 especialidades médicas.(BITTAR, 1991)

Nesta evolução, tarefas, antes médicas, são repassadas para outras profissões e ocupações. A administração da enfermagem, a nutrição dos pacientes hospitalares, e tantas outras ações que suportam o ato médico, são exercidas, em última instância, em sintonia com a orientação médica. Segundo SCHRAIBER(1989):

"...Os agentes do trabalho médico, ao imprimirem à sua prática um tipo determinado de desenvolvimento técnico e científico, simultaneamente imprimem a este desenvolvimento um parcelamento, que possibilita o progressivo monopólio de saberes específicos, impondo tendencialmente a produção e distribuição do trabalho médico através de trabalhos cada mais especializados. Estabelecem-se portanto, na prática médica, trabalhos distintamente qualificados, isto é, trabalhos caracterizados tecnicamente, e socialmente valorizados, de modo diverso [...] através da valorização/desvalorização dos distintos trabalhos médicos parcelares, a participação destes na sociedade é, [...] diferenciada, marcando na situação social de seus agentes delimitações hierárquicas."

Tais delimitações hierárquicas são traduzidas em parcelas de poderes distintos, indo além do próprio trabalho médico. Este detém o poder sobre a enfermeira, que controla o pessoal de enfermagem, que atua diretamente junto ao paciente, exercendo, algumas vezes, uma postura de controle dos momentos em que a clientela procura o serviço de saúde, constituindo uma distribuição regressiva de poder no processo de trabalho.

A proteção legal para o exercício profissional é compreendida como uma das etapas do processo de profissionalização que, apesar de estar necessariamente presente na afirmação das profissões, não tem um momento exclusivo para sua eclosão. Enquanto algumas profissões, desde o seu início, atuam nesta perspectiva, outras só alcançam o licenciamento posteriormente. No estudo de Wilensky foi observado que algumas profissões foram licenciadas antes mesmo do surgimento das escolas destacando-se a Medicina, o Direito e a Optometria.

A sanção profissional tem seguido caminhos mais ou menos claros. Primeiro os profissionais convencem a sociedade de que ninguém deve ser tratado como tal, a não ser que detenha titulação conferida por uma escola específica. Posteriormente, a profissão persuade instâncias de controle da sociedade a instituir um sistema de licenciamento para distinguir os habilitados dos não qualificados. Tais sistemas normalmente são ocupados por membros da própria profissão. Devemos lembrar que no caso da Medicina, a busca de legitimação para o trabalho dos médicos tem origens distantes, conformadas ao longo do desenvolvimento da sociedade ocidental, anteriormente inclusive à industrialização.

SINGER(1988), afirma:

"Muito antes que a medicina leiga, de pretensões científicas, tivesse alcançado qualquer superioridade em relação à medicina popular, ela já tinha conseguido se oficializar em vários países europeus [...] ,a luta pela oficialização da medicina universitária começou ainda na Idade Média e se dirigiu inicialmente contra os curadores de alta classe.[...] O passo seguinte na luta contra a medicina popular foi a 'caça às feiticeiras', que durante vários séculos assolou a Europa. Suas vítimas, que se contavam aos milhões, eram em grande parte curadores leigos, sobretudo de sexo feminino, de extração popular."

O último momento do processo de profissionalização é a adoção de um código de ética e o disciplinamento das relações intra e extra profissionais. Colocando limites para atuação dos profissionais, o código aponta para o princípio de servir à clientela indistintamente. Em relação aos pares são estimulados comportamentos de solidariedade, cooperação e apoio. A crítica profissional deve ater-se ao espaço reservado da própria profissão, buscando-se o disciplinamento do mercado de trabalho e a moderação dos pares ao se lançarem neste. O ideal de serviço é afirmado e o usuário passa a ter a impressão de que é o próprio centro das atenções profissionais. A condução dos casos de forma individual reforça este mecanismo.

Como o monopólio do mercado de determinado serviço pode trazer grandes transtornos à sociedade, os profissionais, através do seu código, tentam criar obstáculos aos abusos. Se isto não funciona há riscos para a clientela que nem sempre pode se defender. A não observância do código de ética pode ter como resposta o uso de mecanismos punitivos que podem ir desde da advertência reservada por parte do órgão de ética profissional até à cassação do diploma. Tem sido muito comum, na imprensa em geral, a cobrança de punições a médicos inescrupulosos, inábeis e inaptos.

Outro aspecto que deve ser destacado dos códigos de ética é a questão do segredo profissional. Através dele afirma-se a proteção do cliente e de seus problemas evitando expô-los nos espaços extraprofissionais. Protegido do público, em geral encontra-se nas "mãos" do profissional, que passa por aí a versão do quanto é confiável. Por outro lado este mecanismo tem, claramente, uma função de proteção para o próprio profissional, que encontra aí um espaço nebuloso para esconder suas próprias falhas e deficiências. O sigilo profissional pode encobrir práticas questionáveis.

O processo de profissionalização não é linear. Envolve avanços, recuos e dificuldades: verdadeiros desafios aos profissionais que buscam o reconhecimento social de sua prática diferenciada no mercado. A conformação do projeto profissional opera-se lentamente, registrada na história das organizações profissionais, o que possibilita a reconstrução dos passos dados pela categoria ao perseguir tal diferenciação.

Podemos imaginar que esta construção ocorra de forma geral, sem respeitar fronteiras, envolvendo movimentos que cumprem o papel de estruturação do grupo com interesses voltados para seu reconhecimento enquanto profissão. Entretanto confirmar o geral não nos auxilia a compreender totalmente o específico, suas qualidades próprias, suas alternativas em relação aos desafios que cada realidade impõe. Desta forma, compreendemos ser necessário promover uma aproximação ao processo de profissionalização local, no estado de Pernambuco, a partir da história da categoria em sua evolução mais ampla, nacional. Em seguida buscamos compreender como, no universo mais restrito do estado, realizou-se a execução do projeto profissional, seus condicionantes e limites.

## **CAPÍTULO II**

### **ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA PROFISSIONALIZAÇÃO MÉDICA NO BRASIL**

#### **2.1. Os Primeiros Trabalhadores da Saúde e Seus Espaços de Trabalho.**

As primeiras formas de trabalho em saúde, das quais se tem registro no Brasil colonial, são rudimentares, "de ofícios de base operacional e manual."(PIRES,1989) Descrevendo o trabalho desenvolvido em tais ofícios, esta autora chama-os de ações de "exercentes da medicina", denominação que parece respeitar a variedade de praticantes, que não guardavam entre si muitos vínculos ou mesmo semelhanças nas suas origens.

Estes exercentes chegaram ao Brasil nas expedições organizadas pelos donatários das capitanias. Físicos, cirurgiões, barbeiros, boticários e aprendizes portavam instrumental e conhecimentos rudimentares. Verdadeiros nômades, viajavam de um lugar para outro, ofertando seus serviços e conhecimentos em cada lugarejo até que a clientela viesse a rarear ou mesmo rejeitá-los, obrigando-os a buscar outra localidade onde pudessem voltar a atuar. Tal rejeição se dava normalmente pela ocorrência de grande número de casos fatais entre os clientes, o que se compreende pela pouca condição de intervenção e técnicas que esses exercentes possuíam à época.

"De humilde condição, simples homens de ofício, por todo o decorrer do século XVI e ainda do século XVII, são quase todos judeus, cristãos novos, ou meio-cristãos, os que vêm exercer a profissão médico-farmacêutica".(SANTOS FILHO,1991)

Na Colônia predominaram os "físicos" ou "licenciados", "cirurgiões-barbeiros" ou "cirurgiões-aprovados" ou "cirurgiões-examinados". Os físicos eram formados na Europa, principalmente em Portugal e na Espanha. Pela valoração da época, se destacavam por serem tidos como trabalhadores superiores, pois seu trabalho envolvia "o interior do corpo humano, desconhecido e inacessível aos sentidos envolvendo basicamente o raciocínio abstrato".(PIRES,1989)

Os cirurgiões-barbeiros eram autorizados a servir após prestarem exames perante autoridades sanitárias da metrópole ou da Colônia e sua atuação se restringia à cirurgia. Os barbeiros constituíam o grupo com menor qualificação, atuando principalmente através de atos de sangria, sarjação, aplicação de ventosas e extração de dentes. Ressaltamos que a extensão territorial, a população majoritariamente pobre e a pouca habilitação desses práticos compunham um cenário no qual o mercado de trabalho mostrava-se bastante desfavorável para o acúmulo de renda da grande maioria destes trabalhadores.

O primeiro espaço, organizado socialmente, onde se realizaram as práticas de saúde na Colônia foi o das Santas Casas de Misericórdia. Os historiadores aceitam que a primeira foi fundada em 1543 por Brás Cubas, em Santos, sendo seguida pelas do Rio de Janeiro, Vitória, Olinda e Ilhéus, todas no século XVI, além de outras nas demais Capitânicas no século XVIII.

O caráter religioso das práticas ali desenvolvidas reproduz no Brasil o momento monástico da medicina européia, representando a visão da Igreja na qual as doenças eram uma purgação dos pecados cometidos, sendo o sofrimento uma reconciliação com Deus.

"...en el mundo cristiano, la enfermedad significaba purificacion e gracia. El individuo enfermo es una persona que participa da gracia de Dios. Preocuparse de el es la obligacion del

cristiano y benefecia el alma de quien practica esta buena acción".(SINGERIST,1974)

As Irmandades de Misericórdia eram semelhantes às portuguesas, sendo formadas por hospitais ou Santas Casas com hospedarias anexas para náufragos, velhos desamparados, eclesiásticos e personagens importantes em trânsito. A participação dos físicos nessas instituições era caracterizada por:

"...não ser remunerada como serviços prestados. Representavam a fonte de benefícios no plano da manutenção de seus privilégios sociais e, no plano ideológico, garantia a manutenção da organização social da época ".(PIRES,1989)

Além das Santas Casas coexistiram no Brasil, até o século XVIII, as enfermarias mantidas pelos jesuítas. Em comum, as práticas de saúde, desenvolvidas nesses dois espaços, tinham a motivação da caridade e a prestação de serviços a Deus e à Coroa. Atuavam os religiosos, os pobres, as prostitutas e alguns físicos que não mantinham maiores vínculos com tais instituições. Entre os religiosos e físicos havia um núcleo comum de ações,<sup>2</sup> ou seja, suas práticas se assemelhavam por conta de um certo consenso em relação aos limites e possibilidades de intervenção nos processos mórbidos. Lembramos que muitos dos jesuítas se formavam físicos, exercendo tal atividade conjugada à sua prática religiosa.

Outra instituição que também prestava serviços de saúde no Brasil colonial foi a dos lazaretos. Localizados nos arredores de algumas cidades como Rio de Janeiro, Salvador e Recife, eram constituídos por pequenas aglomerações de casas

---

<sup>2</sup> "Não havia diferença de estatuto científico entre as técnicas empregadas pelos jesuítas e pelos físicos e cirurgiões; - o conhecimento místico e metafísico é o norte da compreensão do processo saúde-doença e a escolha por um ou outro procedimento técnico dá-se em bases empíricas."(PIRES,1989)

onde se confinavam os leprosos e portadores de outros males, assistidos por religiosos, pessoas caridosas e prisioneiros condenados.

Nos primeiros trezentos anos do Brasil, os físicos e cirurgiões procediam do exterior. A Coroa nomeava delegados do físico-mór e cirurgião-mór para atuarem na Colônia. Estes deveriam fiscalizar e fazer cumprir os regulamentos sanitários ditados na Corte. Mais tarde os "filhos de posse" nascidos no Brasil passam a ter sua formação na Europa, retornando em seguida para desenvolverem seus ofícios.

## 2.2. O Início da Formação de Médicos no Brasil

No início do século XIX, com a chegada da Coroa, o Brasil passa a ser considerado Reino Unido, representando uma ruptura importante com aquele panorama anterior. No que refere à formação de médicos, as primeiras mudanças são percebidas a partir de 1808, com a criação da primeira escola de medicina, a Escola de Cirurgia na Bahia, através da Carta Régia de 18 de fevereiro do mesmo ano.

D. João atendia assim, a uma sugestão de José Corrêa Picanço, cirurgião formado pela Universidade de Coimbra que havia acompanhado a família real até o Brasil<sup>3</sup>. Nove meses após, foi criada, também por Decreto Real, a segunda escola do país, a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro. Neste mesmo ano Corrêa Picanço foi nomeado Cirurgião-mór do Reino, Estado e Domínios Ultramarinos, assim como o Dr. Manoel Vieira da Silva, nomeado Físico-mór. Extinta a Junta de Protomedicato<sup>4</sup>, instância sanitária criada anteriormente na Colônia por D. Maria I,<sup>5</sup> passa a ser atributo das duas autoridades nomeadas o poder de instituir bancas examinadoras para a concessão do título de Cirurgião ou Médico.

O desempenho inicial das primeiras escolas médicas brasileiras parece não ter rompido com a situação anterior, sendo seu desempenho questionado por alguns historiadores da medicina:

---

<sup>3</sup> Nascido em Goiana, Pernambuco, em 1745, Correia Picanço colecionou durante sua vida os seguintes títulos: Licenciado em Cirurgia pela Faculdade de Paris; Professor de Anatomia em Coimbra; 1º Cirurgião da Câmara Real de Protomedicato; Membro da Real Academia de Ciências de Lisboa; Fidalgo da Casa Real; Membro do Conselho de Sua Majestade; Cavaleiro e Professo Comendador da Ordem de Cristo; Primeiro Barão de Goiana e Nobre do Império com grandeza.

<sup>4</sup> A Junta de Protomedicato compunha-se de sete membros ou deputados, físicos ou cirurgiões, e de um corpo de funcionários.

<sup>5</sup> SANTOS FILHO(1991) descreve assim as funções da Junta de Protomedicato: "Os representantes das autoridades reinóis aqui examinavam candidatos às "cartas de examinação" para o exercício de cirurgião-barbeiro e barbeiro, cassavam diplomas e licenças, inspecionavam as boticas, interferiam nos preços das drogas, vistoriavam hospitais, preconizavam medidas de defesa sanitária em tempos de epidemia e fiscalizavam o exercício da profissão por parte dos físicos, cirurgiões-barbeiros, barbeiros e parteiras. Regiam-se por meio de regulamentos, avisos e alvarás periodicamente expedidos".

"Estas duas escolas [...] constituíram apenas os pontos de partida para o ulterior cultivo sistematizado da ciência, eram quanto havia de mais rudimentar e deficiente. Para cursá-las, apenas exigia-se do candidato que êle "soubesse lêr e escrever" e nada mais. Do curso médico-cirúrgico propriamente dito o aluno somente adquiria noções teóricas de anatomia, de fisiologia e de patologia, praticando qualquer coisa de clínica cirúrgica, na Escola Bahiana, e estas disciplinas e mais terapêutica e arte obstétrica, na do Rio de Janeiro.[...] as atribuições que tais escolas conferiam a seus alunos eram muito restritas; pouco mais que as fornecidas aos charlatães e mezinheiros pela junta de Proto-Medicato, instituição muito poderosa naqueles tempos e que conferia, sem mais delongas, licença a seus afeiçoados para exercerem a Medicina em qualquer localidade do Brasil."(FREITAS,1944)

Já em 1813 essas escolas sofrem uma reforma passando a serem chamadas de Colégios Médico-Cirúrgicos, ampliando, inclusive, o número de cadeiras. Em 1826 foi outorgada por D.Pedro I, a lei que autorizou as escolas médicas brasileiras a conferirem cartas de cirurgião ou cirurgião formado e de médico aos alunos concluintes. A partir de 1831, a Regência Trina criou as Faculdades de Medicina, agora já com 14 cadeiras e 6 anos de curso. Na mesma reforma é constituído o Curso de Parteiras em 2 anos, e o de Farmacêutico em 3 anos. Em 1879 ocorre nova alteração nas Faculdades de Medicina, através da Reforma Leoncio de Carvalho, aumentando para 26 o número de cadeiras. Ao fim do Império, a Reforma Visconde de Sabóia traz uma grande alteração no quadro acadêmico de então, instituindo o Curso Odontológico, ministrado em 3 anos. Foi permitida a inscrição de mulheres nos cursos médicos, tendo-se como marco a formatura da primeira Doutora em Medicina Rita Lopes Lobato, em 1887, no Rio

de Janeiro. Pela primeira vez, as mulheres passam a disputar o mercado de trabalho médico.

### 2.3. A Defesa do Território de Trabalho

Mudaram as condições de formação, mudaram os médicos. Aquela situação inicial dos três primeiros séculos já se encontrava bastante modificada. Um grupo de profissionais aqui formados, buscava o fortalecimento de sua corporação, a defesa da profissão e do mercado de trabalho. A partir de 1832, com a lei de 03 de outubro, a reformulação das escolas define claros limites para o exercício da medicina, reconhece a unificação das atividades médicas (cirurgião, boticário e físico), e o direito do exercício profissional para todos os formados nas escolas brasileiras. Assim expressam alguns dos seus artigos:

"art. 11º - As Faculdades concederão os títulos seguintes:  
1º) Doutor em Medicina, 2º) de Farmacêutico, 3º) de Parteira. Da publicação desta lei em diante não se concederá mais o título de sangrador. Os diplomas serão passados pelas Faculdades em nome das mesmas, no idioma nacional, e pela forma que elas determinarem.

art.12º - Os que obtiverem o título de Doutor em Medicina pelas Faculdades do Brasil poderão exercer em todo o Império indistintamente qualquer dos ramos da arte de curar.

art.13º - Sem o título conferido ou aprovado pelas ditas faculdades, ninguém poderá curar, ter botica, ou partejar, enquanto disposições particulares, que regulem o exercício da medicina, não providenciarem a este respeito. Não são compreendidos nesta disposição os médicos, cirurgiões e parteiras, legalmente autorizados em virtude da lei anterior."(PIRES,1989)

A "arte de curar" passava a ser de competência legal exclusiva dos médicos formados nas Faculdades de Medicina, ou por elas legitimados. Tornam-

se profissionais a serem consultados sobre laudos legais, origem de paternidade, autorizações para casamentos, atingindo assim à posição de destaque na sociedade. A profissão médica, através de vários mecanismos, vai-se transformando e consolidando seu projeto profissional, adquirindo **status**, autonomia, prestígio e mercado de trabalho. Neste contexto, surge em 1829 a primeira associação médica do Brasil, no Rio de Janeiro, com o nome de Sociedade de Medicina. Participante ativa da estruturação das Faculdades de Salvador e do Rio de Janeiro, esta Sociedade mantinha estreitas relações com o poder Imperial. Em 1835 foi elevada à categoria de Academia Imperial de Medicina, passando a órgão consultivo do Imperador para assuntos de medicina e saúde pública. Como consequência de sua atuação, foram elaboradas leis reguladoras do regime sanitário e o primeiro decreto sobre o exercício legal da profissão médica.

Dando seqüência a esse movimento corporativo, foram criadas outras entidades semelhantes como a Sociedade de Medicina de Pernambuco em 1841, a da Bahia em 1848 e a Sociedade de Medicina e Cirurgia em 1887, no Rio de Janeiro. Todas buscando o aprimoramento científico e os aspectos éticos da profissão, bem como o seu fortalecimento junto ao poder constituído.<sup>6</sup>

Ampliando a estrutura de representação e organização dos médicos brasileiros, surge em 1927, no Rio de Janeiro, o primeiro sindicato, denominado Sindicato Médico Brasileiro. O contexto da época, com o surgimento do movimento operário nas grandes cidades, o deslocamento para o espaço urbano de grandes parcelas de população, e a necessidade de organização por parte dos segmentos de trabalhadores por melhores condições de vida, fez com que as chamadas "profissões liberais" se mobilizassem em busca de uma representação

---

<sup>6</sup> " Tanto as academias ou escolas de medicina do Rio de Janeiro ou da Bahia, como a Sociedade ou Academia Imperial, representam a corporação médica, e é através delas que o grupo médico tenta aproximar-se do poder, oferecendo uma estratégia de organização do espaço urbano, insalubre, poluído de "miasmas" e epidemias." (PIRES, 1989)

mais atuante no campo econômico. O Sindicato Médico Brasileiro constituiu-se no primeiro sindicato de profissionais liberais do Brasil.

Desde sua fundação, o Sindicato Médico Brasileiro tinha como um de seus propósitos organizar um Código de Deontologia. Após o II Congresso Médico Latino-Americano realizado em Havana em 1926, foi publicado em um de seus boletins, o Código de Moral Médica que, porém, não conseguiu ser aplicado de fato como referencial para a organização ética da categoria.

Em 1945 foi criado, através do decreto-lei 7955, o Conselho Federal de Medicina, colocando em vigor o Código de Deontologia Médica. A criação deste conselho havia sido sugerida pelo IV Congresso Médico Sindicalista. Segundo MARINHO(1986):

"A lei impunha ingerência ainda maior do poder executivo na organização médica que se formava, não só a escolha dos membros do conselho provisório estava a cargo do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, mas também instituía um elemento estranho à classe, sem as devidas qualificações e vínculos profissionais, como árbitro nas questões de ética médica".

No artigo 14º, o decreto-lei expressava:

" Ao Ministro do Trabalho, Industria e Comércio incube decidir sobre os casos omissos e as dúvidas suscitadas na execução do decreto- lei."(RAMOS,1974)

Esta intervenção foi repudiada pela categoria médica que, por vários mecanismos de pressão, trabalhou contra a efetividade das ações do Conselho. Um deste mecanismos foi a criação da Associação Médica Brasileira (AMB), em 1951. Com características de federação nacional das associações estaduais, a AMB

levantou a bandeira da mudança do Decreto 7955, o que ocorreria em 1957 pela lei de número 3268, que regulamenta a atual estrutura dos conselhos da categoria médica. Cria-se a estrutura do Conselho Federal de Medicina, localizado no Distrito Federal, e os conselhos regionais em cada unidade federativa. Estes conselhos são definidos como órgãos supervisores da ética profissional, julgadores e disciplinadores da classe médica. Adquirem, a partir daí, Os conselhos federal e regionais, autonomia administrativa e financeira.

Reduziu-se o espírito intervencionista do Estado passando para o próprio Conselho as atribuições finais de julgamento ético da categoria, adquirindo esta o direito de compor este Conselho Nacional, devendo eleger dez membros efetivos e seus respectivos suplentes. Entre estes, nove membros são eleitos por escrutínio secreto pelos delegados regionais, o restante da diretoria é eleito pela Associação Médica Brasileira, entidade que congrega as sociedades de especialidades médicas.

Apesar desta nova configuração o Conselho sempre teve forte ligação com o Estado. Sua idealização teve origem no pós-guerra quando se discutia sobre os deveres estatais que não deveriam ser restritos apenas à direção política e administrativa da nação. Deviam ser ampliados tendo como perspectiva o maior controle da sociedade. Segundo RAMOS(1974) esta discussão tinha como base o modelo implantado na Itália e Alemanha onde haviam sido criadas as Ordens Médicas, nos anos anteriores à Segunda Guerra Mundial.

A nível dos conselhos regionais são definidas como atribuições:

"Manter um registro dos médicos legalmente habilitados, com exercício na respectiva região; fiscalizar o exercício da profissão médica; conhecer, apreciar e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades que couberem; promover, por todos os meios ao seu alcance, o perfeito

desempenho técnico e moral da Medicina e o prestígio e bom conceito da Medicina, da profissão e dos que a exerçam; velar pela conservação da honra e da independência do Conselho, e pelo livre exercício legal dos direitos dos médicos."(C.R.M.PE,1985)

Durante o regime militar, a década de setenta marcou no movimento dos médicos brasileiros um período de retomada de lutas. Nos sindicatos surge o Movimento de Integração e Renovação Médica (REME), colocando estes profissionais na luta por melhores condições de atendimento e assistência à população.

O REME caracterizou-se por uma visão contrária às das parcelas mais conservadoras da categoria, ocupantes das entidades da corporação, tendo como pano de fundo o reconhecimento do assalariamento da maioria dos médicos.<sup>7</sup> O movimento apunha-se ao regime militar, exigindo o reconhecimento dos direitos trabalhistas e aliando-se às lutas gerais dos trabalhadores. Como meta, propunha a reconstrução das entidades médicas, vistas como inoperantes ou atreladas ao regime. Nesta discussão se abordava a necessidade de alteração do Código de Ética então em vigor. Paulatinamente o REME ampliou seus espaços conquistando direções de entidades, primeiramente nos estados onde a discussão política era mais presente, como os estados do sudeste, posteriormente atingiu outros locais ampliando a organização dos médicos à medida que o regime militar dava sinais de fraqueza.

Em 1984 a luta pela alteração do código de ética foi atingida, substituindo o Código de Ética Médica de 1965, pelo atual Código Brasileiro de Deontologia

---

<sup>7</sup> "Contudo se os Kassabistas ( ala conservadora do movimento médico, assim intitulado por ter em Pedro Kassabi um de seus principais representantes) viam os médicos enquanto profissionais liberais trabalhando em regime de autonomia , o REME os via como assalariados, não reconhecendo a heterogeneidade de formas de inserção da categoria no mercado de trabalho e, que se refletia na multiplicidade dos seus interesses e problemas". (SOUZA CAMPOS,1988)

Médica - Resolução C.F.M. nº 1154/84. Neste código os profissionais expressam princípios que tratam da afirmação do ideal de serviço, declarando sua responsabilidade para com os pacientes e sociedade; procuram disciplinar-se no mercado, apontando para uma relação de harmonia entre os pares; promovem o desenvolvimento da profissão a partir do progresso científico desta; assumem a autonomia afirmando condições para o exercício profissional; pactuam quanto ao segredo profissional, comprometendo-se na defesa da profissão e dos pares.

Atribuindo a visão de Wilensky à trajetória da profissão médica no Brasil, observamos que o processo de profissionalização se constituiu dos seguintes elementos:

Inicialmente, as práticas de saúde desenvolvidas tanto na esfera pública quanto privada, foram se deslocando do grupo de práticos que detinha menores domínios de saberes e técnicas, para aquela parcela mais aplicada nas ações de destaque para a clientela. Estas práticas se fizeram acompanhar da necessidade crescente pelo tipo de serviço que representavam.

Aliada às transformações políticas do Estado Brasileiro, emergiu a demanda por uma formação mais adequada dos profissionais que atuavam na Colônia. O surgimento das escolas médicas acelera a estruturação deste grupo, que se organiza numa associação nacional para lutar por seus interesses e intervir na própria formação dos novos membros. Fundiram-se as habilidades e campos de intervenção dos cirurgiões e físicos num mesmo profissional, o Doutor em Medicina.

A proteção legal do território de trabalho ocorre a partir da interação dos médicos com as esferas do poder público, visando inibir a prática dos "curiosos" e afins, que anteriormente atuavam em pé de igualdade no mercado. As escolas

passaram a promover a diferenciação na qualificação de seus formandos, obedecendo aos preceitos legais de exclusividade de competência para os médicos.

O associativismo da categoria médica cumpriu o papel de organização dos interesses específicos, inicialmente trabalhando em nível nacional, e à medida que a profissão se estruturou, ampliou-se para as regiões e estados. Em sua última etapa de profissionalização, os médicos instituíram o código de ética, de abrangência nacional, conformando definitivamente a "face" profissional da categoria.

Em Pernambuco esta trajetória teve algumas especificidades. Se por um lado sempre ocorreu o intercâmbio entre a corporação local com a restante do país, por outro isto não foi suficiente para promover as etapas da profissionalização na velocidade com que outros estados a vivenciaram. FREIDSON(1978) lembra que as profissões surgem em um contexto avançado da organização das economias, o que não ocorreu, reconhecidamente, no Nordeste. FREYRE(1985) aponta para o modelo de desenvolvimento econômico da região, como um dos fatores para este atraso. As elites nordestinas teriam grande parcela desta culpa. Ao relatar sobre os estudiosos que combatiam tal situação ele afirma:

"...a quem não faltou a coragem de denunciar pelos nomes [...] alguns dos Cavalcantis e dos Regos Barros mais ricos da época, senhores de alguns latifúndios mais vastos do Nordeste na primeira metade do século XIX. De denunciá-los como ladrões, como contrabandistas e como assassinos." (FREYRE,1985)

Podemos, por outro lado, tentar compreender condicionantes específicos para o descompasso entre a corporação médica pernambucana e outras parcelas, que em outros estados anteciparam a sua profissionalização. Para isto impõe-se a análise da trajetória local.

## CAPÍTULO III

### O PROCESSO DA PROFISSIONALIZAÇÃO MÉDICA EM PERNAMBUCO

#### 3.1. A Situação Anterior

No início da colonização, as condições dadas em Pernambuco para o exercício da prática médica não foram diferentes daquelas vistas no resto do Brasil. Apesar de a Capitania ter-se destacado, por ter sido grande produtora de açúcar no período colonial, isto não importou num maior fluxo de praticantes de saúde vindos de Portugal para aqui exercerem seus ofícios.

Durante a invasão holandesa este quadro foi ligeiramente alterado pela vinda de Guilherme Piso, físico do Conde Maurício de Nassau, comandante das tropas e representante da Companhia das Índias Ocidentais.

Reconhecido como o primeiro físico no Brasil a estudar e sistematizar um corpo de teoria a respeito das condições sanitárias da população local, Piso elaborou, juntamente com o geógrafo Jorge Margrave, a "História Naturalis Brasiliae"<sup>8</sup>, editada em 1648, na Holanda, após o seu retorno. Segundo FREITAS(1944), o fato teve profunda relevância para o conhecimento da nosologia da época:

"Dotado de muito talento, de grandes conhecimentos de biologia e de um profundo amor pelo estudo, êle (Piso) não descuroou, um instante, os deveres do seu cargo, pondo-se a par de todas as necessidades higiênicas da circunscrição sob sua tutela

---

<sup>8</sup> Sob a designação comum de HISTÓRIA NATURALIS BRASILAE estão quatro livros da autoria de Guilherme Piso: DE MEDICINA BRASILIENSE, e oito da autoria de Jorge Margrave: DE HISTORIAE RERUM NATURALIUM BRASILAE. Para resumida descrição ver ANAIS DA ACADEMIA PERNAMBUCANA DE MEDICINA, Vol. I, 1974, 104-09.

sanitária, escrevendo, ao mesmo tempo valiosíssimos livros que deixaram documentado seu alto valor de homem de ciência e onde ficaram arquivadas observações clínicas bem lançadas, autópsias tecnicamente feitas em indivíduos mortos por doenças que ele pretendia deixar bem caracterizadas, estudos dos males africanos para aqui transportados, que êle procurou esmiuçar em todos os seus detalhes, pesquisas minuciosas de nossa flora, na qual êle não descurou que servissem de lenitivos para os que se achassem presos de dismantêlos de suas saúdes."<sup>9</sup>

Piso estudou as doenças mais freqüentes em Pernambuco. Alguns termos utilizados por ele foram modificados na atualidade, mantendo a propriedade nosológica, o que demonstra a pertinência dos seus estudos. Assim é que fazendo esta relação, podemos atribuir a "lues venerie" à bouba, cujo agente causador é o *treponema pertinius*; o "espasmo" ao tétano; o "nimium familiares" às disenterias; o "mal da visão" à hemerologia e o "bicho da Costa" à dracunculose. Nos seus estudos da flora nativa, Piso associou algumas ervas ao tratamento das doenças. A ipeca como hemeto-catártico, o côco andú como purgativo, a copaíba, a japecanga, a capeba, o jaborandí e outras tantas com atuações medicamentosas variadas.

Da passagem dos holandeses por Pernambuco restou a polêmica quanto aos efeitos positivos de sua atuação nas questões sanitárias. O que pode ser percebido no confronto de opiniões de estudiosos que descreveram aquele período. Para SANTOS FILHO(1991) o fato não teve qualquer importância para a região:

"Destarte, nem os holandeses melhoraram em qualquer sentido a prática da medicina no Brasil, nem os habitantes gozaram

---

<sup>9</sup> Chamamos a atenção para o fato de não termos tido a preocupação de "atualizar-mos" a forma da escrita de diversos textos presentes neste trabalho. O que transcrevemos, então, mantém com fidelidade o formato das obras referidas.

de situação sanitária mais favorável sob o domínio da Companhia das Índias Ocidentais. Entretanto, como lembrança daquela colonização fracassada restou, imperecível a *História Naturalis Brasiliae*".

Para FREITAS(1944), este período teve significação exatamente oposta:

"Com o retorno da Capitania de Pernambuco ao domínio português, as povoações de Olinda e Recife, tão saudáveis nos climas e nos ares, como eram proclamadas pelos cronistas daquela época, durante a qual os cientistas holandeses aqui estiveram e tão profícuos serviços prestaram às populações e à ciência, começaram a sentir os efeitos dos descalabros e decadência de suas novas administrações."

Como tal polêmica suscita dúvidas em relação ao estabelecimento, ou não, de uma prática diferenciada da medicina nas origens de Pernambuco, o que poderia ter influenciado na conformação dos profissionais localmente, impõe-se citar outras contribuições ao debate. Segundo FREYRE(1985), a passagem dos holandeses, teria tido um sentido mais próximo à visão de FREITAS:

"Diz-se que o Nordeste tivera suas condições de higiene melhoradas durante o domínio holandês: e é provável que tal houvesse sucedido, pelos menos no Recife e nos seus arredores, com as obras de engenharia e principalmente com o sistema de canais de que o Conde João Maurício de Nassau dotou a capital do açúcar; e no interior, com as medidas tomadas por ele contra os desmandos da monocultura da cana e a favor da plantação de legumes e de cereais pelas terras dos engenhos. Estas medidas teriam-se refletido de modo favorável sobre a saúde da população."

Outra consequência verificada neste período é a de que a dominação holandesa possibilitou a vinda de médicos judeus para a região, sendo eles portadores de conhecimentos mais avançados do que os representados pelos físicos portugueses. Apartados das crenças dos físicos cristãos, que por orientação religiosa, atuavam a partir da visão da doença como uma "purgação", estes médicos de Amsterdã foram posteriormente perseguidos pela Inquisição, obrigando-os à conversão. Daí a expressão "cristãos novos".

Polêmica à parte, têm-se registros de que, após a expulsão dos holandeses, em 1686, existia em Pernambuco apenas um médico, o Dr. Cristovão Campos, que, vitimado pela "epidemia dos males" foi substituído, por ordem do Rei de Portugal, pelo cirurgião licenciado Manoel de Souza. Na história subsequente, há casos de um ou outro médico que se destacava por sua atuação na descrição da nosologia da época. Lembramos o Dr. João Ferreira Rosa que descreveu em linguagem erudita a "epidemia dos males"<sup>10</sup> em 1694, e publicou o "Tratado Único da Constituição Pestilencial de Pernambuco". Esta obra é referida como a primeira escrita no vernáculo sobre a medicina do período colonial. Assim ele se refere ao quadro clínico da "epidemia dos males":

"Pulso frequente com languor, outras vezes quasi natural. Respiração como de oprimidos; grandes dores de cabeça logo no princípio. Mostram-se, muitos, afrontadíssimos de estômago; a sede é maior que o calor; outras vezes não há sede. Tremor nas mãos e lingua, desde o começo; inquietação notável e , às vezes quietação, denotando delírio futuro. Fastío, náusea, vômito, soluço, dôr, âncias e tristeza no coração. Grandes vigílias, pela maior parte causadas pelas dôres de cabeça e, quando dormem alguma coisa, é com sono

---

<sup>10</sup> Pela descrição da sintomatologia em registros da época de casos denominados popularmente de "epidemia dos males", alguns autores admitem que esta fosse na realidade a febre amarela.

agitado, turbulento e terrível e com tais delírios que se levantam e saem pelas ruas despidos, si não tem dêle vigilância [...] Sôbre todos os sinais, ha dois tremendos, que são - a icterícia e a supressão das urinas. Dos dois, o último, que é a supressão alta das urinas, é sinal mortífero..."(IN FREITAS,1944)

No início do século XVIII, foi designado o cirurgião, licenciado dos hospitais do Reino de Portugal, Manoel dos Santos para as funções de zelador da saúde pública. Ele já denunciava a falta de médicos no interior de Pernambuco, o que obrigava a vinda de doentes para o Recife, provocando o surgimento e disseminação das epidemias. Em Recife a situação também não era tão diferente. Refere-se uma relação de três médicos para uma população de trinta mil habitantes. Manoel dos Santos escreveu o livro "Narração Histórica sobre as Calamidades de Pernambuco" desde os anos 1707 a 1715.

Para o atendimento da população local existiram, desde a colonização, estruturas hospitalares, que não devem ser confundidas com os hospitais modernos, posteriores à "revolução" técnico-científica que a medicina sofreu a partir do século XVIII, dando-lhes o atual caráter médico-terapêutico.

A colonização reproduziu as estruturas semelhantes às européias em nosso território, as quais foram bem compreendidas por FOUCAULT(1978):

"Com anterioridade ao século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, porém ao mesmo tempo era uma instituição de separação e exclusão. O pobre, como tal, necessitava assistência e como enfermo, era portador de enfermidades e possível propagador destas. Em resumo, era perigoso. Daí a necessidade da existência do hospital, tanto para recolhê-lo como para proteger aos demais contra o perigo que ele

entranhava. Até o século XVIII o personagem ideal do hospital não era o enfermo que havia de se curar, mas o pobre que estava moribundo. Se trata de uma pessoa que necessita de assistência material e espiritual, que há de receber os últimos auxílios e os últimos sacramentos. Esta era a função essencial do hospital."(tradução nossa)

Assim é que que o hospital da Santa Casa de Misericórdia em Olinda, fundado em 1540, tinha as seguintes características:

"...estava reduzido a uma casa de incômodos, onde não há médicos, nem botica, e apenas um charlatão denominado cirurgião"(VELOSO COSTA,1971)

Em 1668 foi inaugurado em Pernambuco o hospital Nossa Senhora do Paraíso e São João de Deus; em 1784, o da Ordem Terceira de São Francisco, privativo dos irmãos da Ordem; em 1791, o dos Lázarus, para assistência aos hansenianos. Também deve ser citada neste período, a fundação do hospital de São Bento, privativo dos beneditinos, que também acolhia a população pobre. Sua fundação, afirma VELOSO COSTA(1971), "foge ao registro cronológico".

No período monárquico, surgem novos hospitais que, lentamente, assimilaram o seu novo papel de atuação médico-terapêutica. Entre estes destacamos o hospital Pedro II, localizado no bairro dos Coelhos no Recife. Inaugurado em 1861, chegou a ser considerado um dos melhores hospitais do país. Com especial significado para a medicina local, o Pedro II foi palco de transformações pelas quais passaram os médicos na construção de sua identidade profissional.

"...nêle funcionou durante muitos anos, um curso de obstetrícia para mulheres, criado por um dos maiores parteiros dos

meiados do século XIX - o dr. Raimundo Bandeira; nêle foi instalada uma Escola de Enfermeiros que imprimiu novos rumos à enfermagem entre nós; nêle, futuros grandes médicos e cirurgiões pernambucanos beberam, nos períodos de férias escolares, as lições de técnica e experiência dos profissionais que aqui trabalhavam; nêle estudaram, por salutar interferência de Otávio de Freitas, os primeiros alunos da Faculdade de Medicina do Recife..."(ASSIS ROCHA, 1962)

Século de profundas modificações nos serviços de saúde locais, o século XIX também trouxe a reestruturação dos órgãos públicos responsáveis pela administração das ações sanitárias.

Em 1845, a Assembléia Provincial de Pernambuco sancionou a Lei 143 de 15 de maio, criando o Conselho Geral de Salubridade. Era composto por " três doutores em medicina, versados no estudo da higiene pública e da medicina legal e por dois farmacêuticos experimentados em análise química e práticas toxicológicas."(ASSIS ROCHA,1962) Nos artigos 5º e 6º da lei,são definidas as atribuições deste Conselho.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> art.5º - Ao Conselho de Salubridade incube inspecionar, vigiar, e prover sobre todos os assuntos, que se referirem à Higiene Pública e à polícia médica; e mui determinadamente lhe compete; -1º) propagar a vacina, e zelar a pureza, e eficácia do pus; -2º) visitar as prisões e casas de socorros públicos, e examinar-lhes frequentemente o estado e o regime; -3º) inspecionar os estabelecimentos industriais, fábricas e oficinas em relação à saúde pública; -4º) examinar a planta e mais circunstâncias da cidade, vilas e povoações, suas praças, mercados, feiras, aquedutos, matadouros, esterquilínios, e mais lugares de cuja infecção pode resultar prejuízo à saúde pública; -5º) vigiar sobre os cemitérios, catacumbas e outros quaisquer lugares de inumação; -6º) curar dos meios de prevenir as epidemias endêmicas, e contágios, e, verificada a aparição de tais flagelos, acordar no tratamento que a experiência haja recomendado como mais adequado e eficaz; -7º) reprimir os efeitos do charlatanismo, ou seja no que toca à prática da Medicina, ou no que respeita à venda de drogas, ou quaisquer preparações farmacêuticas; -8º) examinar a sanidade dos alimentos destinados ao consumo público, e prevenir a falsificação das bebidas; -9º) visitar as boticas, analisar os remédios suspeitos, e assim também vigiar sobre a matéria dos vasos empregados.

art.6º - Também incube ao Conselho Geral de Salubridade; -1º) propor ao Presidente da Província, às Câmaras Municipais, ao Chefe de Polícia, e à qualquer outras Autoridades ou Corporações, como for conveniente, todas e quaisquer medidas, e providências, tendentes à melhorar o estado da saúde pública. Lei nº 143, de 15 de maio de 1845 (apud. MELLO, 1991)

Observamos que entre as atribuições atinentes às questões da saúde pública, promovia-se a proteção territorial do trabalho dos médicos e farmacêuticos, propondo-se o combate ao charlatanismo e conseqüentemente afirmando a exclusividade de ações para estes profissionais.

Como primeiro encarregado deste Conselho assumiu o Dr. Joaquim de Aquino Fonseca, médico formado pela Faculdade de Medicina de Paris. Na sua gestão o conselho promoveu a instituição do Serviço de Verificação de óbitos, o cemitério público de Santo Amaro, o matadouro do Cabanga, a inauguração do abastecimento de água pela Companhia do Beberibe.

Aplicando o parágrafo 7º, do artigo 5º, da Lei provincial 143/1845, o Presidente do Conselho Geral de Salubridade promoveu um intenso combate ao médico sergipano Sabino Pinho, que iniciava a prática da homeopatia no Recife. Segundo o Presidente tal prática não era mais do que:

"...um meio de que alguns médicos, arrenegando dos princípios professorados nas escolas em que estudaram, se tem servido para especular e adquirir fortuna, de que outro modo não conseguiriam, iludindo assim a boa fé do povo, que quase sempre se deixa levar por tudo quanto lhe parece maravilhoso, mesmo quando aquilo, que se lhe faz crer, choca o bom senso."(IN ASSIS ROCHA,1962)

Na luta pela profissionalização, os médicos buscavam impor sua racionalidade, representada pelo saber adquirido nas escolas, principalmente européias, outros paradigmas não eram aceitos por questionar na essência a prática da profissão.

A estruturação de uma rede de serviços sanitários em Pernambuco, pelo Conselho Geral de Salubridade encerra-se em 1851, com a promulgação da Lei

Provincial nº 316, que criou a Comissão de Higiene Pública, sendo instalada em 11 de agosto de 1853. Seu primeiro presidente foi Cosme Sá Perreira, que notabilizou-se pelo estudo de casos de beribéri e de intoxicações por chumbo, comuns no Recife. Suas suspeitas sobre as intoxicações saturnicas viriam a ser confirmadas mais tarde por Otavio de Freitas. Lembramos como ação desta Comissão o combate à febre amarela e a instalação de um lazareto no bairro do Pina para o atendimento dos acometidos pelo mal de Hansem. Também atuou na desinfecção dos navios procedentes do Rio de Janeiro e na denúncia do despreparo das pessoas que lidavam com o tratamento dos doentes atingidos pela febre amarela e pelo cólera.

A esta altura o mercado de trabalho médico já tinha uma nítida conformação. Destacadamente era o setor público o espaço onde mais atuavam, seja a nível dos serviços hospitalares, seja a nível administrativo nas estruturas de política sanitária. Observamos que isto pouco se alterou até os dias atuais.

Na gestão de Inácio Firmo, a Comissão de Higiene criou dois hospitais no Recife, um no Arsenal de Marinha e outro, como já referimos, no bairro dos Coelhos, o Hospital Pedro II. Como curiosidade, lembramos o combate exercido pela Comissão contra a prática de aluguel de caixões de defunto e a defesa pelo sepultamento em catacumbas.

Em 1872 foi criada a Inspetoria de Higiene Pública, sendo esta a estrutura de comando da política sanitária na transição do período imperial para o republicano, na Província de Pernambuco.

Na segunda metade do século XIX, a cidade de Recife foi assolada por várias epidemias. A febre amarela apresentou quatro surtos: em 1849, 1870, 1871 e 1878 que mataram grande número de pessoas. O período é descrito da seguinte maneira:

"Assolapado por noventa e quatro surtos epidêmicos de quatorze doenças diferentes, alguns deles com espantoso número de óbitos; varíola, malária, cólera morbus, febre amarela, disenteria, febre tifoide, bérberi, sarampo, coqueluche, difteria, escarlatina e influenza"(VELOSO COSTA,1971)

Tendo encontrado no Recife precárias condições sanitárias, poucos profissionais de saúde, poucas instalações sanitárias, essas epidemias assumiram proporções alarmantes. Em 1856, só o cólera provocou 3.338 óbitos, numa população estimada em 60.000 habitantes.(VELOSO COSTA,1971)

A República trouxe transformações importantes para a estrutura dos serviços de saúde pública, que foram subordinados aos poderes federal, estadual e municipal. Em 1892 a Inspetoria de Saúde, transformando-se em repartição autônoma, dirigida pelo médico Rodolfo Galvão, criou o Laboratório de Análises Químicas e Pesquisas Microscópicas, o Instituto Vacinogênico e o Serviço de Demografia Sanitária.

Com a ida de Rodolfo Galvão para o Rio de Janeiro, onde assumiria a cadeira de bacteriologia da Faculdade de Medicina, coube ao médico Otávio de Freitas assumir seu posto. Nesta época já se avivava o debate na corporação médica pernambucana, que iria levar à inauguração da Escola de Medicina do Recife em 1915, a qual teve em Otávio de Freitas um de seus principais idealizadores, como veremos adiante.

### 3.2. A Primeira Associação: A Sociedade de Medicina de Pernambuco

Dentro do cenário da época, a criação da Sociedade de Medicina de Pernambuco representou a tentativa dos médicos da então Província, de se incluírem nos debates científicos que a profissão ensaiava no Império. Fundada em 4 de abril de 1841, teve como primeiro presidente o médico Antonio Peregrino Maciel Monteiro<sup>12</sup>, que já havia sido Ministro, Deputado Provincial e detinha o título de 2º Barão de Itamaracá.

No império, como toda a formação de médicos era centralizada no Rio de Janeiro e na Bahia, a corporação local atribuiu a tarefa de promoção da discussão científica, bem como a de articulação de seus interesses à Sociedade que inauguravam. Os seus objetivos eram assim expressos :

"Dar à classe médica a posição que lhe é assinalada pela nobreza de sua profissão; com a maior solícitude empregar todos os meios a seu alcance para promover e manter a confraternização e a harmonia entre seus membros, e assegurar-lhes crédito e independência, sem detrimento e prejuízo de outro qualquer; intercâmbio de informações para o aprimoramento profissional para melhor servir ao paciente; registro da epidemiologia nosológica; estímulo à pesquisa através de prêmios visando novas terapêuticas clínicas ou cirúrgicas para doenças prevalentes; identificar propriedades farmacêuticas de produtos locais; estímulo da epidemiologia regional; intercâmbio com as autoridades como órgão

---

<sup>12</sup> Foram dezessete os fundadores da Sociedade de Medicina de Pernambuco: O próprio Antonio Maciel Monteiro, Felipe Nery Rodrigues de Carvalho, Francisco Xavier Pereira de Brito, João Ferreira da Silva, João Francisco de Oliveira, João José Pinto, José Francisco Pinto Guimarães, José Maria da Costa Paiva, Manoel Ferreira Teixeira, Pedro Dornelas Pessoa, Simplicio Antonio Marvignier; os franceses Classin e Pedro Franklin Theberge; o inglês John Loudon; o italiano Ulisses Leonesi e os portugueses José Eustáquio Gomes e José Joaquim de Moraes Sarmiento. (DOHERTY,1991)

consultivo na identificação e resolução dos problemas sanitários."

(DOHERTY,1991)

Os candidatos a membro efetivo deveriam apresentar um trabalho original, de data recente, sobre qualquer um dos pontos das ciências médicas, ou de interesse para a ciência que mostrasse que o candidato detivesse "sólida e vasta instrução". Os membros que chegassem aos vinte e cinco anos de associação ou setenta e cinco anos de idade seriam considerados membros honorários da Sociedade. A exigência feita aos candidatos à associação, que demonstrassem conhecimentos sólidos e vastos embasados no marco científico, reproduz o "ritual" de iniciação ao mundo da profissão.

A fundação da Sociedade teve repercussão importante na região, merecendo destaque na imprensa local.<sup>13</sup> O grupo fundador compreendeu que entre as formas de legitimação junto à população deveriam estar as consultas e a distribuição de medicamentos feita gratuitamente àqueles que não tivessem recursos para obtê-los. Estas estratégias propagandeavam o ideal de serviço da profissão.

Para que se constituísse um ambiente de debate em torno dos temas propostos pela Sociedade, criaram-se os Anais da Medicina Pernambucana, instrumento de circulação regular que, editado pelos membros, promovia a divulgação das discussões internas e procurava contemplar a cobertura de temas nacionais, assinados por médicos de outros estados. Como não havia na Província o espaço acadêmico propício ao debate em torno dos desafios que a profissão enfrentava, a Sociedade cumpriu este papel, seja através das discussões internas,

---

<sup>13</sup> "É de advertir que todos estes senhores facultativos são a toda hora procurados por pessoas abonadas e que tem muitas casas de partido a que acudir. Todavia abrem mão dos seus lucros para socorrer cada um por vez, a humanidade indigente e que padece em sua saúde. Honra a tão dignos cidadãos, a homens que tão nobremente sabem exercer atos de tão bem entendida beneficência."(Gama, M.S. - Diário de Pernambuco, 15/7/1843, apud. MELLO,1991)

da circulação dos Anais, ou da promoção de concursos entre os associados, que procuravam preencher a função da discussão técnica necessária ao projeto profissional.

Coerentes com o objetivo de ampliar seu espaço junto às autoridades, à clientela, a fim de promover sua legitimação, os médicos aceitavam a participação na Sociedade de outras profissões, representadas por homens destacados pela sua importância "humanitária e pelo seu saber"<sup>14</sup>.

As sessões da Sociedade eram públicas e o debate se dava em torno das experiências que seus participantes apresentavam diante das enfermidades, terapêuticas e alternativas de tratamento na região. Na sua percepção aqueles médicos, cirurgiões e farmacêuticos detinham a convicção de que poderiam e deviam influenciar as autoridades constituídas no que lhes interessasse ou tivesse referência com as questões da Higiene Pública. Para manter o debate e o crescente desempenho da Sociedade, eram promovidos concursos com premiações para trabalhos e pesquisas apresentadas, estratégia que se somava à prestação de assistência gratuita à população, fator legitimador e propagador de suas idéias.<sup>15</sup> Os concursos promovidos pela Sociedade de Medicina tiveram os seguintes temas:

---

<sup>14</sup> "Alguns médicos ávidos de instrução, animados pelo amor da ciência, desejosos de contribuir e promover o seu progresso, e tendo mui particularmente em vista os benefícios que juntos podiam prestar ao país, se congregaram, e estabeleceram a SOCIEDADE DE MEDICINA DE PERNAMBUCO, que deve representar nesta Província toda a Corporação Médica. Sua instalação teve lugar no dia 4 de abril de 1841. Compõe-se a Sociedade de Médicos, Cirurgiões e Farmacêuticos, formando a classe de efetivos e correspondentes; admite em seu grêmio ,na qualidade de membros honorários, aquelas pessoas que, posto que estranhas às ciências médicas, são contudo respeitáveis por seu saber e instrução em qualquer dos outros ramos dos conhecimentos humanos; na mesma categoria ainda recebe aquelas que tem prestado relevantes e assinalados serviços à humanidade. O anelo pois desta Sociedade é formar brilhante grupo de todos os que nesta Província se não distiguído por seu saber e suas virtudes" (Anais da Medicina Pernambucana : 1842-1844, apud.MELLO,1991)

<sup>15</sup> "Fácil é adivinhar que beneficiar e prestar serviços a humanidade seria o primeiro cuidado desta corporação; assim cada um dos sócios, quando sua vez é marcada na escala, dá consultas gratuitas aos indigentes três vezes por semana; e brevemente se fornecerá também gratuitamente os medicamentos que nessas consultas forem receitados [...] A Assembléa Legislativa Provincial, pensando em sua sabedoria os grandes serviços que a Sociedade de Medicina pode prestar ao País; por um desses rasgos de patriotismo, e de interesse geral, que involuntariamente nos convence e arrebatou a aprovação, decretou espontaneamente um subsídio anual para a publicação dos seu trabalhos, para prêmios e algumas outras despesas necessárias à sua conservação e prosperidade. Esta soma, conquanto não avultada, unida à cotisação dos membros da Sociedade, lhe facilitará por

"Em 1843 - Indicar todas as causas de insalubridade nesta cidade e os meios de as combater; em 1844 - Determinar quais , neste país, podem ser as causas da grande frequência dos cancros e ulcerações cancerosas do útero; os meios higiênicos que devem ser postos em execução para obstar a propagação ou fazer de todo desaparecer esse mal; o tratamento específico para essa enfermidade; em 1845 - Fazer a análise química do suco da gameleira, e mostrar quais os princípios ativos, e os terapêuticos contidos nesta substância. Determinar, por uma série de observações exatas, a ação e modo de operar desse medicamento sobre os hidronêmicos; as diversas preparações que dele se podem fazer, e o melhor meio de o administrar; em 1846 - Fazer a maior coleção possível das plantas e remédios indígenas, que tem sido ou podem ser aplicados às enfermidades já do homem, já dos animais. Determinar, por experiências terapêuticas, quais os efeitos desses remédios indígenas; e quais os remédios exóticos que podem substituir com vantagem."(ASSIS ROCHA,1962)

Procuravam, assim, intervir na realidade sanitária local, buscando, inclusive, alternativas em medicamentos produzidos na região. Com a produção de conhecimento aplicado à realidade local se credenciavam para a intervenção nesta. O conhecimento que se aprofundava, fortalecia a corporação, tornando-a necessária para a clientela e autoridades locais. Neste particular, a estratégia de reconhecimento pelas autoridades, visando sua legitimação, surtiu efeito. ASSIS ROCHA(1962) cita trecho de um discurso atribuído a um aristocrata da época, que nos faz acreditar na hipótese:

---

ora os meios de prosseguir mais desassombradamente na carreira encetada..." (Anais da Medicina Pernambucana 1842-1844, apud. MELLO,1991)

"A Sociedade de Medicina não cessa de empregar o mais generoso esforço para melhorar a saúde pública, investigando as causas das moléstias endêmicas e o meio de extirpa-las, e propondo medidas e remédios mais prontos para fazerem parar algumas, ocasionadas que podem resolver."

Esta prática, reconhecida pelas camadas sociais mais abastadas e influentes, tinha também atribuições de controle do espaço urbano, do mercado e dos instrumentos utilizados para a sua efetivação:

"Em tudo, nas máximas e nas mínimas cousas, era esta Sociedade da primeira consultada e ouvida com reverencioso acatamento; A sua palavra, sempre autorizada e sensata, tinha força de decisão; podia, para onde pendesse, glorificar ou destruir".(ASSIS ROCHA,1962)

Este prestígio e poder adquiridos pelos médicos, através de ações coordenadas em sua entidade, foi fator fundamental para o projeto corporativo local. Garantia aderência do Estado e aproximava a profissão dos interesses das classes dominantes. Lembramos outros condicionantes para tal legitimação, estes mais afetos a fatores de determinação estruturais da Medicina à época, dos quais se utilizavam os médicos. FOUCAULT(1978) descreve-os com precisão:

"1- Aparecimento de uma autoridade médica, que não é simplesmente a autoridade do saber, uma pessoa erudita que sabe referir-se aos bons autores. A autoridade médica é uma autoridade social que pode tomar decisões a nível de uma cidade, um bairro, uma instituição, um regulamento. É a manifestação do que os alemães denominavam "Staatsmedizin", medicina do Estado;

2- Aparecimento de um campo de intervenção da medicina distinto das enfermidades: o ar, a água, as construções, os terrenos, os esgotos, etc. No século XVIII tudo isto se converteu em objeto da medicina;

3- Introdução de um aparato de medicalização coletiva, a saber, o hospital. Antes do século XVIII o hospital não era uma instituição de medicalização e sim de assistência aos pobres à espera da morte;

4- Introdução de medicamentos de administração médica; registro de dados, comparação, estabelecimento de estatísticas, etc."(tradução nossa)

Existe relato de que a sociedade utilizou-se de seu prestígio para a proibição de medicamentos<sup>16</sup>; determinou a mudança de estabelecimentos que empregavam fogos ativos, como as padarias, do centro urbano; determinava a inofensividade de produtos através de exames químicos, realizados por uma comissão de sócios. Na segunda metade do século XIX, a Sociedade passou por algumas crises de organização, tendo retomado o projeto de articulação dos médicos pernambucanos em 1898. Demonstrando um vigor renovado, os associados empreenderam o I Congresso Médico Pernambucano, que veio a ser realizado em 1909.

Esse encontro teve a originalidade de ter sido também o primeiro congresso da categoria realizado ao norte do país. Inscreveram-se 63 médicos, 2 dentistas, 10

---

<sup>16</sup> Um destes medicamentos foi a substância de criação de um certo sr. LE ROY, que era distribuída e vendida das farmácias da época. A este respeito o padre Lopes Gama escreveu em 1842 no jornal O Carapuceiro: "Eu já me dei ao trabalho de ler com atenção o folheto do sr. LE ROY; e confesso, que não pude conter o riso ao ler, que o seu remédio curava igualmente assim a soltura, como a retenção das urinas, tanto as moléstias de astenia, como as de estenio, etc., não duvido, que o meu riso proviesse, da minha ignorância. Que milagres porém não contam do LE ROY? Que catálogo de pessoas desenganadas dos Facultativos, e que devem a vida a esses purgantes, e vomitórios! É verdade, que o catálogo dos mortos pelo LE ROY, esse não exhibe perante o público. Todavia não se imagine, que eu pretenda descreditar um remédio universal tão estimado de muitos."(apud. MELLO,1991)

bacharéis e 5 engenheiros. Entre os temas abordados pelos participantes tratou-se da situação dos esgotos da cidade do Recife, remodelação das habitações, readequação de hospitais e estábulos e da situação de poluição do rio que corta a cidade, o Capibaribe. Referindo-se ao rio, o orador oficial do congresso, o médico Lisboa Coutinho denunciou:

"...as nauseantes exalações que mais intensamente se denunciam nas horas de maré baixa, no trecho da rua da Aurora, compreendido entre as pontes Santa Isabel e Imperatriz."(IN VELOSO COSTA,1971)

Demonstrando, já àquela época, o quanto a medicina em Pernambuco se orientava para a especialização, o Congresso teve suas atividades distribuídas da seguinte forma:

"Primeira secção: Medicina em geral, compreendendo as questões de Patologia e Clínica Médica, de Terapêutica, Pediatria, Psiquiatria e Neuropatologia; segunda secção: Cirurgia em geral, compreendendo as questões de Patologia e Clínica cirúrgicas; terceira secção: Obstetrícia e Ginecologia; quarta secção: Dermatologia e Sifilografia; quinta secção: Oftalmologia, Laringologia, Rinologia e Otologia; sexta secção: Odontologia; sétima secção: Higiene, Demografia, Epidemiologia e Engenharia Sanitária; oitava secção: Microbiologia, Zootecnia e Veterinária; décima secção: Medicina judiciária, antropologia criminal e antropometria."(VELOSO COSTA;1971)

Além de temas técnicos de interesse da profissão, foi tratada a idéia de se tentar a fundação de uma escola médica no estado. Este início de discussão

produziria efeitos no ano de 1915, com a inauguração da Faculdade de Medicina do Recife.

### 3.3. A Construção do Espaço Acadêmico

Antes da criação das escolas médicas brasileiras em 1808, os médicos pernambucanos eram formados principalmente nas Universidades de Paris, Edimburgo, Montpellier, Oxford, Londres e Coimbra. Com a criação no país das escolas de Salvador e do Rio de Janeiro, este fluxo foi alterado, tendo a Faculdade de Medicina da Bahia merecido a preferência da maioria dos pernambucanos que buscavam a formação médica. Segundo ASSIS ROCHA(1962), durante o século XIX, sessenta e sete médicos pernambucanos se formaram naquela faculdade, bem como três tiveram seus diplomas europeus revalidados.

A primeira tentativa de criação de uma instituição de ensino médico em Pernambuco se deu em 1798, quando o Desembargador-Ouvidor-Geral Antonio Luiz Pereira da Cunha dirigiu uma representação à Rainha Dona Maria I, pedindo a criação de um hospital no Recife com cadeiras de anatomia e cirurgia. Em 1799, esta representação foi apreciada pela Junta Governativa, que não foi favorável à idéia. Admite-se que por questões burocráticas e por uma disputa entre Olinda e Recife pela posse do hospital, esta tentativa foi frustrada.

Em 1817, após as lutas da Revolução Republicana, o médico português José Eustaquio Gomes fundou o Hospital Militar, onde chegou a funcionar uma Escola de Cirurgia Prática, formando vários práticos que atuavam principalmente junto às populações interioranas. Por falta de amparo oficial, esta escola fechou em 1828. Outra tentativa de implantar uma escola médica em Pernambuco ocorreu em 1895, durante o Governo de Alexandre José Barbosa Lima, quando um projeto de lei, aprovado na Câmara dos Deputados Estaduais, não foi acatado pelo Senado.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Projeto de Lei nº 111 :

art. 1º - Fica autorizado o Governo do Estado a criar ,nesta Capital, uma Faculdade de Medicina, dispensando para isso a quantia necessária.

art.2º - Os atos praticados pelo Chefe do Poder Executivo, em virtude da presente lei, bem como o Regulamento expedido para sua execução, ficarão dependentes de aprovação do Congresso do Estado.

A idéia ressurgiu, como vimos, enquanto proposta, durante o I Congresso Médico de Pernambuco, tendo sido apresentada pelo Bacharel Durval de Brito. Rechaçada por dois médicos, os Drs. Alfredo Arnóbio Marques e Joaquim Loureiro, ela não teve prosseguimento. O primeiro ponderou que, devido às grandes dificuldades para a execução do projeto, este não deveria ser tentado. O segundo, corroborando com o antecessor, lembrou as dificuldades pelas quais passava a Escola de Farmácia, no estado, sendo impossível admitir não tê-las em relação a uma escola médica<sup>18</sup>. Outras propostas, porém, foram aprovadas neste congresso: a criação de uma escola para parteiras e a fundação de uma maternidade.

A Faculdade de Farmácia, criada em 1903, esteve fechada por insuficiência de recursos durante cinco anos, reabrindo em 1910. Como docente da Faculdade de Farmácia, Otávio de Freitas<sup>19</sup> retomou a idéia da organização da escola de medicina. Em reunião da congregação da Faculdade de Farmácia em 5 de outubro de 1914, após a discussão da proposta de criação da escola, foram criadas duas comissões: uma para preparar os estatutos da Faculdade e outra para angariar fundos e donativos. Admitida a necessidade de uma diretoria provisória, a

---

Art.3º - Revogam-se as disposições em contrário. Câmara dos Deputados, 14 de junho de 1895.(apud. ASSIS ROCHA,1962)

<sup>18</sup>Otávio de Freitas trancreveu em seu livro "História da Faculdade de Medicina do Recife" o trecho da ata do Iº Congresso Médico de Pernambuco que descreve este debate:"...O sr. Arnobio Marques - Acha que a idéia do congressista sr. Durval de Brito é de brilhantismo indiscutível; mas, atendendo às grandes dificuldades da fundação de um tal instituto, pensa absolutamente nem se deve pensar em semelhante tentativa [...] O sr. Joaquim Loureiro - Declara estar de acordo com o orador precedente; si não foi possível sustentar, nesta capital, uma escola de farmácia, como se poderá se tentar a criação de uma escola médica, que depende de anfiteatros, laboratórios, clínicas, etc.?"

<sup>19</sup>Otávio de Freitas, nascido no Piauí, veio para Recife acompanhando seu pai que assumira o cargo de Presidente da Província de Pernambuco. Estudou medicina na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, tendo sido colega de outro notável médico, Oswaldo Cruz. Aperfeiçoando-se em Microbiologia no Instituto Pasteur de Paris, criou o primeiro laboratório de análises clínicas e microscópicas do estado de Pernambuco. Elegeram-se presidente da Sociedade de Medicina de Pernambuco em 1908, trazendo grande dinamismo à entidade. Com a promoção do I Congresso Médico de Pernambuco, iniciou o debate, no seio da categoria, que levaria à inauguração da Faculdade de Medicina do Recife, primeira escola profissional médica em Pernambuco. Médico bastante atuante, teve participação decisiva na estruturação dos serviços públicos de saúde, dos quais foi Diretor por cinco vezes, assim como atuou nas entidades profissionais, como a Sociedade, o Sindicato e a Faculdade.

congregação vota pela seguinte composição: Otávio de Freitas, diretor; Alfredo Medeiros, tesoureiro e Tomé Dias, secretário.

Na reunião de 04 de maio de 1920, cinco anos após a escolha da diretoria provisória, a congregação passou a discutir a composição das disciplinas e seus respectivos catedráticos. Os médicos pernambucanos tinham a convicção da necessidade da escola. As dificuldades para a realização do projeto se localizavam fundamentalmente no que envolvia questões legais e materiais. Apesar de se ter especulado, dentro da congregação, que esta escola deveria ser livre da padronização a que estavam obrigadas as escolas oficiais, tal idéia não teve prosseguimento. A legitimação oficial era necessária para o êxito da proposta de que a profissão tivesse controle da formação dos médicos no estado de Pernambuco. A conformação curricular que se deu à Faculdade já apontava para a tendência de especialização dos seus formandos. As ciências biológicas, a Física, a Química tinham destaque na estrutura das disciplinas do curso. Notadamente, a Microbiologia era ministrada pelo primeiro diretor da escola, Otávio de Freitas.

O primeiro vestibular contou com 29 candidatos, entre os quais bacharéis, farmacêuticos e odontólogos. O curso foi iniciado com 15 alunos. A criação da Faculdade de Medicina do Recife era fundamental para a consolidação do projeto profissional médico em Pernambuco. Numa região pobre, com a população majoritariamente desassistida de qualquer serviço médico, a constituição da escola se impunha. A categoria, convenceu-se disto de forma desigual, havendo tido alguns médicos participação mais destacada, tanto na elaboração do projeto acadêmico como no convencimento dos pares e autoridades da sua necessidade. Lembramos WILENSKY(1970) quando destaca que após a dedicação integral ao trabalho, surgirão aqueles profissionais que advogarão a criação do espaço formador. Como conseqüência, se credenciarão como os primeiros docentes da escola profissional. Uma das autoridades locais a se levantar contra a escola, foi o

Dr. Raul Azedo, Diretor da Instrução Pública do Estado. Em resposta, intenso debate ocorreu na imprensa local, tendo como defensor dos interesses médicos, Otávio de Freitas. Ao argumento de que seria prejudicial à classe médica, utilizou como réplica a tese de que isto não se verificaria, visto que o estado detinha a relação de um médico para 14.000 habitantes<sup>20</sup>, não havendo possibilidade de uma grande disputa pelo mercado. Além disto muitas localidades não contavam sequer com o trabalho de qualquer outro trabalhador, que bem representasse solução para a saúde da população. Assim afirma Otavio de Freitas:

"À alegação que o número de médicos era excessiva em Pernambuco, demonstrei, com dados estatísticos colhidos na Inspetoria de Higiene, onde todos os esculápios, por lei, devem estar registrados, que bem longe estavam ainda do excesso temido, havendo, antes, deficiência notável, da qual resulta se acharem muitas cidades do interior, desprovidas dêles. Um médico para atender às mazelas de mais de 14 mil pessoas, é mais que insuficiente, maximamente se considerarmos que os nossos centros ainda se acham, em matéria de higiene, na sua fase inicial."(FREITAS,1944)

Se por um lado havia a necessidade real de mais médicos no estado, o que seria suprido pela nova escola, por outro o aumento destes em número sugeria que novas necessidades seriam criadas, não sendo isto visto como ameaça à partilha do mercado de então. No mesmo debate, alegou-se que a escola de medicina, teria o papel de criar demasiados médicos no estado, que não poderiam arcar com o sustento "necessário" , exigido por tal profissão. A resposta foi ferina, evocando o ideal de serviço da profissão:

---

<sup>20</sup> Dados colhidos por Otávio de Freitas na Diretoria de Higiene.(FREITAS,1944)

"Si s.s. quizesse encarar a profissão médica sob um ponto de vista mais social, reconheceria que, mais do que a criação duma Faculdade de Medicina que classifica ironicamente de "usina médica", contribuiria para o decrescimento dos nossos lucros a fundação de *ligas sanitárias*, como já possuimo-las ( ligas contra tuberculose, contra o alcoolismo, contra a mortalidade infantil e contra a sífilis), as quais vão patentemente reduzindo a taxa de mortalidade.[...] Também é menos sustentável o conceito de ser o médico pessoa privilegiada, devendo ganhar mais que todo o mundo, porque os seus gastos não se comparam com os das outras profissões, pois 'eles devem aparentar uma fortuna que não possuem', vivendo ' como a burguesia indinheirada' e fazendo caridade a pobres e apatacados, por "exigência" do público."(FREITAS,1944)

O debate em torno da criação da escola foi utilizado pelos médicos para afirmar seus atributos profissionais, cumprindo um papel de propaganda, tanto dos objetivos da escola, como da necessidade social do trabalho médico. É o que WILENSKY(1970) compreende como "momento de grande agitação política" por parte dos profissionais. Como esta já participava, de fato, da estrutura de serviços públicos de saúde, tanto na prestação direta de serviços, quanto na administração destes, estava facilitada a tarefa de convencimento de sua importância para a melhoria da atenção à saúde. Otávio de Freitas foi por cinco vezes diretor da Inspetoria de Higiene do Estado.

Até 1919, o Brasil contava com oito escolas médicas. O ensino universitário foi introduzido muito tardiamente no país, mesmo em comparação ao restante da América Latina. Com as condições de crescimento da população; aumento da demanda por serviços; migração do campo para cidade de grandes

parcelas populacionais; incremento da urbanização; somadas, nos estados do nordeste, as secas repetidas e devastadoras, a situação sanitária era descrita da seguinte maneira:

"Um vasto hospital - um celeiro impuro de germes de doenças que aí proliferam sem o menor entrave, para infeccionar nossos campos, deleteriar os nossos centros de populações e inferiorizar, definhando e estiolando, não sei quantos milhões de brasileiros! O nosso interior vive constantemente solapado por várias epidemias, e muitas de suas localidades estão cheias de ancilostomados, de portadores de não sei quantas outras verminoses, de desintéricos, de vítimas de moléstias de chagas, de tracomatosos, de caquetisados por úlceras tropicais, de outras, e outras."(FREITAS,1941)

Impunha-se a ampliação do equipamento formador médico, então localizado principalmente nos estados do Rio de Janeiro, Bahia e São Paulo, somada a necessidade, ainda atual, da descentralização do poder no país. Aliado a tudo isto, já se questionava a qualidade do ensino nas antigas escolas, tanto pela distância da realidade em que os alunos pernambucanos iriam atuar, quanto pela superlotação de suas salas de aula:

"...as escolas médicas oficiais, sobretudo a do Rio de Janeiro, pela sua vantajosa situação, açambarcaram quase todos os estudantes de medicina brasileiros, a tal ponto que os professores se tornaram impotentes a lecioná-los com proveito e as salas de aula encontram-se insuficientes para contê-los todos..."(FREITAS,1944)

Em 1925 o curso médico adaptou-se às normas do decreto 16782A de 13 de janeiro, que modificou a legislação do ensino no país. Passando à seguinte estrutura:

"Primeiro ano - Física, Química geral e mineral, Biologia geral e Parasitologia, Anatomia humana (primeira parte).

Segundo ano - Anatomia humana(segunda parte), Química organica e Biologica, Histologia, Fisiologia.

Terceiro ano - Fisiologia, Microbiologia, Patologia geral, Farmacologia.

Quarto ano - Clínica propedeutica médica, Patologia médica, Medicina operatória, Anatomia patológica.

Quinto ano - Clínica médica, Patologia cirúrgica, Clínica cirúrgica, Higiene, Medicina legal, Terapêutica.

Sexto ano - Obstetrícia, Clínica ginecológica, Clínica pediátrica médica, Clínica cirúrgica infantil e ortopédica, Clínica obstétrica, Clínica neuriátrica, Clínica psiquiátrica, Clínica dermatológica e sifilográfica, Clínica otorrinolaringológica, Clínica oftalmológica, Medicina tropical." (FREITAS,1944)

Com esta estrutura a Faculdade se adaptava ao padrão oficial, vislumbrando a equiparação com as escolas oficiais. As especialidades eram consideradas no momento terminal do curso, sendo antecedidas pelos conteúdos das ciências básicas e do conhecimento aplicado, tanto clínico como cirúrgico. Era o início do modelo centrado no "especialismo" que seria assumido posteriormente com a departamentalização das universidades. O curso utilizava os hospitais como campo de prática, "ao lado do doente", onde os especialistas se encontravam para

emitir opiniões e procedimentos. Esta prática do ensino hospitalar, lembramos, já era adotada mesmo antes da formação da escola pelos seus futuros docentes. Dez anos antes, portanto em 1910, os médicos utilizavam-se dos hospitais para em conjunto debaterem as questões técnicas de seu interesse. Através de cursos práticos, realizados esporadicamente, eles partilhavam suas experiências e influenciavam os candidatos à profissão:

"...cursos práticos sôbre diversas disciplinas médicas [...] para alunos das escolas médicas de outros estados [...] para colegas nossos que desejassem conhecer assuntos especializados a que nos houvéssimos dedicado mais particularmente.[...] Era um arremedo do que sempre víramos nos diversos centros existentes em Paris, Londres, Berlim e outras capitais adiantadas onde, durante as férias, os professores ou os médicos mais velhos e mais experimentados faziam ressaltar os seus conhecimentos adquiridos nos hospitais e nos laboratórios, transmitindo-os aos mais novos ou aos mais inexperientes que, por sua vez, os aperfeiçoam para levá-los cristalinamente e difundí-los aos que viessem depois [...] Queríamos assim por este meio formar o inquebrantável elo de solidariedade científica, criando esta arregimentação, esta disciplina escolástica que dá fôrça, que revigora, que retempera os espíritos."(FREITAS,1944)

O caminho para a consolidação do profissionalismo é bem representado por este relato. Além da troca permanente de informações entre os profissionais, do estímulo à pesquisa sobre o objeto da profissão, possibilitava influenciar estudantes pernambucanos que se formavam em outros estados. Era importante porque, obviamente, estes retornariam para o seu estado onde iriam partilhar do mesmo mercado. O que, afinal de contas, se dera com todos os "mais experientes".

Esta iniciação profissional não ocorre apenas a partir da influência dos mais experientes ou pelo seu prestígio. É importante que os alunos adquiram certos dotes vocacionais, que assumam o perfil que os profissionais representam junto à sociedade. O ideal de serviço deve ser destacado. Antecipa-se o papel do código de ética de convencimento da sociedade dos atributos da profissão. É necessário que o cliente tenha em conta a sua importância para o médico, mesmo que isto se dê com alguma dificuldade para o profissional. Esta postura reforça o prestígio da profissão. Assim é que na aula inaugural da primeira turma o diretor da escola fez a seguinte afirmação:

"Senhores. Si pretendeis abraçar a nobre profissão que os vossos mestres desta casa irão vos fazer conhecer [...] com a esperança de auferir grandes lucros, de vos tornades ricos capitalistas [...] si não aspirais viver como vivem as outras pessoas que escolheram, por inclinação ou por temperamento, as profissões liberais sabendo que irão tirar dela apenas os recursos necessários para sua subsistência [...] compatível com o meio que habitamos, então fechai os vossos livros, os livros que vos apontamos agora,[...] e ide para o balcão ou para o arado, para os campos ou para as oficinas onde dizem que as riquezas entram em borbotões, dependendo tudo, em grande parte, apenas da boa sorte de cada um."(FREITAS,1944)

O ideal de serviço(GREENWOOD,1966), apontando para um trabalho abnegado em favor da clientela, constrói o ambiente favorável à identificação entre os profissionais, numa perspectiva de carreira. Esta identificação não ocorre simplesmente entre os pares mas se projeta para outras profissões que guardam semelhanças em seus objetivos perante à sociedade. "Servir para melhor servir!":

"Os lucros oriundos da vossa profissão proporcionar-vos-ão tão sómente o conforto e o bem estar encontrados comumente nas demais profissões liberais - advogados, engenheiros civis, agrônomos, mecânicos, funcionários públicos e *tutti quanti*. Nada mais e nada menos do que isto..."(FREITAS, 1941)

Após o término da formação, os profissionais necessitam continuar afirmando aos novos pares os valores estruturantes da profissão.(GREENWOOD,1966) Existirão mecanismos que garantam esta seqüência de envolvimento com os preceitos éticos, valores e deveres que o exercício profissional impõe. Esta postura permanente de "pacto" profissional se assenta em bases concretas, como, por exemplo, o desenvolvimento da profissão, suas técnicas, seu conhecimento. As ciências serão alavancas para esta continuidade:

"O profissional que nunca mais abrir um livro, ao deixar a vida de estudante, torna-se, de fato, um curandeiro, muito mais perigoso, aliás, que os curandeiros leigos, porque, sôbre êstes tem a desvantagem de estarem protegidos pela lei, embora, insensivelmente, se vão transformando em "doutor da ignorância e do charlatanismo [...] As ciências médicas vivem em continuada evolução e aperfeiçoamento, de modo que o médico que se contentar com os conhecimentos adquiridos na escola, criará uma barreira intransponível entre os que êle estudou e os conhecimentos adquiridos pelos outros, pelos "novos", pelos que veem chegando..."(FREITAS,1944)

Se por um lado esta postura é estimulada, em contraponto, busca-se na tradição a coesão necessária para o perfeito entrosamento entre os novos e os mais experientes. FREIDSON(1978) alerta para este apego às tradições, típico das

profissões. Só o reconhecimento das antigas experiências profissionais pode unir a tendência de evolução, baseada no marco científico com a postura corporativa do projeto profissional:

"Lêde os livros novos e as revistas de maior utilidade; mas não vos esqueçais dos livros velhos, dos alfarrábios médicos, pois que a Medicina deve ser essencialmente tradicionalista. Sobretudo, não deixeis nunca no olvido as obras imortais do divino Hipócrates, o célebre médico da pequena cidade de Cós [...] Mudam os tempos e as doutrinas; não muda a natureza, e a medicina é, na essência, sempre a mesma de Hipócrates o mestre de todas as épocas. Nem a um médico se deve conceder o gráu, sem que houvesse meditado a longa lição dos seus livros, ouvindo-o como Pai, que se recorda com egrégia fidelidade. Porque na tradição médica vive o melhor da nossa fôrça e os preconceitos e as escolas e as rivalidades, tudo cede a uma coisa mais alta, perpetuada de tempo imortal em nossa classe."(FREITAS,1944)

Este momento ímpar da construção da escola médica em Pernambuco conseguiu desnudar praticamente todos os interesses, todos os princípios, toda a política da qual a corporação médica lançou mão para a efetivação de seu projeto profissional. Acreditamos que o maior aprofundamento tanto em análise, quanto em pesquisa traria respostas para muitas das questões hoje enfrentadas pela profissão. Não foi, como vimos, um processo rápido, de fácil construção. Sofreu marchas e contramarchas alongando-se por um tempo considerável. Envolveu uma lenta maturação, principalmente no que refere à categoria. Apesar disto não se deve retirar de cada personagem, em cada etapa, a sua devida importância. De maneira peculiar a escola que, segundo WILENSKY(1970), seria a primeira etapa

da profissionalização, entre nós foi criada quase um século após da criação da primeira associação profissional.

Por mais que a formação pudesse continuar se dando fora das fronteiras do estado, a constituição de um grupo de profissionais com interesses bem definidos e profunda identificação com o profissionalismo médico, clamou pela criação do espaço formador onde pudesse exercer sua influência, determinando uma nova qualificação para a profissão localmente. Este grupo constituiu-se, principalmente em torno daqueles profissionais com maior prestígio, destaque no mercado e influência junto às organizações da categoria. Foram as lideranças do processo de profissionalização(WILENSKY,1970). Os mesmos tornaram-se os primeiros mestres, representantes qualificados dos rumos que a profissão tomaria, seja no desenvolvimento de novas técnicas, seja no trato permanentemente crítico do objeto profissional ou na recuperação constante dos princípios e tradições estruturantes desta.

### 3.4. A Ampliação do Espaço Formador

Em 1950, um grupo de médicos livre-docentes da Faculdade de Medicina do Recife reuniu-se nas dependências da Sociedade de Medicina, com a intenção de criar a segunda escola médica de Pernambuco. Participaram desta reunião 25 médicos.<sup>21</sup> A idéia já era acalentada<sup>22</sup> pelo grupo há algum tempo. Discutiram, entre outros assuntos, a questão do patrimônio necessário à escola e ao fim da reunião estavam acordados que cada docente fizesse um doação pessoal de dez mil cruzeiros, parceladamente. Também deveriam buscar o apoio dos Governos estadual e municipal. Os mais diversos especialistas, reunidos em torno do projeto da nova Faculdade, tiveram a preocupação de que seu ato não fosse interpretado como tentativa de competir com a antiga Escola, que a muitos deles havia formado. Concordaram, por isto, que as aulas inaugurais do curso seriam ministradas pelos antigos mestres.

Em 12 de setembro de 1950, a congregação<sup>23</sup> se reuniu para eleger a Diretoria e os membros do Conselho Técnico Administrativo. Após a eleição, a Diretoria assinou o termo de posse que está assim redigido:

---

<sup>21</sup> "Estiveram presentes os médicos: Pacífico Pereira, Hoel Sette, Ângelo de Abreu e Lima, Waldemir Miranda, Zacarias Maciel, Fernando Moraes, Fernando Viana, Rui João Marques, Francisco Montenegro, Joaquim Cavalcanti, Alberto da Costa Campos, Avelino Cardoso, Caldas Bivar, Teodorico de Freitas, Frederico Simões Barbosa, Agenor Bonfim, Luis Tavares, Edilton Sampaio, Júlio Alcino de Oliveira, Poggi de Figueredo, Clovis Paiva, Jorge Glasner, Luciano de Oliveira, Artur Moura e Rinaldo de Azevedo" (ASSIS ROCHA,1975)

<sup>22</sup> Atribui-se a intenção daquele grupo de livre-docentes de criar nova escola médica em Pernambuco ao fato de se sentirem insatisfeitos pelo pouco poder que detinham na Faculdade do Recife. Excluídos das decisões, exclusivas ao grupo de catedráticos da mesma, as ações de ensino e pesquisa eram, em última instância, decididas nas cátedras. Com tais restrições de poder, aquela nova geração de médicos-docentes se articulou num projeto alternativo de Faculdade.

<sup>23</sup> A primeira congregação da Faculdade de Ciências Médicas teve a seguinte composição: Anatomia Humana, Avelino Cardoso; Histologia, Vaga; Fisiologia, Poggi de Figueredo; Física, Edilton Sampaio; Química, vaga; Microbiologia, Júlio de Oliveira; Parasitologia, Frederico Simões Barbosa; Patologia, Durval Lucena; Propedêutica cirúrgica, Manoel Caetano; Farmacologia, Luis Porto; Propedêutica médica, Luis Inácio; Clínica Cirúrgica: 1ª cadeira- Joaquim Cavalcanti, 2ª cadeira- Luis Tavares, 3ª cadeira- Rosaldo Cavalcanti; Clínica Médica: 1ª cadeira- Rui João Marques, 2ª cadeira- Fernandes Viana; Dermatologia, Waldemir Miranda; Técnica operatória, João Alfredo; Otorrinolaringologia, Artur Moura; Anatomia Patológica, Barros Coelho; Terapêutica Clínica, Hoel Sette; Urologia, Costa Campos; Doenças Tropicais e Infecciosas, Rinaldo de Azevedo; Higiene, Waldemar de Oliveira; Medicina Legal, Teodorico de Freitas; Tuberculose, Francisco Montenegro; Pediatria, Antonio Figueira; Obstetrícia, Martiniano Fernandes, Ortopedia, Jorge Glasner; Ginecologia, Abreu e Lima;

" Às 14 horas do dia 13 de setembro do ano de 1950, na Diretoria da Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco, perante os professores abaixo assinados, assumiu a função de Diretor desta Faculdade, o professor Waldemir Soares de Miranda, eleito em Congregação realizada no dia 12 de setembro do corrente..."(ASSIS ROCHA,1975)

Aprovado o regimento interno decidiu-se que o curso da Faculdade teria a seguinte estrutura:

Primeiro ano: Anatomia Sistemática, Histologia e Embriologia Geral e Bioquímica;

Segundo ano: Anatomia Topográfica, Física Biológica e Fisiologia;

Terceiro ano: Parasitologia, Microbiologia, Patologia Geral, Farmacologia;

Quarto ano: Anatomia e Fisiologia Patológicas, Técnica Operatória e Cirurgia Experimental, Clínica Propedêutica Médica, Clínica Propedêutica Cirúrgica, Clínica Dermatológica e Sifilografia, Clínica Otorrinolaringológica, Broncoesofagologia, uma cadeira eletiva;

Quinto ano: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica de Doenças Tropicais e Infectuosas, Terapêutica Clínica, Clínica Urológica, Higiene, Medicina Legal, duas cadeiras eletivas;

Sexto ano: Clínica Pediátrica Médica, Clínica Ginecológica, Clínica Obstétrica, Clínica Oftalmológica, Clínica Cirúrgica Infantil e Ortopédica, Clínica Neurológica, Clínica Psiquiátrica, Tisiologia, Puericultura e Clínica da Primeira Infância e duas cadeiras eletivas.

Em relação à conformação curricular, chamamos a atenção para a confirmação da abordagem dentro da perspectiva de formação de especialistas. Outro aspecto relevante é a agilidade com que o projeto foi executado, se comparado com o da primeira escola médica do estado. Os profissionais, já tendo clareza dos passos necessários à construção da segunda escola puderam imprimir uma agilidade maior.

Por fim, cabe a discussão da necessidade real de criação desta nova escola. Não colhemos, ao longo deste estudo, qualquer informação que esclarecesse sobre as dificuldades de ampliação da antiga escola, o que poderia vir a suprir as demandas regionais e estaduais por mais médicos. Lembramos o fato de que, praticamente todos os fundadores da segunda escola eram docentes da Faculdade do Recife, tendo, porém, pouca participação nos rumos políticos desta, visto que tal poder era concentrado pelos professores catedráticos, os quais possuíam uma estabilidade quase "vitalícia".

Interrogamos se este segundo movimento de construção acadêmica, promovido pela corporação médica local, representou, de fato, uma ruptura "branca" entre os médicos mais novos e os pares mais experientes. Os fundadores da segunda escola estavam ansiosos por exercer um papel mais próximo à sua geração, tomando para si parte dos objetivos profissionais de influenciarem a formação de novos médicos. Este conflito é bem lembrado por WILENSKY(1970) quando descreve o choque de interesses entre as gerações de profissionais quando apontam diferentes rumos para os objetivos de suas escolas.

### 3.5. O surgimento da Atividade Sindical

Os médicos pernambucanos acompanharam as preocupações dos colegas de outros estados, em relação às condições de trabalho enfrentadas pela categoria. Em 1931, fundaram o seu Sindicato Médico, logo após a fundação do primeiro sindicato da categoria no Rio de Janeiro, e que tinha como atribuição a "defesa da classe", junto aos empregadores, fosse ele público ou privado. Apesar de se autodenominar um sindicato de uma profissão "liberal", na realidade as preocupações da nova organização eram relacionadas às questões trabalhistas de médicos que atuavam como empregados em serviços públicos e privados. Diferentemente do primeiro sindicato médico brasileiro, que tinha entre seus objetivos a formulação do código de ética médica, o Sindicato de Pernambuco atuava basicamente em torno dos interesses econômicos da categoria.

Chamamos atenção, na construção da entidade, quanto à participação dos mesmos médicos que desenvolveram esforços para o fortalecimento das outras entidades profissionais. Estavam presentes professores, diretores da Faculdade do Recife e da Sociedade de Medicina. Médicos que na Sociedade e na Escola promoviam acalorados debates quanto ao rumo técnico-científico da profissão, da pesquisa acadêmica. Estavam agora tratando dos interesses mais "mundanos"<sup>24</sup> da profissão.(FREIDSON, 1978).

Os salários, as condições de trabalho no interior do estado, as "regalias" junto às autoridades, eram pontos de pauta nas primeiras discussões da entidade. Os médicos separaram os interesses da profissão em entidades distintas, possibilitando maior clareza em seus objetivos.

---

<sup>24</sup> Termo atribuído às preocupações voltadas para aspectos mais econômicos, próprios das ocupações não profissionalizadas, distintos das tarefas "nobres" das profissões, como a construção teórico-científica e fortalecimento dos objetivos finalísticos dos profissionais: autonomia, autoridade, legitimidade e controle do mercado.(FEIDSON,1978)

Inicialmente, foram 33 os médicos que tomaram para si a tarefa do projeto sindical. Na primeira assembléia geral sindical, um ano após, este número já havia sido ampliado para 100 associados, cobrindo boa parcela da categoria. O primeiro ano do sindicato foi basicamente dedicado à construção jurídica e à aproximação do restante da categoria. Entre as estratégias para esta aproximação, a diretoria utilizou, a discussão e promoção de debates acerca das necessidades de conhecimento que a profissão enfrentava. Prestando contas do primeiro ano de atividade da entidade aos associados, o Presidente, médico Ulysses Pernambucano, relatou esta experiência, que foi chamada de "Mostruário Permanente de Drogas e Produtos da Especialidade Farmacêutica", que tinha, segundo ele duas finalidades:

"...Tornar tais produtos melhor conhecidos dos médicos e de resultar num grande auxílio material para o Sindicato, que da exposição irá auferir rendimentos para custeios de suas despesas"(Ata da assembléia geral do sindicato de 13/09/32)

Percebemos que eram necessárias estratégias que possibilitassem uma maior adesão da categoria. Novamente o apelo científico da profissão se manifesta cumprindo este papel. Entre outros assuntos a assembléia discutiu a assistência médica oficial do estado, defendendo sua gratuidade. Também se aprovou a campanha para que os procedimentos prestados aos operários das usinas de açúcar fossem pagos pelos usineiros. Outro tema abordado foi a necessidade de ampliação dos exames laboratoriais para a clientela interiorana.

Dez anos após sua fundação, com sua estrutura consolidada e com a participação de grande parte da categoria no estado, o Sindicato foi reconhecido pelo Ministério do Trabalho. Sua "Carta Sindical" assim expressa:

"O MINISTRO DO ESTADO DO TRABALHO, faz saber, a quantos esta CARTA virem que, atendendo ao que requereu o SINDICATO DOS MÉDICOS DE PERNAMBUCO, com sede em Recife no Estado de Pernambuco, pleiteando a sua adaptação ao regime vigente, resolve aprovar o respectivo Estatuto, e reconhecê-lo sob a denominação de SINDICATO DOS MÉDICOS DE PERNAMBUCO como sindicato representativo da Profissão Liberal dos Médicos, na base territorial do estado de Pernambuco, com sede em Recife, no estado de Pernambuco de acordo com as disposições da CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO"

A criação do Sindicato dos médicos em Pernambuco e conseqüentemente, o surgimento do movimento sindicalista médico local, não podem ser vistos como um caso à parte da história sindical dos médicos no Brasil, pelo fato de ter tido uma conotação mais marcadamente econômica, voltada para os problemas mundanos da profissão. Não é demais lembrar que o mercado de trabalho local tem, historicamente, sido um mercado de natureza pública, com poucas possibilidades de um mercado tipicamente liberal, onde a clientela possa arcar com os serviços médicos. Daí compreendemos que a corporação foi compelida a uma estruturação sindical que permitisse a negociação de seus interesses econômicos de forma organizada junto ao o poder público.

### 3.6. A Construção do Conselho de Ética

Como foi visto anteriormente, a discussão que levou à criação do Conselho Federal de Medicina não foi tranqüila no interior da categoria médica. No plano nacional, o projeto do Governo Vargas assumia contornos de controle sobre os trabalhadores, atingindo as chamadas profissões liberais. Não é por acaso que a Lei 7.955/1945 orientou-se na experiência italiana e alemã, tentando estabelecer mecanismos estatais de controle sobre a sociedade civil. No plano local, a categoria médica pernambucana mostrou-se resistente à criação do conselho.

Só em 1958 foi criado o Conselho Regional de Medicina em Pernambuco (CREMEPE). Sua criação teve como berço a Faculdade de Medicina, tendo na figura do seu diretor o primeiro presidente do Conselho. Assim é que lemos na ata de 10 de março de 1958 o seguinte:

"...Dando por instalado o Conselho, o professor Antonio Figueira declarou que a diretoria provisória do Conselho Regional de Pernambuco estava composto dos seguintes membros, cuja designação de funções passava a declarar: prof. Antonio Figueira, Presidente; prof. Rui João Marques, vice-presidente; prof. Teodorico de Freitas, tesoureiro; dr. João Marques de Sá, 1º secretário; dr. Antonio Cardoso, 2º secretário, ficando, desta forma devidamente empossada e cumprida a designação de que trata o ofício de 23 de janeiro deste mesmo ano da Secretaria do Conselho Federal de Medicina".

Também foi designado o médico Leduar de Assis Rocha como Secretário Geral do Conselho. Todo o material necessário ao expediente da nova entidade seria fornecido pela Universidade, segundo solicitação do Diretor da Faculdade de Medicina.

Se esta instituição profissional era aceita por alguns médicos, a maioria docentes da escola, isto não ocorria com o resto da categoria que só lentamente foi se associando à entidade. Segundo representantes atuais, esta não aceitação se devia ao fato de que os médicos compreendiam o CREMEPE como uma entidade coercitiva, que desautorizava os diplomas das faculdades por só permitir o exercício da profissão para aqueles que se associassem.

Apesar de RAMOS(1974) afirmar que a Lei 3.268/1957: "...trazia em seu enunciado todas as reivindicações dos médicos e merecia o apoio de toda a classe...", isto não se verificou em Pernambuco, ao menos nos primeiros anos de vida da entidade. Corroborando com isto, podemos verificar no texto do primeiro relatório da Secretaria Geral do Conselho dirigido à Diretoria, com data de 02 de janeiro de 1959, o seguinte:

"...Iniciamos os serviços de inscrição dos médicos no dia 2 de junho de 1958, com a inscrição dessa Diretoria, seguindo-se a dos profissionais que desejaram, quanto antes, cumprir as disposições da Lei 3.268, de 3 de setembro de 1957; encerramos, assim, o exercício ha(sic) pouco findo, com 251 inscrições, o que se nos afigura diminuta quantidade, em face do senso(sic) de médicos desta região, que vai além da casa dos mil-e-quinientos, senso(sic) que, necessariamente, aumentou, com os jovens diplomados em dezembro p.p."

Durante o período não faltaram estratégias de convocação da categoria que, conforme visto, se mostrava relutante quanto à filiação ao Conselho. No relatório já referido o Secretário Geral descreve tais estratégias:

"Durante os primeiros oito meses de funcionamento deste Conselho, esta Secretaria divulgou, pelos jornais e pelas estações de

rádio 71(setenta e uma) notas, tendo, ainda, publicado, como matéria paga, avisos e editais de interesse para este Conselho para a classe médica..."

Destacamos deste episódio a resistência da categoria em filiar-se à entidade responsável pelo controle ético da profissão. Atualmente, apesar da Lei ter se imposto, observamos, ainda, uma certa incompreensão dos profissionais do papel de seu Conselho. Talvez a explicação para isto esteja na origem da Lei de 7.955/1945, quando, ao copiar o modelo dos países facistas, o Estado tentava estabelecer medidas de controle sobre a profissão médica. Em 15 de setembro de 1958 a Diretoria provisória convocou eleições para a nova Diretoria. Votaram 44 médicos, entre os 78 já inscritos no Conselho. Tendo concorrido apenas uma chapa, foi eleita a seguinte composição: Conselheiros efetivos - Antonio Figueira, Rui João Marques, Teodorico de Freitas, João Marques de Sá e Antonio Cardoso. Para conselheiros suplentes, os médicos: Arminio Mota, Tavares de Lemos, Hermes Caldas, Julio de Oliveira e Humberto Menezes. Para representantes delegados junto ao Conselho Federal de Medicina, os médicos: Helio Mendonça e Alvaro Figueira.

Com a criação do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco, completa-se o processo de consolidação das entidades profissionais locais. Como vimos, este processo de profissionalização teve peculiaridades que o distinguem da trajetória mais geral da profissão. Utilizando WILENSKY(1970), podemos estabelecer a seguinte periodização para os eventos que conformaram a profissão no estado:

- Início dos primeiros serviços médicos.....séc. XVI
- Inauguração da primeira associação.....1841
- Inauguração da primeira escola médica.....1915

Inauguração do sindicato médico.....1931

Inauguração da segunda escola médica.....1950

Inauguração do conselho de ética.....1958

Vemos que é uma trajetória longa, que se projeta até os primeiros anos de colonização do Brasil, tendo havido, porém, um maior número de eventos compreendidos a partir do século XIX, quando consolidaram-se as condições, tanto no plano nacional, quanto interno à categoria local, para a confirmação do projeto profissional médico. Atualmente a profissão enfrenta alguns desafios que merecem nossa atenção, por questionarem os médicos em relação à sua "forma de ser" profissional. Esperamos abordar de forma sucinta as dificuldades do modelo de formação profissional, as precariedades atuais de suas organizações, tanto científicas quanto sindical e por fim os contratempos ao controle do exercício profissional.

## **CAPÍTULO IV**

### **OS DESAFIOS ATUAIS À PROFISSÃO MÉDICA**

#### **4.1. A Profissão Médica na Conjuntura Pernambucana**

Discutido o processo de profissionalização que conformou os médicos brasileiros de forma geral, e os médicos pernambucanos especificamente, cabe colocar em discussão quais os rumos prováveis do projeto profissional na atualidade? Constatamos a existência de fatores que representam dificuldades para a continuidade do profissionalismo médico, compreendido da forma como vínhamos discutindo até agora. Entre estas existem as de natureza estrutural, decorrentes de transformações pelas quais passam as sociedades contemporâneas, outras, porém, podem ser vistas enquanto resultantes de condições conjunturais, que podem vir a serem modificadas sem a necessidade de grandes transformações sociais.

A formação dos profissionais segue apontando para a especialização precoce. Especialização exigida pelo mercado, que se orienta para a prestação de serviços que envolvam maior aplicação de capital, com uso direto de tecnologia complexa, principalmente na etapa de diagnóstico durante o ato médico. Tal mercado não atinge a maioria da população de baixa renda, necessitada dos serviços de saúde. Se isto é negativo para a clientela usuária, também é identificado como um fator de crise para o projeto profissional dos médicos.

Poderíamos imaginar que para problemas de tal natureza, a profissão pudesse desenvolver alternativas de redirecionamento em sua prática profissional, reestruturando o seu projeto de grupo coeso em suas afirmações de profissionalismo, resgatando sua premissa de serviço. Esta alternativa não se

expressa na prática, pois fatores que já não dependem exclusivamente do "universo" profissional, atuam em direção contrária reduzindo sua possibilidade de readaptação. Em relação a isto, afirma SCHRAIBER(1989):

"... deveria a escola antes de mais nada desenvolver a compreensão do indivíduo como um todo nos profissionais que qualifica, e assim capacitá-los tecnicamente à base de atitudes correlatas a uma tal compreensão. Para tanto, porém, far-se-ia necessário reformular o padrão educacional existente. Este ao configurar uma capacitação técnica restrita a conhecimentos parcelares, fruto da crescente especialização no conhecimento médico; ao configurar uma capacitação centrada em conhecimentos tão-somente biológicos, e ainda afastada das condições de vida do paciente(dado o seu desenvolvimento basicamente hospitalar), oferece uma qualificação fragmentada, impossibilitando assim a compreensão do indivíduo globalmente..."

Ocorre que, desde o momento da formação, a profissão médica enfrenta o dilema entre a afirmação do discurso de serviço, quase sacerdotal, e o "chamamento" dos ganhos mais altos, provocando o que algumas representações da categoria chamam de "perda de referência profissional"<sup>25</sup>. Esta perda tem sido definida como um desestímulo ao melhor desempenho no espaço de trabalho. Para essas lideranças a tendência à especialização promove um afastamento dos princípios mais propalados na formação.

O "especialismo" imprime na prática médica limites à sua autonomia e antiga independência diante das situações cotidianas. O médico que, mesmo na casa do paciente, podia solucionar muitos problemas, distancia-se desta

---

<sup>25</sup> Expressão utilizada por lideranças sindicais e da sociedade científica médica em Pernambuco, durante o período de entrevistas que serviram de subsídio para este capítulo.

possibilidade, requerendo progressivamente o apoio de uma estrutura complexa, normalmente hospitalar, onde estarão à disposição exames e tecnologia que sozinho é incapaz de manter. Como sua formação é primariamente a de um especialista, não há muitas condições onde a criatividade possa auxiliar na ruptura dessa dependência. Considerando tal discussão, BITTAR(1991) afirma:

"O que deve ser evitado é que a especialização (principalmente a subespecialização) leve à formação precoce de especialistas, o que é estimulado através da criação de áreas específicas de ensino e treinamento em faculdades e mesmo nas estruturas organizacionais dos hospitais e, também, como lembra Del Castillo, a multiplicação de especialidades não só limita a uma área o campo da medicina, as vezes a uma técnica, com o que fragmenta em excesso o exercício médico e marginaliza a medicina integral, a que atende o indivíduo como organismo, como ser humano."

Superar essa situação está longe de vir a ser real. Se fosse tão simples bastaria, ao nosso ver, a via da reforma curricular como solução. Há algum tempo já teríamos observado modificações que visassem a redução do chamado "currículo paralelo", desenvolvido pelos estudantes em espaços extra-acadêmicos, necessários àqueles que pretendem entrar mais rapidamente no mercado após a conclusão de sua formação. Também se teria atuado na, sempre denunciada, baixa qualidade dos cursos médicos.

Esse quadro leva ao fortalecimento dos programas de pós graduação, *lato senso*(leia-se residência médica), que se transformam, de fato, numa continuidade da graduação, onde, mais do que a especialização, ainda se pretende que cubram lacunas da formação. Estes programas têm, aos poucos, sido assumidos pelo mercado, tanto público como privado, enquanto critério de qualificação para o

desempenho profissional. O trabalho médico, daí oriundo, será necessariamente parcelado, voltado para tarefas bem delimitadas, exclusivas, aquelas que não apontam para a reintegração do profissional diante do seu objeto. Confirmando a tendência de aumento dos programas de residências vemos que em 1988 o Relatório Geral da Comissão Nacional de Residência Médica(BITTAR,1991) demonstra que o Brasil possuía 48 tipos distintos de programas de residência, compreendendo as mais diversas especialidades.

Contraditório com o ideal de serviço, mas não com a lógica de acumulação do capitalismo, o alto custo que o modelo da medicina científica impõe para sua efetivação, ao qual a profissão se adaptou, é cada vez mais questionado quanto ao seu poder de resolutividade, diante da grande soma de capital necessária à sua execução. A este respeito SINGER (1988) afirma:

"O avanço da tecnologia médica [...] resultou em impressionante sofisticação do aparelhamento, o que se traduz no aumento do volume de trabalho social dispendido em sua produção. Convém notar que boa parte desta sofisticação tem por fim aperfeiçoar a capacidade de diagnosticar enfermidades cuja cura ainda se desconhece, de modo que sua utilidade quanto à melhoria do estado de saúde da população é duvidosa. O mesmo pode ser dito da multiplicação de remédios, a maioria dos quais se destinam a aliviar sintomas de males que a medicina não consegue prevenir nem curar."

Esta prática encontra uma relação custo X benefício desfavorável, representando um conflito de difícil solução para os médicos. Se sua atuação é cada vez mais julgada e, talvez num crescente, considerada dispendiosa e ineficaz, o que se atinge fundamentalmente é o núcleo de sua identificação e autoridade pela

clientela, que não dissocia, e nada sugere que venha a ocorrer, o profissional médico da parafernália da qual está sendo ao mesmo tempo executor e vítima.

O mercado estabelece grandes desafios para o profissionalismo médico. Nas discussões promovidas por representantes da categoria local são apontadas dificuldades à organização dos interesses da categoria de forma mais geral. Uma delas, é que o mercado de trabalho se orienta pelo pagamento de procedimentos, diferenciando aqueles mais onerosos dos mais simples, criando uma pressão para que os profissionais modifiquem sua prática introduzindo exames, técnicas e medicações mais caras, o que os credencia a ganhos mais altos do que os que teriam com terapêuticas menos dispendiosas.

Por outro lado a política setorial questiona progressivamente os interesses corporativos mais tradicionais. A demanda por mais ações, executadas com maior resolutividade e eficácia, tem utilizado o critério de produtividade nos serviços de saúde. Não é por coincidência que isto é denunciado como um fator de descaracterização profissional por parte das representações políticas médicas. Apesar das resistências e de um ou outro percalço que tal política possa sofrer, inclusive pela oposição dos profissionais, é provável que o critério da racionalização dos serviços, onde a preocupação com custos e benefícios esteja presente, tenda a continuar, encontrando os médicos com grandes dificuldades de adaptação. Como negar a importância de tal postura para a ampliação do acesso aos serviços de saúde por parte da sociedade sem atingir diretamente o trabalho médico?

A atuação do Estado no mercado, com forte afluxo de capitais, a partir das necessidades de ampliação da cobertura dos serviços e da própria pressão da população, que vai se tornando em consumidora exigente de um padrão mais afeito às suas necessidades, agem de forma decisiva na profissão, provocando efeitos não previsíveis em seu projeto histórico. Com a grande circulação de

recursos, despertam, os médicos, de forma crescente, para a criação de serviços privados onde passam a empregar pares, assumindo uma postura gerencial e administrativa semelhante ao raciocínio empresarial. Por outro lado os médicos empregados se movem a partir de interesses mais econômicos reconhecendo seus empregadores como distintos em seus objetivos profissionais. Esta contradição não parece ter solução em breve tempo, e como consequência tem determinado uma certa estratificação entre os profissionais, surgindo conflitos de interesses inegáveis. Outra repercussão desta diferenciação promovida pelo mercado atua como uma "elitização" entre os profissionais, onde existem poucos médicos que auferem renda muitas vezes maior do que o restante da categoria, não havendo grande diferença entre os mercados público e privado. A grande maioria dos médicos pernambucanos tem, em última análise, o setor público como fonte de seu pagamento. Lembramos como uma das principais fontes deste desvio, a forma de pagamento por procedimentos realizada pelo INAMPS, tanto nos hospitais públicos como nos contratados. Mesmo quando os médicos detém vínculos com tais organizações, esta forma de pagamento, seja o procedimento, seja a produtividade, estimulam a busca por maiores ganhos, afastando-os dos princípios éticos da profissão.

Com a burocratização das organizações de saúde o médico enfrenta, cada vez mais, a perda de autonomia. A progressiva redução do mercado tipicamente autônomo, colocando os médicos nas instituições de seguridade, aceitando as formas de pagamento por procedimento e acatando a clientela indicada por tais agências de seguro, apontam para a redução da autonomia e identidade do projeto profissional. Não é demais lembrar que o setor público orienta-se pela readaptação de seu modelo gerencial, buscando muitas das vezes a agilidade empresarial tanto no discurso de seus administradores, quanto na nova rotinização das atividades. O "patrão" público começa a ter preocupações típicas dos empresários privados, o que

pode ser visto na recente discussão da descentralização das emergências do SUS/PE.

Ocorrem outros "desvios profissionais". Dos mais lembrados é o descaso dos médicos para com as condições de trabalho. Não é mais importante a qualidade do local de trabalho, a manutenção dos equipamentos, havendo dificuldades de se observar o código de ética em condições precárias de trabalho, tanto no serviço público como no privado. Os deveres para com os pacientes, se chocam com a impossibilidade dos profissionais de transformarem o espaço de trabalho, restando a inconformidade com o próprio desempenho.

Com todos estes fatores ocorrendo, não é à toa que as lideranças da categoria denunciam um "esvaziamento" das entidades profissionais. Do Sindicato à Sociedade esta realidade está presente. Como exemplos mais representativos deste afastamento cumpre realçar alguns.

Para a eleição da nova direção sindical médica em Pernambuco no último ano convocou-se por duas vezes a inscrição de chapas, o que não se verificou. Surpreendentemente, foi necessário compor uma junta governativa para seguir com as atividades da entidade. Dos cerca de dez mil médicos atuantes nos estado apenas 34% são filiados ao sindicato.<sup>26</sup>

Observamos uma tendência à diminuição da atividade sindical exclusivamente médica, que não deve ser encarada como um fortalecimento das atividades das outras organizações profissionais. Talvez a explicação para isto não seja encontrada no espaço sindical da categoria. O que vem ocorrendo, na prática, é que os médicos iniciam uma aproximação com outros trabalhadores do setor, participando das lutas de forma coletiva, buscando ganhos para seus interesses econômicos, a partir das mobilizações mais gerais, de base setorial. Isto tem

---

<sup>26</sup> Dados fornecidos pelo Sindicato relativos a janeiro de 1993.

colocado em jogo o sentido mais profissional da autorepresentação, afastando os médicos de seu projeto histórico, enquanto corporação. Na verdade, os sindicatos exclusivos de categoria tem tido cada vez mais, menor poder de pressão e barganha junto ao mercado público ou privado, impondo-se como alternativa para os trabalhadores a articulação setorial de sua representação.

Por outro lado a Sociedade de Medicina de Pernambuco também enfrenta grandes dificuldades. É consenso em sua direção, que as sociedades filiadas de especialidades congregam a maior parte dos médicos pernambucanos, esvaziando a representação da "sociedade mãe." (termo utilizado pelos diretores) As sociedades de especialidades não agem conjuntamente. Têm objetivos distintos, voltados para a discussão de seus interesses mais restritos. Comprovando o que o "especialismo" provoca no espírito profissional dos médicos, que passam a atuar como profissionais que já não possuem uma identificação recíproca, geral, de objeto único. A mediação entre a categoria só se realiza em momentos muito específicos, cada vez mais reduzidos.

O último Congresso Médico Pernambucano foi considerado esvaziado pelos diretores das entidades. Ao mesmo tempo, os congressos de especialidades, quando ocorrem, são dirigidos aos médicos que "podem pagar", retornando o que aqui foi chamado de "elitização entre os médicos."

Ao nível do Conselho de ética ocorrem outras dificuldades para o desempenho do projeto profissional. Lembramos que em termos de condições materiais e financeiras esta entidade tem a melhor situação entre as demais da profissão. Como é obrigatória a inscrição dos médicos para o exercício da medicina, isto garante um ingresso permanente de recursos para o custeio da entidade. O Conselho tem a atribuição de fiscalização dos profissionais, sendo difícil de se promover o controle do trabalho médico sem que sejam levadas em conta a situação dos locais de trabalho, compreendendo aí todas as organizações

prestadoras de serviços de saúde, sejam públicas ou privadas. O conselho não pode executar ações de punição a tais serviços. Seu papel fica restrito à denúncia e à recomendação, sendo necessária a participação e acordo do poder público para que se efetivem medidas punitivas.

Assim é que, na Resolução 1.089/1982 do Conselho Federal de Medicina, são estabelecidos limites para a atuação de controle e fiscalização do exercício profissional. No capítulo das competências temos o seguinte:

"Art. 4º - Ao órgão de Fiscalização compete, em todo o território da jurisdição do Conselho Regional respectivo:

I- Fiscalizar:

a- O exercício da profissão de médico, em qualquer local onde seja desempenhada;

b- Os organismos onde os médicos prestam serviços, na parte exclusivamente médico-assistencial;

c- Os anúncios de médicos ou de serviços de assistência médica, qualquer que seja o meio de comunicação;

d- O conhecimento das notificações."

Se essa formulação sugere uma capacidade ainda real de controle do trabalho médico, observamos que a mesma resolução assume limites para a fiscalização do local de trabalho onde os médicos de encontram, colocando, ao nosso ver, uma contradição fundamental para a autonomia da profissão. Como abstrair o local de trabalho da avaliação de qualidade do trabalhado? Sem resposta para isso a corporação admite que deve:

"-Providenciar no sentido de notificar às autoridades competentes o exercício ilegal da medicina; -Acompanhar e colaborar com a apreensão, pela Polícia Judiciária ou Sanitária, dos instrumentos e tudo o mais que sirva ou tenha servido ao exercício ilegal da profissão de médico, inclusive participando do auto de fechamento e interdição de tais lugares;

-Denunciar ao Conselho (federal) ou outras autoridades competentes as irregularidades encontradas e não corrigidas dentro dos prazos.

-Parágrafo Único- O órgão de Fiscalização procurará sempre agir em conjunto com o Serviço de Fiscalização da Secretaria de Saúde ou órgão similar."(Resolução 1089/82 do C.F.M.)

Vemos assim que a atribuição de fiscalização é partilhada com o poder público, tendo até uma característica de dependência, já que a categoria não pode levar às últimas conseqüências o controle do exercício da profissão sem que haja a anuência das "autoridades competentes".

Algumas das dificuldades pelas quais passa o profissionalismo médico em sua autonomia, autoridade, independência, e coesão de grupo, podem ser compreendidas como fatores conjunturais cujos efeitos podem ser reduzidos a partir de modificações sociais amplas. É possível que as condições de trabalho melhorem ao ponto de que a atividade médica não seja exercida em condições desfavoráveis ao desempenho dos seus profissionais. Outros fatores, porém, aqui ligeiramente discutidos, são em sua essência de natureza estrutural às sociedades contemporâneas, onde o capital toma sua forma monopolista. Esses, e nada faz crer no contrário, tendem a se radicalizar, levando, sua marcha, ao comprometimento do lado mais "romântico" do profissionalismo médico.

## 4.2. Considerações Finais

A sociologia tem alertado para a possibilidade de que esteja havendo uma proletarização dos médicos.<sup>27</sup> Para não discutirmos a partir daí, o que necessariamente exigiria uma discussão conceitual do que vem a ser um proletário nas sociedades modernas, admitimos que fatores intra e extra profissionais atuam hoje, colocando para os médicos, dificuldades importantes na sua conformação de profissional típico.

Uma das correntes explicativas das transformações que têm abalado o profissionalismo médico, sugere que esteja ocorrendo, de fato, uma trajetória de desprofissionalização, que pode ser representada como oposta aos caminhos que a profissão percorreu até os dias de hoje em sua afirmação profissional. Entre os obstáculos ao projeto profissional, a tendência à burocratização nas organizações dos serviços de saúde é um deles. Com a crescente complexificação do ato médico, este passa a ser dividido em partes administráveis por outras profissões e ocupações, parcelando o trabalho médico com progressiva redução da sua autonomia. A crescente especialização dos serviços reforça esta redução, o que parece inevitável.

Nas organizações complexas, como os hospitais de especialidades, o trabalho médico tem se tornado num momento, parte de todo um fluxo desenvolvido por uma equipe multiprofissional, que atua desde da recepção aos pacientes até a parte típica de hotelaria. Os profissionais dependem de outros trabalhadores para que seu trabalho seja executado. Os distintos trabalhos desenvolvem, cada vez mais, um conhecimento específico, uma forma de "ser" própria, conformando habilidades nos executores, que progressivamente retira dos médicos o conhecimento global do que ocorre em torno do ato de prestar saúde.

---

<sup>27</sup> Mckinlay, J. & Arches, J, 1986

Mesmo quando a tarefa administrativa dessas organizações é desempenhada por médicos, ocorre o afastamento de sua "natureza profissional", não devendo tal espaço, ser considerado como próprio das atribuições profissionais originais. Além disto os administradores tendem a desenvolver um projeto com interesses próprios, com autorepresentação e identidade cada vez mais nítida e distante do controle por parte de outros trabalhadores envolvidos no processo de trabalho, aí incluídos os médicos.

Também tem sido uma constante a preocupação com a entrada da tecnologia computadorizada no trabalho de saúde. Por mais "futurista" que isto possa parecer, não deve ser desprezada a modificação das rotinas no trabalho médico com a incorporação de tal tecnologia. HAUG(1988), em relação a isto, chega a afirmar:

"Num período em que estudantes do segundo grau operam PC's na escola, pode estar chegando o tempo em que o importante não seja mais quem detém a informação no cérebro, mas aquele que pode extrair esta informação da memória do computador"(tradução nossa)

Mudanças na clientela também reforçam a possibilidade de desprofissionalização do médicos. O ampliação e maior domínio da informação pela sociedade, vem lentamente forjando uma consciência crítica e reivindicatória quanto aos serviços de saúde. Essa informação, às vezes deturpadamente, atribui muitas das aflições pelas quais passam os usuários, aos médicos que "não atendem bem", "não querem prestar o melhor serviço", etc. Obviamente, não há profissão sem autoridade profissional, e esta tem sido constantemente desafiada. Cada vez mais põe-se em dúvida o desempenho médico, o que pode ser verificado quando são discutidos amplamente os erros médicos. Este debate, antes restrito à categoria, generaliza-se, ocupando outros espaços como os tribunais de justiça.

A introdução de formas distintas de práticas de saúde, diferentes do modelo da medicina científica, tem também servido de alerta para aqueles que estudam o (des)profissionalismo médico. As práticas tidas como alternativas, como a acupuntura, a homeopatia, a medicina natural e outras, colocam para os usuários um leque maior de opções diante de suas necessidades, sem que o médico, e a racionalidade por ele representada, sejam necessários à sua execução.

Essa corrente sociológica, que discute a desprofissionalização médica, aborda outra série de fatores que indicam desafios à profissão. A continuidade do debate neste estudo é impossível, ao nosso ver, devido a sua amplitude. Deixamos claro que não desconhecemos a importância da continuidade desta investigação. Para o que entendemos ser imperativo o envolvimento das entidades profissionais médicas, bem como seus representados. Que se tente estabelecer um ponto inicial de referência para a melhor compreensão dos recuos e avanços do projeto profissional médico e as repercussões disto para a prestação de serviços de saúde.

Os médicos, enquanto atores sociais, têm um papel fundamental no sucesso de políticas setoriais que ampliem a compreensão do que venha a ser cidadania. Plena, radical, que coloque para o conjunto da sociedade, de forma consciente, caminhos justos e apropriados à construção do projeto de país que temos em mente.

Esperamos, com este trabalho, ter de alguma forma participado deste processo. A partir de nossas limitações, a partir do desejo de colaborar.

## BIBLIOGRAFIA

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO MÉDICO. Anais do XVII congresso, Poços de Caldas, MG, 1979.
- Anais do XVIII Congresso, Goiânia, GO, 1980.
- ACADEMIA PERNAMBUCANA DE MEDICINA. Anais, Recife, PE, 1974, v.1.
- Anais, Recife, PE, 1976, v.2.
- ASSIS ROCHA, Leduar de. História da medicina em Pernambuco; século XIX, Arquivo Público Estadual, Recife, PE, 1962.
- Faculdade de ciências médicas; passado e presente, ed. Universitária, Recife, PE, 1975.
- Pediatria e puericultura em Pernambuco, ed. ASA Pernambuco, Recife, PE, 1987.
- BAREMBLIT, Gregorio. Saber e poder; que hacer y deseo, Nueva Vision, Buenos Ayres, 1988.
- BITTAR, Olimpio J.N. Especialidades médicas no Brasil, IN: Previdência em Dados, 6(1), Rio de Janeiro, RJ, 1991.
- CARDOSO, Fernando H. As classes nas sociedades contemporâneas, IN: Revista de Economia Política, vol. 2/1, nº 5, Centro de Economia Política, São Paulo, SP, 1982.
- CARR SAUNDERS, A.M. Professionalization in historical perspective, IN: Vollmer, H. & Mills, D.(eds), Professionalization, Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1966.
- COE, Rodney M. Sociologia de la Medicina, Alianza Editora S.A., Madrid, Espanha, 1979.
- COSTA, Nilson do Rosário. Lutas urbanas e controle sanitário, Vozes, Petrópolis, Rio de Janeiro, 1985.

- CREMEPE. Legislação dos Conselhos de Medicina, Código Brasileiro de Deontologia Médica, Recife, PE, 1985.
- DAPS/ENSP/FIOCRUZ. Informe Sobre Organizações Gremiais, Corporativas e Sindicais, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 1984. (mimiografado).
- DONNANGELO, Maria Cecília F. Medicina e Sociedade, Livraria Pioneira Editora, São Paulo, SP, 1975.
- Saúde e Sociedade, 2ª ed., Duas Cidades, São Paulo, SP, 1979.
- DURKHEIM, E. Lições de sociologia; a moral, o direito e o estado, EDUSP, São Paulo, SP.
- FOUCAULT, Michel. La crisis de la Medicina o la crisis de la antimedicina, IN: OPAS/OMS, Medicina e história; El pensamiento de Michel Foucault, Washington D.C., 1978.
- Historia de la medicalizacion, IN: OPAS/OMS, Medicina e história; El pensamiento de Michel Foucault, Washington D.C., 1978.
- Incorporacion del hospital en la tecnologia moderna, IN: OPAS/OMS, Medicina e história; El pensamiento de Michel Foucault, Washington D.C., 1978.
- O Nascimento da clínica, Forense Universitária, Rio de Janeiro, RJ, 1980.
- Microfísica do poder, 8ª ed., Graal, Rio de Janeiro, RJ, 1989.
- FREIDSON, Eliot. La profesion médica, Ediciones Península, Barcelona, 1978.
- FREYRE, Gilberto. Nordeste; aspectos da influência da cana sobre a vida e a paisagem do nordeste do Brasil, 5ª ed., Coleção Documentos Brasileiros, vol.4, José Olimpio-FUNDARPE, Rio de Janeiro - Recife, 1985.
- FREITAS, Celso Albuquerque de. História da peste e de outras endemias, PEC-ENSP, Coleção Memória da Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, 1988.
- FREITAS, Otavio de. História da Faculdade de Medicina do Recife; 1895 a 1943, Imprensa Oficial do Recife, Recife, PE, 1944.

- GONÇALVES, Ricardo Bruno M. Medicina e história; raíces sociales del trabajo médico, Siglo Veinturo Editores, México, 1984.
- Proceso de trabalho em saúde, Texto de Apoio para o Curso de Atualização em Recursos Humanos, São Paulo, SP, 1988.
- GONSALVES DE MELLO, J.A. Gente da nação: cristãos novos e judeus em Pernambuco; 1542/1654, ed. Massangana, Recife, PE, 1989.
- GREENWOOD, Ernest. Atributes of a profession, IN: Vollmer, H & Mills, D. (eds), Professionalization, Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1966.
- HAUG, Marie R. A re-examination of the hypothesys of physycian deprofissionalization, IN: The Milbank Quartely, vol.66, suppl.2, Milbank Memorial Fund, 1988.
- HUGHES, Everet. The profession in society, IN: Vollmer, H & Mills, D. (eds), Professionalization, Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1966.
- LARSON, Magali S. The rise of profissionalism; a sociological analisys, University of California Press, Los Angeles, California, 1977.
- MACHADO, Maria Helena. Profissões de saúde; um enfoque sociológico, Rio de Janeiro, RJ, 1988.( mimeografado).
- Micro-macro; os novos desafios da sociologia, Rio de Janeiro, RJ,1990. (mimeografado)
- MACIVER, Robert. The significance of professional ethics, IN: Vollmer, H & Mills, D. (eds), Professionalization, Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1966.
- MARINHO, Marcelo Jacques. Profissionalização e credenciamento; a política das profissões, SENAI, Rio de Janeiro, RJ, 1986.
- MCKINLAY, J.B. & ARCHES, J. Hacia la proletarizacion de los médicos, IN: Cadernos Médico-Sociales, vol.35, Centro de Estudios Sanitários y Sociales, Rosario,1986.

- MELLO, Virgínia Pernambucano de. (org.) O Recife da Sociedade de Medicina, Sociedade de Medicina de Pernambuco, Recife, PE, 1991.
- SANTOS NETO, Pedro.(org.) Dinâmica organizativa das corporações de saúde em Pernambuco, Projeto de Pesquisa, NESC/CPqAM/FIOCRUZ, Recife,PE, 1991.(mimeo).
- NOGUEIRA, R.P. Medicina interna e cirurgia; a formação social da prática médica, IMS/UERJ, Tese de Mestrado, Rio de Janeiro, RJ, 1977.
- Origens das Corporações Médicas na Antiguidade, Rio de Janeiro, RJ,1990.(mimeografado).
- OLIVEIRA, Valdemar de. No tempo de Amaury, Companhia Editora de Pernambuco, Recife, PE, 1975.
- OPAS. Medicina e história: el pensamiento de Michel Foucault, OPAS/OMS, Washington, D.C., 1977.
- OPAS/AMS/IBGE. Postos de trabalho em saúde no Brasil e Pernambuco; 1976-84. PEC/ENSP. Planejamento I: recursos humanos em saúde, 1ªed., PEC/ENSP/ABRASCO, Rio de Janeiro, RJ, 1987.
- PIRES, Denise. Hegemonia médica na saúde e a enfermagem, Cortez Editora, São Paulo, SP, 1989.
- PRADO JÚNIOR, Caio. História econômica do Brasil, 20ª ed., Ed.Brasiliense, São Paulo, SP, 1977.
- RAMOS, Jairo. Ética médica, CREMEG, Rio de Janeiro, RJ, 1974.
- RICHARDSON, Robert Jarry et alli. Pesquisa social, 2ª ed., Ed. Atlas S.A., São Paulo, SP.
- SANTANA, José P. de. Os cursos de medicina no Brasil, OPAS, Brasília, DF, 1986.
- SANTOS FILHO, L. História geral da medicina brasileira, vol.I, Hucitec, São Paulo, SP, 1991.

- SCHRAIBER, Lilia B. Educação médica e capitalismo, Hucitec/ ABRASCO, São Paulo-Rio de Janeiro, 1989.
- SIGERIST, Henry E. Historia e sociologia de la medicina, Ed. Guadalupe Ltda, Bogotá, 1974.
- SINGER, Paul et alli. Prevenir e curar, ed. Forense Universitária Rio de Janeiro.RJ, 1988.
- SOUSA CAMPOS, Gastão W. Os médicos e a política de saúde, Hucitec, São Paulo, SP, 1988.
- STARR, Paul. The social transformation of american medicine, Basic Books Inc.Publishers, New York, NY, 1982.
- TURNER, C. & HODGE, M. N. Occupations and professions, J.A. Jackson ed., Cambridge University Press,1970.
- VELOSO COSTA, Pedro. Alguns aspectos históricos e médicos do Recife, UFPE, Recife, PE, 1971.
- Medicina, Pernambuco e tempo, Ed. Universitária, Recife PE, 1978.
- Medicina, Pernambuco e tempo, Ed. Universitária, Recife, PE, 1981.
- Medicina, Pernambuco e tempo, Ed. Universitária, Recife, PE, 1983.
- Medicina, Pernambuco e tempo, Ed. Universitária, Recife, PE, 1984.
- VOLLMER,H. & MILLS, D. Professionalization, Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1966.
- KELNER, S. & KELNER, M. Saudações acadêmias e universitárias, Companhia Editora de Pernambuco, Recife, PE, 1992.
- KELNER, S. et alli. História da Faculdade de Medicina do Recife, Líber Gráfica e Editorial Ltda, Recife, PE, 1985.
- WILENSKY, H. The Profissionalization of everyone?, IN: Grusky, Oscar & Miller, The sociology os organization, Collier Macmillan, London, 1970.

WILSFORD, D. The Cohesion and fragmentation of organized Medicine in France and United States, IN: Journal of Health Politics, Policy and Law, vol.12, n° 3, Duke University, 1987.