

Formação profissional médica: o presente no passado

André Pereira Neto*

* Historiador,
Doutor em Saúde
Coletiva (IMS/UERJ/
1997), Pesquisador
da Casa de
Oswaldo Cruz -
FIOCRUZ.

RESUMO

Este artigo pretende analisar como alguns problemas da formação profissional foram tratados pela elite médica no início do século XX. Seu objetivo é mostrar que a polêmica em torno das estratégias de preservação da autoridade médica tem suas raízes cravadas na História da Profissão Médica.

O médico vive hoje um momento crítico: muitos profissionais submetem-se a condições aviltantes de trabalho e remuneração para sobreviver. O erro médico e a negligência no atendimento têm se tornado freqüentes. A conseqüência desta situação pode ser observada na crescente perda de prestígio da profissão na sociedade. Suas causas vêm sendo associadas à proliferação de faculdades de medicina que, sem controle, lançam no mercado de trabalho centenas de médicos mal formados.

Palavras Chave

Ensino Médico - História. Profissão Médica. História da profissão médica.

Formação profissional médica: o presente no passado

Alguns jornais têm estampado manchetes que revelam as precárias condições em que é exercido, hoje em dia, o trabalho médico. O erro médico e a negligência no atendimento são algumas práticas recorrentes, registradas tanto no serviço público quanto naquele mantido por planos de saúde. O paciente sente na pele estas conseqüências. Esta situação tem promovido a diminuição da autoridade e do prestígio do médico na sociedade. Entre as razões apresentadas que procuram explicar este quadro estão a qualidade da formação do médico e o número de profissionais formados e oferecidos anualmente ao mercado de trabalho.

Sobre a temática o Dr. Jorge Darze, Presidente do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, advertiu:

A proliferação de escolas médicas, descaracterizando a função social do ensino médico, viabilizou um rendoso projeto dos empresários da educação, contribuindo para um mercado saturado e mal distribuído nacionalmente (Jornal do Brasil, 9/8/2000: 22).

A má formação desqualifica o médico. O oferecimento desmedido de profissionais contribui para a depreciação de seu valor no mercado de trabalho. A irregular distribuição nacional faz com que algumas regiões fiquem pouco assistidas, enquanto em outras o número de médicos é excessivo. Nestas áreas, o médico é forçado a se submeter a seguidas horas de trabalho, com vínculos informais, recebendo abaixo das tabelas estabelecidas, para garantir o mínimo para sua sobrevivência. Que soluções têm sido apresentadas para dirimir esta situação?

O Governo Federal vem implementando uma política no setor que é considerada dúbia por muitos integrantes da elite médica. Por um lado, institui e organiza o *provão*. Com ele as faculdades de medicina, seus alunos e professores, vêm sendo avaliados. Por outro lado, credencia a abertura de novas faculdades ou permite, com seu consentimento velado, o funcionamento de outras não autorizadas formalmente.

As lideranças médicas apresentaram como solução a formação de uma "Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico" conhecida como CINAEM. Este fórum, composto por algumas faculdades públicas e privadas de medicina, vem tentando estabelecer critérios mínimos de excelência para o bom funcionamento das instituições formadoras de médicos. Na avaliação da CINAEM constam aspectos de infra-estrutura, de gerenciamento, de recursos humanos e de desempenho dos alunos. Com estes dados nas mãos, algumas instituições foram avaliadas. Os resultados expressos nos últimos relatórios apresentavam um quadro nada alentador. A estrutura curricular parece inadequada às necessidades sociais do país. Os avaliadores a consideram muito teórica e excessivamente voltada para a especialização. Poucos professores têm pós-graduação e a maioria não se dedica exclusivamente à docência.

O objetivo deste artigo é mostrar que a situação vivida no ensino médico hoje já foi, no início do século XX, tema que promoveu acirrado debate no interior da categoria. Como hoje, este debate se deu em torno da proposta feita por parte do Governo, de garantir algum controle no acesso ao nível superior e no oferecimento de mão de obra profissional ao mercado de trabalho.

O fórum que será objeto de nossa análise neste artigo foi o *Congresso Nacional dos Práticos*, realizado na cidade do Rio de Janeiro, então capital da República, em 1922 (Fausto, 1978). Este evento tinha o objetivo de discutir, pela primeira vez na História da medicina brasileira, a situação por que passava a profissão e o ensino médicos (Pereira Neto, 1995). Dentre os profissionais presentes constam os nomes de Moncorvo Filho, Miguel Couto, Juliano Moreira, Leitão da Cunha, Fernando Magalhães e outros: membros da elite médica. Este Congresso integrou as comemorações do primeiro centenário da independência (Silva da Motta, 1992). Os médicos queriam falar e ser ouvidos pela sociedade e pelo Estado.

O Congresso de 1922 realizou-se em um contexto de crescente presença do Estado na esfera pública, em particular na área da saúde (Diniz, 1978). Em 1920, havia sido criado o **Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP)**, primeiro órgão público, de dimensões nacionais, instituído no Brasil (Hochmam, 2000), que afetava a medicina preventiva e curativa. Em 1915, havia sido promulgada mais uma lei referente ao ensino médico, o Decreto-Lei nº 11.530 de 1915, que estabeleceu uma série de providências em relação à formação profissional e ao oferecimento de médicos ao mercado de trabalho, sobretudo em relação à sua distribuição nacional. As questões que afetam o ensino médico hoje começaram, portanto, a ser enfrentadas em 1915.

Este artigo está dividido em três partes. Inicialmente, apresentaremos um breve histórico da legislação referente ao ensino médico, particularmente dos artigos que tratam da presença do Estado no controle do acesso e do oferecimento de profissionais ao mercado de trabalho. Em seguida, faremos uma breve análise do Decreto-Lei nº 11.530, aprovado em 1915, no qual há uma definição bem clara do papel do Estado enquanto força reguladora da formação da força de trabalho médica. Nos dois casos, não examinaremos as condições em que as leis foram elaboradas, nem o jogo de forças políticas e ideológicas que as informaram. O texto legal servirá de referência para a interpretação da tendência mais intervencionista ou mais liberal de oferecimento do contingente profissional médico, presente no século XIX até meados do século XX. Finalmente, analisaremos como alguns médicos presentes em 1922 ao *Congresso Nacional dos Práticos* se posicionaram a respeito da legislação educacional promulgada em 1915. As seiscentas páginas das *Actas e Trabalhos* (1923) deste evento revelam, em nosso entender, algumas opiniões da elite médica brasileira do início do século XX sobre como e

até que ponto o Estado deveria interferir na organização do trabalho médico. Os depoimentos analisados serão relacionados com a posição social e profissional que o depoente ocupava em 1922. Assim, pretendemos demonstrar que muitas das controvérsias vividas pela elite médica hoje tem sua origem cravada na história da profissão médica.

Com este artigo, o documento *Actas e Trabalhos*, referente ao *Congresso Nacional dos Práticos*, sai da penumbra em que se encontrava e assume as feições de um monumento (Le Goff, 1983).

1. Legislação e formação profissional médica: breve histórico

No Brasil, diversas leis procuraram regular o ensino superior, desde a chegada da Família Real em 1808 – marco da gênese da formação universitária. Desde então, várias reformas, decretos e projetos de lei foram debatidos no parlamento e na sociedade e promulgados ou outorgados pelo Imperador ou pelo Presidente da República (Lobo, 1969).

Durante todo o século XIX predominou, no Brasil, o denominado *Ensino Livre*. Assim, apesar de existirem duas faculdades de medicina oficiais, uma na Bahia e outra no Rio de Janeiro, os estudantes poderiam frequentar cursos particulares ou *livres*. A idéia predominante era a de que a formação do médico seria, essencialmente, fruto da experiência prática concreta em laboratórios, consultórios e mesas de cirurgia. Os critérios de aprovação ou reprovação do futuro profissional permitiam que os médicos se habilitassem sob diferentes modalidades de exame de qualificação. O número de alunos nestes estabelecimentos não era objeto de qualquer limitação. Deduz-se que predominava a lei do mercado: o profissional formado nestas condições que conseguisse, por sua competência e poder de persuasão, convencer pacientes de suas qualidades, teria condições de formar uma rede de clientes e assim firmar-se no mercado de serviços de assistência médica. O ideário liberal, próprio do século XIX, encontrava, nesta visão sobre a formação profissional, campo fértil para prosperar. O Estado, de cunho liberal, permitia oficialmente que novos cursos comesçassem a funcionar, habilitando profissionais por meio de controles extremamente flexíveis.

A Proclamação da República e as alterações legislativas que a ela se seguiram modificaram, em parte, o perfil liberal que predominou no modelo universitário brasileiro durante todo

o Regime Imperial. Decreto de 1892, por exemplo, introduziu critérios mínimos para a fiscalização das instituições livres e criou um rígido e complexo exame de ingresso no ensino superior. Por vias indiretas, o Estado esboçava alguma preocupação com o controle do acesso, no primeiro caso, e da capacitação do profissional, no segundo. Ainda que dúbias ou tênues, iniciativas desta ordem expressam uma vontade intervencionista latente, mesmo que não plenamente concretizada.

Em 1911, houve a retomada do modelo liberal de tratamento da coisa pública, sobretudo em relação à educação e particularmente à formação universitária. Em vários artigos da Lei Rivadávia (Decreto-Lei nº 8.659 de 1911) encontram-se expressões que traduzem explicitamente esta vontade liberal. Ela instituía, por exemplo, que todos os estabelecimentos de ensino superior, públicos ou particulares, se transformassem em corporações autônomas, tanto do ponto de vista didático, como do administrativo. A Lei Rivadávia anulou os mecanismos de controle do acesso à universidade e extinguiu a padronização da qualificação profissional até então existente.

Se compararmos este processo de maior ou menor presença do Estado no controle do acesso e da formação de pessoal de nível superior a um pêndulo, podemos dizer, sem dúvida, que ele pende, depois de 1911, para o lado liberal. Esta tendência se modificou substancialmente em 1915, quando foi aprovado o Decreto-Lei nº 11.530.

2. As mudanças introduzidas pelo Decreto-Lei nº 11.530 de 1915

O Decreto de 1915 fixou uma série de critérios para que um estabelecimento *livre, prático* ou estadual tivesse seu diploma reconhecido e *equiparado* àquele oferecido pelas faculdades oficiais, a saber, da Bahia e do Rio de Janeiro. A instituição que desejasse ser equiparada deveria requisitar a visita de um inspetor, junto ao Conselho Superior de Ensino, vinculado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. A instituição privada deveria arcar com os custos da fiscalização pública, necessária para seu reconhecimento oficial. O inspetor não deveria estar ligado por afinidade de qualquer natureza aos diretores ou professores da instituição acadêmica. Se possível, ele não deveria sequer residir no Estado em que o institutô funcionasse.

Este Decreto-Lei nº 11.530, de 1915, estabelecia uma série de providências em relação ao acesso à formação

profissional e ao oferecimento de médicos ao mercado de trabalho, sobretudo em relação à sua distribuição nacional.

Em relação ao acesso, o decreto referia-se à idade mínima de 16 anos e à aprovação em *vestibular*, expressão, até então, inexistente. Este exame consistia de prova escrita e oral. Na primeira, o candidato deveria ser capaz de fazer a tradução de um trecho fácil de literatura francesa e outro de autor clássico alemão ou inglês, sem o auxílio de dicionário. A segunda versaria sobre elementos de Física, Química e História Natural. Um fiscal deveria, em visita à instituição, verificar se havia exame vestibular e se ele era rigoroso.

O Decreto-Lei nº 11.530 instituía, ainda, um currículo composto por 18 seções no qual eram indicadas as disciplinas que deveriam ser ministradas durante os seis anos de formação. Menos que identificar as razões que levaram à introdução ou exclusão desta ou daquela disciplina, pretendemos ressaltar que esta regulamentação curricular revela o esforço do Estado de padronizar a capacitação profissional. Neste sentido, o fiscal deveria verificar se pelo menos três quartas partes do programa de cada matéria, presentes no currículo mínimo, eram efetivamente explicadas pelo respectivo professor. O inspetor observaria, ainda, se a instituição de ensino possuía laboratórios e se estes eram utilizados de maneira conveniente. Além disso, o corpo docente deveria ter sido escolhido por concurso. Apesar de não haver menção explícita à necessidade de um hospital para a formação profissional, podemos deduzir que a formação clínica era imprescindível: onze das vinte e quatro disciplinas oficialmente previstas só poderiam ser ministradas no interior de uma instituição hospitalar¹.

Em relação ao oferecimento e distribuição de médicos no mercado brasileiro, o Decreto de 1915 instituía uma novidade: pela primeira vez na história do ensino médico brasileiro, uma lei condicionava a criação de uma faculdade de medicina à população existente na cidade ou no estado onde se pretendesse estabelecê-la. Assim, nas cidades com menos de cem mil habitantes, nenhuma instituição livre poderia ser equiparada às oficiais, exceção feita para os casos em que a cidade fosse capital de um estado com mais de um milhão de habitantes e contasse com forte subvenção do governo regional. Este critério associa a criação do estabelecimento formador de profissionais à existência de uma população consumidora de seus serviços.

Segundo o censo demográfico de 1890, apenas Recife, São Paulo, Salvador e o Distrito Federal tinham mais de cem

¹ Estas onze disciplinas clínicas eram as seguintes: clínicas médica, cirúrgica, obstétrica, ginecológica, oftalmológica, otorrinolaringológica, pediátrica, pediátrica cirúrgica e ortopédica, dermatológica, neurológica e psiquiátrica (Decreto-Lei nº 11.530 de 1915, art. 191).

mil habitantes. Em 1920, apenas quatorze cidades em todo o país atingiam este contingente. A maioria das cidades brasileiras, sobretudo as capitais de estado, que concentravam grande parte da população urbana, não atingia os índices populacionais mínimos, previstos nesta lei, para o estabelecimento de qualquer instituição de ensino superior. Em relação à outra determinação, apenas cinco capitais, em 1890, localizavam-se em estados possuidores de mais de um milhão de habitantes, a saber, Salvador, Belo Horizonte, Recife, Porto Alegre e São Paulo. Consultando o recenseamento seguinte, de 1920, podemos identificar mais três Estados que atingiam o índice estabelecido: Ceará, Distrito Federal e Rio de Janeiro. Com isso, a maioria das unidades da federação não poderia possuir, em 1920, qualquer instituição de ensino superior, mesmo que contasse com *forte subvenção do governo regional*.

Essa determinação constitucional criava as condições legais para que fosse permitida a duplicação do número de Faculdades de Medicina. Em 1922 existiam apenas nove (9) faculdades de medicina no país: em Salvador (Ba), Porto Alegre (RS), Curitiba (PR), São Paulo (SP), Belo Horizonte (MG), Belém (PA) e Recife (PE). Além disso existiam duas na cidade do Rio de Janeiro, então Distrito Federal, uma alopática e outra homeopática.

Seguindo o recenseamento de 1920 e a legislação de 1915, poderiam ser criadas legalmente mais 8 (oito) Faculdades de Medicina no Brasil. As cidades de Caratinga, Juiz de Fora e Teófilo Otoni em Minas Gerais, Campos no estado do Rio de Janeiro, Campinas, Ribeirão Preto e Santos no estado de São Paulo poderiam ter faculdades de medicina, pois possuíam uma população superior a cem mil habitantes. Fortaleza também atendia ao requisito legal estabelecido, podendo criar sua faculdade de medicina pois o estado do Ceará já tinha mais de um milhão de habitantes em 1920.

Além dos critérios anteriores, o Decreto em questão estabelecia que não poderiam ser equiparadas às oficiais mais de duas Academias de Direito, Medicina ou Engenharia em cada Estado ou no Distrito Federal; e, onde houvesse uma oficial, só uma particular poderia ser a ela equiparada.

O Decreto Lei de 1915 permite estabelecer alguns paralelos com a denominada Reforma Flexner, que ocorreu, na mesma época, nos Estados Unidos. Até meados do século XIX, a formação profissional nos Estados Unidos era bastante crítica. As Universidades pagavam mal aos professores e os alunos ingressavam sem uma preparação mínima. Não havia controle do ensino ministrado, nem estatal nem corporativo.

Muitas vezes, o médico se formava sem ter tido sequer sua freqüência ao curso controlada.

Paul Starr (1982) descreve minuciosamente o papel decisivo que a Reforma Flexner desempenhou no processo de conquista da homogeneidade econômica e social no interior da categoria médica. Identifica, inicialmente, os esforços de Charles Eliot, presidente da Universidade de Harvard (1869) e de Daniel Gilman da John Hopkins University (1893), ao procurarem reformar o ensino da medicina, padronizando o currículo e aumentando o tempo de formação para a capacitação profissional. Mesmo assim, no início do século XX, muitos contrastes ainda podiam ser observados entre profissionais formados por Harvard e pela John Hopkins e os que haviam freqüentado as demais escolas médicas. Apesar das leis de credenciamento, as escolas particulares continuavam a formar uma grande quantidade de médicos, muitos deles desqualificados para o exercício da profissão. Este fato tinha duas graves conseqüências: por um lado, aumentava a competição entre pares, por outro fomentava uma imagem que desqualificava o profissional aos olhos da clientela.

Em 1904, foi criado o Conselho de Ensino Médico, que visava a padronizar os requisitos para a habilitação do médico. Os cursos deveriam ter a duração de quatro anos, a presença do aluno era obrigatória e a instituição deveria estar equipada de laboratórios e hospital-escola. Para obter a autorização para o exercício da atividade, o estudante deveria, ao concluir o curso, submeter-se a um exame unificado – exame de Estado – elaborado pelo Conselho Superior de Ensino Médico. Por sua origem sócio-econômica, o estudante deveria ser capaz de custear todo o curso, não assumindo qualquer responsabilidade de trabalho, uma vez que a carga horária exigida e o rigor dos exames não o permitiam.

A combinação de custos diretos e indiretos produziu um declínio no número de faculdades e de estudantes de medicina. O movimento encetado pelo Conselho de Ensino Superior a fim de verificar as condições em que o ensino era ministrado em cada estabelecimento dos Estados Unidos recebeu o nome de Reforma Flexner. Em 1906, o Conselho inspecionou as 160 escolas de medicina existentes: oitenta e duas foram consideradas de classe A, 46 de classe B e 32 de classe C. Se os proprietários dos estabelecimentos ignorassem este julgamento e formassem médicos, os formandos não receberiam o *State Licensing Board*. Se acatassem o veredicto, teriam que arcar com altos custos de instalação e possivelmente teriam poucos alunos capazes de suprir as

despesas com o pagamento de elevadas taxas de matrícula e mensalidades. O novo sistema aumentou enormemente a coesão social interna do corpo médico, diminuindo, aos poucos, o número de judeus, mulheres e negros.

Comparado à Reforma Flexner, o Decreto de 1915 só não inclui o exame de estado. Os demais critérios, no entanto, foram capazes de promover a mesma ordem de conseqüências. O esforço era neste sentido: restringir socialmente o acesso à faculdade de medicina e inviabilizar a existência de instituições que não tivessem condições materiais para funcionar de forma plena e academicamente aceitável ou que não dispusessem de mercado suficiente. Por esta razão, ao menos no nível das intenções, o Decreto de 1915 pode ser equiparado à Reforma Flexner. Existe, contudo, uma diferença entre as duas iniciativas que merece destaque: nos Estados Unidos a iniciativa da reforma partiu e foi implementada por uma parcela da categoria profissional sobre seu conjunto; no Brasil foi o Estado, com seu poder coercitivo, que impôs, de cima para baixo, as medidas restritivas ao acesso e à proliferação de estabelecimentos de ensino superior na medicina.

3. Decreto-Lei nº 11.530/1915 e a elite médica de 1922

Como os médicos, presentes no evento de 1922, posicionaram-se diante das alterações legislativas de 1915?

Todos os relatores que se pronunciaram sobre a formação profissional médica, não só acataram o conjunto de determinações presentes no Decreto de 1915, como apresentaram sugestões para inibir, ainda mais, a existência de faculdade **livres**. Apesar de as estratégias apresentadas serem diversas, e até divergentes, traduziam um interesse consensual do conjunto dos relatores: tornar o acesso e a permanência no ensino superior ainda mais limitados e elitistas. Oswaldo de Oliveira, por exemplo, condenou o *ensino livre* exercido sem qualquer controle estatal. Para ele,

(...) aqui no Brasil se quis dar exagerada liberdade ao ensino e ensaiou-se a sua desoficialização; felizmente, a desoficialização foi incompleta e não passou de tentativa. Desoficializar é mercantilizar, mercantilizar o ensino é matá-lo (Oliveira, 1923: 408).

Oswaldo de Oliveira, médico e farmacêutico, havia ocupado a presidência da Sociedade de Medicina e Cirurgia e era, em 1922, com trinta e oito anos de idade e dezoito de formado, membro titular da Academia Nacional de Medicina. Catedrático de clínica médica com larga produção acadêmica na área da cardiologia, propôs que a instituição a ser equiparada tivesse um hospital, além dos laboratórios previstos na legislação de 1915. Irineu Malagueta concordou com Oliveira, pois considerava imprescindível que os estabelecimentos de ensino superior estivessem associados a um hospital. Afirmava que:

(...) entre nós, multiplicam-se as escolas de medicina, mas não se fundam hospitais: multiplicam-se as fábricas de doutores e descarta-se das oficinas de médicos. Pululam os teóricos, enquanto a coletividade precisa de práticos (Malagueta, 1923: 65).

A relação entre o reconhecimento das escolas médicas e a construção de hospitais a elas associados representa uma força inibidora à instalação de novas faculdades de medicina, pois implica um capital extremamente mais elevado do que o necessário à utilização conveniente do laboratório de uma faculdade. Se a posse e a manutenção conveniente do hospital fossem incluídas como critério a ser observado pelo fiscal, possivelmente nem todos os estabelecimentos *livres* teriam condições de ser equiparados aos oficiais.

Para justificar a importância do hospital na formação do estudante de medicina, Malagueta recupera palavras "do sábio professor Miguel Couto" quando afirma:

o verdadeiro estudo da medicina só se faz no hospital, de todos os modos, investigando, vendo, ouvindo, e parece até que respirando neste ambiente; assim como o verdadeiro amor da medicina só aqui nasce e cresce, à cabeceira dos doentes, quando a piedade pelo sofrimento invade o coração e dele se apodera, quando a luta entre a ciência e a moléstia nos empolga e toda nossa alma vibra ante a luta (Malagueta, 1923: 64).

Irineu Malagueta, Miguel Couto e Oswaldo de Oliveira eram professores da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. O incremento dos critérios de equiparação das faculdades *livres* guardava íntima relação com uma estratégia de preservação da autoridade e prestígio de sua instituição formadora. Esta estratégia conservadora nos parece explícita nas palavras desses relatores.

Em relação à distribuição regional dos estabelecimentos de formação profissional médica, os relatores defenderam a limitação do número de vagas por estabelecimento. Como observamos anteriormente, se a legislação fosse cumprida ao pé da letra, o número de faculdades de medicina passaria de nove (9) para dezessete (17). A proposta apresentada visava a impedir que essa condição legal se tornasse realidade. Visava a impedir que a *pletora*, como costumavam denominar, continuasse a aumentar. Ou seja pretendiam tolher a abundância excessiva de médicos (Holanda, 1986).

Esta *pletora* era analisada por Neves da Rocha da seguinte forma:

De qualquer natureza que sejam, senhores, os fenômenos econômicos são regidos pela grande lei da oferta e da procura. Os aspectos materiais de nossa profissão não escapam dessa lei. (...) Durante este período, o algarismo da população não aumentou em proporção com o dos médicos. E o estado sanitário, ao contrário, tem melhorado em enorme proporção. (...) Este fato constitui o primeiro e o maior fator da diminuição da situação material do médico, grande aumento do número de médicos, muito grande diminuição do número de doentes obrigados a recorrerem aos nossos cuidados (Neves da Rocha, 1923: 492).

Aí estão as causas da *pletora*: aumento do número de médicos e diminuição do número de doentes. A oferta de mão-de-obra estava superando a demanda. A quantidade de profissionais oferecidos ao mercado deveria sofrer algum tipo de contenção, já que o crescimento demográfico não vinha sendo significativo e as políticas sanitárias estavam dando relativamente certo, diminuindo o número de doentes. Graças aos avanços da medicina preventiva, a quantidade de médicos oferecidos ao mercado já era desproporcional ao número de doentes. Com isso foram apresentados argumentos suficientes para impedir que novas faculdades fossem criadas.

Neves da Rocha era um renomado oftalmologista baiano, formado no Rio de Janeiro em 1883. Em 1922, com sessenta e um anos de idade e consolidada clientela na capital da República, militando na Academia Nacional de Medicina, onde era membro titular da Seção de Cirurgia Especializada, e na Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, da qual foi sócio fundador, propôs que o número de estudantes de medicina fosse limitado de alguma forma. Essa *pletora* atormentava também os ânimos de Oscar Silva Araújo que, com apenas onze anos de formado havia sido eleito, em 1921,

membro da Academia Nacional de Medicina, então presidida por Miguel Couto. Dermatologista, deixou 180 trabalhos entre teses, relatórios e comunicações científicas. Na Faculdade, foi assistente e chefe de clínica. No Departamento Nacional de Saúde Pública, ocupou a direção da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas. Exerceu, portanto, intensa atividade profissional na gestão dos serviços de saúde pública, no magistério e no consultório particular. Além disso não abdicou da militância associativa e científica. No discurso de abertura do Congresso dos Práticos, Oscar Silva Araújo afirmava que:

A quantidade de médicos fornecidos pelas nossas Faculdades não está em relação com a quantidade de doentes que eles poderão ter para tratar. É preciso não esquecer a lei da economia geral da oferta e da procura (Silva Araújo, 1923: 21).

Contando, juntamente com os outros profissionais antes mencionados, que a limitação do número de vagas pudesse dirimir o problema Silva Araújo "julga medida urgente a limitação dessas matrículas. Não será talvez o gesto mais democrático, mas será de grande utilidade" (Silva Araújo, 1923: 21).

Pereira Vianna, por outro lado, considerava que a limitação do número de vagas se justificava "não só para que o ensino possa ser bem ministrado, como pela dificuldade na vida prática" (Vianna, 1923: 355). Para ele, esta limitação seria uma iniciativa benéfica ao paciente, que seria cuidado por um profissional melhor qualificado. Com apenas sete anos de formado, Pereira Vianna se sentia em condições de sugerir aos *poderes competentes* a limitação do número de vagas, baseado tanto na necessidade de que fosse elevada a qualidade da formação do médico, como pela *dificuldade na vida prática*. A concorrência parecia estar bastante acirrada e a deterioração do valor da mão-de-obra médica começava a dar os seus primeiros sinais.

A intenção de estabelecer esta modalidade de controle quantitativo do oferecimento da mão-de-obra de nível superior deveria somar-se ao que estava previsto na legislação em vigor em 1922. Como vimos acima, a equiparação *das* faculdades *livres* estava condicionada, entre outros fatores, à população das cidades em que estivessem localizadas.

A estratégia cerceadora do acesso indiscriminado de alunos ao ensino superior não tinha vínculos com a idade nem com o desejo de beneficiar uma área específica do conhecimento médico: estava sendo formulada tanto pelo

profissional profundamente inserido no mercado quanto pelo jovem recém-formado. Tanto por um dermatologista quanto por um oftalmologista. Era uma proposta de uma parcela significativa da corporação que compreendia a atividade médica como um trabalho do mundo dos serviços. Por esta razão, ela estava sujeita às regras de mercado, que não deviam nem podiam ser negligenciadas. Pelo contrário, a intenção e o gesto deste relatores foi criar instrumentos que interferissem diretamente no desequilíbrio entre oferta e procura no mercado que admitiam existir.

Para Neves da Rocha, a limitação das matrículas tinha três vantagens que se associavam, a saber: a) cada faculdade estabeleceria o número máximo de alunos compatível com as condições ideais para o ensino teórico, prático profissional e deontológico. Assim, além da formação de qualidade, a limitação das vagas traria um benefício para a ciência; b) a situação material do médico melhoraria, na medida em que deixaria de haver plethora, aumentando sua independência; c) finalmente, seria evitado o assalariamento. A esse respeito, Neves da Rocha afirma:

Uma outra vantagem, e não menos preciosa, senhores, seria evitar a funcionarização da medicina. O médico, cuja mentalidade conheceis, tem horror instintivo da condição de funcionário e se, atualmente, ele aceita e até solicita funções, é obrigado por sua situação material insuficiente (Neves da Rocha, 1923: 496).

O conjunto de proposições cerceadoras do acesso à faculdade contou ainda com as palavras, intenções e gestos de um dos mais importantes atores presentes naquele evento: Fernando Magalhães, obstetra e ginecologista, que nascera e atuara no Rio de Janeiro, então capital da República. Em 1922, tinha quarenta e quatro anos de idade e vinte e três de formado. Em termos associativos, presidia a Sociedade de Medicina e Cirurgia, a Seção de Cirurgia Especializada da Academia Nacional de Medicina e o *Congresso Nacional dos Práticos*. Além disso, era Catedrático de Clínica Obstétrica e dirigia a Maternidade de Laranjeiras e o Hospital Pró-Matre. Em seu currículo constam mais de cento e setenta trabalhos científicos publicados em revistas especializadas em ginecologia e obstetrícia, alguns dos quais mereceram prêmios. A combinação de militâncias associativas, políticas e científicas levou-o a ocupar, na década de 1930, a direção da Faculdade de Medicina, a reitoria da Universidade do Rio de Janeiro, a presidência da Academia Nacional de Medicina e o parlamento constituinte. Era, em resumo, um clínico obstetra que combinava

e dividia sua atividade entre o consultório, os hospitais e a direção da faculdade onde lecionava e as associações corporativas. Com toda esta inserção social e associativa, sua palavra tornava-se autorizada, adquirindo uma conotação especial. Fazendo uma avaliação histórica do processo de organização do ensino médico no país, particularmente da maior ou menor presença do Estado, Magalhães afirma que *Da tutela integral do Estado, passou-se à Lei Orgânica de 1911, cujos desmandos o trabalho incompleto da Reforma de 1915 não conseguiu apagar* (Magalhães, 1923: 447).

Para ele, os *desmandos* do liberalismo inerente à Reforma Rivadávia foram de tal ordem que a Reforma de 1915 parecia, ainda, tênue. Além disso, condenava as Escolas Médicas particulares por considerá-las fruto de uma ' vaidade pueril'. Em seu entender, "seus criadores sonham com a insígnia professoral que os destaca do seu meio e os melhora perante o público na luta da concorrência" (Magalhães, 1923: 449). Estas palavras denotam a acirrada disputa existente entre os profissionais para conquistar prestígio junto à clientela. O fato de lecionar em uma instituição de ensino superior, ou dirigí-la, fosse ela qual fosse, representava uma etapa para a obtenção de reconhecimento social para Fernando Magalhães que, ao final de seu pronunciamento, propôs o completo controle estatal do ensino superior de medicina, afirmando:

Sem dúvida, pela extensão do país, é necessária a fundação de novas faculdades médicas, contanto que sejam amparadas e fiscalizadas pelo governo. A instrução é um dever e não uma indústria, e o dever, em qualquer dos ramos da administração, está longe de ser tão açodadamente e tão encarniçadamente procurado como no caso do ensino industrial da medicina (Magalhães, 1923: 450).

Cabe salientar que a noção de dever público com a educação não estava diretamente associada, naquela época, à gratuidade do ensino. O artigo 99 do Decreto de 1915 determinava que não deveria haver "alunos gratuitos nos institutos de ensino". Além disso, o estabelecimento de ensino deveria obter, com a cobrança de taxas, renda suficiente para o custeio de um ensino integral. Os relatores desejavam ver reiterado o princípio de que o ensino médico fosse público, mas sem gratuidade. Assim, apesar da existência de disposições legais no Decreto de 1915, foi aprovada no evento de 1922, por unanimidade, uma moção apresentada por Oscar Clark, que apoiava o fim do ensino gratuito sistemático.

Piauiense, formado aos vinte anos, em 1910, pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Oscar Clark foi um dos principais assistentes de Rocha Faria, que foi seu paraninfo na sessão de posse de uma cadeira na Academia Nacional de Medicina, em 1927. Três anos depois de formado, foi aprovado por concurso para a cátedra de Clínica Médica. Era, portanto, em 1922, mais um professor da faculdade alopática do então Distrito Federal, que reivindicava a preservação do prestígio da carreira docente e maior complexidade dos critérios de equiparação e de acesso do estudante à faculdade.

Ao incrementar os critérios de *equiparação* das faculdades *livres* e, mesmo, ao propor a limitação do número de vagas, os relatores visavam a tornar o conhecimento médico ainda mais esotérico, ou seja, restrito a um círculo fechado de participantes. Quanto mais fosse reservado aos discípulos completamente instruídos, menor seria o número de pessoas que estariam habilitadas a praticá-lo. Assim, o controle sobre a formação e a capacitação profissional teria melhores condições de ser exercido. Além disso, estaria sendo administrada a quantidade de pessoas a ser lançada anualmente no mercado, prevenindo-se a corporação de uma virtual plethora, que a desvalorizaria e desprestigiaria perante a sociedade e o Estado. Jovens ou não, professores ou não, todos pensaram e formularam os mesmos interesses.

4. Considerações Finais: O Presente no Passado

O presente no passado pode auxiliar a compreender mais profundamente os dilemas que incidem sobre o ensino médico hoje. Gostaríamos de encerrar este artigo assinalando que muitas das polêmicas travadas em 1922 guardam enorme atualidade. Dentre os exemplos que confirmam essa hipótese, um nos chamou, particularmente, a atenção. Trata-se da avaliação que se fazia em 1922 e a que é feita na atualidade sobre a proporção de médicos em relação à população. Segundo a lei da oferta e da procura, quanto mais profissionais forem oferecidos no mercado de serviços, menor tenderá a ser o seu valor. Esta é uma regra básica da sociedade capitalista.

Como vimos anteriormente, para Neves da Rocha, a desproporção entre o aumento do número de médicos e a diminuição da quantidade de doentes indicava como solução, em 1922, a limitação do número de vagas nas faculdades de medicina existentes. A queixa por ele formulada relacionava a diminuição do número de doentes ao incremento das políticas higiênicas. O médico que cura sobrevive da doença. Se não há

mais doentes, ou se o número de doentes diminui em proporção inversa ao aumento do número de médicos, a tendência é a desvalorização do profissional no mercado de trabalho.

Regina Parizi, vice-presidente do Conselho Federal de Medicina, afirmava, em 1997, sobre a mesma questão:

O Brasil não precisa de mais escolas de medicina. Já temos, de acordo com os padrões da Organização Mundial da Saúde, um médico para cada mil habitantes, número de profissionais adequados ao país (Parizi, 1997: 4).

Os critérios que levam Parizi a defender a restrição do número de faculdades de medicina não se diferenciam muito dos que Neves da Rocha apresentou: mil pacientes potenciais para um médico garantem-lhe trabalho suficiente. Mesmo que os serviços de higiene dêem certo, mesmo que o estado sanitário da população melhore, uma substantiva fatia do mercado de trabalho é garantida para cada profissional. Aí está o problema de Neves da Rocha equacionado.

As estratégias de valorização da mão-de-obra médica mobilizavam e continuam mobilizando a atenção da elite profissional. Se existe plethora, se o número de médicos ultrapassa as demandas do mercado, esta disparidade fica ainda mais acentuada, se levamos em consideração as distinções regionais.

Em 1922, Arthur Moses apresentou uma sugestão igualmente cerceadora do acesso e da permanência do estudante no ensino superior. Para este jovem com 36 anos de idade e 13 de formado, a má distribuição de médicos no território nacional representava grave obstáculo para a valorização deste profissional: "O que há é uma má distribuição de profissionais. Todos procuram as capitais ou grande cidades, de preferência os estados mais adiantados" (Moses, 1923: 487).

Em 1997 o Conselho Federal de Medicina manifestou-se contrário à abertura de mais 13 (treze) novas faculdades de medicina no Brasil. Dentre os "pontos básicos e inegociáveis", apresentados em seu relatório ao Ministério da Educação e do Desporto, consta o seguinte: "Há uma relação direta entre a má distribuição de profissionais e cursos de medicina no país e o nosso desenvolvimento sócio-econômico" (Medicina. Conselho Federal, ano X, Nº 78, fev. 1997:4).

Se compararmos o número de Faculdades de Medicina segundo a região geográfica do país, em 1922 e em 1990, construiremos o seguinte quadro:

Faculdades de Medicina do País, por região, em 1922 e 1990					
Região	Ano	1922		1990	
		N.º	%	N.º	%
Norte		1	11	3	4
Nordeste		2	22	13	16
Sudeste		4	44	44	55
Sul		2	22	16	20
Centro Oeste		0	0	4	5
Total		9	99	80	100

Os dados nos mostram que a concentração de Faculdades de Medicina nas regiões Sudeste e Sul, em termos proporcionais, continua se verificando. A lógica capitalista no Brasil, sobretudo durante o século XX, concentrou nestas regiões as atividades de ponta no setor industrial, agrícola e de serviços. Os serviços de assistência médica não fugiram a esta regra. Esta concentração gerava e continua gerando uma série de inquietações que promovem intensa polêmica, levando as instâncias representativas da categoria a assumir posições tidas como *inegociáveis*.

Se a pleora assume feições ainda mais evidentes em certas regiões do país, gera conseqüências sobre a qualidade do atendimento oferecido. A grande quantidade de estudantes que iniciam anualmente seu curso de medicina dificulta que a qualificação seja feita de maneira plena e satisfatória.

Em 1922, esta era a opinião de Fernando Magalhães:

Dentro em pouco, multiplicadas as faculdades, que surgirão como toda a indústria nova largamente explorada, o diploma de médico valerá menos do que o rótulo de uma garrafa vazia ou o escrito de uma casa desabitada. Será, entretanto, muito mais perigoso do que qualquer deles, porque o diploma generalizado vai enganar o desprevenido que não sabe e não pode distinguir a verdade da contrafação, o bom do ordinário, o prestimoso do imprestável.

E, desde que se improvise o médico sem cultura e sem consciência, degrada-se a profissão na cupidez e no embuste. Para lá caminharemos, e em pouco tempo, se não houver uma reação enérgica contra o ensino comercializado (Magalhães, 1923: 450).

Sua preocupação com o valor do diploma, com a mercantilização do ensino da medicina e com a desqualificação do jovem profissional parece extremamente atual. Hoje, apesar de existirem mais de 80 (oitenta) Faculdades de Medicina, em comparação com as 9 (nove) de 1922, outros estabelecimentos privados de ensino superior continuam sendo criados, muitas vezes, sem autorização do Ministério da Educação.

Preocupado com o mesmo processo de desqualificação profissional Otávio Ribeiro Rato, da Escola Paulista de Medicina, afirmou, em 1986:

O Brasil está formando muito mais médicos do que precisa e, o que é pior, está colocando no mercado de trabalho, todos os anos, milhares de profissionais mal preparados, o que constitui um risco real para a população (Jornal do Brasil, 3/10/1986: 12).

Não se trata de concluir que a situação do médico piorou ou melhorou, nem de estabelecer critérios de valor ouajuizamento. Não é o caso, tão pouco, de afirmar que nada mudou: a história não se repete.

Hoje, do ponto de vista da organização do trabalho médico, vivemos um contexto muito diferente do que a elite profissional vivia no início do século XX (Schraiber, 1993). A proliferação da medicina de grupo e a degradação do sistema público de medicina preventiva e assistência médica são dois sinais característicos de nosso tempo (Donnangelo, 1975). Entretanto, alguns dilemas que dividiam os interesses e as paixões dos médicos, no início do século, continuam promovendo hoje em dia o mesmo tipo de inquietações (Machado, 1996).

Nosso intuito foi mostrar que algumas questões tratadas em 1922 encontram eco nos dias de hoje. Muitas questões relacionadas com a preservação do prestígio da profissão médica e o estabelecimento de uma conduta ética, provocam hoje um debate que tem suas origens cravadas na história da profissão médica (Freidson, 1970). Para a Saúde Coletiva, um estudo que se concentre em uma análise de cunho histórico sobre a profissão médica guarda, portanto, grande utilidade (Barbosa, 1993).

Referências Bibliográficas

- ACTAS e Trabalhos do Primeiro Congresso Nacional dos Práticos (1923), Rio de Janeiro: Publicações Científicas. 619 páginas.
- BARBOSA, M. L. de O. (1993), "A Sociologia das Profissões: Em torno da legitimidade de um objeto", *Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais*, n.º 32, págs. 3-30. Rio de Janeiro, Relume-Dumará.
- BUARQUE DE HOLANDA, A. (1986), *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.
- DINIZ, E. (1978), *Empresário, Estado e Capitalismo no Brasil: 1930-1945*. Rio de Janeiro, Paz e Terra.
- DONNANGELO, M. C. (1975), *Medicina e Sociedade*. São Paulo, Pioneira.
- FAUSTO, B. (1978), "A crise dos anos 20 e a Revolução de 1930", *História Geral da Civilização Brasileira*, Tomo III, vol.2, págs. 403 - 426. São Paulo-Rio de Janeiro, DIFEL.
- FREIDSON, E. (1970), *Profession of Medicine*. New York: Harper & Row Publishers.
- HOCHMAM, G. (2000), *A Era do Saneamento*. Rio de Janeiro, Hucitec/ANPOCS.
- LARSON, M. (1977), *The Rise of Professionalism*. Califórnia, University of Califórnia Press.
- LE GOFF, J. (1983), "Documento/Monumento", *Enciclopédia Einaudi*, vol. 1. Lisboa: Imprensa Nacional.
- LOBO, F. B. (1969), *O Ensino da Medicina no Rio de Janeiro*, vol. IV. Rio de Janeiro, UFRJ.
- LUZ, M. T. (1982), *Medicina e Ordem Política Brasileira: Políticas e Instituições de Saúde (1850-1930)*. Rio de Janeiro, Graal.
- MACHADO, M. H. (1996), *Os médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, Instituto Universitário de Pesquisa do Rio de Janeiro (mimeo).
- MAGALHÃES, F. (1923). "A desoficialização do ensino é a causa da decadência profissional", *ACTAS e Trabalhos do Primeiro Congresso Nacional dos Práticos*. Rio de Janeiro, Publicações Científicas.
- MALAGUETA, I. (1923). "A verdadeira organização hospitalar e sua estrutura administrativa. Autonomia dos hospitais. O hospital como meio de instrução prática", *ACTAS e Trabalhos do Primeiro Congresso Nacional dos Práticos*. Rio de Janeiro, Publicações Científicas.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (1997). *Órgão Oficial do Conselho Federal de Medicina*. Ano X, número 78.
- MINISTÉRIO DA AGRICULTURA, INDÚSTRIA E COMÉRCIO/ Diretoria Geral de Estatística (1926), *Recenseamento do Brasil de 1920*, vol. 4 (1ª parte), vol. v (2ª Parte). Rio de Janeiro.

MOSES, A. (1923), "A Limitação das Matrículas nas Faculdades Médicas", *ACTAS e Trabalhos do Primeiro Congresso Nacional dos Práticos*. Rio de Janeiro, Publicações Científicas.

NEVES DA ROCHA, A. (1923), "Da limitação ou não do número dos estudantes de medicina", *ACTAS e Trabalhos do Primeiro Congresso Nacional dos Práticos*. Rio de Janeiro, Publicações Científicas.

OLIVEIRA, Oswaldo de (1923), "A colaboração dos práticos nas reformas do ensino médico", *ACTAS e Trabalhos do Primeiro Congresso Nacional dos Práticos*. Rio de Janeiro, Publicações Científicas.

PARIZI, R. (1997), "CFM reprova novos cursos". Conselho Federal de Medicina (1997). *Órgão Oficial do Conselho Federal de Medicina*. Ano X, número 78.

PEREIRA NETO, A. (1995). "A Profissão Médica em Questão (1922): Dimensão Histórica e Sociológica" *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 11 (4) Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.

_____ (1997), *Palavras, intenções e gestos. Os interesses profissionais da elite médica. Congresso Nacional dos Práticos (1922)*". Tese de Doutorado. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (mimeo).

PEREIRA VIANNA (1923), "O charlatanismo médico e as medicinas absurdas", *ACTAS e Trabalhos do Primeiro Congresso Nacional dos Práticos*. Rio de Janeiro, Publicações Científicas.

SCHRAIBER, L. (1993), *O Médico e seu trabalho. Limites da liberdade*. São Paulo, Hucitec.

SILVA ARAÚJO, O. da (1923). "Discurso da Sessão de Abertura", *ACTAS e Trabalhos do Primeiro Congresso Nacional dos Práticos*. Rio de Janeiro, Publicações Científicas.

SILVA DA MOTTA, M (1992), *A Nação faz 100 anos. A Questão Nacional no Centenário da Independência*. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas.

STARR, P. (1982), *The Social Transformation of American Medicine*. New York, Basic Books.