



História, Ciências, Saúde - Manguinhos

ISSN: 0104-5970

hscience@coc.fiocruz.br

Fundação Oswaldo Cruz

Brasil

Mota, André; Blima Schraiber, Lilia

Mudanças corporativas e tecnológicas da medicina paulista em 1930

História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. 16, núm. 2, abril-junio, 2009, pp. 345-360

Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386138044004>


- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



Mudanças corporativas e tecnológicas da medicina paulista em 1930

Corporate and technological changes in São Paulo medicine in 1930

André Mota

Coordenador do Museu Histórico da Faculdade
de Medicina Universidade de São Paulo
amota@museu.fm.usp.br

Lilia Blima Schraiber

Professora-associada do Departamento de Medicina Preventiva
Faculdade de Medicina/Universidade de São Paulo
Av. Dr Arnaldo 455/4º andar
01246-903 – São Paulo – SP – Brasil
liliabli@usp.br

Recebido para publicação em julho de 2008.
Aprovado para publicação em outubro de 2008.

MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima. Mudanças corporativas e tecnológicas da medicina paulista em 1930. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.16, n.2, abr.-jun. 2009, p.345-360.

Resumo

Com o estudo histórico das mudanças corporativas e tecnológicas vividas pelos médicos paulistas na década de 1930 pretende-se identificar como se deram as alterações no campo dos equipamentos e saberes com o surgimento das especialidades, que levou a mudanças e a rearranjos corporativos diante dos dilemas trazidos pelo governo de Getúlio Vargas e sua política centralizadora de poder. Apontam-se lastros, de ordem simbólica e representativa, alçados por médicos considerados 'antigos' e aqueles que representavam os 'novos' tempos da medicina, evidenciando-se os embates entre essas correntes com relação ao movimento de especialização e aos marcos particulares da história de São Paulo.

Palavras-chave: história; São Paulo; medicina paulista; corporação médica; especialidades médicas.

Abstract

Through the historical study of the corporate and technological changes experienced by doctors in São Paulo in the 1930s, we intend to identify how changes in the fields of equipment and knowledge came from the emergence of specialties, which led to corporate changes and rearrangements in the face of the dilemmas introduced by the Getúlio Vargas government and its policy of centralizing power. Connections are pointed out of a symbolic and representative order, backed by doctors considered 'old-school' and those that represented the 'new' times in medicine, evidencing the clashes between these currents vis-à-vis the specialization movement and particular landmarks in the history of São Paulo.

Keywords: history; São Paulo; São Paulo medicine; medical fraternity; medical specialties.

A atual necessidade de se pautarem em perspectiva histórica estudos sobre a medicina e seus desdobramentos tecnológicos em ação no corpo social originou perspectivas analíticas das condições de emergência dos saberes voltados para a explicação do social na determinação de processos patológicos e de práticas de saúde. No caso da história da medicina e da saúde pública, diversos trabalhos puderam aproximar-se e reiterar a compreensão da organização das instituições médicas, da história das doenças e das tecnologias empregadas em políticas em saúde e na chamada medicina popular. Nesse quadro, a história está apta a compreender contextual e sociologicamente as políticas de saúde confrontando temas, metodologias, problemas e alternativas que requalifiquem suas interpretações (Hochman, Santos, Pires-Alves, 2004).

No caso da chamada medicina paulista, houve consistente produção de estudos históricos voltados para as modificações científicas vividas por suas instituições nas primeiras décadas do republicanismo e para o papel de seus articuladores como ‘homens da ciência’. Contudo, como bem notou André Luiz Vieira de Campos (2006), a historiografia brasileira preocupada com os assuntos relativos à medicina e à saúde pública, mesmo sendo bastante numerosa¹, “tem concentrado sua atenção especialmente no período 1870-1930”, resultando em poucos “trabalhos que se aventuraram pelo período colonial ou pós-1930” (p.10). No caso paulista particularmente, a historiografia ainda se ressentia de trabalhos voltados para essa década², com o fito de identificar as diversas mudanças vividas por sua corporação médica e suas instituições. Isso porque, no plano político, o período foi marcado pelo enfraquecimento das instituições médico-sanitárias estaduais frente ao novo governo, sendo exemplar o desmantelamento do projeto sanitário estadual, pulverizado nos anos 40 em diversas seções sem nenhuma articulação ou racionalidade de gastos (Campos, 2006, p.69). O momento também foi marcado por alternância de poder, configurando-se certo ‘apagamento’ da ‘história fundadora’ da medicina paulista e de suas expressões. Emblemático é o caso do médico Emílio Ribas, cujos pares, segundo Borges Vieira (1937), cognominaram, em 1937, O Esquecido: “Daí para cá, a reparação de seus méritos continua a deixar larga margem de débitos, tendo sido poucas as homenagens que se têm prestado à sua lembrança. O público em geral ainda o desconhece, ainda é preterido ou ignorado em muitas de suas realizações por autoridades pouco informadas” (p.269). Contra esse estado de coisas, inventavam tradições (Hobsbawm, Ranger, 1997) para reintegrar Ribas a seu lugar de ‘bandeirante sanitário’: “Não foste o primeiro e nem o último a quem a pátria ingrata fugiu à glorificação. Um dia, as contas serão plenamente saldadas!” (Vieira, 1937, p.296).

Arrematavam esse contexto as mudanças internas da corporação médica, com a chegada das novas exigências das práticas em saúde, à medida que se consubstanciavam as especialidades, levando a confronto e disputas no estabelecimento das hierarquias profissionais e de seus campos de atuação. Tais questões, em larga medida, ainda são desconhecidas pelo analista, apesar de haver estudos sobre medicina e saúde em São Paulo na década de 1930. Ainda são perceptíveis algumas lacunas substanciais à compreensão de seus modelos de políticas públicas, das áreas de abrangência dessas ações e do lugar ocupado pela corporação a partir de seus ‘dotes paulistas’.³ Eis o desafio desta reflexão.

A corporação médica paulista na década de 1930

As elites médicas paulistas responsáveis por (re)escrever a ‘história da medicina brasileira’ a partir de 1930 identificaram três etapas em sua ‘evolução’ científica e corporativa. A primeira, que se poderia definir como ‘clínica’, vinculava-se às “duas primeiras faculdades médicas fundadas no país, à mesma época, em 1832, ainda no tempo do Império, no Rio de Janeiro e na Bahia” (Prado, 1947, p.7). O segundo momento, conhecido por ‘experimental’, marcou-se pelo surgimento do Instituto Butantan e de Manguinhos, na virada do século XX; e, finalmente, o ‘período universitário’, decorrente da nova estrutura do ensino médico introduzida em 1931 (p.7).

Essa divisão da história da medicina brasileira, tão afeita aos novos contornos getulistas durante os anos 30 e 40, encerra, contudo, dimensões complexas quanto à perspectiva histórica, posto que o período foi profundamente marcado por eventos corporativos e políticos mesclados às lutas regionais, obscurecidas, todavia, pela defesa unitarista do Estado Novo.⁴ Em São Paulo podemos encontrar, nas décadas de 1910 e 1920, a corporação médica envolvida em sua organização profissional, escolar e política, aliada às necessidades do sanitarismo nas principais cidades e interior (Hochman, 1998). Para Castro-Santos (2004, p.262), um positivismo “pouco ortodoxo” ajudou a arrematar “um ambiente científico e intelectual francamente favorável ao desenvolvimento da saúde”. No plano das representações médicas e políticas, afirmava-se que quem chegasse em solo paulista constataria logo as particularidades personificadas racialmente em seus habitantes, materializadas na capacidade médico-sanitária em fazer de São Paulo o palco da higiene e da saúde nacional (Mota, 2005).

Entre 1920 e 1930, iniciou-se uma série de transformações corporativas ligadas à formação do médico e de suas especialidades, dando ao pensamento clínico lugar cada vez mais amplo no que concerne às questões médicas e de saúde pública. Diversos aspectos marcam essa mudança. Identificadas aos novos delineamentos oriundos da Fundação Rockefeller, por sua vez embasada na Escola de Higiene Johns Hopkins, o novo modelo de ensino apresentado preconizava, em solo paulista: a limitação do número de alunos, a obrigatoriedade do ensino em tempo integral, a organização das disciplinas no sistema de departamentos e a vinculação do ensino clínico à estrutura de hospital-escola (Marinho, 2001, p.65). A mudança também correspondeu à passagem da hegemonia europeia na formação médica para a influência norte-americana, mudança que representou, no plano político, uma reorientação do alinhamento em relação ao governo federal varguista.

Conforme Ayres (1997, p.181), esse tempo foi marcado e influenciado pela medicalização da epidemiologia e da saúde pública nos Estados Unidos, tendo a corporação médica combatido qualquer integração dos campos médico e da higiene pública, lutando por manter em suas mãos o domínio de qualquer pauta ligada aos assuntos médicos e aqueles de saúde pública considerados do âmbito médico. O autor enfatiza que “a intervenção estatal no campo da saúde só seria tolerável no âmbito restrito do saneamento ambiental, educação pública e algumas medidas não-assistenciais de controle das doenças transmissíveis” (p.182). Em São Paulo, porém, apesar de essas posições também estarem presentes, diferenças identificadas durante esse período entre a Faculdade de Medicina e o Instituto de Higiene consagraram o embate entre esses profissionais.

Nesse sentido, implementavam-se ações que modificaram a estrutura médico-sanitária vigente, então considerada importante pilar do poder da elite oligárquica dominante (Campos, 2002, p.54-55), ao mesmo tempo que se buscou ideário apropriado para essa nova conformação profissional. Como notou Merhy (1992), apoiado nas referências conceituais das pesquisas em saúde desenvolvidas nos anos 1980 por Mendes-Gonçalves (1994), abria-se espaço para uma administração verticalizada dos serviços de saúde, estabelecida por problemas específicos e utilizando todos os instrumentos das campanhas e da educação sanitária da medicina curativa. Essa reestruturação deu grande impulso à clínica, ganhando o 'novo' médico crescente posição de cientista frente aos 'antigos' práticos e à higiene, pautada no ideário de melhoria racial por meio de estratégias eugênicas (Mota, 2003; Mota, Santos, no prelo).

A chegada de Getúlio Vargas ao poder trouxe nova conjuntura para esse movimento, levado a cabo a partir de 1934 com a nomeação de Gustavo Capanema para o Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp) e a transição reformista de 13 de janeiro de 1937. A retirada de autonomia das instituições médicas e científicas estaduais, agora subordinadas a instituições federais como o Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, radicalizou-se com a criação do Mesp, que deveria articular políticas com a intenção de construir um aparato governamental capaz de atuar no território brasileiro, coordenando ações nos níveis federal, estadual e municipal (Hochman, Fonseca, 2000). De acordo com Braga e Paula (1981), esse movimento centralizador deu início à constituição de uma política nacional de saúde, mesmo que limitada, até a onda desenvolvimentista dos anos 50.

A gestão Capanema dividiu o território brasileiro em oito regiões, cada qual com uma Delegacia Federal de Saúde, com o objetivo precípua do domínio nacional por meio de centralização política e administrativa capaz de coordenar, executar e fiscalizar as ações de saúde nos estados. Tal empreendimento produziu uma estrutura de serviços em saúde que se repetia em diversos setores, formando uma rede de serviços. Os Centros de Saúde, por exemplo, concebidos por Geraldo de Paula Souza (1939) como postos de ações sanitárias baseadas na proposta norte-americana da medicina preventiva e integral, foram considerados, pelo próprio Paula Souza, desviados de seu projeto original para transformar-se em mera assistência médica, fazendo-se daquela proposta letra morta, sugere Merhy (1992, p.112).

Ainda que preservando a assistência em Centros de Saúde, no lugar da proposta de Paula Souza surgiram outras ações e medidas⁵, que, além de desmontar a herança burocrática, definiam:

Na capital, dividida a cidade em cinco zonas, cada uma destas seria entregue a um delegado de saúde, que dirigiria o Centro. Aí reunir-se-iam as funções de policiamento domiciliário às atividades dos dispensários. Já havíamos calculado o número de médicos atualmente disponível na Capital, de forma a distribuí-los pelos centros ou pelas diretorias especializadas. Cada Centro da capital teria dois médicos para policiamento ... podendo ser reduzido a um médico, e mais um médico para serviço pré-natal, dois em higiene infantil, um em higiene escolar, um para tuberculose, um para venéreas e um para exames médicos periódicos ou substituições (Vieira, 1932, p.506).

Na conferência realizada em 27 de julho de 1931, ao avaliar o Departamento de Saúde Pública de São Paulo, o médico Francisco Borges Vieira⁶, que dirigiu a instituição no governo

interventor de Laudo Camargo, já falava nessas mudanças institucionais⁷, consolidando ações interventoras conferidas por ‘novas’ figuras da política paulista e alterando o jogo de forças nos anos 30. Entre esses personagens, Adhemar de Barros foi o político que logrou espaço junto ao governo central, ganhando a interventoria federal do Estado no período de 1938 a 1941.⁸ Entre seus feitos políticos nessa época, substituiu todos os prefeitos do interior e entrou em confronto com muitas personalidades da vida pública de São Paulo, o que forçou o exílio de figuras como Júlio de Mesquita Filho. Como médico formado pela Universidade do Brasil e com especialização no Instituto Oswaldo Cruz, o interventor usou das prerrogativas profissionais para respaldar a política intervencionista na área médica e de saúde e confrontar seus opositores. Esse foi o chamado ‘caso Butantan’, quando Adhemar, ainda deputado, levou à Assembléia Legislativa denúncias contra o médico Afrânio Amaral, diretor do Instituto de 1936 a 1937. Na visão de Ibañez e outros (2006, p.78), essa dissensão confirmaria a fragilidade do universo político estadual no período e a importância, mesmo que em aberto conflito, de certos membros da corporação médica nas articulações políticas do Estado. Tal crise institucional refletiria a busca de nova identidade, ligada às disputas político-partidárias que antecederam a instauração do Estado Novo, em 1937.

Para a corporação médica, Adhemar nunca deixou de explicitar suas ações como sendo para o bem de São Paulo, sendo lembrado e homenageado por suas instituições representantes. Na colação de grau da turma de 1940, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo o escolheu para paraninfo. Aproveitando a oportunidade que o momento lhe conferia, Adhemar fez um balanço do que se tinha encontrado no território estadual até sua chegada à interventoria (Barros, 1940). Em sua opinião, oito pontos esclareciam o histórico “drama médico paulista”: (1) a precária situação demográfica do estado, com aumento significativo da mortalidade materna e infantil; (2) numerosas moléstias de caráter endêmico a assolar as regiões rurais; (3) a tuberculose, com taxa anual de nove mil óbitos e 41 mil doentes; (4) o câncer e a falta de qualquer assistência hospitalar específica; (5) os alienados, que eram encarcerados nas cadeias, “como se ainda vivêssemos no período das trevas medievais” (p.204); (6) a formação dos médicos, em seus múltiplos aspectos; (7) a assistência hospitalar mal aparelhada e distribuída, bem como o atendimento de urgência, tido como de extrema pobreza; e (8) o ensino médico ressentindo-se da falta de um Hospital das Clínicas (p.204).

A lista das “realizações do governo” apresentada era uma resposta a parte da corporação médica paulista, outrora tão decantada e agora desautorizada e criticada como ineficiente e de baixa qualidade. Para isso o interventor arrolou as mudanças vinculadas a sua administração, a começar pela reforma e centralização do Serviço Sanitário, ao “criar, ampliar e modernizar os seus serviços no Departamento de Saúde do Estado” (Barros, 1940, p.207). Com o Serviço de Higiene, a Diretoria do Serviço de Saúde Escolar declarava cuidar das crianças do ponto de vista higiênico e de suas possibilidades físicas e intelectuais, claro aceno para o novo modelo, que priorizava a assistência infantil e o combate à tuberculose. O número de leitos do Hospital Miguel Pereira e do sanatório Leonor Mendes de Barros, destinados aos menores tuberculosos, foi aumentado, segundo o interventor, significativamente (p.204). Indo ao encontro de medidas que estancassem o aumento das altas mortalidades materna e infantil e instituíssem um projeto eugênico para o povo, tratava da puericultura e de suas

ações profiláticas, como a reforma e a ampliação do Serviço de Puericultura. Para o combate ao câncer, o governo federal já teria disponibilizado um terreno em que se construiria um Hospital do Câncer e, para os alienados, acrescentavam-se seiscentos lugares à capacidade do Hospital do Juqueri, perfazendo 6.700 leitos.

Uma breve avaliação das mudanças, apresentadas e exaltadas como respostas para equacionar as demandas reprimidas na área médica e sanitária, é capaz de flagrar algumas limitações práticas quanto ao andamento dessas instituições, bem como a sua área de abrangência. As obras saneadoras estaduais vinculadas à saúde do interior, por exemplo, ilustram esse hiato entre suas indicações, de forte teor campanhista e nacionalista, e as realizações arroladas. No caso da malária, as propostas vinculavam-se a profilaxia e medidas antimaláricas como assistência especializada, obras de hidrografia sanitária e pesquisas epidemiológicas referentes à entomologia, à serologia e à hidrobiologia. No entanto, ao estudar a organização tecnológica do controle da malária entre 1930 e 1950, Barata (1993) mostra que, apesar da criação da Inspetoria de Profilaxia e Impaludismo em 1933, 60% dos municípios paulistas eram classificados como malarígenos e apenas seis contavam com postos de diagnóstico e tratamento da doença. Quando atacados ou ameaçados, certos municípios logravam que prevalecesse o poder de certas forças locais para a instituição das melhorias médico-sanitárias desejadas. Tal regionalização estadual indica que, nas zonas de fronteira agrícola e em certas áreas de transição, “os serviços são instalados naquelas áreas onde os interesses econômicos mais consolidados determinam a definição das prioridades” (p.52). Nota-se, então, que as alterações arroladas padeciam, em muitos casos, das mesmas ‘estratégias diagnósticas’ que vinham desde as primeiras organizações médico-sanitárias no estado.

Assim, nas áreas ‘impermeáveis’ ao capitalismo – como era o caso gritante da região do Vale do Ribeira e de outros pontos do interior, que vinham sendo economicamente devassados, mas cujas elites locais não tinham poder de interferência nas políticas públicas do Estado –, era evidente a ausência de ações de saúde pública e mesmo de médicos. Se havia ações a empreender nesses ‘pedaços’ abandonados do estado de São Paulo, não foram os anos 30 nem os 40 que assistiram a qualquer ação nesse sentido.

Nesse contexto, outro pólo de mudanças invadiu as hostes médicas a partir das especialidades clínicas, e, em meio a essa complexidade regional paulista, a fenda que separava ‘antigos’ e ‘novos’ pôs os pares em confronto, assinalando àqueles que insistiam em permanecer atrelados ao pensamento médico de outrora que os tempos eram outros. Mais do que isso: a categoria deveria atentar para o fato de que ‘ser paulista’ era assumir atitude constante e veloz, sempre rumo ao progresso e ao poder.

Redefinições da profissão médica: as especialidades em pauta

Durante os anos 30 entrou em declínio a medicina liberal, caracterizada por Schraiber (1993, 1997) como modo de produzir o trabalho artesanalmente e em consultório particular. No período 1930-1960 esse padrão será substituído por outro modo de produzir o trabalho médico em sociedade, que consiste, segundo a autora, em medicina tecnológica, com arranjos de base progressivamente tecnicistas e paulatino empresariamento da assistência

médica, o que se consolida após 1960 com o crescente estabelecimento, no país, das empresas públicas ou privadas de assistência médica. A medicina pensada até então como prática exercida de 'indivíduo para indivíduo' começa a entrar em contradição no contexto de transição, ou seja, da configuração de novas articulações entre o Estado, o sistema político e a sociedade civil (Belmartino et al., 1988, p.14-15).

Starr (1991, p.282) lembra que o assalariamento do médico, emblemático dessas transformações da medicina liberal, ocorreu, na Europa e nos Estados Unidos, já no final do século XIX e nas primeiras décadas do XX, quando começou a extinguir-se a ajuda caritativa do Estado aos 'pobres e indigentes'. O trabalho médico foi sendo, então, incorporado ao novo sistema, não só como profissão liberal (século XIX) mas também como assalariado, no bojo da estratégia estatal para garantir ao 'trabalhador' direito ao benefício. A medicina se reafirmava em sua dimensão laboral pela compra de serviços, mas abria-se para o trabalho médico assalariado, até então rechaçado principalmente pelos médicos de formação generalista.

No caso brasileiro, tais mudanças atrelaram-se à centralização da política de saúde pelo Estado nacional, bem como à gestação e ao desenvolvimento da medicina previdenciária, a partir da criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), instituindo demanda inicial de despesas com os serviços médicos, voltados essencialmente para os centros urbanos (Braga, Paula, 1981, p.71). Nas ponderações de Schraiber (1993), essas seriam mudanças posteriormente inscritas de modos diversos nos mercados regionais de trabalho no Brasil e que "se deram em função da forma diferencial de organização da produção de serviços de assistência médica a partir do processo de sua extensão à população após os anos de 1930" (p.137). Produto do modelo social e econômico que então se adotou, a prática da medicina liberal sofreu impactos dessas alterações, sobretudo em São Paulo, pólo industrial brasileiro.

A profundidade dessas mudanças foi sentida no 1º Congresso Médico Sindicalista Brasileiro, realizado entre 19 e 23 de julho de 1931, cujos temas eram quase todos voltados para a especialização médica, a absorção estatal de suas instituições e, consequentemente, a luta da corporação pela proteção de seus profissionais diante desses dilemas. Eram eles o código de deontologia médica e a ética profissional, a liberdade profissional, os médicos estrangeiros (habilitação e exercício da clínica), a assistência e a previdência médico-sociais, os acidentes e as doenças profissionais, o seguro médico, o abuso dos serviços médicos oficiais, o charlatanismo, o curandeirismo e a prática desonesta da medicina, os anúncios médicos e farmacêuticos, os honorários médicos, o conceito de especialidade, a plethora médica, a medicina do Estado, o segredo profissional e a confraternização profissional (Notas e informações..., 1931).

Diante do quadro que se desenhava para a profissão, tão diverso daquele de tempos passados, o sentimento de alguns médicos de São Paulo era de pessimismo. Arrematava-se aquele contexto com uma "crise corporativa", o que, para Rubião Meira (1932, p.52), podia ser facilmente identificado na indiferença aos 'velhos médicos': "Ente superior, com a missão quase divina, não tem encontrado senão o fraco apoio dos que necessitam de sua atividade, dos que procuram seu saber". Para ele, terminada sua missão, raramente ganharia a amizade de seus pacientes, e muitos poucos reconheceriam o valor de sua ciência. Esse desabafo dirigia-se essencialmente aos novos esculápios, que, em face das mudanças científicas,

corporativas e políticas, pouco ou nada valorizariam as origens da corporação, gerando-se um divisor de águas entre a medicina de outrora, cheia de heroísmos e ações de grandeza, e a que então se instituiu, cruel e afastada de sua 'história original'.

Caso exemplar estaria na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, em que se percebeu serem as cadeiras disputadas pelos novatos abandonadas após sua eleição. Os médicos 'antigos' reiteravam seus protestos, pois as sessões em que se deveriam tratar os assuntos da corporação eram suspensas devido ao desinteresse dos novos eleitos. Segundo André Dreyfus (1932, p.83), antes de entrarem para a Sociedade, "primam pela assiduidade às sessões, namoram a Sociedade com todo o fervor dos anos verdes". Tão logo recebidos em suas fileiras, porém, desapareciam e tornavam-se raros como os outros. Já os médicos que acabavam de se formar viam esse tema por outro ângulo, apresentando-o no jornal do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz como ordem que deveria romper com um passado retrógrado e sem sentido e abrir-se para os novos tempos que se anunciavam:

antigamente, a escola era tristonha. Pelos corredores vagueavam também as fisionomias tristonhas dos nossos antepassados estudantes. As aulas monótonas enchiam de pavor o calouro bisonho, enchiam de tédio os veteranos. Os professores, senhores doutores catedráticos, do alto de seus estrados, ditavam leis científicas e regulamentares. A vida foi girando, foi girando, a escola foi se aperfeiçoando, o café caiu, novos-ricos surgiram, a pequena burguesia começou a querer estudar medicina etc. etc. ... grandes derrotas, grandes chopadas e começou uma nova vida para o estudante de medicina. Só se falava em reformas. Desde os estatutos até os móveis deveriam ser reformados. O fato é que começou a se fazer a luz nos cerebrozinhos angustiados dos futuros médicos (Editorial, 1939).

Segundo estudo de Pereira Neto (2001, p.120), já em 1922, no Congresso Nacional dos Práticos, podiam-se ver as primeiras disputas públicas entre os médicos "antigos generalistas" e os "novos especialistas". Esse novo contexto explicitava as mudanças de um profissional de conhecimento integral ao novo profissional, mais técnico e específico, apto às demandas tecno-assistenciais de acesso à assistência médica nos centros urbanos e rurais e com novas formas de produção social de serviços (Schraiber, 1993, p.135). No caso paulista, exigia-se a especialidade como deflagradora de políticas nos campos da pesquisa, da clínica e das organizações de caráter profilático; afinal, a estrutura institucional e oficial que se almejava implantar demandava profissionais especializados (Marinho, 2001), aptos para ocupá-la e gerenciá-la, o que, por sua vez, exigia que se consolidasse um novo tipo de formação médica em cursos dentro e fora da faculdade (Fonseca, 2000, p.395).

Quanto ao tema do ensino médico, dois assuntos eram considerados relevantes e merecedores de atenção, por seus responsáveis. O primeiro tratava da proliferação descontrolada de médicos e faculdades de medicina, pedindo-se a proibição de novas instituições, com o chamado *numerus clausus*, e a restrição do exercício profissional de estrangeiros, "urgindo portanto uma intervenção legislativa que mitigasse a infiltração alienígena", nas palavras do médico André Dreyfus, citado em Fonseca (2000, p.190):

Prever e prevenir para o futuro. Prever, tirando do presente a lição que a atualidade consagra, e prevenir, promulgando medidas de efeitos preventivos. Entre essas, umas são de órbita governamental, cumprindo apenas aos médicos, por meios de suas associações e corporações, indicar ao Estado a melhor maneira de concretizá-las em leis: regulamentação mais enérgica

do exercício da profissão, socialização e distribuição racionais das funções médicas, garantias contra a invasão estrangeira; outras tocam diretamente à classe – elevação de seu nível moral e intelectual –, pelo rigor dos métodos de ensino e pela observância restrita da ética profissional.

Foi assim que em 1932, com o decreto 5.351, a Faculdade de Medicina passou por amplo processo de reorganização, obrigando-a a adaptar-se à Reforma Francisco Campos, que, entre suas prerrogativas, controlava e centralizava o ensino superior junto ao governo federal e, ao mesmo tempo, tentava homogeneizar o ensino, especificando o regime de reorganização e equiparação das instituições de ensino particular (Silva, 2003, p.25). Fora das cadeiras universitárias já se faziam outras reformas, no campo das especialidades atinentes ao trabalho médico, que recebiam novos contornos, com tecnologias e objetivos mais específicos, e exigiam formação especial para os profissionais envolvidos com as demandas da saúde advindas do campo e da cidade.

Ao reorganizar o Instituto de Higiene de São Paulo, em 1931, o interventor João Alberto Lins de Barros apresentou o curso de Saúde Pública como inovação na especialização médica. As matérias básicas propostas pelo futuro sanitarista traziam particularidades que muito se aproximavam das alterações feitas para epidemiologistas nos departamentos de saúde dos Estados Unidos. Lá os requisitos mínimos eram: graduação em medicina, treinamento clínico em hospital e um ano de formação básica em engenharia sanitária, bacteriologia e imunologia em saúde pública, zoologia, estatística, administração em saúde pública e epidemiologia (Ayres, 1997, p.181). O sanitarista deveria trazer em seu currículo, além da formação de médico, as seguintes formações: bacteriologia e imunologia, química sanitária, zoologia e estatística, engenharia sanitária, epidemiologia, fisiologia aplicada à higiene, nutrição dietética e bromatológica, patologia das doenças evitáveis, administração sanitária, legislação sanitária nacional e comparada (São Paulo, 1 abr. 1931). Propunha-se ainda ensino especial, com disciplinas exclusivamente vinculadas à higiene: higiene pré-natal, higiene infantil, higiene pré-escolar, higiene mental, higiene rural, higiene pessoal e hereditariedade, eugenia e problemas sociais (p. 15).

Se havia similaridades entre a formação de um epidemiólogo americano e a de um sanitarista brasileiro, diferenças também ocorriam. A corporação médica, nos Estados Unidos, lutava por retirar de seu campo qualquer profissional não médico envolvido na medicina ou na saúde, tal como os estatísticos e biólogos. Em São Paulo a luta se dava entre os próprios médicos e suas especialidades, o que atribuía aos clínicos maior poder de atuação no campo, deixando o sanitarista sem espaço para ocupar sua especialidade. Ao abordar as alterações sofridas pelos Centros de Saúde, Paula Souza (1939) observou que, ao contrário do que idealizara, os assuntos da saúde pública tinham sido retirados da alçada do médico sanitarista e transferidos ao clínico geral. Acreditava ter haver aí uma “confusão”, prejudicial ao cotidiano dos Centros, que residiria justamente na falta de consulta aos sanitaristas “de profissão”: a opinião procurada era “geralmente a do médico clínico que presta serviços nos Centros de Saúde, onde, por deficiência de sanitaristas, a direção cabe também a clínicos” (p.14). Essa forma de organização dos serviços, sem atender os reclamos da modernização da higiene preconizada por Paula Souza, estaria transformando esses centros em “simples ambulatórios de assistência médica”. Por isso ele pedia espaço especial para o exercício do sanitarista, cuja demarcação considerava prioritária para o andamento dos

trabalhos: “O Centro de Saúde deve existir, prosperar e desenvolver-se, mas à sombra da orientação do sanitarista de profissão. É destes que necessitamos, em maior número, nos serviços de saúde, para maior eficiência dos mesmos e proteção ao exercício da clínica privada, dos competentes” (p.16).

Cabe notar que, mesmo sem consciência da opção histórica que estaria praticando, Paula Souza entendia a nova profissão como uma atualização médica preventiva pautada na medicalização da higiene do meio, quase no mesmo sentido da intervenção clínica da medicina individual, isto é, mediante uma ‘educação sanitária’. Essa forma de conceber a profissão do sanitarista, por um lado, introduz a ferramenta da educação sanitária e, por outro, encampa, dentro dos limites brasileiros, a leitura norte-americana da higiene, cujo caráter liberal, como bem apontaram Donnangelo (1975, p.130) e Arouca (2003), terminaria por tensionar o contexto político brasileiro. Esse novo campo fragmentado e interdependente de conhecimentos tornou-se arena de acirrada disputa. Mesmo que os discursos repisassem a ideia de o médico ser profissional apto a desenvolver qualquer área da medicina, “a pressão por assistência médica era um fato inexorável que, como uma legítima fonte de bem-estar individual e construção de cidadania, passava a dizer imediatamente respeito às obrigações do Estado. Por um conjunto de condições ... a assistência médica transformou-se numa das esferas de prática mais estreitamente relacionadas ao desenvolvimento e estabilidade material, social e política das nações modernas” (Ayres, 1997, p.183).

Em um conjuntura na qual se abria espaço cada vez mais amplo para a incorporação do trabalho médico pelo Estado, cada área específica lutava por sua autonomia e legitimidade, procurando também responder às resistências externas a um campo ainda em construção da própria medicina. Cabe lembrar Bourdieu (2004, p.21-22), para quem o campo científico é um campo de forças e um campo de lutas para transformá-lo. Se as transformações eram evidentes, deve-se entender como essa ‘luta no campo’ foi realizada pelos profissionais e quais foram os resultados de cada uma dessas oposições. Por esse viés, são interessantes tanto a definição de Flaminio Fávero (1938, p.13) de campo médico como sua defesa de uma área específica da medicina legal:

À medicina não compete apenas estudar as moléstias em todas as suas modalidades e estabelecer os diversos processos terapêuticos, orientando-os de molde a restituir ao doente, indivíduo, a saúde perdida, como realiza ou deseja realizar a *medicina curativa*. Incumbe-lhe também prevenir os agravos à saúde do indivíduo isolado e principalmente dos indivíduos em conjunto, constituídos em agrupamentos, esclarecendo os administradores públicos nos problemas de proteção à saúde, mister da *higiene*, e, finalmente, a missão de orientar os legisladores e magistrados na elaboração e aplicação das leis civis e penais do meio coletivo, como faz a *medicina legal* (grifos do original).

Na verdade, esse arrazoado visava legitimar e defender a especialidade de Fávero, a medicina legal, alegando-se sua compatibilidade com as novas tecnologias médicas e sua importância para outras áreas como a higiene (Fávero, 1938, p.15).⁹ Todavia essa defesa da medicina legal com especificidades de especialidade médica foi, aos poucos, alvo de tensões criadas pelos próprios médicos da área. O receio quanto aos efeitos desagregadores da área nascia junto com o próprio expansionismo médico-legal (Ferla, 2005, p.61). O que se via

era a tentativa de encontrar, naquele conhecimento específico, ajustes capazes de legitimar seu saber como ‘ciência médica’.

Esforços iguais se faziam em outros campos de saber, como por exemplo o da cirurgia, sobre a qual afirmava, categórico, Almeida Prado (1938, p.188) que a sua evolução se teria caracterizado pela tendência a enquadrar-se em moldes médicos mais amplos, já que se integrava com complexidade cada vez mais profunda à clínica geral. Segundo Prado, ser médico especialista era elevar-se de estado anterior – o de clínico generalista e liberal, em seu “domínio das intervenções” – para ação mais “científica e individualizada”. Já o praticante de intervenções armadas, “o operador de outrora, cedeu o passo ao cirurgião de hoje, isto é, ao técnico forrado de médico” (p.139). Isso teve consequências na corporação, para o mestre e seu famoso ‘golpe de bisturi’, com perda de prestígio, mas garantiu à ação cirúrgica precisão técnica em inteligência e rigor científico: “a inquirição sobre o estado das grandes funções orgânicas; a vigilância do tubo gastro-intestinal; as verificações quanto às condições da crase sanguínea, do equilíbrio ácido-básico, do teor urético; a exploração bioquímica dos órgãos; tudo isso pede ao cirurgião um sólido preparo clínico geral e constitui segura garantia de sua eficiência profissional (p.188).

Essa reconfiguração corporativa e tecnológica foi sentida por muitos profissionais, principalmente os generalistas, que não conseguiram adequar-se às novas demandas centralizadoras e previdenciárias, particularmente o assalariamento e a estatização de seu ofício, o que levou muitos à derrota profissional. Em sua reflexão sobre o tema, André Dreyfus (1932) observou que as mudanças em torno do trabalho foram profundas e capazes de apagar o passado, levando a consciência do médico contemporâneo em diferente direção:

as crescentes relações da medicina com o Estado, pertinentes ao seu papel de órgão preventivo e orientador da higiene; sua ingerência na pedagogia e organização técnica do trabalho proletário; sua participação forçada nas obras criadas e mantidas pelo poder público (hospitais, sanatórios, dispensários); sua incontestável função sociológica e eugênica – tudo isso, ao mesmo tempo que lhe tem dilatado, cada vez mais, a órbita de ação, vai, no mesmo passo, desviando para a *socialização*, senão para a *funcionarização*, sua finalidade tradicionalmente autônoma e individualista (grifos do original).

Havia que considerar o grande aumento do número de profissionais nos grandes centros urbanos e o confronto entre eles por espaço de trabalho. Temiam os médicos que o estado de superprodução de profissionais viesse, de acordo com uma “lei econômica inelutável, trazer desvalorização do produto na cotação do mercado profissional, na locução, talvez crua, mas pitoresca de um articulista” (Dreyfus, 1932, p.178). Esse contexto paradoxal entre a explosão de profissionais e sua má distribuição pelo território, avaliavam muitos médicos, teria aprofundado, ao fim e ao cabo, o espaço para as chamadas práticas populares de saúde, que, mesmo terminantemente repelidas, seguiam imperando no interior de todo o estado.¹⁰ De acordo com Dreyfus, era por ignorância que essa população interiorana “prefere mil vezes trocar os cuidados do doutor pelos do herbanário, de curandeiro, de macumbeiro, a argumentação que, encarada do ponto de vista particular, é compreensível, mas improcedente do ponto de vista mais geral” (p.185). Por isso, esperava-se o aumento do contingente médico nessas paragens, para “modificar justamente o que se passa nessas regiões, quando, tangidos pela necessidade, se espalhassem pelos ínvios rincões do país, e

espancassem a obscuridade desses ambientes entregues à ignorância e má fé de exploradores adventícios” (p.185).

Com tal quadro de tantos desequilíbrios, seria o médico um proletário como outro qualquer, perdendo os emblemas que o distinguiam de outros profissionais – assim pensava Vicente Marcílio (1929) ao afirmar que a “proletarização médica” era um dado de realidade. O corpo médico dos hospitais, hospícios, laboratórios, dispensários e sanatórios, formado por médicos, cirurgiões, radiologistas, parteiras, enfermeiros, nada mais seria que “um conjunto de verdadeiros trabalhadores, com direitos e obrigações como qualquer empresa industrial”, mas com uma diferença: nenhuma proteção trabalhista quanto aos acidentes de trabalho (p.3-4). Para Marcílio, mesmo os médicos que tinham espaço para exercer seu trabalho estavam sujeitos a acidentes, dos mais leves aos mais graves, ocasionados por infecções, radiodermites, agressões e desastres. Argumentava, aliás, com “casos históricos” envolvendo médicos paulistas:

1º) Um distinto médico, conhecidíssimo em Jaú, tendo ido operar um caso de apendicite supurada, estava quase no fim da operação quando o bisturi resvalou e foi produzir-lhe um ferimento superficial no antebraço. Desinfetou-o com antissépticos, mas de nada valeu, porque depois apareceu-lhe uma grave infecção septicêmica que o vitimou; 2º) o primeiro e saudoso diretor desta Escola, o inesquecível professor Arnaldo V. de Carvalho, dedicado como era na sua profissão, sendo chamado para atender um doente, apesar de todos os cuidados de assepsia rigorosa, sofreu uma grave infecção que o vitimou; 3º) Alexandrino Pedroso, profundo conhecedor da microbiologia, professor dessa cadeira na nossa Faculdade, passava a maior parte do dia em seu laboratório, foi também outro grande que tombou no seu posto de honra, vítima de seu grande amor à ciência (p. 26-27).

Ante essas e outras vítimas arroladas, pedia-se a aprovação dos projetos apresentados pelos senhores Jorge de Moraes e Amaury de Medeiros, que estendiam aos médicos os benefícios da lei sobre acidentes profissionais do trabalho, oferecidos aos operários das fábricas. Empacada no Congresso Nacional, essa pendência era movida pela Sociedade de Medicina e Cirurgia, formalizando um Sindicato dos Médicos:

assim, devido à iniciativa do professor Flaminio Fávero e depois por uma comissão composta dos professores Flaminio Fávero, Mario Ottoni de Rezende, Antonio Carlos Pacheco e Silva, A. Brasiliense e outros, tratou-se de fundar em S. Paulo um Sindicato Médico que, no artigo 24 alínea C dos Estatutos, assim trata da questão do risco profissional: propugnará pela votação de uma lei que regule a questão do risco profissional extensível aos médicos na legislação de acidente de trabalho (Marcílio, 1929, p.39-40).

Considerações finais

Como pudemos acompanhar, os anos 30 trouxeram significativas mudanças corporativas no campo médico, a partir da centralização varguista das políticas de saúde pública e em sua busca de controle da classe trabalhadora nos centros urbanos, instituindo-se a medicina previdenciária. Em São Paulo, particularmente, pela independência estadual médico-sanitária vigente e pelas dimensões urbano-industriais, as alterações foram intensas, esbarrando na formação médica e em seu trabalho de cunho liberal. Para esses profissionais, essa nova condição de trabalho fez soar o sinal de alerta, sob o argumento de que um grupo de profissionais

que começavam a envelhecer, muitos dos quais sem ter atingido poder aquisitivo que lhes assegurasse o futuro, estariam abandonados à sorte como “indigentes da corporação”, tendo seus consultórios esvaziados em consequência da assistência médica prestada pelo IAPs. Tal foi o estado de coisas que encontrou o professor Flaminio Fávero, ao fazer um levantamento das condições de vida de diversos médicos, constatando, assim, “dentro de uma sociedade onde o que vale mais é a atividade de proveito imediato”, a velocidade dos novos tempos não permitia que se plantassem carvalhos com satisfação. “Os tempos são de couve, que o próprio prato de amanhã espera” (*São Paulo Médico*, 1931, p.135).

Mesmo não havendo a alardeada proletarização do trabalho médico – já que a corporação garantia sob sua guarda os meios de produção e reprodução do trabalho –, tecnologias inovadoras invadiam o campo prenunciando alterações, com o confronto entre as especialidades e o surgimento de novas profissões como enfermeiros e outros profissionais da saúde de nível técnico. A divulgação da ideia de médicos relegados ao esquecimento e à miséria foi uma das formas utilizadas para aglutinar uma corporação cada vez mais dispersa e hierarquizada. Por esse motivo, o Sindicato Médico Brasileiro terminava de criar “o maior sonho da classe”: a Casa do Médico. Em pronunciamento transmitido em São Paulo pela Rádio Educadora, Hélium Povoá (1932, p.68) exaltava a iniciativa e pedia donativos:

ela deve ser de todos nós, ainda que venha só a receber no regaço confortador aqueles tombados no infortúnio do desamparo, na aurora ou zênite da vida, mas sobretudo nesse crepúsculo sombrio da velhice. Educados nas mais cruéis das escolas, onde no mesmo leito tosco ou na mesma mesa fria tombam pobres ou ricos, Hércules ou pigmeus, não nos devem surpreender as emboscadas da sorte madrastra. Nesta casa, casa de todos nós, devemos reservar um canto para o dia em que se nos negar no mundo um palmo de chão. Fazer pela casa do médico, cooperando com o Sindicato Médico Brasileiro, na sua construção, é velar pela classe médica brasileira: venham, pois, seus auxílios, meus prezados colegas, médicos de todo o Brasil!

NOTAS

¹ Exemplos de trabalhos sobre história da medicina e da saúde pública em São Paulo, desenvolvidos nas décadas de 1970 e 1980, são Mesgravis, 1976; Bertolli Filho, 1986; Castro Santos, 1987; e Gambeta, 1988.

² Sobre as configurações políticas e simbólicas de São Paulo nos anos 1930, ver Ferreira, Luca, Iokoi, 1999; Ferreti, 2004; e Glezer, 2007.

³ Estudo pioneiro sobre a relação entre a medicina paulista e a construção da nacionalidade brasileira na Primeira República é o de Castro Santos (1987). Ainda nessa discussão e nesse período, Mota (2005) contempla o modo como os simbolismos em torno da chamada paulistanidade invadiram o discurso médico, que entrelaçava o êxito ‘natural’ da corporação e de suas instituições com as origens ‘mitológicas’ e ‘raciais’ de São Paulo.

⁴ Para uma compreensão mais ampla da política desenvolvida na chamada Era Vargas, ver Gomes, 1996, 2000; e Ferreira, Delgado, 2003.

⁵ Tratamos aqui do modelo ‘vertical permanente especializado’, em contraste com o ‘horizontal permanente’, ambos formulados por Merhy (1992, p.117).

⁶ Formado pela Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Borges Vieira recebera em 1918, junto com Geraldo Paula Souza, bolsa da Fundação Rockefeller para estudar na Universidade Johns Hopkins.

⁷ A respeito de sua passagem no Departamento, Borges Vieira (1932, p.501) assinala: “Conforme era assunto resolvido, nossa permanência como Diretor do Departamento seria apenas de alguns dias, pois

cogitava-se de sua extinção, o que de fato se deu em 3 de agosto, restabelecendo-se o cargo de Diretor Geral do Serviço Sanitário, onde passamos a servir, desligando-se daquele Instituto de Higiene o de Butantan e a Assistência a Psicopatas, que voltaram a ser repartições autônomas na Secretaria de Educação e Saúde Pública”.

⁸ Em 1941 Adhemar de Barros foi deposto de seu cargo. Com a Constituição de 1946 e as eleições estaduais de 1947, foi novamente eleito governador do estado, pelo Partido Social Progressista (PSP) e com o apoio do Partido Comunista Brasileiro (PCB).

⁹ O período entre guerras foi substantivo para a legitimação da medicina legal como ciência, por meio de reconhecimento social e institucional (Ferla, 2005).

¹⁰ Para Carvalho (2005), teria havido em São Paulo, entre 1950 e 1970, cerco repressivo das práticas médicas populares consideradas criminosas. Elas foram enquadradas exemplarmente como curandeirismo, exercício ilegal da medicina e da arte dentária, exploração da credulidade pública etc. Só na década de 1980 haveria um refluxo – e mesmo incorporação – da prática médica popular às terapêuticas desenvolvidas.

REFERÊNCIAS

AROUCA, Sergio.

O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Unesp. 2003.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita.

Sobre risco: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec. 1997.

BARATA, Rita Barradas.

O conhecimento epidemiológico na organização tecnológica do controle da malária, São Paulo, 1930-1990. Tese (Doutorado) – Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1993.

BARROS, Adhemar.

Vida universitária: à colação de grau dos novos médicos diplomados pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, n.13, p.202-208. 1940.

BELMARTINO, Susana et al.

Corporación medica y poder em salud, Argentina, 1920-1945. Rosário: OPS/OMS. 1988.

BERTOLLI FILHO, Cláudio.

Epidemia e sociedade: a gripe espanhola no município de São Paulo. Dissertação (Mestrado) – Departamento de História, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1986.

BOURDIEU, Pierre.

Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: Unesp. 2004.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sergio Góes de.

Saúde e previdência: estudos de política social. São Paulo: Cebes. 1981.

CAMPOS, André Luiz Vieira de.

Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2006.

CAMPOS, Cristina de.

São Paulo pela higiene: as propostas de Geraldo Horácio de Paula Souza para a cidade (1925-1945). São Paulo: Fapesp. 2002.

CARVALHO, Antonio Carlos Duarte de.

Feiticeiros, burlões e mistificadores: criminalidade e mudança das práticas populares de saúde em São Paulo 1950-1980. São Paulo: Edunesp. 2005.

CASTRO-SANTOS, Luiz Antonio de.

Poder, ideologias e saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica. In: Hochman, Gilberto; Armus, Diego (Org.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe.* Rio de Janeiro: Fiocruz. p.249-293. 2004.

CASTRO-SANTOS, Luiz Antonio.

Power, ideology and public health in Brazil: 1889-1930. Cambridge: Harvard University. 1987.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro.

Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira. 1975.

DREYFUS, André.

Sera dos esculapios (collectanea de discursos e escriptos acerca de cultos e assumptos médicos). *Revista dos Tribunaes*, São Paulo, p.81-88. 1932.

EDITORIAL.

O Bisturi. São Paulo, ano 7, n.30, p.6. 1939.

FÁVERO, Flaminio.

Medicina Legal. Revista dos Tribunaes, São Paulo, p.13-22. 1938.

FERLA, Luis Antonio Coelho.

Feios, sujos e malvados sob medida: do crime ao trabalho, a utopia médica do biodeterminismo em São Paulo. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005.

FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucilia de Almeida Neves.

O Brasil republicano: o tempo do nacional-estatismo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2003.

FERREIRA, Antonio Celso; LUCA, Tânia Regina de; IOKOI, Zilda Gricoli.

Encontros com a história: percursos históricos e historiográficos de São Paulo. São Paulo: Ed. Unesp. 1999.

FERRETTI, Danilo José Zioni.

A construção da paulistanidade: identidade, historiografia e política em São Paulo (1856-1930). Tese (Doutorado em História Social) Universidade de São Paulo, São Paulo. 2004

FONSECA, Cristina.

Trabalhando em saúde pública pelo interior do Brasil: lembranças de uma geração de sanitaristas (1930-1970). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.393-411. 2000.

GAMBETA, Wilson.

Soldados da saúde (formação dos serviços em saúde pública no Estado de São Paulo). Dissertação (Mestrado) – Departamento de História, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1988.

GLEZER, Raquel.

Chão de terra e outros ensaios sobre São Paulo. São Paulo: Alameda. 2007.

GOMES, Ângela de Castro (Org.).

Capanema: o ministro e seu ministério. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas. 2000.

GOMES, Ângela de Castro.

História e historiadores: a política cultural do Estado Novo. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas. 1996.

HOBBSAWM, Eric; RANGER, Terence.

A invenção das tradições. São Paulo: Paz e Terra. 1997.

HOCHMAN, Gilberto.

A era do saneamento. São Paulo: Hucitec. 1998.

HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina.

A I Conferencia Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo. In: Gomes, Ângela de Castro (Org.). *Capanema: o ministro e seu ministério.* Rio de Janeiro: FGV Editora. p.173-193. 2000.

HOCHMAN, Gilberto; SANTOS, Paula Xavier; PIRES-ALVES, Fernando. História, saúde e recursos humanos: análises e perspectivas.

Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana de Saúde. 2004.

IBAÑEZ, Nelson et al.

De instituto soroterápico a centro de medicina experimental: institucionalização do Butantan no período de 1920 a 1940. *Cadernos de História da Ciência: Instituto Butantan*, São Paulo, v.2, n.2, p.75-103. 2006.

MARCÍLIO, Vicente.

A doutrina do risco profissional extensivo a profissão do médico. Tese (Mestrado) – Medicina Legal, Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, São Paulo. 1929.

MARINHO, Maria Gabriela S.M.C.

Norte-americanos no Brasil: uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo, 1934-1952. São Paulo: Fapesp. 2001.

MEIRA, Rubião.

Discursos. *Revista da Associação Paulista de Medicina*, São Paulo, v.1, p.47-56. 1932.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno.

Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual dos Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec. 1994.

MERHY, Emerson.

A saúde pública como política: um estudo de formuladores de política. São Paulo: Hucitec. 1992.

MESGRAVIS, Laima.

A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1599-1884). Tese (Doutorado) – Departamento de História, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1976.

MOTA, André.

Tropeços da medicina bandeirante, 1892-1920. São Paulo: Edusp. 2005.

MOTA, André.

Quem é bom já nasce feito: sanitarismo e eugenia no Brasil. Rio de Janeiro: DP&A. 2003.

MOTA, André; SANTOS, Marco Antonio Cabral.

São Paulo, 1932: memória, mito e identidade. São Paulo: Alameda. no prelo.

NOTAS E INFORMAÇÕES...

Notas e informações do 1º Congresso Médico Syndicalista. São Paulo Médico, São Paulo, p.128. 1931.

PEREIRA NETO, André de Faria.
Ser médico no Brasil: o presente no passado.
Rio de Janeiro: Fiocruz. 2001.

POVOA, Hélion.
Editorial. *Archivos Brasileiros de Medicina*, Rio de Janeiro, ano 26, n.6, p.67-69. 1932.

PRADO, Antonio de Almeida.
Retrospecto evolutivo da clínica médica no Brasil. *Estudos Médicos*, São Paulo, p.4-11. 1947.

PRADO, Antonio de Almeida.
Discursos e escriptos: em torno de alguns vultos e temas médico-sociais e de cultura. *Revista dos Tribunaes*, São Paulo. 1938.

SÃO PAULO.
Decreto n.4.955. Reorganiza o Instituto de Hygiene de São Paulo. São Paulo: Imprensa Oficial. 1 abr. 1931.

SCHRAIBER, Lília Blima.
Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos dilemas, outros desafios.
Tese (Livre-docência) – Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1997.

SCHRAIBER, Lília Blima.
O médico e seu trabalho: limites da liberdade.
São Paulo: Hucitec. 1993.

SILVA, Márcia Regina Barros da.
Estratégias da ciência: a história da Escola Paulista de Medicina, 1933-1956. Bragança Paulista: Edusf. 2003.

SOUZA, Geraldo de Paula.
Centro de Saúde: órgão de higiene e não de assistência. *Revista Viver! Mensário de Saúde, Força e Beleza*. São Paulo, ano 1, n.7, p.14-17. 1939.

STARR, Paul.
La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América. Trad. Agustín Bárcena. Mexico DF: Fondo de Cultura Económica. 1991.

VIEIRA, Francisco Borges.
Em memória de Emílio Ribas. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*, São Paulo, v.21, n.9, 10, p.269-275. 1937.

VIEIRA, Francisco Borges.
Administração sanitária de S. Paulo. *São Paulo Médico*, São Paulo, ano 4, v.2, n.3, p.503-513. 1932.

