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

MARIA REGINA COTRIM GUIMARÃES

OS CATEDRÁTICOS DE CLÍNICA MÉDICA E AS PROPOSTAS DE REFORMA DO ENSINO MÉDICO NO BRASIL NAS DÉCADAS DE 1950 E 1960

Rio de Janeiro
2009

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

MARIA REGINA COTRIM GUIMARÃES

OS CATEDRÁTICOS DE CLÍNICA MÉDICA E AS PROPOSTAS DE REFORMA DO ENSINO MÉDICO NO BRASIL NAS DÉCADAS DE 1950 E 1960

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

Orientador: Prof. Dr. Flavio Coelho Edler

Rio de Janeiro
2009

G963 Guimarães, Maria Regina Cotrim.
Os catedráticos de clínica médica e as propostas de reforma do ensino médico no Brasil nas décadas de 1950 e 1960. / Maria Regina Cotrim Guimarães .– Rio de Janeiro : s.n., 2009.
234 f .

Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2009.
Bibliografia: f. 220-234.

1. Educação Médica 2.História 3. Médicos 4. Escolas médicas 5. Brasil

CDD 610.7
CDD 610.9

MARIA REGINA COTRIM GUIMARÃES

OS CATEDRÁTICOS DE CLÍNICA MÉDICA E AS PROPOSTAS DE REFORMA DO ENSINO MÉDICO NO BRASIL NAS DÉCADAS DE 1950 E 1960

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

Aprovado em 17 de dezembro de 2009.

BANCA EXAMINADORA

_____

Profª Drª Beatriz Teixeira Weber (Universidade Federal de Santa Maria)

_____

Prof. Dr. Antenor Amâncio Filho (ENSP/Fiocruz, CNS, Ministério da Saúde)

_____

Prof. Dr. Gilberto Hochman (COC/Fiocruz)

_____

Profa.Dra.Mª Rachel Fróes da Fonseca (COC/Fiocruz)

_____

Prof. Dr. Flavio Coelho Edler (Orientador)

Suplentes:

_____

Prof. Dr. Sérgio Tavares de Almeida Rego (ENSP/Fiocruz, UFMS, ABEM)

_____

Prof.Dr.Luiz Antonio Teixeira (COC/Fiocruz)

Rio de Janeiro
2009

Dedicatória

Seria tão bom iniciar a dedicatória de mais um trabalho com o tradicional “aos meus pais”...

Dedico esta tese à minha mãe, à sua inteligência, à sua sensibilidade, à sua capacidade de se renovar e de viver. Dedico a Marina por ser minha filha querida.

Depois da morte de meu pai, no dia 3 de junho, entrei na febre das homenagens, da qual rapidamente me afastei. Afinal, o homenageado não estaria, portanto não se perceberia como tal.

A febre de relembrá-lo não passou totalmente. Há um espaço no papel escrito “Dedicatória”. Assim, na ânsia de renascer meu pai das suas cinzas diluídas ao mar do Arpoador - onde ele nasceu, onde namorava minha mãe e onde meus irmãos e eu vivemos muito da nossa infância -, resolvi dedicar essa tese àqueles que tiveram a oportunidade de desfrutar da companhia, do amor ou da amizade desse grande sujeito. A tristeza pela sua finitude – essa palavra fazia parte marcante de seu vocabulário camusiano - agora concretizada, foi se misturando às lembranças dos tantos anos que convivi com aquela presença engraçada, irônica, impaciente, inteligente, ansiosa, sensível, feliz, inconformada, amorosa e sempre polêmica.

Então, dedico a tese também aos meus três irmãos – Eduardo, Luís Paulo e Artur. Mais que laços formais, ficou óbvio que temos uma forte união, porque junto com nossa mãe enfrentamos o necessário absurdo de deixar nosso pai morrer como pediu – “dormir, dormir, dormir”.

Mas há pessoas de fora do núcleo “esposa-filhos-e-netos” que sofreram igualmente, e que se viram na contingência de guardar sua dor, como se a nossa fosse a maior. Assim, dedico a quem nos ajudou a suportar ausência tão gritante (roubei a expressão do Flavio Edler): Martha, Lilian, Marici e Maristela. Às minhas tias, ao pai da minha filha, à minha querida e constante Maria, cuidadora vitalícia da minha casa. E, por fim, dedico aos mais recentes amores de meu pai: seus netos. O futuro profissional e a felicidade de Carla, Luís Eduardo, Marina e Paulo Henrique estavam se tornando o maior alvo das suas preocupações.

Agradecimentos

Agradeço ao Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz, em particular à sua coordenadora, Maria Rachel Fróes da Fonseca, por sua boa vontade.

Ao Flavio Edler agradeço a orientação, a amizade, a paciência, e peço desculpas pela minha incapacidade de corresponder às suas exigências acadêmicas. Após quase nove anos entre mestrado e doutorado, sinto-me segura para reafirmar, sem exageros, que convivi com alguém que está muito além do mero escrever certo por linhas tortas.

À Alice Rosa e ao Professor Clementino Fraga Filho, agradeço o carinho com que fui recebida. Guardo emocionada cada uma das horas tão agradáveis em que trabalhamos e conversamos. O afeto da Rosa e a sutil ironia do Professor dispensam comentários.

A todos os professores e pesquisadores da COC, particularmente aos com quem convivi, em sala de aula ou informalmente; elogio a dedicação e a competência pela qual conduzem seus trabalhos e seus cursos. Com algum atraso e muito feliz, cumprimento Cristiane Fachinetti, Ana Venâncio e Dominichi Sá pela aprovação num árduo concurso.

A Maria Cláudia Cruz, "secretária da pós", agradeço por todas as ajudas e pelo bom humor.

Aos já "jurássicos" amigos: Valdiléa Veloso, Alejandro Hasslocher, Marizete Pereira da Silva, Beatriz Grinsztejn, manifesto a gratidão e a felicidade por meu retorno ao Ipec e pela aposta no sucesso da "Memória da Pesquisa Clínica".

Às meninas de sempre do hospital-dia: Solange Alves, Hilda Madureira, Luci Alves e Paula Centeno, minha ternura também de sempre.

Ao Rodrigo Ribeiro, seu carinho e suas tentativas de me cooptar para as ciências da computação. Ao Arthur Chimenti e nossos tantos anos de amizade.

Aos amigos colegas da COC, de mestrado e doutorado, especialmente André Felipe Cândido da Silva, pelas inúmeras contribuições e pela disposição para muitos esclarecimentos, além da grande amizade e da ótima conversa. Também dividi tantos bons e saudosos momentos com Renato Silva, Vanderlei Souza, Luiz Carlos Nunes Martins e Christian Fausto (e Lígia, claro!).

Aos tantos novos amigos de ensaios clínicos, particularmente Lucilene Freitas e Marília Santini, agradeço a convivência e a compreensão nas minhas ausências.

Um agradecimento muito especial à Simone Kropf. Além das muitas e sagazes dicas, sua fantástica tese de doutorado foi de imensa valia também na minha pesquisa.

SUMÁRIO

Introdução **1**

Capítulo 1

Um panorama da medicina e de seu ensino na Europa e nas Américas (século XIX)

1.1 Na medicina, a anatomoclínica p.10

1.2 Especializações na medicina européia p.12

1.2.1 França p.12

1.2.2 Grã-Bretanha p.15

1.2.3 Estados germânicos ou germanófonos (Alemanha e Áustria) p.17

1.3 A medicina e seu ensino nas Américas p.21

1.3.1 América do Norte p.21

1.3.2 O Brasil p.26

Capítulo 2

A pesquisa e o ensino médico no Brasil da 1ª metade do século XX

2.1 Endemias, epidemias – a saúde pública no Brasil p.35

2.2 Os médicos no arcabouço da saúde pública p.37

2.2.1 A epidemia de gripe espanhola e suas conseqüências p.40

2.2.2 Clementino Fraga e a epidemia de febre amarela, a docência, a clínica e a tuberculose p.42

2.2.3 Manguinhos – os médicos e suas pesquisas p.44

2.3 Rockefeller, serviços sanitários, pesquisa e ensino p.47

2.4 O ensino médico nas primeiras décadas do século XX p.50

2.5 Os preparatórios para o ingresso nas faculdades e os cursos de medicina no início do século XX – os regulamentos e as reformas p.52

2.5.1 Análises e propostas para o ensino clínico no Rio de Janeiro por Aloysio de Castro p.64

2.5.2 A voz dos especialistas – Abreu Fialho p.71

2.6 Os estrangeiros e o ensino médico do Brasil p.74

2.6.1 O ensino, a pesquisa, a universidade e os institutos - as palestras de São Paulo p.76

2.6.2 "O erro capital não está no ensino, mas na nossa mentalidade" – Silva Mello p.80

2.7 As cátedras e os órgãos colegiados p.82

2.7.1 As cátedras nas atas da Congregação da Faculdade de Medicina nos anos 1940 p.84

Capítulo 3

Catedráticos e Cátedras p.91

3.1 Homus catedraticus. Da natureza dos catedráticos p.92

3.2 Serviços hospitalares p.96

3.3 Prestígio p.97

3.4 Os concursos p.98

3.5 A geração dos anos 1950: clínicos com vocação para a cátedra p.100

3.6 Clementino Fraga Filho da livre-docência à cátedra p.103

3.7 Clínica Médica: cinco catedráticos para cinco cátedras p.107

3.7.1 Tem muita história... Magalhães Gomes p.107

3.7.2 Luiz Feijó, no Moncorvo, depois de tantas provas p.108

3.7.3 Cruz Lima, o fidalgo p.109

3.7.4 Lopes Pontes no Hospital São Francisco p.110

3.8 A Primeira Clínica Médica (1958-1975) p.111

3.8.1 Estrutura da Primeira Cadeira de Clínica Médica p.113

Capítulo 4

Catedráticos nos Departamentos p.145

4.1 As cátedras, a Clínica Médica e o ensino médico p.146

4.2 Saúde no Brasil - governos, fundações norte-americanas, OPAS e OMS p.148
4.3 Conferências, congressos, encontros e simpósios nacionais e internacionais p.153
4.3.1 Encontros latino-americanos sobre o ensino da medicina e as faculdades brasileiras p.157
4.3.2 A fase de criação de associações de ensino médico p.166
4.4 A 1ª Conferência sobre o ensino da Clínica Médica, no Brasil, 1961 p.171
4.4.1 Organização e motivação p.171
4.4.2 Deficiências do ensino médico e propostas para homogeneização do currículo médico p.174
4.5 Conferência da Bahia - repercussões na 1ª Cátedra de Clínica Médica p.179
4.6 A Clínica Médica entre a Conferência e a Reforma de Ensino de 1968 p.183
4.7 O ensino médico na berlinda nos anos 1960 p.192
4.7.1 O aumento do número de faculdades de medicina p.192
4.8 Entre os Decretos de 1966 e a Reforma de 1968 p.198

Considerações finais p.209
Bibliografia geral p.215
Fontes p.215

RESUMO

No presente trabalho foi realizada uma reflexão sobre a condução do ensino médico no Brasil. Afirma-se que os catedráticos de Clínica Médica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e em especial o Professor Clementino Fraga Filho, tiveram papel de liderança neste processo. A tese pretendeu mostrar que, acima de quaisquer modelos apontados pela bibliografia especializada – franceses, germânicos ou norte-americanos - o grupo de catedráticos clínicos que chamamos de "geração dos anos 1950" acreditou que a Clínica Médica seria a base do ensino de medicina. Apresenta-se, aqui, então, a 1ª Cátedra de Clínica Médica, do Professor Clementino Fraga Filho, como um arquétipo de excelência de ensino.Além de terem buscado estimular a homogeneização dos currículos das diversas faculdades de medicina do País, estes professores propuseram a criação de departamentos, em oposição à instituição tradicional "cátedra", que, por ser conduzida por um único indivíduo, seu 'proprietário', constituía-se um entrave para a qualidade do ensino da medicina.Os catedráticos clínicos elaboraram propostas de uma reforma para o ensino médico e para o ensino superior, em geral, que culminaria, em muitos pontos, num evento distinto de suas perspectivas iniciais, a Reforma Universitária de 1968. Suas aspirações curriculares e estruturais para o ensino médico foram frustradas, pois, longe de resultar em maior diálogo entre as diversas disciplinas, a Reforma terminaria em sua fragmentação.

ABSTRACT

This work is a reflection about the leading of medical teaching in Brazil. We assert that the Professors of Internal Medicine of the Medical School of Rio de Janeiro, specially, Professor Clementino Fraga Filho, had had a principal role in its process. Our thesis intends to show that, overall any "educational model" - as a French, or a German or an American one – that is pointed out by a specialized bibliography, there is a group of Clinical Professors that we call here "1950's generation" who believed that Clinical Medicine served as the main basis for medical teaching. We present the 1st Chair of Medical Clinics as a *locus* of expertise in Brazilian medical education. Besides they had given a raise to the medical curricula trying to get them more homogenous, in many Brazil Medical Schools, the clinical Professors suggested the creation of departments, in opposition to the traditional Chairs, because they believed that the Chairs were a problem to medical teaching. These Professors believed that the Chairs, leaded by only one Professor, so called "the owner", should get worse the medical schools performance. The clinical Professors had created many propositions to a great medical teaching reform as well to the University teaching. These propositions would reach, in different aspects, a very different happening from their purposes – the University Reform of 1968. The Professors' curricular and structural aspirations to the medical education have been frustrated because the Reform didn't result in a better dialog among different disciplines, but in its fragmentation.

> ‘Porque os conceitos brotavam no mundo inteiro e nós tentávamos aqui e ali, sermos uma vanguarda de professores de Clínica Médica. Tanto que um professor de cirurgia disse: "essa faculdade devia mudar o nome pra Faculdade Nacional de Clínica Médica”. Porque se tomava conta de tudo. Realmente nós é que conduzíamos a coisa toda.’ (Fraga Filho, 2003, 5ª entrevista)

Introdução

O objetivo do presente trabalho é estudar o papel de um grupo de professores catedráticos de Clínica Médica na condução do ensino médico entre a década de 1950 e a Reforma Universitária de 1968. Estes professores identificaram e analisaram os principais problemas do ensino médico do período, e, assim, propuseram transformações radicais à estrutura heterogênea das faculdades de medicina do Brasil. Suas propostas visavam à adoção de um currículo em que o papel da Clínica Médica fosse reconhecido não apenas como relevante, mas indispensável à qualidade da formação dos estudantes de medicina. Tal iniciativa pode ser exemplificada pelas transformações criadas dentro da 1ª Cátedra de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, atual UFRJ, de propriedade do Professor Clementino Fraga Filho.

O interesse pelo assunto se deveu a dois principais fatores. Inicialmente, à desconfiança sobre um argumento largamente repetido por vários autores da literatura especializada e recente: após a II Guerra Mundial, instituiu-se, no Brasil, um “modelo” norte-americano de ensino que redefiniu os currículos das faculdades de medicina. Este modelo faria parte de um projeto maior dos Estados Unidos para o Brasil, e, no campo da educação, teria como conseqüência a instituição de acordos com o regime militar, dentre os quais estaria a Reforma Universitária de 1968. O segundo fator é a existência de numerosas fontes que apontam os professores catedráticos, particularmente um grupo de catedráticos clínicos, como importantes atores na construção dos currículos médicos brasileiros. Estes catedráticos, que instituíram e fomentaram intercâmbios internacionais, particularmente com os norte-americanos, promoveram e participaram de importantes encontros regionais e nacionais a fim de examinar os graves problemas do ensino médico do Brasil e propor

soluções a curto, médio e longo prazo. Utilizaram, nessa empreitada, critérios universais reconhecidos e legitimados tanto por diversos países europeus quanto pelos Estados Unidos, para que suas propostas de reformas curriculares estivessem adequadas às diversas realidades brasileiras. Entre estas propostas estaria a Reforma Universitária de 1968, cujo conteúdo fazia parte de um projeto do início dos anos 1960, anterior ao regime militar que se instaurou em 1964.

****

Apesar de terem analisado a educação médica num contexto amplo, buscando relacionar propostas curriculares ao período em que a influência norte-americana se expandia em todos os campos do conhecimento em função do enfraquecimento da Europa, após a II Guerra Mundial, diversos autores[1] limitaram sua análise a um contexto que excluiu o próprio currículo. Difundiram a idéia de que o modelo do ensino médico do período e a Reforma do Ensino de 1968 teriam sido conduzidos, basicamente, pelas políticas imperialistas norte-americanas para o Brasil. Assim, as faculdades de medicina estariam despreparadas para formar alunos aptos a lidar com a realidade da pobreza e a criar propostas para a promoção de saúde a partir de uma experiência comunitária.

Esta contextualização afastou o campo de visão destes autores daquilo que seria a estrutura universitária, suas instâncias deliberativas e, particularmente, os indivíduos que delas fizeram parte. Quando levamos em consideração os Conselhos Universitários, as Congregações e as Cátedras, além de todos os demais representantes dos corpos discente e docente - sobre as quais tal modelo se imporia -, outra realidade se configura[2]. Por conseguinte, acreditamos que expressões como 'ensino médico', 'modelo curricular', que tanto sentido fizeram para estes autores, tenham representado, para os mesmos autores, de fato, elementos abstratos que dispensaram ou desconheceram outros atores - ativos, críticos e articuladores.

---

[1] Entre outros, citamos Koifman, 2001, p.56; Cutolo ( ), principalmente as pp.8-10; Aleixo, 200); Feuerwerker, 1998; Mendes, 1968; Oliveira & Koifman, 2004, p. 145.

[2] O que será percebido ao longo dos capítulos que se seguem.

Os grifos das sentenças que se seguem e que mereceram uma rápida análise aludem ao citado modelo curricular norte americano sob a nomenclatura de "modelo flexneriano". O "modelo flexneriano", então, representaria uma incorporação pelas faculdades brasileiras de medicina, ao longo dos anos 1950 e 1960, das reformas do ensino médico norte-americano a partir do Relatório Flexner (*Flexner Report*), escrito em 1910 para a *Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* (Flexner, 1910). Este Relatório foi encomendado devido às constatações da AMA (*American Medical Association*) sobre a precariedade das condições das escolas médicas norte-americanas, entre as últimas décadas do século XIX e o início do XX. [3]

Nossa análise em relação à larga utilização da expressão 'modelo flexneriano' - alcunha replicada por diversos autores - é de que ela tenha servido de axioma universal, capaz de responder a todas as classes de problemas relativos à educação médica e capaz de estabelecer conexões entre diversos eventos do período compreendido pelas décadas de 1950 e 60. Apenas um axioma universal nos autorizaria a correlacionar tantas assertivas dos autores que veremos adiante. No limite, os Estados Unidos, representados aqui pelo "modelo flexneriano", teriam relacionado o currículo oficializado pelo governo federal do Brasil, às 59 faculdades de medicina criadas entre 1950 e 71, ao regime militar (1964-1985), à Reforma Universitária de 1968, ao próprio macartismo norte-americano[4], e aos ciclos básico e profissionalizante, criados essencialmente para favorecer o complexo médico-industrial, emblema do imperialismo norte-americano na América Latina:

> "As modificações ocorridas nas faculdades de medicina da América Latina a partir de 1950 repetem os conteúdos surgidos desse modelo nos Estados Unidos. O Brasil, até 1950, tinha 16 cursos de medicina. Entre 1950 e 1971, surgiram mais 59 faculdades [...] que, **por orientação federal, seguiram o modelo "flexneriano**". Com a Reforma Universitária — lei no 5.540/1968 —, implantada durante o governo militar, oficializou-se a separação entre o chamado currículo básico e o profissionalizante, modificando-se a dinâmica interna dos currículos e **favorecendo a lógica do complexo médico-industrial**." (Koifman, 2001, p.56)

[3] As contingências do Relatório ficarão mais claras a seguir, no capítulo 1 deste trabalho, entre as páginas 12 e 16.

[4] O macartismo perdurou nos Estados Unidos entre o final dos anos 1940 e meados de 1950, e, ao que se saiba, foi um movimento anticomunista, de 'caça às bruxas', dentro do território deste país.

"A partir dos anos 30, [...] a influência dos programas de financiamento externos, como os da Fundação Rockefeller, e do ensino médico americano, tendo por base as recomendações do Relatório Flexner de 1910, voltadas à diminuição do número de escolas médicas daquele país e uma mudança curricular profunda com destaque para as disciplinas das ciências básicas, repercutiram no ensino médico brasileiro. Desta influência resultou a estruturação curricular do ensino médico no Brasil. A introdução de disciplinas, o estímulo à pesquisa, a ampliação do uso de técnicas e a prática baseada no hospital de ensino, fez surgir os primeiros programas de residência médica, no Hospital das Clínicas de São Paulo, em 1944, e no Hospital dos Servidores do Estado, no Rio de Janeiro, em 1948." (Ristow, 2007, pp. 48-9)

"Esse trabalho, denominado "Relatório Flexner", realizado após visita a 155 escolas médicas americanas, pregava uma série de modificações nos currículos médicos, **baseando-se em determinados pressupostos ideológicos para a Medicina,** como o mecanicismo (o homem é comparável a uma máquina), o biologismo (predominância da natureza biológica das doenças), o individualismo (exclusão dos aspectos sociais), o especialismo (superespecialização do médico), a tecnificação precoce e crescente do ato médico e a ênfase na medicina curativa[...]. Ademais, seus preceitos de biologismo e individualismo **contrapunham-se, oportunamente, às ameaças das idéias que implicavam causas sociais na gênese das doenças.** No contexto flexneriano de assistência médica à doença, de fragmentação do indivíduo e de **negação dos determinantes sociais**, não há espaço para os Centros Comunitários de Saúde, que são paulatinamente desmontados, em razão do conjunto de mudanças sociais do segundo quarto do século. Além disso, essas experiências sofrem os efeitos do corporativismo médico, das discriminações de cunho político-ideológico ocorridas na **chamada era "MacArthista" nos Estados Unidos e pela inconveniência de sua pouca vocação para o consumo de remédios e aparelhos biomédicos.** [...]. Essa crescente participação estatal desenvolve-se em aliança e subordinação ao conjunto de interesses dominantes e determinantes na estruturação da prática médica e na organização do setor saúde, quais sejam, a necessidade capitalista de controle, reprodução e manutenção da força de trabalho, as necessidades expansionistas do complexo industrial farmacêutico e de equipamentos, as necessidades político-ideológicas de negação do social e as **prescrições pedagógico-científicas do Relatório Flexner**. (Aleixo, 2002, p. 4)

Num sentido diferente do que propôs a pedagoga Lílian Koifman, Aline Ristow, também educadora, apropriou-se, em sua dissertação de mestrado, do "modelo flexneriano", particularmente quando analisou algumas obras em que a expressão foi utilizada. No entanto, no corpo de seu estudo sobre formação humanística do médico, atribuiu à **influência** (e não à incorporação) do Relatório Flexner (e não do "modelo flexneriano") a "estruturação curricular" do Brasil, com base nas disciplinas básicas e na prática em hospitais de ensino, espaços geradores das Residências Médicas. Numa forma mais radical, o médico sanitarista José Lucas Aleixo também creditou ao axioma universal flexneriano um ensino médico cujos preceitos pedagógicos e científicos se voltariam para a expansão capitalista norte-americana, através de um controle social visando à reprodução da força de trabalho. Concordou com Koifman na relação entre o "modelo flexneriano" de ensino e a indústria de medicamentos e dispositivos médicos tecnológicos, e foi além, na ideologização do modelo, associando-o inclusive ao macartismo.

Os exemplos das citações acima se relacionaram, de alguma forma, com os grupos que discutiram nos anos 1950 e no início dos 60 o ensino da medicina preventiva no período de graduação; publicaram na revista *Educación Médica y Salud* [5] e participaram dos Seminários sobre o Ensino da Medicina Preventiva e Social, de 1955 e de 1956, respectivamente, em Viña del Mar, no Chile e em Tehuacán, no México. A idéia de introduzir, ainda na graduação, o ensino da medicina preventiva tinha o objetivo de transformar o panorama da morbidade e da qualidade de vida dos países latino-americanos. Essas propostas tiveram como conseqüência mais visível a adoção de uma política de base 'preventivista', amplamente divulgada e incentivada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) até o começo dos anos 70 (Nunes, 1999-2000, *apud* Silva et al., 2006, p.94).

Aparentemente, a idéia de que a prevenção e a preocupação social tenham feito parte também das preocupações dos professores e educadores médicos foi desconhecida dos representantes da corrente de autores que acreditaram no determinismo do "modelo

[5] A revista foi criada em 1966 e continuou até 1995. Para questões relativas à medicina preventiva, ver Ugarte (1967) - 'El médico general, el médico básico o indiferenciado, el médico de família y el especialista'. Ver também OPS/OMS (1969) – Comité de expertos: 'Primer informe sobre la enseñanza de la medicina preventiva y social en las escuelas de medicina de América Latina'

flexneriano" de ensino da medicina. O médico e sociólogo argentino, de Harvard, Juan César García, chamou atenção para essa ausência; havia conduzido um estudo em 1967 que estenderia o projeto de análise da disciplina Medicina Preventiva e Social ao estudo do conjunto da educação médica. Assim, Garcia "partiu para a análise dos agentes desse ensino e das relações que se estabelecem entre eles". (Garcia, 1972 *apud* Lampert, 2004 p. 247)

São, de fato, exíguos os trabalhos que se propuseram a perceber o ensino médico do Brasil a partir da perspectiva pedagógica[6], levando em conta a heterogeneidade e as especificidades dos currículos das várias faculdades de medicina. A geração de médicos que chegou à cátedra de Clínica Médica da Faculdade Nacional de Medicina nos anos 1950 contribuiu de forma bastante elaborada para o entendimento da necessidade de formação de profissionais habilitados a diagnosticar e abordar os diversos problemas relacionados à saúde. Estes catedráticos perceberam a premência de um esforço de participação em diversas instâncias decisórias, na sua faculdade, no Conselho Universitário, em comissões do Ministério da Educação e nas diversas associações que debatiam o ensino médico. Dialogaram com representantes das inúmeras propostas para reformas do currículo médico e produziram um sem número de publicações em importantes revistas, que serviram de referência a todos os interessados nesse debate. E é nessa seara que pretendemos inserir nosso tema.

****

Foge ao escopo deste trabalho qualquer análise sobre o papel da Medicina Preventiva enquanto disciplina das faculdades de medicina, tampouco sobre o Relatório Flexner de 1910. Da mesma forma, não pretendemos analisar a conjuntura política de 1968 quando nos detivermos na Reforma de Ensino que, naquele mesmo ano, extinguiu as cátedras.

[6] A própria revista *Educación Médica y Salud* levantou questões como a criação de novas escolas médicas na América Latina (Grzegorzewski, 1969) e atitudes e opiniões dos professores de medicina (Bridge, 1967), mostrando que a variabilidade dos temas aí abordados também contemplou a Pedagogia Médica.

Divisão do trabalho em capítulos.

Inicialmente, no Capítulo 1, traçamos um breve panorama da medicina, da sua prática e do seu ensino, observando as importantes e numerosas transformações que ocorreram nas ciências ao longo do século XIX. Partimos do princípio da importância de países como França, Inglaterra e Alemanha para o ensino médico nas Américas. Assim, abordamos a anatomoclínica francesa, os diferentes processos de estruturação das especialidades médicas e a introdução e aceitação da medicina laboratorial em cada um destes países europeus, assim como nos Estados Unidos e no Brasil. No caso do Brasil, apresentamos a medicina legitimada pela anatomoclínica enquanto prática científica, e a emergência da medicina laboratorial e das especialidades clínicas nas duas faculdades de medicina do Brasil e na Policlínica do Rio de Janeiro.

O Capítulo 2 tem como objetivo tecer um painel da saúde pública, do ensino e da pesquisa médica no Brasil das primeiras décadas do século XX. Acreditamos que os médicos do período tenham servido de referência para os catedráticos clínicos dos anos 1950, objetos deste trabalho. Diversas epidemias e endemias, além da falta de saneamento básico, reforçariam o elo entre interesses assistenciais e investigativos dos médicos e das instituições governamentais. Veremos que os médicos atuaram em várias frentes e que particularmente a via do saneamento representou um importante diferencial da medicina do período. Pretendemos apresentar a relevância para o Brasil das duas principais instituições de sua capital: a Faculdade de Medicina e o Instituto de Manguinhos. Manguinhos criaria um ambiente internacional de pesquisa, de ensino e de assistência hospitalar (esta, um objeto até então negligenciado na historiografia sobre o Instituto). A Faculdade de Medicina serviria de palco de debates sobre modelos de currículo e de ambiente para as novas especialidades. As reformas de ensino do período são apresentadas e analisadas, assim como os conteúdos dos debates da Congregação da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. O papel dos catedráticos envolvidos com o ensino médico foi analisado a partir das suas propostas de transformações estruturais para as faculdades brasileiras.

O Capítulo 3 vai tratar do objeto central da tese – os catedráticos clínicos da geração de 1950 e, particularmente, do Professor Clementino Fraga Filho e da 1ª Cátedra de Clínica

Médica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Neste capítulo, utilizamos entrevistas com o Professor Fraga Filho sobre a sua trajetória e a de seus colegas catedráticos de Clínica Médica, que resultaria na formação de um grupo interessado também no debate sobre educação médica. Discutimos como sua visão do ensino médico lhe forneceu subsídios para a excelência da sua 1ª Clínica Médica, a ponto de ter sido emblemática e ter servido de inspiração para propostas de transformações curriculares. À medida que conhecemos os institutos, as especialidades médicas, as divisões, subdivisões, os serviços e as inúmeras atividades assistenciais, investigativas e didáticas da 1ª Cátedra, discutiremos o tino gerenciador e educador do Professor Fraga Filho. Este passo é fundamental para o entendimento de sua participação nas altas esferas da Faculdade, da Universidade, e na problematização da própria estrutura de cátedras, que influenciaria a Reforma Universitária de 1968, através da 1ª Conferência sobre o Ensino da Clínica Médica, objeto do Capítulo 4.

O quarto e último capítulo também estará permeado de entrevistas. Inicia-se com a apresentação de diversos encontros nacionais e internacionais sobre educação médica e com o seguimento do debate – conduzido por alguns catedráticos - que problematizou a estrutura de cátedras. O centro deste capítulo, no entanto, se situará na 1ª Conferência sobre o Ensino da Clínica Médica, em 1961, realizada em Salvador (UFBa, 1961), quando praticamente todas as cátedras de Clínica Médica do Brasil se fizeram representar. As propostas desta Conferência terão repercussões de monta, pois evidenciarão ainda mais a relevância nacional e internacional da 1ª Cátedra de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da então Universidade do Brasil (atual UFRJ) e os caminhos necessários a uma grande reforma do ensino médico do País. Neste capítulo, duas figuras de grande importância estarão presentes: o Professor Roberto Santos, também catedrático de Clínica Médica, da Faculdade de Medicina da Bahia e José Roberto Ferreira, da OPAS, responsável pela estruturação curricular das diversas faculdades de medicina que foram criadas à revelia das orientações de nossos catedráticos. A partir do Professor Roberto Santos, vamos percorrer a rota da Reforma Universitária de 1968 e entender como um sistema de ensino – baseado em cátedras – foi extinto com o apoio de diversos catedráticos que propunham uma estrutura departamental, e como a Reforma frustrou esses catedráticos ao fazer nascer estruturas já desintegradas.

Capítulo 1
Um panorama da medicina e de seu ensino na Europa e nas Américas (século XIX)

O presente capítulo busca uma breve reflexão sobre a constituição e a consolidação social e epistemológica da medicina e de seu ensino no Brasil, levando em consideração as interações entre este País, a Europa, particularmente, França, Inglaterra e Alemanha, e os Estados Unidos do século XIX.

Há historiadores que entenderam a primeira metade dos oitocentos como o período de uma Segunda Revolução Científica, análoga à do século XVII, pois o século XIX criara novos cânones de verdades que romperam com os fundamentos do conhecimento dos séculos anteriores. (Mendelsohn, 1964, p. 4) (Redondi, 1989, p. 321). Até então, as principais inquietações dos cientistas se concentravam em teorias sobre Deus, o homem e a natureza, explicados pela Matemática, pela História Natural e pela Filosofia Natural. (Pickstone, 2005, p. 36).

Por outro lado, no século XIX, a ciência se tornava uma carreira e seu ensino passou a exigir um treinamento como pré–requisito que as antigas universidades do século XVIII nem sequer haviam esboçado. (Crossland, 1975, pp. 38-57). A ciência viria também

a ser marcada por uma função utilitária (Redondi, 1989, p. 330), pela especialização, pela profissionalização e pela perda de seu vínculo secular com crenças políticas, filosóficas e religiosas. (Pickstone, 2005, p. 33-34). A profissionalização dos conhecimentos, e, portanto, das ciências, cujo primeiro exemplo, segundo alguns autores (Crossland, 1975, p. 143; Mendelsohn, 1964, p.8-12), foi a Escola Politécnica de Paris[7] (1794), teria advindo em determinadas jurisdições que definiram "*who had control of what, when and how*". (Abott, 1988, p. 8) Em termos mais analíticos, o avanço de uma profissão teria significado um maior controle de certas habilidades e conhecimentos por um determinado grupo. Estaria, portanto, pressuposta a existência de momentos de contenda entre distintas profissões, ao fim da qual, um grupo iria controlar a técnica e outro, o saber abstrato – que, por sua vez, geraria as próprias técnicas práticas. (Abott, 1988, p. 8; Freidson, 2001, cap. 2)

Na medicina, a anatomoclínica

A anatomoclínica, de origem francesa, foi prática científica hegemônica no Ocidente ao longo de todo o século XIX, ao fim do qual, novos pressupostos - laboratoriais - redefiniriam os estados mórbidos.[8] A medicina acadêmica dos oitocentos, representada tanto pela anatomoclínica francesa quanto pela medicina germânica de bases laboratoriais, conviveu, nos diversos países do Ocidente, no cenário da cura, com atividades oriundas da observação e da experiência. Eram as parteiras, os cirurgiões de cataratas, os dentistas, dentre tantos práticos, que, nos países em que os escravos africanos tiveram uma presença marcante, se misturavam a barbeiros, feiticeiros e demais curandeiros que utilizavam conhecimentos ancestrais os mais diversos. A forma pela qual se estabeleceram as relações entre a medicina "científica" européia com essas práticas da cura variou de país para país; ora a medicina se impôs como verdade, ora foi desconsiderada por quase toda a sociedade.

---

[7] Os autores acreditam que a profissionalização na Politécnica tenha sido bem sucedida devido a algumas transformações nos princípios pedagógicos tradicionais, relacionadas à revolução Francesa. A Politécnica adotou um sistema em que os cientistas - e não mais os repetidores – passaram a ser os professores, e adotou também o ensino em tempo integral e o salário para os professores, o que teria estimulado sua dedicação à instituição. Desta forma, a Politécnica superou o ensino altamente especializado das instituições militares, e das Escolas de Pontes e de Minas, e desempenhou um papel ao mesmo tempo competitivo e democrático no avanço científico: a substituição do manipulador da técnica pelo cientista e a admissão de alunos de origem social menos abastada que a dos estudantes das antigas escolas.

[8] Ver Cunningham, A. (2002). O autor compara a peste definida por sinais e sintomas à peste após a bacteriologia, e afirma que ela se transformaria, após muitas tensões, em outra doença, a partir do diagnóstico laboratorial.

Entre os norte-americanos, por exemplo, a medicina "científica" concorria com os práticos de cura que citamos, mas também com outras medicinas que serviram de base para a criação das mais de 150 faculdades de medicina nos Estados Unidos e Canadá, como a osteopatia, a homeopatia, a cura pela alimentação com cereais.

O exercício da medicina até o final dos anos 1700, segundo Michel Foucault, "referia-se mais a qualidades de vigor, flexibilidade e fluidez que a doença faria perder e que se deveria restaurar" (Foucault, 1985, p. 39). Nos oitocentos, ao contrário, a História Natural, especificamente, procuraria "regularidades operacionais" de alguns campos de estudo, como membranas dos órgãos, que interessavam a alguns médicos, e também por recombinações de sais, ácidos e bases, com as quais os químicos trabalhavam. (Pickstone, 2005, p. 34). Diversos elementos da medicina francesa, corolários de tais regularidades operacionais, se difundiram pelo mundo nas primeiras décadas do século XIX. Desta forma, "o estetoscópio, o exame físico, a patologia tissular, a instrução clínica sistemática junto ao leito do paciente, a autópsia, [...] a perspectiva anatomoclínica e a estatística clínica" demandavam proficiência e, portanto, uma mudança radical no método de transmissão de conhecimentos clínicos. (Edler, 1999, p. 36)

Em conformidade com a agenda de projetos e medidas pós Revolução Francesa, o hospital deixava de pertencer à ordem dos cuidados religiosos e do isolamento social, e se estabelecia como o local da prática, do ensino e da pesquisa na medicina. Os estados mórbidos adquiriam nomes e passariam à condição de ontologias, com seus postulados, como neutralidade, exatidão estatística e a idéia de analogia de sintomas e sinais entre indivíduos, e de repetição de quadros semelhantes. A análise detalhada de cada doente isoladamente ajudou na formação de uma casuística de queixas e sinais clínicos, aos quais seriam somados os exames *post mortem*, que buscavam lesões orgânicas semelhantes, que estabeleceriam uma doença. O ambiente hospitalar e o indivíduo doente favoreceram, assim, o novo conhecimento médico, relacionando, no mesmo espaço físico, assistência, ensino e pesquisa. (Foucault, 1987, p. 72-97)

Um bom médico, então, dirigiria sua anamnese principalmente para os sistemas e órgãos que a experiência e o conhecimento sugerissem algum grau de comprometimento.

Além de avaliar sinais e sintomas, deveria se inteirar da história pregressa do doente, que revelaria condições favorecedoras ou predisponentes ao adoecimento. A anatomia patológica confirmava o tino clínico do médico - o diagnóstico correto. E mais que propor um tratamento, oferecia um prognóstico e validava o próprio método anatomoclínico. (Edler, 1999; Foucault, 1987)

A anatomoclínica, segundo Foucault, foi um ato médico, e, "valerá o que vale quem o realiza" (Foucault, 1987, p. 91). Para a anatomoclínica entendida por Foucault, "seu valor intrínseco estaria em função da qualidade, socialmente reconhecida, do produtor". A anatomoclínica hierarquizou o conhecimento dos doutores em relação ao dos demais profissionais (no caso da França, os "oficiais da saúde"), ainda que muitos tenham freqüentado academias, como os cirurgiões e os boticários. A profissão do médico se afirmava na clínica, vinculada, por sua vez, ao domínio hospitalar reorganizado; somados o conhecimento e a experiência clínica e a possibilidade de ensinar e de aprender no espaço do hospital, e o distanciamento ente médico e oficial de saúde, define-se com nitidez o papel do doutor. (Foucault, 1987, p. 91-93)

Especializações na medicina européia

França

Na França, a identidade de especialista remetia o médico aos curandeiros (*experts*) do Antigo Regime, que socialmente se encontravam totalmente à margem dos médicos e até mesmo dos cirurgiões. (Weisz, 2006, p. 3-5) A anatomoclínica também teve suas desconfianças relativas à microbiologia pastoriana: grande parte dos médicos acreditava que suas técnicas tradicionais de anti-sepsia eram eficazes nas cirurgias, e que os achados do laboratório microbiológico ameaçavam intervir no esteio da clínica, representado pela relação médico-paciente. A tradição clínica francesa – aí se incluem os hospitais da *Assistance Publique* (AP-HP)[9] - militou contra a união entre a clínica e o laboratório, até o início do século XX, quando, ainda assim, as disciplinas laboratoriais tenderam mais a ficar

[9] Segundo o autor, os hospitais militares, como o Val de Grâce e o de Lyon, foram exceções na *Assistance Publique – Hôpitaux de Paris* (AP-HP), pois aceitaram a medicina pastoriana.

dispersas no ensino pré-clínico da medicina do que a se constituir numa unidade dentro da Faculdade de Medicina. (Osborne, 2002, p. 205-207)

Entendemos que a emergência das especializações médicas tenha seguido a mesma lógica do processo de profissionalização dos médicos. As especializações, segundo Weisz, se organizaram e se institucionalizaram nos hospitais, nas faculdades de medicina, nas sociedades de especialistas e nos periódicos médicos, entre o final do século XVIII e as últimas décadas do século XIX (Weisz, 1997). Este autor acredita que a principal precondição para o surgimento das especialidades tenha sido a unificação de duas diferentes categorias já estabelecidas de prática profissional: a cirurgia e a medicina. Esta fusão não teria tido relevância por si só, pois, para que a medicina e a cirurgia determinassem a formação de um domínio unificado de conhecimento e de prática profissional, seriam necessárias instituições de treinamento e de pesquisa. Assim, as subseqüentes especialidades clínicas e cirúrgicas passaram a fazer sentido enquanto divisões da medicina/cirurgia - agora legitimada e institucionalizada como um único campo de conhecimento, "medicina". (Weisz, 1995) Através de negociações entre grupos de médicos e algumas daquelas instituições, estabeleceram-se hierarquias de saberes dentro do campo maior do conhecimento médico, a ponto de alguns destes saberes alcançarem sua autonomia. A partir daí, cabia aos especialistas desenvolverem e alojarem institucionalmente suas conquistas.

Entre o final do século XVIII e as últimas décadas do século XIX, *grosso modo*, a especialização se organizaria, principalmente, a partir da pesquisa clínica e do treinamento dos médicos clínicos generalistas. Esse fenômeno inicialmente estaria mais relacionado a indivíduos ou pequenos grupos, e o lócus central deste debate, no período, teria sido a combinação escola de medicina – hospital de ensino. A prática privada especializada derivada do conflito pelo mercado entre os especialistas para o controle de domínios específicos, certamente existira, mas apenas como um fenômeno esporádico e localizado aqui e ali. (Weisz, 2006, Introdução, p. xiv-xvi)

Enquanto, a partir de 1840, crescia o número de médicos especialistas e de obras médicas especializadas, os professores da Faculdade de Medicina de Paris, que viam nas

especialidades um reducionismo intelectual comprometedor para a ciência médica, resistiam ao máximo à sua introdução na Instituição. (Weisz, 2006, p.20) Entretanto, o Estado decidiu tomar uma posição em defesa do reconhecimento institucional das especialidades médicas, e representou um papel capital, ao enfrentar a maioria dos professores da Faculdade de Medicina de Paris. A solução encontrada pelo Estado francês foi impor uma racionalidade burocrática nas fortes estruturas institucionais a fim de valorizar a noção de "avanço do conhecimento médico". O ímpeto por avançar desembocaria na criação de categorias classificatórias que, por sua vez, contribuíram para a especialização e para a competição. (Weisz, 2006, pp. 14-18)

Em 1859, o Ministro da Instrução Pública sugeriu à Faculdade de Medicina de Paris a criação de novas cadeiras para as especialidades emergentes. Uma comissão da Faculdade rejeitou a proposta, apesar de o professor Armand Trousseau (1801-1867), "talvez a última grande figura da era clássica da clínica" (Osborne, 2002, p. 190), considerar que as especialidades, inadequadamente ministradas, eram importantes para a formação dos médicos. A hostilidade unânime dos professores à atitude de Trousseau desencadearia, por parte de autoridades do Estado, a imposição, pela força, das novas cátedras especializadas. (Weisz, 2006, p.21)

A primeira nova cadeira a ser criada na Faculdade de Medicina foi a de doenças mentais, em 1877, seguida pelas de doenças de crianças e de oftalmologia em 1878, dermatologia-sifilografia em 1879, neurologia em 1882, e clínica obstétrica e urologia em 1890. Os periódicos médicos especializados tiveram início entre 1860 e 1870 por iniciativa de médicos da Faculdade de Medicina e de hospitais ou instituições como as de surdos e de cegos. (Weisz, 2006, p.15) A nova dinâmica das especialidades também se preocupara em recuperar os médicos que haviam trocado a França para seus treinamentos de pós-graduação na Áustria ou na Alemanha. Recriava-se, com as novas cadeiras, a possibilidade de competição internacional nos campos educacional e científico. (Weisz, 2006, pp. 22-23)

Fora das instituições parisienses também houve expansão da prática especializada. Wesz percebeu um progressivo e significativo crescimento numérico dos especialistas ao longo dos oitocentos, mas a partir de 1890, um aumento exponencial. Assim, segundo o

autor, por terem encontrado um espaço no sistema educacional (ainda que através da imposição do Estado), tais especialistas sentiram-se mais respeitados. (Weisz, 2006, p. 22-24)

Grã-Bretanha

As escolas médicas da Grã-Bretanha (exceção feita à Escócia), até o final do século XIX, estavam vinculadas a hospitais de caridade, o que dava uma característica bem distinta das escolas da França, onde a anatomoclínica marcou a medicina do século XIX. (Warner, 2004, p. 9). Da mesma forma, problemas políticos, econômicos e filosóficos estavam num momento favorável para serem debatidos, e os conhecimentos em geral se institucionalizariam nesse período, através de iniciativas de indivíduos privilegiados que conquistaram oportunidades de exercer sua criatividade (Ben-David, 1974, pp. 114-115).

Os médicos ingleses do século XVIII formavam uma profissão de posição, e não uma profissão ocupacional. Segundo Starr, eram indivíduos que viviam em Londres, membros do Real Colégio de Médicos, onde só seriam admitidos os graduados por Oxford ou Cambridge, ainda que essas universidades não se sobressaíssem pela educação médica (Starr, 1991, pp. 52-54). Na Inglaterra, o século XIX deslocaria a atividade intelectual londrina para as novas cidades industriais do interior. Em consonância com a Revolução Industrial. A praticidade provinciana se apresentaria, então, como antídoto contra a ciência teórica da capital; as cidades do interior se tornariam importantes focos da reforma organizacional das ciências dos meados do século XIX. (Mendelsohn, 1964, pp. 5-9).

Os significados de questões, como a unidade do conhecimento natural, vinham se apresentando profundamente problemáticos para os novos cientistas. Entretanto, uma formação mais ampla persistia e, muitas vezes aconteceu de grupos que a defendiam de maneira deliberada terem instalado uma verdadeira cizânia na ciência britânica, em meio aos novos paradigmas e programas específicos de pesquisa, trazidos do continente ou nascidos na própria Inglaterra. (Pickstone, 2005, pp. 37-39).

Dentre tais paradigmas, estavam as especialidades médicas; muito tardiamente e debaixo de muitos subterfúgios, as especialidades se tornaram discretamente manifestas. Um exemplo disso é que, já no século XX, alguns dos mais conhecidos e atualizados cirurgiões especializados do País se consideravam - e de alguma forma atuavam como - cirurgiões gerais que, "por acaso", teriam um especial interesse em determinada área, como ortopedia ou neurologia, por exemplo. (Weiss, 2006, p.27)

Semelhante ao ocorrido em Paris, os hospitais especializados apareciam no século XVIII de Londres, como instituições privadas que serviriam os excluídos dos hospitais gerais. No século XIX, no entanto, esses hospitais tornaram-se empresas; agora seu alvo eram os filantropos que pudessem sustentar um pequeno dispensário ou hospital especializado, o que poderia melhorar a reputação do médico e atrair pacientes ricos pagantes. Na primeira metade do século XIX, 27 hospitais, enfermarias e dispensários especializados se estabeleceram em Londres e outros 22 nas cidades das províncias. Mas, mesmo com o sucesso de alguns hospitais especializados, como os hospitais de olhos, as especializações se mantinham no ostracismo da medicina. Na verdade, a única divisão aceita era entre medicina e cirurgia; o *Royal College of Surgeons*, em 1843, recusou especialistas como membros e o *Royal College of Physicians* lhes foi mais hostil ainda. Weisz acredita, entretanto, que as especialidades eram menos hostilizadas do que ignoradas: nos anos 1860, mais 14 instituições em Londres e 12 nas províncias foram inauguradas. A idéia das especializações enquanto prática mais científica foi se disseminando na sociedade britânica; os oponentes se colocavam menos contra as especializações do que contra os hospitais especializados. Estes serviam de ameaça financeira aos hospitais gerais, por competirem com as doações voluntárias. (Weisz, 2006, p. 31-32)

A principal atenção das propostas de reforma da medicina britânica foi alcançar a unidade, a simplificação, a ordem e maior igualdade no contexto profissional. A especialização ameaçava vários médicos de induzir maior divisão e conflito na profissão; para a elite médica dos *Royal Colleges*, a especialização ameaçava também seus poderes e privilégios. Por fim, as especializações induziam suspeitas da parte dos reformadores e da

estrutura médica vigente. Por outro lado, Londres não dispunha de um hospital ou de um sistema de educação unificado; ao contrário da França, o Estado estava ausente da medicina britânica. Hospitais privados de vários tamanhos, que serviam a várias escolas médicas, eram fragmentados e ofereciam uma educação médica básica com pouco espaço para o conhecimento especializado que emergia. Dessa forma, a especialização só poderia emergir de fora do sistema das instituições de elite; seu status de *outsider,* diferentemente do que ocorreu na trajetória dos especialistas na França, os caracterizou como oportunistas, quando não charlatães. (Weisz, 2006, p.27)

A pesquisa, para Weisz, também não provocava interesse na elite médica londrina. Os médicos cultivavam suas facetas de *gentlemen* orgulhosos de seus atributos pessoais e culturais, de suas habilidades clínicas, ainda que houvesse algumas raras ilhas de cultura médica preocupadas com o avanço da ciência, como o *Guy's Hospital*. Até as últimas décadas do século XIX, as autoridades acadêmicas britânicas estavam mais preocupadas com "*personality, style, and character*". Mesmo mais adiante, quando as especialidades viriam a pertencer ao universo médico britânico, os critérios "*gentlemanly*" não foram substituídos. (Weisz, 2006, p.28)

A idéia de "unidade do conhecimento natural" vinha se apresentando profundamente problemática para os novos cientistas. Entretanto, uma formação mais ampla persistia e, muitas vezes aconteceu de grupos que a defendiam de maneira deliberada terem instalado uma verdadeira cizânia na ciência britânica, em meio aos novos paradigmas e programas específicos de pesquisa, trazidos do continente ou nascidos na própria Inglaterra. (Pickstone, 2005, pp. 37-39). A aceitação das especialidades foi, portanto, lenta e gradual, e enfrentou constantes resistências; as especialidades integradas em sistemas e instituições unificadas foram argumento mais convincente do que as idéias sobre unidade do corpo. Por outro lado, no final do século XIX, as elites médicas foram se aproximando das questões internacionais sobre educação médica, que lidava com o papel central da pesquisa clínica, agora fortemente integrada à especialização. Além disso, o governo se envolveu na área da saúde e apoiou a especialização; por fim, a introdução de um sistema de referência entre os médicos da elite (*consultants*) os *general practicioners*

promoveu a reconciliação dos interesses conflitantes entre os médicos. Mas o ponto alto para a afirmação das especialidades britânicas residiu no crédito internacional dado à sua relevância na educação médica. (Weisz, 2006, p. 38)

Estados germânicos ou germanófonos (Alemanha e Áustria)

O que mais chamou atenção na associação ensino-pesquisa na Alemanha (ou estados germanófonos) do século XVIII foi o lento e polêmico, mas bem sucedido processo de criação de institutos / laboratórios dentro das suas universidades. A tradição germânica, ao contrário da francesa e mesmo da inglesa, se preocuparia em elevar o status das suas universidades e, particularmente, das faculdades de filosofia. A organização universitária, nos dois primeiros terços do século XIX, manteve-se sob o poder dos grandes professores, que defendiam um conhecimento universal, em detrimento da especialização do saber, e acreditavam que a missão da universidade era a de produzir e ministrar um conhecimento puro, desvinculado da realidade do mercado. Sua estrutura, formada por institutos (locais de pesquisas) irremediavelmente vinculados às cátedras (espaços extremamente hierárquicos compostos pelos diversos professores subordinados aos catedráticos) servia como proteção às investidas mercadológicas. (Kremer, 2002, p. 73).

Entretanto, as reformas que levariam à emergência das universidades fundamentadas na pesquisa utilitária tiveram íntima relação com as reformas econômicas que favoreceram a iniciativa privada - reformas agrárias, de caráter anti-feudal, e reformas trabalhistas, que removeram o sistema restritivo de guildas. O investimento estatal foi inicialmente dirigido a uma ciência pura teórica - particularmente à matemática e à física -, à pesquisa acadêmica desvinculada da indústria emergente. Mas quando estas relações passaram a ser estimuladas por incentivos apropriados, como a proteção da propriedade intelectual, o conhecimento científico e o aperfeiçoamento da indústria apresentariam um crescimento exponencial. (Lenoir, 1998)

O que é comum a todo o mundo germanófono é que foi em torno das escolas de medicina ligadas a universidades que as primeiras especialidades se desenvolveram, e, mais do que na França, foram percebidas e legitimadas, na sua origem, como prática acadêmica

essencial à pesquisa e ao ensino médico. Talvez os especialistas germanófonos não tenham recebido o devido reconhecimento e visibilidade até meados do século XIX, segundo Weisz, devido ao fato de que a população tanto de Berlim quanto de Viena correspondia a um terço da de Paris, cuja comunidade de pesquisa médica era incomparavelmente maior do que a de qualquer cidade do mundo germanófono. (Weisz, 2005, p.38) No entanto, apesar da forte identificação entre especialização, ensino e pesquisa, o ideal de um conhecimento geral e sintético era bem anterior e mais aceito. Segundo Weisz, esse ideal generalista, por sua vez, teria modificado e domesticado o sistema de especializações. (Weisz, 2006, p. 44)

Particularmente após 1848, a pesquisa universitária se expressaria em crescimento institucional, diferenciação de disciplinas e criação de novas especialidades. A emergência da especialização médica nos estados de língua germânica pode ser mais bem entendida neste contexto de transformação institucional do que como conseqüência de algum modelo particular de pesquisa. Os médicos reformadores, como Wirchow, fizeram a relação entre especialização e necessidades acadêmicas, reivindicando especialidades clínicas nos hospitais universitários e alegando que a clínica geral por si só, como se apresentava na época, não teria utilidade para professores ou estudantes. (Weisz, 2006, p. 47-52)

Houve diferenças significativas na expansão das especialidades entre o universo "austríaco" e o "germânico". No início do século XX, o tempo dedicado às especialidades clínicas nas universidades germânicas era aproximadamente 45% menor do que nas austríacas. No entanto, segundo Weisz, a relutância do sistema germânico teria sido compensada por uma maior flexibilidade entre as instituições públicas e privadas; a oftalmologia, a ortopedia e a psiquiatria foram exemplos de especialidades muito comuns em clínicas e hospitais privados. Várias clínicas privadas foram estabelecimentos com fins lucrativos destinados às classes médias, enquanto as demais tinham um perfil caritativo, mas ambas tinham em comum o foco na pesquisa e no ensino. (Weisz, 2006, p. 55) De fato, ao contrário de Paris e Londres, tais hospitais especializados sempre estiveram conectados às universidades, o que estabeleceu um precedente para a estruturação das especialidades nos estados de língua germânica. (Weisz, 2006, p. 45) Assim, o caráter

acadêmico das especializações não daria uma aparência tão incisiva à oposição ao pensamento unitarista: melhor para as especialidades serem apresentadas sob a forma de "disciplinas universitárias" do que de "prática especializada". (Weisz, 2006, p. 47)

Mas houve uma demora na propagação das especialidades nos estados germânicos, que pode ser explicada por um conjunto de fatores, segundo Weisz. Inicialmente, os professores, bastante conservadores, resistiriam facilmente a inovações; da mesma forma, estes professores de disciplinas estabelecidas estariam bem pouco inclinados a repartir seu poder, seus alunos e, muito menos, seus salários com seus colegas, apesar da pressão dos governos nesse sentido. Em segundo lugar, as universidades germânicas, especialmente as da Prússia, investiram pesadamente nas ciências laboratoriais, criando para elas não apenas novas cátedras e novos cursos, mas novos Institutos (sem quaisquer equivalentes na França) que demandavam grandes gastos, permitindo a remessa de poucos fundos para as especialidades. Por fim, Weisz acredita num "estilo" institucional do Império germânico, pois seja nas ciências básicas, seja nas especialidades clínicas, as universidades alemãs só criaram cátedras em número relativamente restrito e, mesmo assim, nas matérias convencionais e bem estabelecidas: fisiologia, anatomia patológica, obstetrícia e oftalmologia (exatamente o oposto de Paris, onde em 1860, como foi visto, criava-se uma cadeira de histologia). (Weisz, 2005, p. 44-45)

As policlínicas, por outro lado, tiveram papel relevante e foram identificadas como uma característica da prática médica germanófona, particularmente vienense. Diversas policlínicas serviram às especialidades médicas e formavam especialistas que visavam carreiras acadêmicas. Por sua vez, as discussões relativas às reformas do ensino médico acabariam por abordar, além do quantitativo de médicos, o papel dos especialistas na educação e nos exames de formação médica. Tal preocupação em limitar o número de médicos conduziu a um debate sobre formas de controlar as conseqüências da especialização, o que fez da Alemanha o primeiro dos países que aqui analisamos a buscar um debate sobre a certificação e o treinamento dos especialistas. (Weisz, 2006, p. 60-62)

A partir dos anos 1890, a fusão institucional entre ensino e pesquisa que tanto avançou a ciência germânica sofreu uma importante transformação provocada pelo avanço

da indústria. O desenvolvimento industrial na Alemanha unificada foi uma grande oportunidade de transformação das rígidas hierarquias e divisões sociais nas universidades. A nova composição forjada entre demandas industriais e interesse científico acadêmico surgiu com a relação entre uma fábrica de corantes - Farbwerke Hoechst - e os pesquisadores do laboratório de Robert Koch no Instituto Imperial de Saúde, que criaram as primeiras antitoxinas, a da difteria e a do tétano. Durante a crise econômica da indústria entre 1881 e 1885, o mercado de corantes foi obrigado a reduzir seus preços e a Hoechst necessitou, então, diversificar seus produtos; transformou-se numa indústria farmacêutica através de arranjos com diretores de laboratórios universitários, aos quais auxiliou financeira e materialmente. (Lenoir, 1998)

A Universidade alemã foi aprendendo a lidar mais rotineiramente com questões semelhantes à da Hoechst. O *Frankfurt Institut fur Serum-Prüfung-und-Forschung* (Instituto de Frankfurt para ensaios e pesquisas sorológicas), dirigido por Paul Erlich, representou a mais ambiciosa iniciativa na área da produção de drogas sintetizadas com base nas descobertas de Erlich sobre formas de bloquear a toxicidade dos tripanosomas. A *Georg-Speyer-Haus*, proposta e construída por Erlich, foi uma instituição interdisciplinar em cujas pesquisas as empresas de Hoechst e Casella contribuíram substancialmente. A produção do *Salvarsan*, o primeiro medicamento usado para a sífilis, foi a concretização do sucesso do modelo de avanço da ciência básica formado pela combinação entre um instituto multidisciplinar e as necessidades da indústria, representado pela *Georg-Speyer-Haus*. (Lenoir, 1998)

A medicina e seu ensino nas Américas

América do Norte

O século XIX foi pautado, nos Estados Unidos e no Brasil, pelo modelo anatomoclínico francês - e aí se incluem as especialidades clínicas - por mais de seis décadas, quando o modelo institucional germânico introduziu os estudos práticos das disciplinas laboratoriais e clínicas. (Edler, 1992, p. 3).

Nos Estados Unidos, o século XIX foi marcado pelo ativismo contra a medicina regular[10] até o período da Guerra Civil. Aléxis de Tocqueville descreveu uma campanha popular de 1831 chamada de "*King-craft, Priest-craft, Lawyer-craft, Doctor-craft*". Na retórica dos políticos democráticos, o ideal de libertação clamava pela "*emancipation of the American people from their oppression by stablished medicine*". Uma tentativa de fortalecer a corporação médica com a criação de uma associação nos Estados Unidos se esboçou em 1846, em Nova York, mas o início da *American Medical Association* (AMA) deveu seu ímpeto ao descontentamento dos médicos mais jovens e ainda não bem estabelecidos, que buscaram elevar e uniformizar os quesitos necessários para o título de médico e puseram em vigor um código de ética que afastava a possibilidade de diálogo com os práticos leigos. Tratou-se de uma questão relevante para a corporação médica, já que dois anos antes, em 1844, o Estado havia negado proteção contra o que os médicos ortodoxos consideravam "degradação de suas normas". Os médicos, não podendo contar com o apoio do Estado, confiariam na sua própria autoridade. (Starr, 1991, p. 115).

A medicina leiga afirmava-se enquanto movimento organizado; os botânicos e as parteiras eram, provavelmente, os práticos mais numerosos, mas havia curadores de câncer, inoculadores, aborteiros, vendedores de panacéias, algebristas, além dos médicos indígenas, que trataram muitos colonos nos primeiros assentamentos no país. Só as comadres, à medida que os médicos obstetras tornavam-se mais numerosos, foram perdendo seu espaço no início do século XIX, mostrando que a democracia que privilegiava os práticos leigos não contemplava as mulheres. Uma vez casadas, deveriam dedicar-se ao lar e à família. (Starr, 1991, pp. 66-67).

O caráter organizado e vigoroso do movimento em defesa dos médicos leigos seria reafirmado pelo sem-número de manuais de medicina doméstica de grande divulgação. Escritos por leigos nos Estados Unidos durante o século XIX, estas obras tiveram tamanha relevância que se tornaram objeto de análise numa obra de Charles Rosenberg, de título bastante sugestivo, "*Every man his own doctor*" (Rosenberg & Helfand, 1998). A homeopatia, importada por um prático holandês, em 1825, foi, no final dos oitocentos,

[10] Os autores, em geral, ao falarem dos médicos graduados por faculdades de medicina, usam o termo "regular physicians", que traduzimos aqui ao pé da letra.

outro grande empecilho para a prática e o ensino da medicina regular nos Estados Unidos. Essa medicina foi ganhando simpatia da população por suas características empíricas e por suas ofensas frontais aos médicos regulares, e, em 1850, foi fundada em Cleveland sua primeira faculdade. Dois anos depois, a Universidade de Boston (que já havia criado uma faculdade de medicina só para mulheres) instituiu uma faculdade de medicina cujo corpo docente era formado por homeopatas. (Starr, 1991, pp. 60-71)

No esforço de serem reconhecidos enquanto profissionais diferenciados e qualificados, os doutores norte-americanos tomaram como referência o modelo anatomoclínico francês. Entretanto, segundo Warner, a influência da medicina francesa na Inglaterra e nos Estados Unidos – que vivia a situação de ex-colônia inglesa – foi representada por diferentes imagens em um e em outro país. Para o autor, os americanos e os ingleses construíram dois modelos racionalmente distintos da escola clínica de Paris aos quais deram significados próprios. Os médicos americanos que iam a Paris entenderam que o que caracterizava a ciência parisiense era o empirismo, e um empirismo "estridente, cético", estabelecido explicitamente em oposição à herança do racionalismo iluminista. (Warner, 2004, p. 9).

Na cruzada empirista, o potencial da ciência básica era mínimo se comparado à experiência clínica, e, ainda que a fisiologia explicasse a medicina, ela não era considerada um guia confiável para a transformação da prática clínica. Evidentemente, os médicos regulares não aceitavam a concessão do direito sobre o exercício da medicina a todas as pessoas, mas acreditavam que a experiência direta com a natureza fosse a grande garantia da boa prática. E, além disso, acreditavam que a prática - e não o conhecimento especializado - fosse a verdadeira fonte de autoridade e identidade do médico, o que deu uma face peculiar à medicina americana (Warner, 2002, pp. 126-127).

Como a "medicina hospitalar" estava na França, a ida a Paris passou a significar, para muitos médicos norte-americanos do período, não apenas um processo de complementação de sua educação (Warner, 2004, p. 40), mas, muito mais que isso, uma promessa de salvação profissional. (Warner, 2002, p. 124)

E, nas décadas seguintes à Guerra Civil, a ida dos médicos norte-americanos para treinamento em Paris foi crescentemente substituída pelas estadias na Alemanha. Essa transição poderia ser entendida como uma crença na "cientificidade" do laboratório em detrimento da medicina empírica, ou também como uma busca por um modelo ideal de ensino superior. Os militantes do empirismo, no entanto, viam no laboratório um potencial de "remistificação" do conhecimento médico, restrito a quem adquirisse esse conhecimento especializado. E os médicos que, baseados no empirismo, conquistaram sua autoridade profissional, sentiam-se também ameaçados por esta nova ordem. (Warner, 2002, p. 131)

Por outro lado, a dedicação dos médicos norte-americanos à ciência laboratorial estaria também muito mais ligada à percepção do laboratório como uma nova e poderosa fonte de reconhecimento social do que a uma escolha técnica, o que evidencia uma forte relação entre conhecimento e autoridade. Assim, a cultura do profissionalismo, através do domínio de um conhecimento especializado, tomou o lugar do empirismo. A eficiência associou-se à expertise e a divisão especializada do trabalho. Esse novo cenário atraiu a nova classe média norte-americana, que se tornou desejosa de "*acknowledge the intellectual and social propriety of specialisation*" e passou a buscar as instituições de ensino superior. Estas, conseqüentemente, se multiplicaram nas décadas seguintes à Guerra Civil. O novo *ethos* carregado pela medicina laboratorial representaria também uma reconstrução elitista da medicina americana, delineada por reformadores como Abraham Flexner. (Warner, 2002, p. 141).

Na segunda metade do século XIX, a situação, já desordenada, tornou-se ainda mais debilitada com o número crescente de escolas médicas, o que se fazia notar nos quase doze mil estudantes de medicina existentes em 1880. Tudo isso provocou uma intervenção reformadora oriunda das universidades. O programa dos reformadores inspirou-se na Alemanha, que havia criado uma tradição de ensino secular e de universidades vigorosas. Naquele momento, os estudantes norte-americanos não tinham quase preparação para iniciar os estudos médicos, as faculdades não dispunham de laboratórios nem de uma tradição de pesquisa e as disciplinas podiam ser cursadas na seqüência que se desejasse. O corpo docente tampouco tinha controle sobre seus aprendizes, e as normas educativas eram

flexíveis demais. A duração do curso também variava entre as escolas. Finalmente, em 1893, mais de 96% das escolas médicas exigiam três ou mais anos de curso, com capacitação em laboratórios de histologia, química e patologia (Starr, 1991, pp. 141-143).

O principal baluarte desta reforma geral foi a faculdade de medicina da Universidade Johns Hopkins, fundada em 1893 em Baltimore, concebida com um programa de quatro anos, arraigado nas ciências básicas e na prática hospitalar da medicina, com o papel central nas mãos da pesquisa científica e do ensino clínico. O corpo docente se constituía de professores de fora de Baltimore, distante da tradição do professorado local. Os estudantes também vinham de longe, cuidadosamente selecionados; nos dois primeiros anos, estudavam ciências básicas de laboratório e nos dois últimos se responsabilizavam pessoalmente por pacientes hospitalizados, supervisionados pelos professores. O hospital ficava próximo à escola e ambos funcionavam como uma empresa conjunta. Aí foi criada a "residência", a capacitação especializada após o internato (Starr, 1991, p. 143).

É importante notarmos que, em 1910, o número de escolas médicas já havia começado a diminuir: em 1906 havia 162 escolas e, quatro anos depois, 131. Essa mudança deveu-se ao estabelecimento de requisitos cada vez mais estritos pelos comitês oficiais para outorga de títulos. Nesse contexto surgiu o Relatório Flexner. (Starr, 1991, p. 146)

O Conselho de Educação Médica da AMA convidou um grupo externo, a Fundação Carnegie para o Desenvolvimento do Ensino, para dar continuidade à avaliação de 1906, que dividiu as escolas em categorias A, B e C (Starr, 1991, p. 146).[11] A Fundação Carnegie aceitou a missão e escolheu um jovem educador que havia obtido o grau de *bachiller* na Johns Hopkins, Abraham Flexner, irmão do presidente do Instituto Rockefeller de Educação Médica, Simon Flexner, para comandar esse projeto. Flexner, acompanhado pelo secretário do Conselho de Educação Médica da AMA, visitou cada uma das escolas do país, que lhes facilitavam a entrada. As autoridades das faculdades acreditaram tratar-se de missão filantrópica, e, provavelmente, visualizavam boas dotações orçamentárias. Mas, em seu Boletim nº 4, Flexner foi bem mais severo que a AMA havia sido alguns anos antes no

[11] A AMA, em 1906, numa avaliação das 160 escolas médicas, classificou 80 na classe A (aprovação plena), 46 na classe B (imperfeitas, mas redimíveis), e 32 na C (irrecuperáveis).

seu julgamento sobre as instituições. Mostrou que muitas das faculdades faziam afirmações falsas em seus documentos, pois muitos dos laboratórios de que se orgulhavam não existiam ou eram apenas alguns tubos de ensaio amontoados dentro de uma caixa. Os cadáveres estavam em péssimo estado porque não havia desinfecção na sala de dissecação; não havia livros nas bibliotecas, os professores estavam muito mais preocupados com sua clínica privada, e os supostos requisitos para admissão dos alunos se expandia a todos os que pudessem pagar pela matrícula. Abraham Flexner, que privilegiou os fatores econômicos ao julgar a qualidade do ensino médico, percebeu que quase a metade das faculdades de medicina tinha um ganho anual de menos de 10.000 dólares e, por isso, não poderiam cumprir com as mínimas exigências estatutárias e científicas. (Starr, 1991, p. 149).

Assim, o *Relatório Flexner* concluía que todas as faculdades de medicina, exceto a Johns Hopkins, eram fracas e aconselhava que se elevasse o padrão para a admissão e para a obtenção dos diplomas. Considerava, também, necessários maiores recursos laboratoriais e redução do número de médicos a serem diplomados. Dessa forma, as escolas que seguiram essa tendência representaram uma nova era para a medicina e para a ciência de um modo geral. Não representavam mais uma força periférica e estavam ligadas ao crescente complexo industrial e gerencial, que possuía papel importante nas inovações da indústria e nas decisões políticas (Kemp, 2003, pp. 72-77).

O processo de concretização do projeto de Flexner teve sua maior aceleração entre 1910 e 1920: em 1915 o número de escolas já havia caído daquelas 131 para 95, e o número de médicos formados passou de 5440 para 3536. Dentre as soluções encontradas pelas escolas, estavam as fusões (nas de classe A e B), e a extinção (nas de classe C), por falta de alunos. A AMA, em 1912, criou comitês que serviam como autoridades nacionais de creditação e que se uniram numa Federação de Comitês Médicos do Estado, com a finalidade de estabelecerem pré-requisitos para a formação dos médicos. Em 1922, havia 81 escolas de medicina e 2529 médicos foram graduados. Apesar de Flexner e da AMA terem previsto a manutenção de apenas 31 escolas, mais de 70 permaneceram, pois cada um dos

estados norte-americanos exigiu que se mantivesse ao menos uma faculdade de medicina (Starr, 1991, pp. 148-152).

O Brasil

No Brasil, o campo da medicina, à semelhança do que ocorreu na Europa e nos Estados Unidos, esteve prioritariamente, durante toda a colônia e parte do século XIX, nas mãos de cirurgiões, boticários, barbeiros, parteiras e feiticeiros, que, sem qualquer preocupação com a concorrência dos raros doutores, curavam a população do vasto território brasileiro através de ervas, sangrias, rezas e beberagens. A tentativa de que tais práticas se licenciassem oficialmente teve um sucesso bastante reduzido. Na verdade, a população, habituada e identificada com tais personagens e suas atividades em sua vida diária, dispensava formalizações de seus médicos. (Figueiredo, 2001; Guimarães, 2003; Pimenta, 2004)

Em concomitância com os curandeiros leigos espalhados pelo país, um ensino médico tentava-se formalizar desde antes da vinda de D. João VI, através de aulas em que profissionais habilitados transmitiam alguns de seus conhecimentos. Em 1799, 1801 e 1803 (na Bahia, em Minas e em São Paulo, respectivamente), foram ministradas aulas de anatomia e de cirurgia em cursos com maior ou menor reconhecimento por parte das autoridades da metrópole. Mas, apenas com a chegada de D. João VI ao Brasil seria fundada, na Bahia, a pedido do Dr. José Corrêa Picanço, em 18 de fevereiro de 1808, a primeira instituição oficial para o ensino de medicina, o Colégio Médico Cirúrgico. Funcionaria nas dependências do Hospital Militar de Salvador – que, por sua vez, estava sediado no prédio do Colégio dos Jesuítas – e aí se ensinavam anatomia, cirurgia e obstetrícia. Os cursos tinham quatro anos de duração, e davam aos alunos um certificado de "capacidade para encarregar-se da saúde pública". Dirigindo-se ao Rio de Janeiro, D. João criou, menos de um ano depois, a Escola de Cirurgia, anexa ao Real Hospital Militar e de Ultramar, sediado também no Colégio dos Jesuítas. Nesta escola, havia cadeiras de "anatomia e fisiologia", de "terapêutica cirúrgica e particular", de "medicina operatória e arte obstétrica", e de "medicina, química, elementos de matéria médica e farmácia". Com

esse currículo amplo, houve necessidade de transferência da sede da escola para a Santa Casa, onde ocupou salas de aula e um galpão para autópsias e anatomia. (Salles, 1971, pp. 145-146)

Até a criação da Academia Imperial de Medicina e das Faculdades de Medicina da Bahia e da Corte do Rio de Janeiro, os médicos com formação acadêmica vinham das faculdades européias preferencialmente para os raros centros urbanos, como Rio de Janeiro, Salvador, Recife e Ouro Preto. Porém, seus conhecimentos tinham difusão muito restrita entre a população, pouco habituada a sua presença. Assim sendo, criação das duas Faculdades e, principalmente, da Academia Imperial de Medicina (1835) representou a formalização da crença de uma elite de médicos na importância da penetração da sua ciência na sociedade em geral. Para esses médicos, era inadmissível que a população permanecesse atendida por 'charlatões' desqualificados.

Dessa forma, durante a primeira metade do século XIX, a Academia Imperial, cujo modelo era a Academia de Medicina de Paris, tomou a frente da empresa de legitimar socialmente os médicos e sua ciência através de diversas medidas. Seus médicos – a grande maioria pertencia também ao corpo de professores da Faculdade de Medicina da Corte – colocavam-se no papel de consultores e conselheiros do Estado imperial para assuntos relacionados à saúde da população, e de árbitros das inovações médico-científicas, tanto no campo do diagnóstico como no da terapêutica. Formaram um ambiente de debates destinado a mapear a nosologia do Brasil, identificando espaços físicos mais ou menos salubres e intervindo em hábitos pouco saudáveis, de acordo com os pressupostos científicos de seu tempo. Apropriaram-se, com este fim, de parte da medicina européia do período, acrescentando-lhes características nacionais e únicas: aliavam uma prática clínica, sensualista, à anatomopatologia e às disciplinas relacionadas aos locais, ao clima e à temperatura – mesologia, geografia e topografia médicas. (Edler, 2001a, pp. 109-112)

As duas Faculdades de Medicina do Brasil imperial - particularmente a da Corte do Rio de Janeiro, capital do país - passaram por diversas crises relacionadas ao conteúdo teórico e prático que seus alunos deviam aprender para que se tornassem médicos qualificados. Os estatutos que regeram a fundação da Faculdade foram os que regiam a

faculdade de medicina de Paris e que já haviam sido modelo da Academia Médico-cirúrgica do Rio de Janeiro, em 1831. A proposta dos estatutos – a princípio, provisórios - que partira da Congregação dos lentes, sugeria, entre outras coisas, o provimento de um Substituto, através de um concurso a ser realizado em três etapas: uma composição escrita em língua nacional, uma oração oral e uma tese escrita "em vulgar", impressa à custa do candidato, pela qual era argüido pelos concorrentes. No dia seguinte, a Congregação se reuniria para decidir pelo candidato aprovado e fazer chegar à Regência o resultado, para ela decidir "o que for justo" .(Rosa, 1982, pp. 31-32)

Os estatutos próprios da Faculdade de Medicina da Corte foram criados, enfim, em 1854 e, segundo eles, a faculdade deveria ser dirigida por Cruz Jobim – que já era diretor desde 1842 e permaneceu no cargo até 1872. As novas atribuições dadas ao cargo de diretor reduziriam a importância da Congregação de lentes da faculdade. Ao longo de 30 anos, a faculdade foi perdendo sua autonomia, num "regime de absoluta subordinação aos diferentes gabinetes do Segundo Império" (Edler, 1992, p. 51).

Os estatutos de 1854 estabeleciam que, desde que acordados com os provedores da Santa Casa, os professores poderiam dispor de enfermarias neste hospital. Prometeram também a criação de um horto botânico, de quatro gabinetes - Física, História Natural, Anatomia e Matéria Médica - e de um laboratório de química. Como tantas outras disposições, nada disso se concretizou. os próprios professores muitas vezes dependiam de recomendações políticas para cargos ou comissões governamentais, já que seus baixos salários careciam de complementação (Edler, 1992, pp. 53-56).

A partir da década de 1870, uma nova representação sobre os fundamentos do saber médico havia sido conformada. A medicina experimental – intimamente relacionada ao laboratório - passou a conquistar adeptos principalmente entre a geração de médicos mais jovens que iniciavam sua carreira após a guerra com o Paraguai (1865-1870). A geração pós-1870 se engajou na reforma do ensino médico, através da divisa "*ensino prático e livre*". Acreditava-se numa promissora aliança entre a clínica e o laboratório. A medicina brasileira vinha num contato progressivo com os periódicos que traduziam "os trabalhos médicos produzidos nos centros científicos do Velho Mundo e da América do Norte".

Acreditava-se também que a competência atribuída à medicina nos países que nos serviam de modelo era devida,

> "sobretudo, às reformas promovidas nas instituições voltadas à pesquisa e à formação médica. O resultado mais imediato desse novo diagnóstico foi a ampla reforma do ensino médico de 1879, cujo lema, acima mencionado, inspirava-se no modelo universitário germânico" (Edler, 1999, pp. 117-118).

Na Faculdade de Medicina da Bahia, no ano de 1877, o Professor Pacífico Pereira havia incitado uma campanha em prol da reorganização do ensino na através da Gazeta Médica da Bahia. Dizia ele que a Faculdade contava com apenas uma cadeira "de cada uma das clínicas gerais para mais de cem matriculados nestes cursos". Queixava-se também de que não houvesse "um só curso de clínica especial, nem um curso de clínica obstétrica, que se encontravam nas mais pequenas universidades, nas faculdades e colégios médicos de qualquer país adiantado." (Pereira, 1912, p.207) Pacífico Pereira, para lembrar a incalculável vantagem do aluno que começava a estudar a partir da observação e do tratamento de um caso clínico, usaria para seu modelo o Professor Traube (1818-1876), do Hospital Universitário Charité, de Berlim, e os resultados de sua excelente clínica propedêutica,. (idem, p. 208) Para o Professor, a Alemanha teria dado um exemplo admirável na forma de se produzir ciência; de alguma maneira comparara o Instituto Clínico de Munich, "o primeiro por data de inauguração (junho de 1878)" ao Instituto Clínico da Faculdade de Medicina da Bahia, "construído junto ao Hospital Santa Isabel, e composto de nove pequenos laboratórios, quatro para as clínicas gerais e cinco para as clínicas especiais". (ibidem, p. 211)

Como disse Starr, o mundo das ciências, nas quatro últimas décadas do século XIX, olhava para a Alemanha (Starr, 1991, pp. 141-143).

O Barão Homem de Melo, que substituiria Leôncio de Carvalho na pasta do Império, sancionou modificações (decreto de 12 de maio de 1881), nas quais se estabelecia um ensino prático, com regime especial para os laboratórios, além do desdobramento das cadeiras de clínica médica e clínica cirúrgica. O debate que já citamos sobre a separação entre a fisiologia e a anatomia na Alemanha se daria também no Brasil, através da

formalização do afastamento entre as duas disciplinas. Novas cadeiras foram criadas nesse período: a de clínica obstétrica, psiquiatria, dermato-sifiligrafia e oftalmologia, além da construção de dois grandes anfiteatros, do Museu de Anatomia patológica e da Biblioteca. Com tantas transformações materiais em direção à modernidade, que foram motivos de notícias na imprensa, percebem-se também transformações no espírito dos alunos e dos professores. Uma delas é a ida de dois lentes, em 1881, em viagem científica à Europa; um de física e um de fisiologia. O próprio diretor da Faculdade, Visconde de Sabóia, indicou os laboratórios a serem visitados, pois, segundo ele, o futuro científico da pátria dependeria das pesquisas instituídas nos laboratórios, que estariam se estabelecendo como axiomas em todo o mundo (Edler, 1992, pp. 214-218).

Outra forma até então inédita de ensino médico, possibilitada pela segunda Reforma, seria oferecida na Policlínica do Rio de Janeiro, criada em 1882. As policlínicas estiveram relacionadas ao avanço das especialidades médicas, ao mesmo tempo em que se caracterizavam pelo estilo prático e acadêmico. Pedro Nava escrevia em 1949 que, ao lado da Santa Casa da Misericórdia, a Policlínica do Rio de Janeiro, uma instituição que data de época mais recente, foi "de grande importância para o estudo da história e do exercício da medicina no Brasil." (Nava, 1949, p. 90) O modelo aqui implantado inspirava-se na Policlínica Geral de Viena, de caráter particular e beneficente, com o atendimento assistencial dirigido para as populações carentes e para a pedagogia científica. Oferecia oportunidade de especialização para os estudantes de medicina que estivessem cursando o quinto ano da Faculdade ou para os médicos recém formados. A iniciativa da Policlínica do Rio de Janeiro, segundo Edler, seria dos médicos João Pizarro Gabizo e Loureiro Sampaio, que, depois de conhecerem o funcionamento das policlínicas austríacas, procuraram Moncorvo de Figueiredo e o convenceram a participar do projeto da policlínica. Moncorvo propôs nomes de outros médicos, dentre os quais os editores da revista União Médica, que passaria a ser órgão da Policlínica Geral, em janeiro de 1882, antes mesmo de sua instalação. (Edler, 1992, p. 158)

O médico Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo teria escrito incansavelmente na União Médica à procura de adeptos à abertura de uma cadeira de doenças das crianças que,

na impossibilidade de funcionar na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, poderia servir à Policlínica, cuja fundação tanto defenderia. (Nava, 1949, p. 94) A pediatria cabia na Policlínica naquele momento, por se tratar de uma especialidade, e o final do século XIX tendia às mais diversas especializações. Além disso, a Policlínica se relacionava fortemente à idéia de ensino livre, pois era uma instituição não oficial e seu sistema de educação se pretendia uma experiência ao mesmo tempo alternativa e complementar ao ensino médico formal, pois a prática se baseava em doentes ambulatoriais e em atendimento domiciliar.

Pedro Nava conta que no dia 28 de junho de 1882, na presença do Imperador, foi inaugurada a Policlínica do Rio de Janeiro. Além da sala da Diretoria, de Cursos, a Policlínica possuía, na inauguração, especialidades como Oftalmologia, Clínica Interna, Dermato-sifilografia, Ginecologia, Cirurgia, Otologia, Laringologia, Rinologia, Laboratório de Análises Químicas, Gabinete de Eletricidade, Laboratório de Medicina Experimental, Biotério, Viveiro, e a perseguida Clínica de Moléstias da Criança do Dr. Moncorvo. Apesar de ter investido tanto, e sem sucesso, na criação de uma cátedra própria na Faculdade, tornou-se o primeiro diretor da Policlínica. A Reforma Sabóia, por outro lado, criaria na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro a cadeira de Clínica Médica e Cirúrgica de Crianças, ocupada, em 1883, pelo Professor Cândido Barata Ribeiro, seu primeiro catedrático. (Nava, 1949, p. 94-95)

Pacífico Pereira, um dos primeiros defensores da criação de policlínicas, dizia na 'Gazeta", em 1877, que convinha saber aproveitar a clientela hospitalar para o ensino; se não era possível maior número de enfermarias, a melhor forma de ter doentes para os cursos clínicos seria a policlínica. A policlínica compreenderia "não só o *ambulatorium*, ou clínica ambulante, de consultas e tratamento gratuito nos serviços clínicos hospitalares, como as visitas domiciliares a doentes pobres que não possam ir à consulta". (Pereira, 1912, p.211)

A última reforma do Império, conhecida como Reforma Sabóia, data de 25 de outubro de 1884, quando, depois de grandes esforços por parte de alunos e professores, a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro conquistou ainda outras cadeiras clínicas e laboratoriais, segundo o modelo de ensino associado à pesquisa, que ganhava hegemonia

na Europa, nos Estados Unidos e no Brasil (Edler, 1992, p. 260). No que diz respeito à transição de modelos médicos na Europa, que gerou grande problemática nos Estados Unidos com a disputa entre o empirismo e a medicina laboratorial, também encontramos no Brasil uma situação conflituosa em relação ao discurso helmintológico, representante da medicina laboratorial, defensora da causalidade única. (Edler, 1999, p. 117).

Apesar da centralização monárquica e da estrutura clientelista e verticalizada da faculdade da Corte, foi possível que um movimento de profissionalização acadêmica, preocupado com o desenvolvimento científico, resultasse numa segunda reforma do ensino médico em 1879, a Reforma Leôncio de Carvalho (Edler, 1992, pp. 205-212). Como o decreto da Reforma não foi referendado na sua íntegra, por resultar em aumento da despesa e por depender de maiores estudos, a Reforma ficaria marcada pela freqüência livre às escolas superiores, o que a desqualificava. (Edler, 1992, p. 213)

Por outro lado, o texto legal teve o rigor de exigir que o lugar de lente Catedrático fosse preenchido por concurso, no qual poderiam ser inscritos não apenas os Substitutos – o que já era uma tradição da Faculdade - mas quaisquer doutores em medicina, formados por quaisquer escolas. Ruy Barbosa se bateu contra tal determinação, alegando que "nem a França, nem os Estados Unidos, nem a Alemanha, nem a Rússia, nem a Áustria" adotavam o sistema de concursos. Para Ruy Barbosa, a "cátedra de professor não pode ser senão a homenagem rendida à superioridade do mais digno, venha de onde vier, chegue embora ao ensino mais tarde que os seus competidores, tenha embora menos anos de magistério ou de estudos profissionais e menos cabelos brancos, uma vez que o seu mérito se imponha a todos e a todos sobrepuje". A idéia de um concurso para a Cátedra, para Ruy Barbosa, se baseava no poder da Congregação e do Conselho das faculdades que "limitam o arbítrio à sua escolha, que, para ser indigna, seria mister que a corrupção e o patronato houvessem invadido os mais altos corpos da instrução pública do país". (Rosa, 1982, pp. 41-43) Por acreditar e defender a integridade dos organismos superiores das faculdades, Ruy Barbosa asseverava a honestidade do processo de escolha dos catedráticos baseado em critérios meritocráticos. Por outro lado, a fé que depositaria na dignidade do futuro catedrático,

capaz de sobrepujar e de se impor a todos, elevava a integridade que atribuiu às instituições do País.

Após a República, as faculdades de medicina foram reorganizadas com novos estatutos pelo decreto de 10 de janeiro de 1891. Os cargos de Catedráticos e substitutos se mantiveram, assim como sua vitaliciedade. Os docentes só perderiam seus cargos se fossem condenados por crime. (Rosa, 1982, pp. 47-53)

O debate sobre a educação médica, no Brasil avançava ao longo do século seguinte, e diversos professores catedráticos protagonizaram reflexões relativas à qualidade dos médicos que aqui se formavam. Ao mesmo tempo, problemas como o saneamento das cidades grandes e do interior do país, aliados ao desenvolvimento das pesquisas laboratoriais, requeriam novos fundamentos conceituais e novos espaços de atuação dos médicos. Como será visto no próximo capítulo, as autoridades das Faculdades de Medicina foram incitadas a se comprometerem com currículos mais adequados às conquistas das pesquisas médicas de caráter internacional, e, conseqüentemente, a reestruturarem suas instalações. Era necessário que os catedráticos reformulassem seus serviços de forma a se adequarem às novas especialidades e à demanda pela maior qualificação dos médicos que se graduavam.

Capítulo 2

A pesquisa e o ensino médico no Brasil da 1ª metade do século XX

O objetivo deste capítulo é delinear um painel do ensino e da pesquisa no campo da medicina durante as primeiras décadas do século XX, pois os médicos que atuaram neste período, em variados graus, serviram de importante referência na formação dos catedráticos clínicos dos anos 1950[12]. As primeiras décadas do século XX contavam com um pequeno o número de médicos[13], tanto em relação à população e à extensão do território brasileiro, quanto em relação aos problemas que os médicos entendiam ser de sua responsabilidade. Diversas epidemias e endemias - urbanas e rurais -, e outras questões, como a falta de saneamento básico, iriam reforçar o elo entre os interesses assistenciais e investigativos dos

[12] O papel destes médicos na formação do grupo de catedráticos clínicos dos anos 50 será tratado no próximo capítulo (3).

[13] Até o início dos anos 1930, havia apenas dez faculdades de medicina em todo o país.

médicos e o das instituições governamentais. Embora esses médicos tivessem uma clínica, uma cátedra, ou um laboratório, o investimento profissional na esfera pública da promoção da saúde, particularmente pela via do saneamento, foi um importante diferencial desta geração. Ainda em relação ao saneamento à profilaxia de endemias e epidemias, e à educação médica no Brasil, a Fundação Rockefeller trabalharia junto aos médicos brasileiros, em diversos estados, além de ter tido importante papel na formação dos primeiros enfermeiros no país. Foram de intensa relevância para o Brasil as duas principais instituições da capital do Brasil: a já tradicional Faculdade de Medicina e o Instituto de Manguinhos, fundado no final do século anterior. Manguinhos criaria um ambiente internacional de pesquisa nos diversos aspectos das doenças endêmicas e epidêmicas do País, assim como um espaço privilegiado de ensino e assistência hospitalar na área da saúde pública. As Faculdades de Medicinas, por sua vez, seriam o palco de debates e propostas de reformas das inúmeras deficiências institucionais e de variados modelos de currículo dirigidos às especialidades, e a um ensino mais prático e compatível com o quadro sanitário do país. Os professores envolvidos com o ensino médico propuseram transformações estruturais para as faculdades, visando à qualidade dos serviços clínicos e laboratoriais, para que os alunos pudessem desfrutar de um curso variado e constantemente atualizado.

Endemias, epidemias – a saúde pública no Brasil

O quadro sanitário brasileiro unia a pobreza do campo e da periferia das grandes cidades às endemias e às epidemias, e os médicos das primeiras décadas do século XX estavam tão atentos à relação entre condições de pobreza e geração de doenças, quanto às suas possíveis soluções. A historiadora Nancy Stepan, inclusive, acreditou que, para as autoridades sanitárias, o saneamento fosse um investimento para uma força de trabalho saudável, o que evitaria, inclusive, uma revolução social provocada pela miséria. (Stepan, 1976, p.138) Mas, segundo Gilberto Hochman, esses médicos viram uma possibilidade de transformarem o quadro sanitário brasileiro através da sua participação direta na política e nas instituições ligadas à higiene e à saúde pública. A higiene e a saúde pública tiveram papel fundamental na intervenção do Estado brasileiro sobre o território nacional e sobre a sua efetiva integração, oferecendo "vários caminhos para a recuperação e/ou fundação da

nacionalidade: educação, saúde, valores nacionais." (Hochman, 1993, p.8) A questão da revolução social pela via da miséria, ao menos entre alguns autores que discutiram o saneamento do país, parece não ter feito parte do repertório de discursos dos médicos brasileiros, ao contrário do que sugeriu Stepan.

Pelo tempo da proclamação da República, em 1889, a capital e maior cidade do Brasil, o Rio de Janeiro, passou por graves situações de turbulência de várias ordens. A mudança de regime fez com que grande parte da população do Rio, onde se centralizavam os debates econômicos, políticos e culturais do Brasil, se envolvesse nos problemas da cidade e do país. O Rio de Janeiro do período entre 1872 e 1890 praticamente duplicou seu número de habitantes – de 266 mil para 522 mil. Na última década do século XIX, a população da cidade aumentaria em 28,7%, dos quais uma larga fração era de imigrantes estrangeiros. Grande parte dessa população também era mal remunerada e sem ocupação fixa, devido à alta concorrência da mão de obra pelos raros empregos. Somado às precárias condições sanitárias e habitacionais da cidade, e ao grande número de crianças abandonadas, o crescimento numérico desenfreado da população do Rio de Janeiro se deparava com epidemias de varíola e febre amarela que, em 1891, vieram se juntar às doenças endêmicas da cidade: malária e tuberculose. Neste ano, a taxa de mortalidade da cidade atingiria seu mais alto índice: 52/1000 habitantes, e até 1896, esse índice estaria na faixa de 35/1000, o que fazia do Rio um local perigoso para se viver. Como herança imperial, outra febre, a da especulação, convivia com a de uma gravíssima inflação. (Carvalho, 1987, p. 15-25)

Desde meados do século XIX os cortiços seriam os "asilos permanentes de infecções deletérias à saúde pública", na opinião das autoridades de Higiene do Rio de Janeiro. Os preços das moradias da cidade, muito altos, empurraram pobres nacionais e estrangeiros para esse tipo de residência. (Chaloub, 1996, p. 30-32.) O saneamento da capital, preocupação de tantas autoridades do Império e da República, teve início logo a seguir da eleição de Rodrigues Alves para Presidente. Rodrigues Alves, que assumira a presidência em 1902, nomearia o engenheiro Pereira Passos prefeito da cidade do Rio de Janeiro e o médico Oswaldo Cruz diretor do Serviço de Saúde Pública. Os anos de 1903 e

1904 foram marcados por inúmeras desapropriações e demolições de residências com vistas à construção e alargamentos de ruas do centro da cidade. Apenas para a construção da Avenida Central, atual Avenida Rio Branco, foram demolidos cerca de 640 prédios. (Carvalho, 1987, p. 92-93)

Oswaldo Cruz, vindo de seus estudos de Paris, no Instituto Pasteur, "pôde assinalar as batalhas prioritárias capazes de conduzir as hostes da higiene às vitórias que tanto almejavam"; "elegia um número limitado de doenças, focalizava os vetores da febre amarela e da peste bubônica e dava ênfase à vacina, que não fugia à imagem de um ponteiro direcionado para o flanco da varíola" (Benchimol, 2001, p. 44-45) Oswaldo Cruz, que dirigia a Saúde Pública e o Instituto de Manguinhos, apresentaria ao Congresso um projeto de lei que reinstaurava a obrigatoriedade da vacina anti-variólica em todo o país, "com cláusulas rigorosas que incluíam multas aos refratários, a exigência de atestado para matrículas em escolas, acesso a empregos públicos, casamentos, viagens, etc." A lei foi aprovada em 31 de outubro de 1904, e no mês seguinte, inúmeras manifestações de protesto contra a obrigatoriedade da vacina tomaram conta de diversos bairros da cidade, no movimento conhecido com Revolta da Vacina (Benchimol, 2001, p. 50; Carvalho, 1987)

Os médicos no arcabouço da saúde pública

Pode-se dizer que, até bem depois dos anos 1920, havia um grande grupo de médicos que muito se assemelhavam, coligados pela perspectiva de combate às alarmantes doenças endêmicas e epidêmicas que viam se alastrar pelo País. Vários destes médicos possuíam um consultório, freqüentavam hospitais, atuavam em alguma instituição de saúde pública, viajavam o país pesquisando doenças, seus agentes e insetos vetores, articulavam-se com autoridades do Estado (ou até eram seus representantes) e se interessavam pelo ensino da medicina. É difícil a tarefa de identificá-los com um único eixo de atuação, mas em função de conquistas pessoais ou profissionais, estes médicos puderam escolher pertencer, ou talvez tenham até definido algumas linhagens profissionais devido a vínculos institucionais criados durante longas trajetórias. A saúde pública foi um aspecto considerável desse vasto repertório.

O debate sobre o saneamento do interior do Brasil avançaria através da Liga Pró-Saneamento do Brasil, criada em 1918, visando à "civilização" do interior pelo meio da intervenção direta do governo central nas questões de saúde pública. O Brasil e o homem do Brasil tornavam-se, então, um problema a ser resolvido pelos intelectuais, dentre os quais, diversos médicos. Segundo Hochman a constituição do Estado nacional esteve fortemente relacionada à Saúde Pública, tendo em vista o diagnóstico dos intelectuais de um "quadro sanitário catastrófico" do País. Tanto a Divisão Geral de Saúde Pública (DGSP), criada em 1897 e dirigida entre 1902 e 1904 por Oswaldo Cruz, quanto a legislação sanitária, expandiram-se, impelidas pela epidemia de febre amarela. O papel da saúde mostrava-se relevante para o governo federal, o que se reafirmaria com a incorporação, pela DGSP, dos serviços de higiene, profilaxia e saneamento do Distrito Federal, com a criação do Serviço de Profilaxia da Febre Amarela e dos novos regulamentos sanitários, num "período de intensa agitação política, especialmente na capital federal" (Hochman, 1993, p. 8-10)

No entanto, o DNSP, criado no final de 1919, havia elaborado sua própria regulamentação, que exigiria, assim, a formação de quadros médicos, mas de médicos especializados em saúde pública. Estava, agora, definida a especificidade técnica de suas atividades, com maior "escopo de suas atribuições e sua autonomia de formulação, decisão e implementação de políticas frente ao sistema político". A partir de 1929, o DNSP, sob a direção de Clementino Fraga, provocaria uma importante transformação da atuação dos médicos, pois criaria a nova especialidade – a dos higienistas/sanitaristas, oriundos dos cursos de higiene e saúde pública do Instituto Oswaldo Cruz, da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, da Johns Hopkins School, ou ainda treinados nos próprios serviços. Em 1923, a recém criada Sociedade Brasileira de Higiene já vinha organizando a formação e as atividades destes profissionais. (Hochman, 1993, p. 17)

Uma forma de contato efetivo entre a população e o Estado foi a instalação de postos sanitários nas áreas não-urbanas e nas periferias das principais cidades. O DNSP, representando as ações do Estado sobre a saúde pública, não solucionou as endemias rurais, os surtos epidêmicos, ou a falta de saneamento, mas, segundo Hochman, quase todas as

avaliações do período indicavam melhorias em relação à situação anterior. (Hochman, 1993, p.15) Em 1922, o Distrito Federal e 16 (dos 21) estados da federação tinham feito acordos com a União para serviços de profilaxia e combate às endemias rurais. Nas capitais destes estados funcionavam as sedes dos serviços, e nas áreas rurais havia 88 postos sanitários além dos postos da Fundação Rockefeller instalados no Maranhão, Pernambuco, Alagoas, Espírito Santo e Rio de Janeiro. A metade dos 88 postos se localizava no Distrito Federal, em Minas Gerais e no Paraná. Foram construídos seis hospitais regionais para complementar os serviços de saneamento e profilaxia rural, além de hospitais de isolamento, de assistência geral, asilos e 27 dispensários. Nos anos posteriores haveria um aumento constante do poder público federal na área de saúde; em 1926, o governo federal já tinha criado em 18 estados cerca de 130 dispensários e 18 só no Distrito Federal. (Fraga, 1926: 521-535 *apud* Hochman, 1993, p.13) Estes dados foram condizentes com as propostas de Carlos Chagas apoiadas na prática por Clementino Fraga, durante suas gestões no DNSP. Finalmente, pensariam eles, havia em todo o país uma estrutura sanitária que incluía até mesmo os hospitais de isolamento, tão necessários na pandemia de 1918.

A partir de 1934, os centros de saúde nos moldes da década de 1920 passariam a ser controlados pelo DNS (Departamento Nacional de Saúde). O território brasileiro, em 1937, com a Reforma Capanema[14], foi dividido pelo DNS em oito regiões, a fim de incrementar a presença de serviços sanitários federais nos estados. Em cada uma das oito regiões se instalaria uma Delegacia Federal de Saúde, que supervisionava os serviços sanitários locais; por outro lado, cada estado da federação era subdividido em distritos sanitários, aos quais pertenciam as unidades de saúde prestadoras de serviços, ou centros de saúde. (Campos, 2000, p 195-220; Kropf, 2006, p. 261-2) No Capítulo 4, veremos que o SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), criado em 1942, por um acordo com o governo norte-americano e com a Fundação Rockefeller, também se utilizaria do modelo de centros de saúde do DNS. (Campos, 2000, p 195-220)

[14] A Reforma Capanema, de 1937 – da saúde pública e do ensino - definiria os rumos da política nacional de saúde pública e reestruturaria o ministério que passou a se chamar de Ministério da Educação e Saúde (MES) de acordo com as diretrizes básicas da política social do governo Vargas. (Kropf, 2006, p. 261-2)

Entre 1930 e 1945, o Presidente Getúlio Vargas consolidaria seu projeto de desenvolvimento econômico, o que só seria possível através do que o historiador Vizentini chamou de *barganha nacionalista*. A barganha se traduziria por um apoio aos Estados Unidos no plano da Guerra-Fria, enquanto este país ajudaria o desenvolvimento econômico brasileiro, com grandes investimentos no campo da saúde pública. (Vizentini, 2003, p. 202-207) Por outro lado, as políticas estatais de saúde do período varguista fracassariam, segundo Hochman, devido ao "deslocamento do processo de coletivização e estatização do bem-estar", numa sociedade agora urbana e industrial. Ainda que a estrutura e a burocracia do Estado no período varguista tenham mantido razoável autonomia sobre o território nacional, a expansão das políticas de previdência social e de assistência médica levaria à separação entre saúde pública e assistência médica. Ao privilegiar a última, o Estado reduziria os incrementos à sua própria infra-estrutura no campo da saúde pública. (Hochman, 1993, p. 18)

A epidemia de gripe espanhola e suas conseqüências

Ao morrer Osvaldo Cruz em 1917, Chagas assumira a direção do Instituto de Manguinhos. No ano seguinte, foi chamado pelo governo brasileiro para chefiar a campanha contra a pandemia de gripe espanhola, que assolava o Rio de Janeiro, pois, apesar da catástrofe nacional da saúde, segundo Gilberto Hochman, não teriam sido as endemias rurais o objeto central do movimento pelo saneamento do Brasil, mas a gripe espanhola de 1918, uma epidemia urbana. A epidemia promoveria a consciência da "necessidade de soluções amplas e de largo alcance". (Hochman, 1993, p.12)

Para Chagas, os doentes tomados pela gripe espanhola haviam sido privados de modernos hospitais que fossem permanentemente disponíveis para as inevitáveis epidemias. A Santa Casa não oferecia condições satisfatórias de assistência. Chagas defendia a necessidade de hospitais especializados: um novo hospital para doenças infecciosas ou a ampliação do Hospital São Sebastião, a criação de outros - para doenças nutricionais, para crianças e para cirurgias. Chagas acreditou nos hospitais como a solução tanto para epidemias

como a gripe espanhola, quanto para as endemias dos sertões. Os nosocômios rurais se responsabilizariam pela assistência pública dos sertões ao mesmo tempo em "*iriam merecer a attenção e a actividade de nossos estudiosos, que, desse modo, illustrariam mais, com conquistas novas, as paginas da litteratura medica nacional*". A importância da pesquisa estaria aí declarada, pois Chagas via nos hospitais regionais dos interiores a chance de elucidar "*os problemas ainda obscuros da nossa pathologia e os ensaios necessarios á cura de doenças, cuja therapeutica perdura ignorada ou deficiente.*" (Chagas, 1919)

A gripe espanhola, segundo a historiadora Adriana Goulart, teria possibilitado que Carlos Chagas e outros higienistas de seu grupo alcançassem maior controle sócio-político, por defenderem reformas das políticas e das instituições sanitárias. A figura de Chagas, associada à de Oswaldo Cruz, fortaleceria esse grupo engajado em movimentos nacionalistas, como a Liga Pró-Saneamento do Brasil. A gripe espanhola, ainda segundo a autora, reafirmaria "o prestígio e o poder de um grupo profissional vocacionado para a liderança política do projeto de modernização da sociedade, que se pretendia efetuar". (Goulart, 2005) Segundo a historiadora, Carlos Chagas apresentara-se, em 1918, como herdeiro intelectual de Oswaldo Cruz, ou seja, como um cientista capaz de solucionar os transtornos causados pela gripe espanhola numa cidade sem capacidade de organização para enfrentar a epidemia. Segundo a autora, as terríveis conseqüências da gripe teriam sido fruto da incompetência do Presidente da República e do diretor da DGSP (respectivamente Wenceslau Braz e de Carlos Seidl), incapazes de elaborar estratégias para evitar ou controlar quaisquer eventos maiores relativos à saúde pública. Assim, o resultado natural do descaso das autoridades teria repercutido na ordem política, econômica e social. (idem, idem) A autora creditou parte do insucesso no controle da espanhola à persistência – ainda que em fase de declínio - da tradição clínica na medicina brasileira, que impediria o estabelecimento de uma orientação científica nas instituições de saúde. De fato, a autora tomou como suas as palavras do Dr. Dias Barros, que, sob a influência germânica da medicina em bases laboratoriais, duvidava que as instituições do Rio de Janeiro tomassem atitudes "científicas". Este doutor, a respeito da gripe, viria a apontar que "a ciência pura, que, instituída nos laboratórios, ainda deles não saiu para exercer, por assim dizer, ação fermentativa sobre a sociedade; ainda não conseguiu emocionar as massas pela aplicação

do material obtido no estudo, na pesquisa, [...] na prática usual e corrente da medicina" (Dias Barros, 1913, p. 153, *apud* Goulart, 2005).

Carlos Chagas, por outro lado, reuniria tanto a habilidade política de lidar com a saúde pública, como com a ciência pura, germânica, do doutor Dias Barros, criada nos laboratórios. Em outubro de 1918, Chagas não aceitaria substituir seu colega Carlos Seidl que se demitiria da DGSP, e que foi, por fim, trocado por Theophilo Torres. Entretanto, a 1º de outubro de 1919, Carlos Chagas, então diretor do Instituto Oswaldo Cruz, seria nomeado diretor da Saúde Pública do Brasil, no mesmo ano em que Epitácio Pessoa assumia a Presidência da República[15]. Uma importante iniciativa do governo do presidente Epitácio Pessoa, em função da gripe, foi a elaboração de um novo código para a Saúde Pública. O novo regulamento - uma segunda reforma sanitária, aprovado pela Câmara dos Deputados em 1919, com vigência a partir de 1920 - criava o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), do qual Chagas foi o primeiro diretor. O DNSP possuía atribuições e mecanismos de financiamento amplos, em substituição à antiga Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), responsável pelos serviços sanitários terrestres, marítimos e fluviais e pelos serviços de profilaxia rural. (Hochman, 1993, p.9)

A Primeira Cátedra de Clínica Médica da propriedade do Professor Clementino Fraga Filho ainda estava bem distante de seus planos quando a gripe espanhola chegou, em 1918, a Salvador - sua cidade - e ao Rio; nosso futuro catedrático contava então com exatamente um ano. [16] Médicos de quase todo o Brasil, inclusive seu pai, participavam do VIII Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia no Rio de Janeiro, e se depararam com a gripe espanhola na cidade. Muitos doutores baianos foram sensibilizados e mobilizados para o tratamento dos doentes no Rio de Janeiro. Após o Congresso e o período mais agressivo da gripe, médicos cariocas ofereciam, em nove de dezembro de 1918, um banquete no edifício do *Derby Club* em homenagem aos colegas baianos. Durante o evento, Chagas proferiu um discurso que aliava referências aos médicos baianos oitocentistas e

[15] Rodrigues Alves havia sido presidente entre 1902 e 1906, reeleito em 1918, mas não assumiu o cargo; faleceu devido à gripe espanhola. Convocadas novas eleições, Epitácio Pessoa seria eleito.

[16] A gripe na Bahia foi estudada pela historiadora Christiane Mª da Cruz e Souza, em sua tese de doutorado, em 2007. Ver também (Souza, 2008)

suas pesquisas científicas - como o debate sobre a *hemato-chyluria*[17] - a homenagens aos convivas anônimos e aos já bem conhecidos:

> "*Srs. Professores bahianos – Aos medicos do Rio de Janeiro não aprouve consentir que regressaseis aos vossos lares sem delles ouvir primeiro a affirmação de um justo apreço, que vos nobilita.* [...]*E temos ainda o nosso Clementino Fraga, nosso desde muito pelo coração, e a quem nos prendem, a todos que o temos apreciado no convivio intimo, os laços da mais profunda estima.*
>
> *Eu vos não deveria talvez exaltar, Sr. Professor Clementino Fraga, porque demasiado conheço, e bem de perto, os primores de vosso espirito e as bellezas de vossa alma* [...]*, porquanto se vai longe o apreço ao grande medico, mais longe vai o affecto ao grande amigo*" [...] (Chagas, 1919)

Clementino Fraga foi nomeado diretor do DNSP após a gestão de Chagas.

Clementino Fraga e a epidemia de febre amarela, a docência, a clínica e a tuberculose

Clementino da Rocha Fraga Júnior, ou Clementino Fraga (1880-1971) diplomou-se em 1903 pela Faculdade de Medicina da Bahia. Em 1905, veio para o Rio de Janeiro, onde ocupou, durante alguns anos, o cargo de Inspetor Sanitário, subordinado a Oswaldo Cruz. Neste período também tentou criar uma clínica própria, e aprimorou seus conhecimentos, freqüentando o Serviço do Dr. Miguel Couto, na Santa Casa. Em 1910 retornaria à Bahia e à sua Faculdade (Fraga, 1918), como professor catedrático de Clínica Médica. Em 1914, a pedido de Oswaldo Cruz, dedicara-se à profilaxia do cólera a bordo do navio "Araguaia", e no Rio de Janeiro, em 1918, dirigira o improvisado Hospital Deodoro, durante a gripe espanhola. Foi deputado federal por seu estado em 1921 e, conseqüentemente, transferido para a capital do País. Ainda na qualidade de deputado, foi membro honorário da Liga

[17] Sobre a polêmica que envolveu membros da Academia Nacional de Medicina e da Gazeta Médica da Bahia na discussão da etiologia da *hemato-chyluria*, ver Edler, 1992.

Brasileira de Higiene Mental, fundada em 1923 por Gustavo Riedel. (Carvalho, 1999) Em 1925, no ano em que Carlos Chagas ganhava a cátedra de Medicina Tropical, Clementino Fraga recebia a 2ª Cátedra de Clínica Médica de seu então proprietário, Azevedo Sodré, e se transferia definitivamente para o Rio.[18] (Fraga, 1972)

No Distrito Federal, compartilhou com seu antecessor de direção do DNSP, Carlos Chagas, a certeza de que a construção de hospitais era uma das importantes soluções para o enfrentamento das doenças. Em 1917, havia fundado a Sociedade Médica dos Hospitais, e dirigira o Hospital Santa Isabel, que pertencia à Santa Casa da Bahia, e que servia como espaço de ensino prático da medicina para a Faculdade de Medicina da Bahia. (idem, idem)

Num período maior que a metade de um século, Clementino Fraga esteve vinculado, social e profissionalmente, a tantos nomes reconhecidos nas instâncias de legitimação da ciência, do saneamento e da medicina, no Brasil, como Oswaldo Cruz, Afrânio Peixoto, Miguel Couto e Carlos Chagas. O sucesso no controle do surto de febre amarela de 1928-29, particularmente no Rio de Janeiro e municípios vizinhos, enquanto dirigia o DNSP, o tornaria internacionalmente reconhecido. Por seu desempenho na campanha contra esta doença, foi agraciado com diversos prêmios de academias e associações médicas, como as "Palmas" da Academia de Ciência de Lisboa e o título de "Cidadão do Rio de Janeiro". (Fraga, 1972)

À frente do DNSP teve importante e polêmica atuação até sua demissão durante o movimento de 1930, que colocou Getúlio Vargas na presidência da República. Seu retorno às atividades didáticas, em 1931, seria marcado pela dedicação aos estudos e aos doentes com tuberculose, razão pela qual conduziria a reforma do Hospital São Sebastião, no bairro do Caju.[19] Neste hospital criou um 'Curso Especial de Tuberculose', anual, para médicos e docentes – ininterrupto, por 12 anos -, além de ter ministrado a disciplina de Tisiologia para alunos de graduação em medicina. Publicou, no período de oito anos, onze livros "de clínica e de doutrina médica". (Fraga Filho, 1980, p. 42). Em 1937, foi convidado pelo

[18] Azevedo Sodré participara da discussão que deu origem ao DNSP, quando propôs a criação de um Ministério da Saúde.

[19] Foi visto que esta reforma havia sido proposta por Chagas, em 1918, já que o São Sebastião era hospital dedicado a doenças infecto-contagiosas.

prefeito do Distrito Federal, o médico Henrique Dodsworth, a dirigir a Secretaria de Saúde e Assistência, na qual trabalhou por três anos (não terminaria o mandato, renunciava em 1940). (Fraga Filho, 1980, p. 63) Aposentou-se do magistério em 1942, e em 1951, exerceu seu terceiro mandato de Deputado Federal, representando, desta vez, o Estado da Guanabara. (Fraga Filho, 1980, p. 43). Foi membro da Academia Nacional de Medicina, da Academia de Medicina Militar, da Academia de Ciências de Lisboa, da Academia de Medicina de Paris, da Sociedade Argentina de Tisiologia, da Sociedade de Patologia Renal de Paris, da Sociedade de Tisiologia do Uruguai e da Sociedade Médica dos Hospitais de Paris. (Fraga, 1972) Foi patrono da Cadeira 13 da Academia Fluminense de Medicina. (AFM, 1974) Em 1939, elegeu-se para a Cadeira 36 da Academia Brasileira de Letras, da qual já manifestara o desejo de participar, desde, pelo menos, 1926. (ABL, 1926)

Manguinhos – os médicos e suas pesquisas

O Instituto Soroterápico de Manguinhos passou a ser dirigido por Oswaldo Cruz em 1900, logo após seu regresso de dois anos de permanência no Instituto Pasteur, de Paris. Poucos anos mais tarde, seus interesses na fabricação de soro antipestoso levaram Oswaldo Cruz a buscar contatos com outros pesquisadores do Brasil e do exterior e, também, expandir as pesquisas para a área maior da microbiologia. Tampouco ficou limitado à criação de laboratórios locais, e as pesquisas de campo passaram a ocupar maior espaço na agenda institucional. (Benchimol, 1990) Da mesma forma, a partir das idas ao interior do país para a investigação de endemias, a entomologia foi tomando um papel mais relevante, e a pesquisa clínica e laboratorial das doenças transmitidas por insetos vetores foi introduzida também nas enfermarias do Hospital de Manguinhos. (Fonseca, 1974)

Em tempos de Oswaldo Cruz e sua formação francesa, a Alemanha teve papel fundamental nas pesquisas do instituto conduzido pelo "Pasteur brasileiro". O estudo ímpar sobre a doença de Chagas, endêmica no interior do Brasil e de outros países da América do Sul, realizado pela historiadora Simone Kropf, encontrou Oswaldo Cruz e Carlos Chagas na moderna pesquisa laboratorial representada pela medicina tropical. Um dos protozoologistas alemães, Prowazek, que se encontrava em Manguinhos desde julho de 1908, acompanhou de perto as descobertas feitas por Chagas neste terreno. Prowazek era

chefe do laboratório de protozoários do Instituto de Doenças Tropicais de Hamburgo e tinha experiência no estudo destes protozoários. Para Simone Kropf, é muito provável que Chagas já tivesse sua atenção particularmente direcionada a este assunto ao realizar as pesquisas que o levariam, em Lassance, ao encontro não apenas do protozoário conhecido como Tripanosoma *minasense,* mas de outro tripanossoma, identificado logo depois num percevejo e que viria a compor a descoberta que o consagraria como cientista – o *cruzi*. Mais ainda, além da busca de parasitos, Chagas demonstrara seu interesse por artrópodes que pudessem servir de vetores dos parasitos, que o apresentara ao "barbeiro". (Kropf, 2006, p.87-94)

Os achados de Chagas fizeram parte da preocupação das autoridades médico-sanitárias do período com os protozoários causadores de doenças humanas. Sob a orientação de Prowazek, Chagas iniciaria estudos sistemáticos sobre o ciclo evolutivo do novo parasito, e no dia 14 de abril de 1909, encontrava o *Trypanosoma cruzi* no sangue de Berenice. Esta menina de dois anos era, então, o primeiro caso da nova doença humana, que, entre revistas alemãs, francesas e brasileiras, ganharia alcance internacional. (idem, idem) A doença de Berenice ganharia também um espaço próprio para a pesquisa clínica, oficializado em decreto em 1912, ano que teve início a construção do Hospital de Manguinhos.

Vários pesquisadores passariam pelas enfermarias do Hospital de Manguinhos que recebeu o nome de Oswaldo Cruz, após sua morte. Entre estes, Evandro Chagas (1905-1940), filho mais velho de Carlos Chagas, que se formou pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1925. Até o final de seus 35 anos de vida esteve ligado Hospital de Manguinhos, onde iniciou suas atividades médicas na pesquisa em pacientes portadores de doença de Chagas, particularmente nas áreas da radiologia e eletrocardiografia. (Guimarães & Paula, 2004) Paralelamente, Evandro desenvolveu atividade docente na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, como assistente da cadeira de Clínica Médica Propedêutica, e depois como assistente da cadeira de seu pai, de "Doenças Tropicais e Infectuosas", e livre-docente da cadeira com o mesmo nome da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Após a morte de Carlos Chagas, candidatou-se à cátedra de seu pai. Segundo seu

amigo, Lobato Paraense, Evandro estaria "no seu dever de colaborador direto e natural continuador da obra paterna", mas "fatores adversos frustraram tão legítima aspiração." (Lobato-Paraense, 2005)

Em 1935, Evandro organizaria no Hospital Oswaldo Cruz o SEGE, Serviço de Estudo das Grandes Endemias, cujo objetivo era a investigação médico-sanitária em diversos estados brasileiros, especialmente sobre a malária, a leishmaniose visceral[20] e a doença de Chagas. Criou serviços clínicos e laboratoriais com o objetivo de aprofundar os conhecimentos sobre estas doenças. Em Belém, com igual finalidade, Evandro criaria, em 1936, o Instituto de Patologia Experimental do Norte (IPEN, hoje Instituto Evandro Chagas). Seu trabalho contou com o apoio financeiro pessoal do industrial Guilherme Guinle. (Guimarães & Paula, 2004) Técnicos da Fundação Rockefeller teriam identificado o parasito causador da leishmaniose visceral em órgãos humanos examinados para investigação da febre amarela, no norte do país. Evandro estabeleceu cooperação para estudar as leishmanioses também na Argentina. O projeto, contudo, se ampliaria para outras doenças como a tripanossomíase americana, a malária e a esquistossomose. O hospital, o SEGE, seus laboratórios e demais serviços, teriam manifestado, segundo Kropf, "uma clara filiação ao ideário de Carlos Chagas e daqueles que,na década de 1910, pregaram a importância do saneamento rural do Brasil." (Kropf, 2006, p. 266)

A campanha contra o *Anopheles gambiae* (mosquito vetor responsável pela epidemia de malária no norte do Brasil) que contou com a participação ativa do SEGE e foi concluída no início dos anos 1940 com a erradicação do mosquito, teve grande visibilidade e importância no país e fora dele. (Kropf, 2006, p.264-269) Desta forma, num determinado momento, a verba do Instituto Oswaldo Cruz (IOC) e dos estados que contavam com o SEGE – particularmente o Pará – tornava-se irrisória diante da "verba Guinle"; Evandro pensaria, assim, na autonomia do SEGE em relação a Manguinhos. O projeto do seu "Instituto Nacional de Doenças Tropicais", que estaria vinculado apenas ao Ministério da

[20] Basicamente há dois tipos de leishmaniose: a tegumentar (LT) ou cutâneo-mucosa e a visceral (LV) ou calazar. Ambas são tratáveis. A LT é causada pela *Leishmania brasiliensis brasiliensis* e o calazar pela *Leishmania donovani*. O calazar pode levar à morte. A LT pode deixar seqüelas funcionais e estéticas, entre outros danos. Ambas são antropozoonoses transmitidas por um inseto vetor, o flebótomo, com um hospedeiro intermediário peridomiciliar, como o cão e o cavalo.

Educação e Saúde Pública, não obteve sucesso. No entanto, teria deixado claro que a articulação entre pesquisa biomédica e saúde pública seria, àquele tempo, uma aspiração pessoal de Evandro Chagas, movida por seus ideais sociais, e não mais do IOC. Apesar disso, segundo Kropf, o papel do SEGE foi fundamental na perspectiva, "dentro do cenário internacional", de combate às doenças transmissíveis, "bem como da consagração de uma dada abordagem da relação entre saúde e desenvolvimento que, tornada hegemônica no decorrer da II Guerra Mundial, teria grande impacto sobre os destinos sobre o IOC."(idem, idem, p.272)

Rockefeller – serviços sanitários, pesquisa e ensino no Brasil

No campo do saneamento e da educação médica no Brasil, era facilmente perceptível a presença da Fundação Rockefeller, que também participaria da educação médica e da formação dos primeiros enfermeiros especializados em saúde pública.

A Fundação Rockefeller, segundo Jaime Benchimol, foi criada em 1913, em Nova York, por um poderoso grupo econômico dos Estados Unidos, constituído a partir da Standard Oil, em aliança com a Igreja batista. Começou a desenvolver ações em educação e saúde no sul dos Estados Unidos e, por intermédio da International Health Comission abriu frentes na América Latina, Europa, Ásia e África. (Benchimol, 2001, p. 112)

A primeira comissão da Fundação Rockefeller que chegou ao Brasil, em 1915, teria ido a São Paulo, segundo Lina Faria, a fim de identificar áreas de atuação e conhecer as condições de combate às doenças infecciosas, como a malária, a ancilostomíase e a febre amarela. Esses contatos teriam aberto os caminhos para a entrada no Brasil de médicos e sanitaristas norte-americanos da Fundação Rockefeller[21], pois, no ano seguinte, uma segunda comissão estabeleceria os acordos de cooperação entre a FR e os governos dos estados brasileiros. (Faria, 1995, p. 1)

---

[21] A partir de agora, me refiro à Fundação Rockefeller como FR.

Para que a FR participasse com recursos financeiros, os estados interessados deveriam arcar com, pelo menos, 25% das despesas das campanhas sanitárias e pesquisas científicas, após terem convidado oficialmente a Comissão Sanitária Internacional para a cooperação. A FR se encarregaria do envio de pessoal qualificado e equipamentos científicos, além da instalação de laboratórios e postos de combate às endemias. Os médicos-chefes de cada serviço seriam responsáveis pelo treinamento de profissionais brasileiros com métodos desenvolvidos pela FR e pela elaboração de relatórios e boletins sobre os trabalhos. (Faria, 1995, p. 10) Dessa forma, ainda segundo Lina Faria, apenas as áreas urbanas e rurais dos estados mais ricos do País (como São Paulo e Rio Grande do Sul) puderam contar com o apoio da FR na implementação de campanhas sanitárias. Para a autora, o ambiente político-cultural favorável e a presença de oligarquias poderosas, interessadas em desenvolver um sistema de saúde pública que respondesse aos interesses da produtividade agrícola teriam sido os determinantes da consolidação da assistência médico-sanitária nesses estados. Nos estados mais pobres, entretanto, só a partir da década de 1920, devido à interferência do governo federal, o apoio da FR teria sido efetivado. (idem, idem, p. 18)

A FR teve também importante papel na formação de quadros qualificados da área de enfermagem. Carlos Chagas, então Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), criaria uma Escola de Enfermeiras do DNSP em 1922. Inicialmente, a pedido de Chagas, veio para o Brasil um grupo de enfermeiras norte-americanas, trazidas pela FR, para prestarem serviço no Departamento. Algumas das enfermeiras assumiriam a direção e o ensino da escola, assim como influenciariam tanto o conteúdo do currículo a ser adotado quanto o decreto que instituía a Escola Ana Neri (atual Faculdade de Enfermagem da UFRJ) como escola padrão, para efeito de equiparação. Tal atenção à enfermagem brasileira teria representado uma verdadeira revolução na profissão, num momento em que o Estado brasileiro instituía políticas de saúde voltadas ao controle das grandes endemias e epidemias que, na opinião de Marcelo Medeiros, “colocavam o Brasil numa posição ameaçadora ao desenvolvimento do comércio internacional, porém contava com escassos equipamentos de saúde e mão de obra qualificada para a viabilização das ações coletivas propostas.” (Medeiros, 1999)

Carlos Chagas, ao tomar contato com o trabalho "nightingaleano" – modelo criado pela enfermeira Florence Nightingale (1820 – 1910) - das enfermeiras norte americanas, solicitou auxílio ao *International Health Board* para criar serviço semelhante no Brasil, pois este seria o perfil de enfermagem desejado para a estratégia sanitarista do governo brasileiro. A Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública teria utilizado, no Brasil, o "Sistema Nightingale", voltado para a idéia de equilíbrio do ambiente para a recuperação dos doentes (Macedo, 2008)[22], ainda que as enfermeiras fossem preparadas dentro do Asilo São Francisco de Assis, adaptado para servir de hospital-escola no treinamento para o trabalho em saúde pública. A partir de 1930, com a ampliação do sistema previdenciário, os serviços privados e a assistência hospitalar curativa foram privilegiados em detrimento da Saúde Pública, o que teria aumentado a oferta de trabalho às enfermeiras no âmbito do hospital (Medeiros, 1999)

O trabalho da FR teve uma grande permanência e constância no Brasil. O estudo do historiador Renato Silva põe em evidência o grande período de atuação da Fundação Rockefeller no Brasil no caso das campanhas de erradicação da malária no governo JK. Em 1939, a FR assinaria um convênio com o governo brasileiro, o que "aprofundava uma relação iniciada em meados da década de 1910 [entre o governo brasileiro e] a Divisão Sanitária Internacional da Fundação Rockefeller, que estava preocupada desde a década de 1920 em combater a febre amarela" (Silva, 2008, p.17) A atuação da FR se prolongaria, já que "até 1942 [ano em que foi erradicado um dos mosquitos vetores da malária, o *Anopheles gambiae*], o Serviço de Malária do Nordeste manteve-se vinculado à Fundação Rockefeller, sendo depois incorporado ao SNM [Serviço Nacional de Malária]" (idem, idem, p. 21)

No campo da educação, Amy Kemp pesquisou a participação da FR na criação da Faculdade de Medicina de São Paulo (da atual USP)[23] com o objetivo de realizar um estudo

---

[22] Florence Nightingale acreditava ser a doença parte de um processo restaurador da saúde, e o papel 'da enfermeira', equilibrar o ambiente para a manutenção da energia vital do doente. Para isso, ela deveria contribuir para que o ambiente dos doentes tivesse ar puro, aquecimento, claridade, silêncio, pontualidade e assistência na oferta de dieta. Tais princípios fizeram parte do conhecimento médico hegemônico do século XIX.

[23] A partir de agora me refiro à Faculdade de Medicina de São Paulo como FMSP.

de caso detalhado de uma missão médica filantrópica dentro do sistema capitalista. Tentando compreender a relação entre as duas instituições, dedicou-se a examinar as interações pessoa a pessoa, partindo do princípio de que nem a FR nem a FMSP eram monolíticas. Assim, entendia que

> "both were composed of individuals who reacted in complex ways that may be different than any stereotype of their standpoint. Theoretical analyses of north/south interaction have often assumed a top-down imposition of northern models. From my readings in the Brazilian and Rockefeller archives, it is clear that, while there were clashes between RF officers and some FMSP physicians, other Brazilians fought for the good will and favor of the RF. On the other side, RF officers, while operating under the auspices of a unified policy, were far from home and working in complex circumstances. Every day, by their practice and resistance, they remade RF polices. (Kemp, 2003, p. 10-14)

A autora observou que o projeto da FR para a FMSP havia sido diferente de seus vários outros projetos, e, de forma análoga à analise de Lina Faria sobre a participação da FR na saúde pública (Faria, 1995, p. 13), percebeu que essa diferença residia no nível de interdependência entre os oficiais da FR e os médicos da FMSP. Uma grande parte dos médicos da FR e da FMSP viam uns aos outros como colegas de ciência que partilhavam dos mesmos objetivos a respeito da educação médica. Ainda que a flexibilidade e o grau de coleguismo deste projeto tenham representado uma situação rara, a análise desse caso, segundo Amy Kemp, mostra como podem funcionar as políticas imperialistas quando aplicadas aos indivíduos mais poderosos de uma nação em desenvolvimento, fornecendo, assim, um suplemento ao já crescente corpo de teorias de resistência.[24] (Kemp, 2003, p. 13)

O ensino médico no Brasil nas primeiras décadas do século XX

A discussão historiográfica a respeito do ensino no Brasil no período compreendido entre a Proclamação da República e o início dos anos 1930 é escassa; as fontes documentais

[24] A autora afirma que, de alguma maneira, a FMSP poderia ter representado muito mais um projeto brasileiro do que da FR. (Kemp, 2003, p. 16)

e a bibliografia da época evidenciam lacunas sobre a atividade pedagógica, no que concerne à formação dos estudantes de medicina nas primeiras décadas do século XX.

Nossa perspectiva é apresentar e de analisar, nas instituições de ensino, os elementos do conteúdo curricular e de estrutura institucional que inquietariam professores e alunos, assim como as suas proposições. Para tanto, foram selecionados discursos, atas de reunião, monografias, artigos, livros e outros documentos que tivessem a autoria de professores das faculdades de medicina ou de pessoas que se dedicassem ao tema da educação médica. Graças a essas fontes, viabilizou-se um quadro - que, ainda que relativamente fragmentado, é passível de ser estudado - sobre o ensino médico nas primeiras décadas do século XX.

Já a partir do breve exame inicial das fontes documentais do período, fui conduzida a discordar de alguns pontos da análise sobre o ensino médico, de Jorge Amaral, em seu trabalho "Duzentos anos do ensino médico no Brasil". (Amaral, 2007) Neste estudo, o autor asseverou que o início do regime republicano foi caracterizado por uma situação de marasmo em relação à educação (e à cultura!), "sem transformações profundas, [já que] as linhas de seu desenvolvimento tradicional [foram] predeterminadas na vida colonial e no regime do Império." (Amaral, 2007, p. 45). A primeira discordância se refere à "situação de marasmo" do período. Reportemo-nos a obras dos catedráticos Pacífico Pereira, da Bahia, Aloysio de Castro, Henrique de Toledo Dodsworth, Abreu Fialho, do Rio de Janeiro, ao Professor Nilo Cairo da Silva, do Paraná, entre os anos 1910 e 1920, e veremos que o que escreveram neste período possui forte relação como o que vivenciaram nas últimas décadas do século XIX. Além disso, estes autores propuseram importantes transformações no ensino médico, defendendo tanto as conquistas modernas do conhecimento, quanto as pedagógicas. O primeiro havia sido, na década de 1880, diretor interino da Faculdade de Medicina da Bahia, e publicou, em 1912, um livro dedicado à Reforma do Ensino Médico que ocorrera no Brasil em abril de 1911 – a Reforma Rivadávia. (Pereira, 1912). Aloysio de Castro, conhecido catedrático de Clínica Médica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que dirigiu por dez anos, publicou diversos ensaios sobre ensino médico (COC, 2009), dedicando-se especialmente à organização do ensino clínico na Faculdade de

Medicina do Rio de Janeiro. (Castro, 1919). Dodsworth foi livre-docente de Física Médica desta faculdade, e enviado pelo seu então diretor, Azevedo Sodré, à Europa, a fim de conhecer o ensino desta matéria nas faculdades de medicina estrangeiras. (Dodsworth, 1912). Abreu Fialho, catedrático de Oftalmologia da mesma faculdade, se dedicou a discutir a situação das especialidades médicas, num momento em que, como visto no capítulo 1, elas se apresentavam como um símbolo do avanço do conhecimento. (Fialho, 1924) Nilo Cairo da Silva, catedrático de Patologia Geral da Faculdade de Medicina do Paraná, apoiou as conquistas da reforma de 1879, a partir de quando se tornariam viáveis as "escolas livres de ensino superior", contra o "monopólio do ensino pelo Estado." (Silva, 1914, p. 5-6)

Acreditamos também que seja equivocada a afirmação de Jorge Amaral sobre a predeterminação das linhas de desenvolvimento do ensino e da cultura "na vida colonial e no regime do Império" (Amaral, 2007, p. 45), que a numerosa produção bibliográfica de Flavio Edler (Edler, 1992; 1999; 2001a; 2001b; 2006, entre outros), citada em inúmeras obras (como Barros, 1997; Coelho, 1999; Weber, 1999; Bulcão, 2007, entre dezenas de outros) é capaz de corrigir. A produção de Edler relativa ao ensino médico no Império se tornou uma referência para os demais autores que se propuseram a refletir sobre a medicina e os médicos do período. As obras do autor que aqui estão mencionadas (e que são recentes e de fácil acesso[25]) chamaram a atenção para a grande distância epistemológica entre a medicina da Colônia e a do Império no Brasil. Numa destas obras, afirmaria que, na Academia Imperial de Medicina, fundada em 1935, "uma elite médica empenhou-se, aguerridamente, na produção de um conhecimento original sobre a patologia brasileira"; tratava-se de um "período marcado pela crença da dependência da patologia e da terapêutica médicas aos fatores climático-telúricos circunscritos ao meio ambiente". Segundo o autor, a Academia, que representava "a rejeição da herança colonial da Fisicatura-mor e do legado de informações médicas, mais ou menos impressionistas, descritas pelos viajantes naturalistas, impôs-se como pré-condição à afirmação do novo *ethos* profissional." (Edler, 1999, pp. 137-8)

[25] A maioria está citada nos sites acadêmicos da web.

Os preparatórios para o ingresso nas faculdades e os cursos de medicina no início do século XX – os regulamentos e as reformas

Até a proclamação da República, as escolas médicas eram as do Rio de Janeiro e da Bahia. Em 1897 foi criada a Faculdade Livre de Medicina e Farmácia, em Porto Alegre, que seria, a partir de 1911, a Faculdade de Medicina de Porto Alegre. No mesmo ano foi criada a Faculdade de Medicina de Belo Horizonte, e em 1912, a do Paraná e a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, em 1912 (Silva, 2002, p.140)

O controle do acesso ao ensino superior no final do século XIX e início do XX e as medidas que determinavam a articulação entre o secundário e o superior foram elementos decisivos, segundo Silvana Lopes, na definição do caráter seletivo e preparatório do ensino secundário. Segundo a autora, as escolas secundárias, públicas, possuíam um caráter extremamente seletivo pelo fato de existirem em número muito pequeno e por cobrarem taxas, selos e outras contribuições para que os alunos pudessem freqüentá-las. De alguma forma, esses altos valores tornavam os próprios estabelecimentos públicos em instituições privadas, o que impedia o acesso da maior parte da população. (Lopes, 2006, p.2)

O Colégio Pedro II foi, desde o Império, a escola-modelo de educação e o preparatório para admissão às faculdades. Este colégio exigia o cumprimento de sete anos de estudos (regime ginasial), ao fim dos quais o aluno faria o exame de bacharelado, pelo qual obteria o "grau literário". Na virada do século XIX para o XX, alguns regulamentos autorizaram escolas particulares a realizarem os exames das diferentes disciplinas em momentos distintos: eram exames de madureza e exames parcelados. Estes exames parcelados prescindiam dos sete anos de estudo oferecidos pelo Colégio Pedro II para o ingresso nas faculdades, e, segundo Pacífico Pereira, muitos alunos foram protegidos por tal regulamento. (Pereira, 1912, p. 117) Apresentamos pontos de alguns regulamentos e reformas que contribuíram para o entendimento do sistema de ensino do Brasil, do ponto de vista do objeto deste trabalho, entre o início da República e 1932. Acreditamos que, desta forma, seja possível a análise das observações dos professores das faculdades de medicina sobre o ensino médico num período anterior ao dos nossos catedráticos clínicos.

Um desses regulamentos data de 8 de outubro de 1890. Benjamin Constant, Ministro e Secretário de Estado dos Negócios da Instrução Pública, Correios e Telégrafos, promoveu a primeira reforma republicana, que dispôs que a aprovação nos exames de madureza no Ginásio Nacional[26] daria direito à matrícula em qualquer dos cursos superiores federais. Segundo o educador Carlos Roberto Cury, a influência da ordenação curricular dessa Reforma teria seguido, ainda que de forma não ortodoxa, a filosofia positivista, mas o plano curricular desta reforma contrariava a ala ortodoxa do positivismo. Mantiveram-se, assim, a garantia do ensino oficial, a distinção de escolas primárias para cada sexo, a possibilidade do aprendizado em casa, a gratuidade do ensino primário, que deveria também ser laico e ministrado em escolas oficiais. O ensino livre coexistiria com o oficial, mas sob a égide desse último, no qual se desenhava, segundo Cury, um Estado educador. (Cury, 2009, p. 720)

De forma coerente com as idéias positivistas e descentralizadoras do Ministro, os exames de madureza, nos Estados da República que organizassem estabelecimentos próprios de ensino secundário integral, e que seguissem os planos do Ginásio Nacional, dariam aos alunos aprovados o direito à matrícula nos cursos superiores. (Pereira, 1912, p. 119) A Faculdade Livre de Medicina e Farmácia de Porto Alegre foi fundada neste período, em julho de 1898. A historiadora Beatriz Weber fez menção a uma carta de Júlio de Castilhos, defensor ardoroso do positivismo, para quem a escola era um exemplo da vitória do ensino livre, das iniciativas particulares, que dispensariam a intervenção do Estado. O Estado manteria apenas o "ensino primário, leigo e livre", enquanto o ensino superior seria deixado à iniciativa particular (Weber, 1999, p. 101-2)

O dia 1º de janeiro de 1901 ganharia o Código Epitácio Pessoa com novo regulamento do Ginásio Nacional no dia 26 do mesmo mês. A Reforma Epitácio Pessoa buscaria a uniformização do ensino secundário, ao estabelecer requisitos para a equiparação de todas as escolas do Brasil ao Ginásio Nacional, que por sua vez, teria a função de escola-

[26] Pelo decreto 1075de 22 de novembro de 1890, o "Imperial Colégio de Pedro II" passou a se chamar "Gymnasio Nacional". O decreto 8660, de 5 de abril de 1911, retomaria o antigo nome, mas alterado para "Colégio Pedro II". (Alves, 2004, p. 12)

modelo consolidada. (Zotti, 2005, p. 4)[27] Segundo Cury, esta reforma buscou tornar exeqüível a de Benjamin Constant, levando adiante a desoficialização do ensino quando o Marechal Hermes da Fonseca (1855-1923) assumiu a presidência da República (mandato entre 1910-1914). O Marechal Hermes havia sido aluno de Benjamin Constant e aderido ao ideário positivista. (Cury, 2009, 720-1) Segundo Solange Zotti, os principais avanços que a reforma propunha – implantação do regime seriado, e manutenção e efetivação dos exames de madureza, em substituição aos exames parcelados de preparatórios – não lograriam êxito. Na prática, a seriação não foi implantada, os preparatórios foram prorrogados e o exame de admissão às faculdades, possível de ser realizado em qualquer série que estivesse sendo cursada, levaria o ensino ao caos. O novo regulamento do Ginásio Nacional fixou o curso em seis anos, sem novas diretrizes para o ensino secundário, mas seu objetivo seria o de "proporcionar a cultura intelectual necessária para a matrícula nos cursos de ensino superior e para a obtenção do grau de bacharel em ciências e letras". Na relação entre o ensino secundário e o superior, foi retirada do regulamento qualquer menção à função formativa, destacado objetivo da Reforma Benjamin Constant. Ocorreriam algumas alterações curriculares que descaracterizaram a orientação positivista da reforma anterior, mas as disciplinas tradicionais, dirigidas aos interesses do ensino superior e à formação das elites seriam mantidas. (Zotti, 2005, p.4)

Segundo Pacífico Pereira, o Governo teria cometido um sério engano ao conceder equiparação entre "estabelecimentos de ensino superior ou secundário fundados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou por qualquer associação ou indivíduo" e estabelecimentos federais. O Governo nomeava um fiscal incumbido da realização de relatórios semestrais, durante dois anos, sobre o mérito dos estabelecimentos, para então decidir ou não pela equiparação. Uma das grandes críticas a esse sistema partia do fato que o fiscal era pago pelo próprio estabelecimento fiscalizado. (Pereira, 1912, p. 123-124)

---

[27] O Relatório de Abraham Flexner, de 1910, criticaria também tais equivalências nos Estados Unidos e no Canadá, o que deveria ter representado algo bem mais grave, pois tratava de mais de 160 escolas médicas. A maior parte dessas escolas concordava em aceitar diplomas de "*approved*" ou de "*accredited highschools*"[27], e muitas instituições de ensino médicos aceitavam alunos sem esse mínimo padrão (Flexner, 1910, p. 30-31)

Em 5 de abril de 1911, o governo do presidente Hermes da Fonseca, que teve como ministro da Justiça o jurista Rivadávia Corrêa, aprovou a lei orgânica do ensino superior e do fundamental na República, e deu novos regulamentos às Faculdades de Medicina e de Direito, à escola Politécnica e ao Colégio Pedro II. Segundo Cury, Rivadávia teria acreditado a que sua proposta – o fim do status oficial do ensino – teria significado o coroamento de uma seqüência progressiva das Reformas de 1879, de 1891 e de 1901 (Cury, 2009, p.724), coerente com a doutrina positivista que tanto o Ministro quanto o Presidente da República seguiam. (idem, p. 717)

O ingresso nos cursos superiores passaria a ser de responsabilidade das próprias faculdades e as escolas (os ginásios e equivalentes) teriam o papel de formar os alunos, e não de prepará-los para um curso superior. Pacífico Pereira também acreditou que esta Reforma defendia os princípios do ensino livre das universidades alemãs e que representava uma transição do ensino oficial para sua total desoficialização. (Pereira, 1912, p.6) Um destes princípios teria sido a afirmação da livre-docência como condição para provisão do magistério, pois teria a vantagem de aumentar o número de docentes sem ônus para a União, já que era uma contribuição direta dos estudantes. No entanto, Pacífico Pereira acreditava que "a sobrecarga de cursos dos professores ordinários[28], examinadores *de jure*, não deixa[ria] aos alunos tempo para a freqüência dos cursos livres", o que poderia "enfraquecer a situação moral do professor, e servir de obstáculo à concorrência dos docentes livres". A admissão à livre-docência determinada pela Reforma de 1911 teria sido reduzida "a uma mera apresentação de trabalhos científicos pelos candidatos". Para o autor, seria necessária, a estes candidatos, "uma prova em que demonstr[ass]em capacidade própria de produzir e expor a matéria do ensino". (Pereira, 1912, p. 254-255, itens 42-47)

Cury observou que o discurso dos reformadores buscou aliviar os cofres públicos do "ônus" com a educação e "implicar os institutos na busca de recursos próprios, sobretudo de doações. A referência à Alemanha e aos Estados Unidos é feita como exemplo modelar da nova personalidade jurídica." Para Cury, "fica claro que o Ministério do Interior entrega ao Conselho [Superior de Educação] a tarefa de fazer a transição da *oficialização completa*

[28] Nome que era dado aos catedráticos.

à *sua total independência futura.*" Desta forma, aponta o autor, o ensino oficial seria tolerado, mas considerado em vias de extinção, e o Conselho Superior de Ensino [CSE], criado nesta reforma com caráter deliberativo e consultivo, funcionaria "como que uma espécie do que hoje denominamos Agência Reguladora, como órgão máximo da administração federal da educação". Desta forma, o Estado obedeceria "aos ditames da Constituição, não sendo indiferente ao ensino"; sem obrigações com o ensino, o Estado seria apenas um tipo de agente regulador. (Cury, 2009, p. 727)

No Paraná houve elogios à lei Rivadávia, de abril de 1911. O Professor Nilo Cairo da Silva, lente de Patologia Geral da Faculdade de Medicina daquele estado, criada em 1912, escreveu um discurso, em 1914, sob o título "Liberdade de ensino e liberdade profissional", no qual comunicava aos alunos que eram "filhos de uma das maiores revoluções por que tem passado o Brasil". Criticou a Reforma de 1854, que criou novos estatutos para as faculdades de medicina e para os cursos jurídicos às expensas das liberdades conquistadas em 1832: "por uma reação retrógrada, instituíram o monopólio do ensino pelo Estado, vedando a instrução superior à iniciativa particular". Ainda segundo o Dr. Cairo da Silva, o Brasil teria vivido sob esse "regime opressivo" até 1870, quando o decreto de 19 de abril [de 1879] viria restaurar a "liberdade de aprender, como de ensinar". Numa apologia contra as escolas oficiais, o Dr. Cairo ainda ressaltaria que a lei Rivadávia garantira funcionamento às "escolas livres de ensino superior", "após o curto eclipse que durou o código de 1901", e representaria uma "evolução cada vez mais tendente a emancipar o ensino de uma tutela degradante e imoral". Acreditando na inexorabilidade de tal evolução liberal do ensino e elogiando o florescimento de novas escolas, Dr. Cairo, em seu discurso, reclamava dos "potentados que imperavam nas cátedras oficiais", que considerava porta-vozes de uma guerra de "ódio, despeito e inveja". (Silva, 1914, p. 5-6)

Apesar da defesa do regime *Lehr und Lernfreiheit* (liberdade de ensinar e de aprender), Pacífico Pereira entendia que tamanha liberdade de ensino carecia de limites claros. As conclusões - de 72 itens – que redigiu a respeito da reforma de 1911 demonstrariam sua apreensão com o pensamento positivista fundamentalista representado pelo colega paranaense. Afinal, postulava Pacífico Pereira, "a desoficialização completa do

ensino seria um erro grave; o ensino [seria] um dever do Estado a que têm direito todos os cidadãos [...]" e "a desoficialização do ensino e a liberdade profissional absoluta viriam inaugurar o reinado da incompetência, com a anarquia mental e a decadência infalível de todas as forças que mantêm a vida e o progresso do país." (Pereira, 1912, p. 247, itens 9 e 10)

A Reforma Rivadávia definiu que o curso médico seria dividido em seis anos escolares, com dois períodos letivos para cada um; para efeito dos exames, o curso se dividia em três seções – a primeira correspondia ao exame preliminar, a segunda ao exame básico e a terceira ao exame final. Pelo artigo 74 da lei orgânica, a distribuição das matérias obedecia ao "nexo científico que as [ligariam,] indo do mais simples ao mais complexo". O primeiro ciclo – correspondente à 1ª série - tinha a duração de dois períodos letivos que se concluíam após o exame preliminar, e se compunha das "ciências físico-químicas e naturais", ou seja, a física médica, a química médica, e a história natural médica. Este conteúdo correspondeu ao que, anos mais tarde, seria repassado aos cursos preparatórios. O segundo ciclo ou ciclo básico, com a duração de quatro períodos – correspondente às 2ª e 3ª séries - compreendia anatomia descritiva, fisiologia (cada uma com a duração de quatro períodos letivos), anatomia microscópica e microbiologia (cada uma com dois períodos). Após o exame básico, o aluno passava ao último ciclo de, no mínimo, seis períodos letivos, que correspondiam às 4ª, 5ª e 6ª séries. Na 4ª série, aprendia-se farmacologia, anatomia e histologia patológicas, anatomia médico-cirúrgica com operações e aparelhos, clínica médica (com o curso de patologia interna), clínica cirúrgica (com o curso de patologia externa), clínica oftalmológica, clínica otorrinolaringológica, clínica dermatológica e sifiligráfica. Na 5ª série aprendia-se patologia geral, terapêutica, clínica cirúrgica, clínica médica, clínica pediátrica médica e higiene infantil, clínica pediátrica cirúrgica e ortopedia. A 6ª série refletia um curso mais complexo que reverteria em maior prestígio para o formando; constituía-se de higiene, medicina legal, clínica obstétrica, clínica ginecológica, e clínica psiquiátrica e de moléstias nervosas. (Pereira, 1912, p. 141-142)

Nas instituições de ensino médico e na Policlínica do Rio de Janeiro, a Física Médica e seus aparelhos serviriam como importante ferramenta aos estudos clínicos e

fisiológicos. O trabalho recente de Ana Carolina Vimieiro Gomes analisou como, nos fins do século XIX, a introdução de métodos gráficos utilizados pela fisiologia "envolveu uma rede intricada de relações investigativas, disciplinares e institucionais [...] numa sociedade que se modernizava". Tais métodos gráficos representariam a transformação de qualidades sensitivas, o que em última instância seria a Clínica, em "medidas quantificáveis, exatas e controláveis". Afinal, a intervenção humana deveria ser eliminada do estudo dos fenômenos da natureza, na medida em que dependia do observador. Além disso, os métodos gráficos poderiam criar uma convenção universal para os cientistas, já que representariam um *ethos* ascético e não-intervencionista. (Gomes, 2009, p. 60) Nesse caminho, desenvolveram-se aparelhos como esfigmógrafo, cardiógrafo, termógrafo, polígrafo, odógrafo, e a cronofotografia. (idem, idem, p. 61- 64)

Tais instrumentos e suas aplicações à medicina chamariam a atenção dos professores interessados no currículo médico do Brasil; a aplicação da Física Médica à clínica se tornara uma preocupação acadêmica. Em 1912, Henrique de Toledo Dodsworth, professor extraordinário (livre-docente) da cadeira de Física Médica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e membro da Academia Nacional de Medicina, das Sociedades de Física, de Radiologia e de Eletroterapia de Paris, e da Sociedade de Radiologia da Alemanha, publicava uma obra de 34 páginas intitulada *Como é compreendido o ensino de Física Médica nas Faculdades de Medicina Estrangeiras*. Fora incumbido pelo Ministro do Interior de observar na Europa a "organização e as instalações das cadeiras de Física Médica", já que esta cadeira havia sido recriada com a recente Reforma Rivadávia, de 1911. (Dodsworth, 1912) Dodsworth visitou diversos países europeus, e conheceu diferentes instalações e diferentes cursos, com a intenção de remodelar a cadeira de Física Médica na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, adaptando-a às exigências modernas, incitado pela reforma do ensino médico de 1911. Acreditava que na cadeira de Física Médica os conhecimentos básicos e essenciais da Física seriam aproveitados em novos princípios médicos, aplicados e especializados. Assim, "a Fisiologia, a Patologia, a Higiene, a Terapêutica, em uma palavra – a Clínica, vão encontrar na Física o princípio, o instrumento, a explicação e o agente de suas pesquisas, do seu diagnóstico e da sua medicação". (Dodsworth, 1912)

Pacífico Pereira criticou a prova de admissão ao ensino superior, em geral, e a seriação do curso médico tal como foi proposta pela lei de 1911, e sugeriu diversas modificações na organização das disciplinas. Possivelmente por considerar que o regime de aulas fosse intenso, censurava o acúmulo de matérias em algumas séries – "sobrecarga incompatível com os preceitos da higiene e da pedagogia" - e proporia a separação de cadeiras que não deveriam funcionar conjuntamente. Insistindo nas teorias higiênicas do período, acreditava que "[a] distribuição das matérias, a organização do horário e a duração das sessões escolares deve[ria]m atender às condições do clima, e ao limite fisiológico da capacidade dos alunos em geral para o trabalho intelectual lúcido e profícuo."(Pereira, 1912, p.257, itens 55 e 56)

O caráter oficial do ensino secundário e superior no Brasil seria retomado pelo Decreto n. 11.530, de 18 de março de 1915, assinado pelo Presidente Wenceslau Braz e por Carlos Maximiliano, Ministro da Justiça e Negócios Interiores. O decreto ficou conhecido como "Reforma Carlos Maximiliano". O Conselho Superior de Ensino foi reduzido a órgão consultivo e fiscalizador, deixando de ser o que Cury chamou de "agência reguladora"; suas decisões voltariam a ser homologadas pelo Ministro da Justiça e dos Negócios Interiores. Os institutos mantidos pela União voltavam a ser intitulados de 'oficiais'. A União também voltava a ser a responsável pelo registro de diplomas, pela inspeção dos institutos, e, com algumas exceções, pela "concessão para efeito de *equiparação* para as instituições particulares que a solicitarem". Para fins de matrícula no ensino superior, além da aprovação no vestibular, passava a ser necessário o certificado de aprovação no secundário. (Cury, 2009, p. 735)

A iniciativa privada, entretanto, não perderia a liberdade de atuação junto ao ensino, segundo Cury, mas agora seria "denominada de academia e volta[ria] a ser regrada pelos institutos da concessão e da equiparação", ou seja, passava a ser controlada e fiscalizada pelo CSE. Cury, que estudou a Reforma Rivadávia, entendeu sua iniciativa de desoficialização como "muito original", pois "buscou, em base à concepção positivista, outro campo para o desenvolvimento da educação". Em sua análise, "ficou a lição de que a saída ou o recuo do Estado em matéria de educação abre o campo para alguns setores

sadios da sociedade civil", e, ao mesmo tempo, abre-se um flanco "para transformar a educação, serviço público e bem público, em um serviço identificado com um bem qualquer, mercadoria vendável no mercado". (Cury, 2009, p. 735)

Em 1925, o ensino médico receberia uma atenção especial. O decreto n° 16.782-A de 13/01/1925, assinado pelo Presidente Arthur Bernardes e pelo Ministro da Justiça e Negócios do Interior, João Luiz Alves, e com a participação de Rocha Vaz, então diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, foi outra investida na organização do ensino secundário e o superior. O decreto ficou conhecido como "Reforma Rocha Vaz". A Reforma suprimiu o CSE e, em seu lugar, criou o Departamento Nacional de Ensino, diretamente subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios do Interior. Paralelamente, foram criados o Conselho de Ensino Secundário e Superior, o Conselho de Ensino Artístico e o Conselho de Ensino Primário e Profissional. (Medicina, 2006)

O ensino médico receberia novas divisões: curso fundamental correspondente aos três primeiros anos, curso geral de aplicação nos dois anos seguintes, e curso especializado de aplicação durante o sexto ano. As cadeiras elevaram-se a trinta e seis, distribuídas em seis anos. Chamamos atenção à criação do Instituto Anatômico e de seus Departamentos, o que caracteriza uma nova epistemologia sobre a estrutura do ensino. Cada um dos cinco Departamentos (Anatomia normal, Histologia, Anatomia Patológica, Medicina Legal e Medicina Operatória) foi chefiado por seu professor catedrático. Também merece destaque a criação da cadeira de Medicina Tropical, destinada ao ensino de moléstias tropicais que mais correspondessem à nosologia do país. (Medicina, 2006)

Desde o início do século XIX, a *opilação* ou *hipoemia intertropical* se apresentou como questão na Academia Imperial de Medicina, sob a forma de debate entre Higiene e Medicina Tropical. (Edler, 1999) Esta cadeira também havia sido reivindicada por Aloysio de Castro em 1919, mas certamente a dimensão internacional que Carlos Chagas, seu primeiro proprietário, adquiriu, influenciaria a sua criação por ocasião desta Reforma. Por outro lado, contatos com entre o Instituto de Medicina Tropical de Hamburgo, Manguinhos e Chagas certamente contribuíram para esta cátedra na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Além da cátedra de Medicina Tropical, e provavelmente relacionada ao mesmo

Carlos Chagas, foi criado o “Curso Especial de Higiene e Saúde Pública”, anexo à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que visava o aperfeiçoamento técnico dos médicos que se destinassem ao desempenho das funções de sanitaristas. O curso seria coordenado pelo diretor do Instituto Oswaldo Cruz que, no caso, era Carlos Chagas, que definiu os conteúdos do curso, a nomeação de professores e questões regimentais. Seria mais uma especialização do ensino médico, ministrado pelos técnicos de Manguinhos, e constituído pelas seguintes disciplinas: Epidemiologia e Profilaxia Gerais, Organização dos Serviços de Profilaxia Especial, Biometria e Estatística Aplicada à Higiene, Higiene Alimentar, Noções de Bromatologia, Saneamento Urbano e Rural, Higiene pré-natal, Higiene Infantil e Higiene Escolar, Higiene Industrial e Profissional, Administração Sanitária, e Legislação Sanitária e Comparada. (Medicina, 2006)

Chagas foi nomeado catedrático em maio de 1925. Foi dispensado do concurso para a cátedra mediante um decreto presidencial que instituiu o critério de "notório saber". Tanto o curso de Higiene e Saúde Pública quanto do de Medicina Tropical tornaram-se objetos de acirrados protestos por parte de estudantes e professores da Faculdade de Medicina, já que o próprio Diretor da Faculdade, que deu nome à Reforma Rocha Vaz, estaria ferindo sua autonomia, submetendo-a à ingerência do Instituto Oswaldo Cruz. (BVCC, 2006)

O decreto federal 19.890, de 18 de abril de 1931 foi conhecido como Reforma Francisco Campos. A Reforma, que concedeu maior autonomia e independência às congregações, fortalecendo a figura do professor catedrático, também atingiria o corpo discente. Terminado o ginásio, o aluno pretendente ao curso de medicina faria um exame vestibular; após a aprovação e antes de iniciar as matérias do primeiro ano, cursaria o “pré-médico”, que era um curso anexo ao curso superior, com duração de um ano. Segundo Silva, as alterações provocaram polêmica para os alunos, na medida em que o curso ficaria mais rigoroso em relação às notas, à freqüência, à carga horária e à concentração de disciplinas. Do ponto de vista dos professores, foi extinta a condição de livre-docente; os assistentes ficaram totalmente subordinados aos catedráticos, o que restringiu a sua possibilidade de ascensão profissional. (Silva, 2002, p. 152) O projeto desta Reforma

compreenderia três partes: o Estatuto das Universidades Brasileiras, a reorganização da Universidade do Rio de Janeiro, e aquela em que se criaria o Conselho Nacional de Educação. (Rosa, 1982, p. 56; Fávero, 2000a p. 2)

A primeira reunião do Conselho Universitário da Universidade do Rio de Janeiro ocorreria em 02 de maio de 1931, sob a presidência do Reitor Carvalho Mourão. No mês seguinte, este seria nomeado ministro do Supremo, e a Reitoria, ocupada por Fernando Magalhães (mandato entre 1931 e 1934), Diretor da Faculdade de Medicina. O Ministro também interviria no direito dos catedráticos à vitaliciedade, que "colocava os professores bons e os maus professores no mesmo pé de igualdade quanto aos privilégios inerentes à cátedra." Agora, o catedrático deveria ser julgado novamente por sua capacidade, por seus trabalhos e pela dedicação ao ensino nos dez primeiros anos em que conduzia a cátedra. Só após este segundo julgamento ficaria garantida a vitaliciedade. Para o Ministro, este seria "o mais rigoroso sistema de garantias" de seleção do corpo docente. (Rosa, 1982, p. 58) Persistiria, no entanto, a possibilidade de a Congregação indicar "o profissional insigne que tenha realizado invento ou descoberta de alta relevância, ou tenha publicado obra doutrinária de excepcional valor" para o provimento de cátedras. (idem, idem, p. 59)

A Faculdade de Medicina adotara o Regimento de 1932, para a seleção de catedráticos. Esta passava a se constituir de uma prova escrita, de concurso de títulos, de prova prática e prova didática. A prova escrita tinha a duração máxima de seis horas, formada de temas sorteados a partir de uma lista de dez a vinte pontos organizados pela Comissão no momento do sorteio. O concurso de títulos constava da avaliação de "elementos comprobatórios do mérito dos candidatos". A prova prática constava de exame de um doente escolhido pela comissão julgadora, acompanhado de exposição do candidato. A prova didática, realizada diante da Congregação, compunha-se de uma dissertação de 50 minutos sobre ponto sorteado com 24 horas de antecedência. Nesta prova, o candidato era estimulado a utilizar de recursos didáticos, "inclusive a apresentação de doentes nas provas de clínica." (Rosa, 1982, p.61) Na ausência de candidatos ou no caso de não haver aprovados, poderia ser contratado, por um período de cinco anos, um profissional brasileiro ou estrangeiro de competência inquestionável. (idem, idem, p. 61)

O Estatuto, que ratificaria o professor catedrático como o primeiro na hierarquia do corpo docente, segundo Maria de Lourdes Fávero, postergaria uma carreira do magistério. A autora apontou uma questão delicada - a escolha dos assistentes e auxiliares - que considerou "resultado quase exclusivo do arbítrio do catedrático, em decisões às vezes tendenciosas e eivadas de autoritarismo". (Fávero, 2000a p. 3) Para a autora, a cátedra seria o grande obstáculo à democracia nas universidades, em função de seu caráter, por definição, centralizador. A idéia de cátedra contida no Estatuto das Universidades Brasileiras ganharia mais força com as constituições de 1934 e 1946. (idem, idem, p.5)

Segundo o Ministro, ainda, alteraria "de modo profundo e radical, o sistema de recrutamento do corpo docente", pois o concurso para a cátedra deveria ser precedido de concurso de títulos e de "provas preconstituídas da capacidade do candidato." Assim, Francisco Campos criticava as condições que vigiam até então que desconheceriam "as tendências, a vocação, a capacidade e a personalidade do candidato." Seria criada uma comissão julgadora de cinco membros especialistas, dos quais três seriam estranhos à Congregação da Faculdade; da mesma forma, a Congregação não classificaria os candidatos, "limitando-se a aprovar ou rejeitar o parecer da comissão, o qual, quando unânime, não poderá ser recusado senão por dois terços de votos." (Rosa, 1982, p. 57)

Análises e propostas para o ensino clínico no Rio de Janeiro por Aloysio de Castro

Inúmeros professores das faculdades de medicina do Brasil participaram de conhecidas reformas ou criticaram e fizeram propostas de modificação curricular e tiveram o modelo universitário de forte influência alemã e norte-americana - institutos, departamentos, laboratórios – como parâmetro definidor de avanço científico. Aqui contemplaremos o universo da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, posto que esta instituição se mistura com nosso próprio objeto de estudo. Abordaremos, assim, importantes questões como os hospitais de ensino, campo para a prática clínica, onde a qualidade da assistência objetiva o aprendizado do aluno e a possibilidade de realização de

pesquisas, assim como a docência e os problemas pelos quais os alunos passaram. Por fim, as especialidades clínicas e cirúrgicas também servirão de análise e disputas nos espaços das faculdades de medicina brasileiras. Neste debate, escolhi um catedrático de Clínica Médica, que dirigiu a Faculdade, e um catedrático de Oftalmologia, uma das especialidades mais sedimentadas nesta Instituição.

A Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro vinha, nas primeiras décadas do século XX, num debate interno sobre a qualidade de seu ensino e sobre a necessidade de criar uma identidade que se opusesse à "baldeza" e ao "regime de servidão intelectual" creditados ao século anterior pelo Catedrático de Clínica Propedêutica Francisco de Castro. Afinal de contas, a Faculdade lançara uma "*Revista dos cursos theoricos e práticos*", que circulou regularmente sob a forma de um volume anual entre 1884 e 1889. Depois de "um tomo esporádico", de 1893, desapareceria definitivamente das disposições regulamentares da Faculdade. Francisco de Castro assegurava, de maneira aparentemente irônica, que a supressão da "*Revista dos cursos*" era mesmo o melhor para aquela época, e que seria necessário aguardar o momento em que alguma publicação surgisse espontaneamente, "como signo frutuoso e festivo para a florescência da vida intelectual desta geração, pois só assim, em vez de inflar as bochechas da nossa vaidade, ela cooperará poderosamente para engrandecer a pátria". Em 1917, quando era diretor da faculdade o professor Aloysio de Castro, filho do já falecido Francisco de Castro, acreditava ser "o espírito científico [...], entre nós, uma conquista irrefutável", pois "uma faculdade digna dos tempos modernos como a nossa quer ser, não esquecerá nenhum meio de promover o progresso da ciência que nela se professa [...]". Destarte, apoiado pela Congregação, lançaria, em 1917, o primeiro volume dos *Annaes da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro* (*Annaes*, 1917), que contava com a contribuição de artigos de diversos catedráticos e professores.

A Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro sempre se ressentira da falta de um hospital de ensino que se constituísse num "vasto campo de observação". Aloysio de Castro (1881-1959)[29], então professor de Patologia Médica da Faculdade, obteria, em 1913, a

[29] Durante a gestão de Aloysio de Castro na direção da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1915-1925), foi inaugurado o prédio da Faculdade na Praia Vermelha (1918). Antes de assumir a cátedra de Clínica

anexação do serviço ambulatorial de Clínica Médica da Policlínica, que dirigia "há não poucos anos naquele estabelecimento", para o ensino desta disciplina aos estudantes de medicina. (Castro, 1919, p. 360) De fato, em 1913, o Professor liderara uma reestruturação dos cursos da Policlínica e de suas instalações. A partir de então, ministraria o curso de patologia médica nesta instituição, dirigiria e criaria os *Annaes da Polyclinica Geral do Rio de Janeiro*, cujo primeiro número foi lançado em maio de 1916. Os *Annaes* seguiriam divulgando trimestralmente os trabalhos originais e experiências práticas realizadas nos diversos serviços clínicos da Policlínica, onde Aloysio de Castro trabalhara entre 1907 e 1946. (Castro, Aloysio de)

O hospital de ensino

Aloysio de Castro, ainda que considerasse a necessidade de se resolverem questões complexas e preencherem lacunas em relação ao ensino médico, acreditava que diversos aspectos do ensino da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro poderiam "entrar em competência com antigas e afamadas instituições de ensino clínico da Europa". Lamentava a ausência de alguns elementos que muito contribuiriam no ensino das clínicas, "mais do que no aprendizado das outras disciplinas médicas". (Castro, 1919, p. 360)

Um desses elementos era o hospital de ensino. Para Castro, o hospital de ensino deveria possuir todas as características de um hospital modelo: a distribuição ideal de suas instalações seria em pavilhões isolados, "havendo apenas por dependências comuns as da administração, farmácia e cozinha". Isto permitira a edificação parcial, segundo os recursos financeiros disponíveis. A proximidade geográfica entre o hospital e a faculdade seria de grande importância para se organizar o ensino clínico: "não há horário de aulas que concilie tais dificuldades, perda de tempo, sempre pouco para se aprender, despesas de transporte e incômodo para os estudantes". Tal proximidade, no entanto, de forma alguma significaria a construção da sede da faculdade próxima ao Hospital da Santa Casa da Misericórdia. Fora muito bem vindo o "novo edifício da Faculdade que o benemérito Governo do ex-

---

Médica, este professor fora catedrático de Patologia Médica. Foi chefe do serviço de Clínica Médica da Policlínica entre 1909 e 1912, na qual se dedicara particularmente ao estudo das neuropatias.

presidente Wenceslau Braz fez construir"[30], pois "será forçada conseqüência a futura criação de um hospital anexo à Faculdade, no terreiro fronteiro à mesma, já para isso destinado". O catedrático acreditava que não seria interesse da Faculdade nem do Hospital da Misericórdia a manutenção do ensino neste hospital, e, numa possível alusão à separação das duas instituições, lembrou a proximidade do centenário da Independência do Brasil:

> "O Brasil está nas vésperas de comemorar o centenário de sua independência política e não daria maior testemunho de progresso do que erigindo na sua capital um hospital grandioso com todas as condições técnicas e didáticas, um Instituto de Clínicas à altura dos seus fins." (Castro, 1919, p. 361-362)

Em relação às clínicas, o Professor Aloysio de Castro não tinha dúvidas de que cada uma deveria ter o seu próprio laboratório, mas num hospital-escola. Só neste estabelecimento cada clínica seria um serviço autônomo e teria todas as seções necessárias às pesquisas. O laboratório deveria vir antes de qualquer coisa. O laboratório central que atendesse todas as clínicas não caberia neste hospital, pois faria parte de um hospital comum, puramente assistencial. Além dos laboratórios, no hospital de ensino as enfermarias e os ambulatórios deveriam representar "o vasto campo de observação"; enfermarias com numerosos doentes de ambos os sexos e de todas as idades, e serviços de consultas externas seriam o indispensável para um bom ensino. Um problema apontado por Aloysio de Castro e corroborado por outros professores seria o do grande tempo de ocupação dos leitos, o que aconteceria na maior parte dos casos. Pouco sobraria então, para "o verdadeiro magistério da clínica". (Castro, 1919, p. 364)

O professor afirmava que no Rio de Janeiro um professor de clínica não dispunha "senão de uma enfermaria de trinta leitos com doentes de um só sexo" e com pequena rotatividade de leitos. Estas dificuldades hospitalares somadas à ausência de serviços ambulatoriais da Santa Casa teriam levado o Professor Miguel Couto a empreender esforços no sentido de utilizarem os serviços da Policlínica do Rio de Janeiro para o ensino.

[30] O professor se refere, aqui, ao prédio da Praia Vermelha, onde era sediada a Faculdade de Medicina até a década de 1970.

Afinal, seria impossível aprender clínica sem seguir "por muito tempo os serviços de consultas", pois seriam ignorados os casos mais freqüentes na prática; dois dias semanais de aulas práticas, no mínimo, eram o necessário para o ensino de qualquer disciplina. Outra questão abordada por Aloysio de Castro é a variedade de casos de cada dia de consulta; sistematizar o ensino nesta situação teria sido um desafio, pelo "caráter um pouco tumultuário, que lhe advém de se tratarem sucessivamente assuntos diversos". Seria, assim, difícil para o principiante, que não contaria com a vantagem de certa ordem e método na apresentação de assuntos aparentemente independentes. (Castro, 1919, p. 364-365)

O ensino da Clínica Médica

A utilidade do ensino teórico, para Aloysio de Castro, seria sempre algo por se discutir: o médico não deveria se recusar a consultar os tratados de Patologia, para poder julgar melhor. A Clínica, ao levar em consideração as condições pessoais do doente, deveria salientar "o como e o porquê se distingue tal doente de tal outro, acometido da mesma espécie mórbida", o que enveredaria pela Patologia, pois esta disciplina daria a conhecer o padrão clássico daquela doença. Da mesma forma, o professor de Patologia, para descrever uma doença, haveria de apelar para a Clínica, pois deveria adotar os "tipos tomados do natural, e não [...] tipos convencionais". (Castro, 1919, p. 359) Aloysio de Castro, talvez por sua trajetória de catedrático de Patologia e de Clínica Médica, se via diante de algumas questões problemáticas, como teoria *versus* prática, e a possibilidade de oferecer um conhecimento mais completo durante os anos do curso de medicina. Apesar de considerar que o ensino teórico não fosse inútil, o estudante haveria de lucrar mais ao ouvir uma exposição do mestre do que apenas consultar os livros. Da mesma maneira, seria difícil decidir pela exeqüibilidade de se percorrer toda a Patologia Médica durante o curso de medicina; para o autor, o currículo médico só possibilitaria "o estudo da patologia de três ou quatro aparelhos orgânicos", o que era uma grande falha. Assim como o estudo da Patologia era separado do da Clínica, na Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, as clínicas especiais também deveriam ser contempladas com o correspondente ensino da Patologia. O autor acreditava que nas grandes clínicas alemãs seria mais completo o ensino da Clínica e da Patologia, pois o número de leitos muito maior permitiria a observação concomitante de

casos clínicos semelhantes, nos quais se estudariam as diferentes formas e modalidades de apresentação. (idem, idem, p. 365)

Ainda valorizando o número de leitos, o Professor lembraria o relatório "Educação Médica na Europa", de 1912, de Flexner, e suas inúmeras referências à grande quantidade de leitos disponíveis para o ensino nas universidades alemãs e austríacas. Reportara-se a uma lição inaugural do Professor Miguel Couto, quando este tecia considerações sobre o aparato disponível para o ensino clínico em Munique e no Rio de Janeiro. Seu "mestre" exprobrava "a úlcera que carcome o nosso ensino": "lá são mil, vós sois três mil; vós, com maiores direitos, não tendes nada, eles têm tudo". (Miguel Couto por Castro, 1919, p. 368)

Professores e alunos

Para Aloysio de Castro, a escolha do professor por parte do aluno seria um princípio liberal que não deveria ser tolhido, afinal era indispensável que houvesse "prazer" e "simpatia" do estudante com o método de ensino do professor. Dessa forma, a docência livre representava uma vantagem, por proveitosa que era a multiplicação do número de professores. A divisão do ensino entre grande número de clínicos poderia formar, nas cidades em que houvesse grande número de bem providos hospitais, "um fecundo centro de ensino". E também seria uma forma de resolver "a situação de alunos que, internos de um hospital, com suas obrigações de serviço, se vêem impossibilitados de seguir os cursos em outro. Esses, por sem dúvida, dariam preferência aos cursos que se realizassem no mesmo hospital em que trabalham". (Castro, 1919, p. 371)

Tal preleção elogiosa do Professor sobre a docência livre estava acoplada à sua defesa da freqüência regular nos cursos. Afirmava ser apenas um aparente paradoxo a defesa da supressão dos exames finais, "apenas admitindo o exame de habilitação, que corresponda aos moldes alemães do exame de estado" e da obrigatoriedade de freqüência. Que "a questão da liberdade ou obrigatoriedade de freqüência nos cursos superiores" havia sido "diversamente apreciada", todos saberiam, mas Aloysio de Castro decidira marcar posição, tanto ao defender que o exame de estado fosse "uma prova cheia de rigores", quanto ao apoiar a "obrigatoriedade de freqüência, tão magistralmente defendida pelo Sr.

Ruy Barbosa [...] em 1882", que haveria escrito: "Não é a primeira vez que a invocação à liberdade serve para acobertar a licença". (Castro, 1919, p. 371)

Não bastariam bons professores, segundo Aloysio de Castro; quais outros elementos, sem os quais, "em que pese a excelência do mestre, será falho o ensino"? Um deles teria sido o hospital de ensino modelar. O próximo, os assistentes ou auxiliares de clínica. Assegurar-lhes a vitaliciedade seria quebrar sua subordinação ao catedrático e, conseqüentemente, o vínculo de confiança. Para que suas funções fossem adequadamente desempenhadas, deveriam ter um tempo limitado, ou se correria o risco de estarem "as cousas pelo avesso": o "tempo em que o professor dependa do assistente". Por isso, Aloysio de Castro queixou-se da disposição legal "votada à última hora e sem exame no Parlamento" que havia feito dos assistentes de clínica funcionários vitalícios, "medida contra cuja absurdeza se levantaram as Faculdades." (Castro, 1919, p. 362)

Aloysio de Castro fora uma voz contra exames finais e parciais. Primeiramente, estes se constituiriam em "mera e inútil informalidade, canseira e malbarato do tempo", pois só excepcionalmente a nota exprimia o grau de preparo do candidato. Em segundo lugar, havia extrema benevolência do julgamento da maioria das disciplinas ensinadas, e, por fim, "uma prova única no exame final está sempre sujeita a numerosas causas de erro". Por fim, Aloysio de Castro proporia a abolição de exames finais e parciais. O professor faria a verificação das notas de cada aluno "pela soma das notas que lhe conferir em aula e nos trabalhos práticos, cabendo-lhe, então, interrogá-lo com freqüência durante o ano, à medida do desenvolvimento do curso". Esta seria uma forma que asseguraria um julgamento imparcial, "com as devidas garantias para os alunos". Aloysio de Castro acreditava na pedagogia do "contato diário"; o professor habituado a argüir repetidamente os alunos, acabava por "conhecê-los de perto, um por um, [a] melhor apreciar o mérito de cada qual, [e a] fazer, enfim, um ensino cada vez mais individual, como é especialmente desejável no caso da clínica". Assim, o exame final ficaria relegado "à reabilitação do desaplicado às lições, que malbaratou o tempo em rapazias e motinadas". (Castro, 1919, p. 370-371)

As especialidades médicas

Para Aloysio de Castro, no ensino clínico, era necessário que se dispusesse de professor de "enfermarias especiais para o estudo prático das doenças contagiosas". Na verdade, a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro não possuía uma cátedra que atendesse esse tipo de doenças; os doentes "de tal categoria" eram "recolhidos em hospitais de isolamento, para onde se removem os casos ocorridos nos hospitais comuns". Queixava-se Aloysio de Castro que "nas Faculdades onde não existe uma especial cadeira de clínica epidemiológica ou um hospital-escola, em que o serviço de clínica médica também possua enfermarias de isolamento, o ensino prático daquelas doenças é inexistente". Diante dessa carência, continuaria o professor, a conseqüência era o prejuízo dos alunos, que não se habilitariam "nem teórica nem praticamente a conhecer os tipos mórbidos, entre os quais figuram os mais banais da clínica". (Castro, 1919, p. 368) Vimos que a cátedra de Medicina Tropical, criada na Reforma Rocha Vaz, em 1925, acabaria preenchendo esta lacuna.

Uma faculdade de medicina não se destinaria a fazer dos seus alunos especialistas em todas as especialidades; nas clínicas especiais seriam apenas iniciados, e depois decidiriam o ramo a que desejassem se dedicar. Assim, para Aloysio de Castro, seria justo que fossem pedidas provas de habilitação nas clínicas especiais, mas o exame do fim do ano não seria o meio indicado de se averiguar o aproveitamento do aluno. (Castro, 1919, p. 369)

Ao examinar o ensino clínico, Aloysio de Castro sentia-se satisfeito com a orientação na ordem pela qual as especialidades eram ministradas. Os cursos de clínica propedêutica médica e cirúrgica eram ministrados no terceiro ano; no quarto ano, o aluno freqüentaria sucessivamente a clínica cirúrgica, a clínica oftalmológica, e a clínica dermatológica e sifiligráfica. No quinto ano, freqüentava a clínica cirúrgica, a clínica médica, a clínica pediátrica médica e higiene infantil, a clínica pediátrica cirúrgica e ortopedia, e a clínica otorrinolaringológica. No sexto ano, clínica médica, clínica obstétrica, clínica ginecológica, clínica neurológica e clínica psiquiátrica. Entretanto, com o prazo de seis anos, três dos quais destinados também às clínicas especiais, **acreditava o Professor que fosse impossível aos alunos se submeterem a exames de todas as clínicas, tanto as**

gerais quanto as especiais.[31] Este ponto seria um calcanhar de Aquiles para os especialistas, como será visto adiante; Aloysio de Castro chegaria a propor um ano a mais ao currículo médico. Dizia o professor que o Brasil já havia realizado várias experiências em relação aos exames exigidos nas disciplinas clínicas: inicialmente, "apenas se exigia exame das clínicas médica, cirúrgica, e obstétrica, bastando aos alunos simples freqüência às lições das clínicas especiais." Mais tarde, essas provas eram exigidas, mas era facultado ao estudante escolher quatro clínicas especiais para o exame: duas no quinto e duas no sexto ano, até que as Faculdades brasileiras decretaram teriam decretado a "obrigação do exame a todas as clínicas, assim gerais como especiais." (Castro, 1919, p. 369)

A voz dos especialistas – Abreu Fialho

[31] Grifo meu.

"elas parecem hieróglifos que não têm intérprete, judeus que não têm pátria, nômades que não têm eira nem beira!" [32]

Como apontado no Capítulo 1, ainda no século XIX vários médicos europeus se identificaram enquanto especialistas. Podemos notar essa tendência internacional, pois no Brasil, as especialidades se encontravam no curso médico desde 1881, e na Policlínica do Rio de Janeiro, no ano seguinte, quando esta instituição foi inaugurada. Entretanto, as clínicas especiais, "algumas das quais de mais de 40 anos[33] de existência, como a clínica oftalmológica" (Fialho, 1924, p. 3), "sempre tiveram uma postura ou arranjo secundário, subalterno, uma situação de instabilidade, um tratamento diferente do das outras cadeiras do curso médico" (idem, idem, p.6). Ao menos era essa a opinião do Catedrático de Oftalmologia, Abreu Fialho, quando do seu discurso de 57 páginas na conferência de abertura dos cursos na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1923. Segundo Fialho, as especialidades passaram por tantos regimes e reformas, que não teria nem havido tempo para, em 1919, comemorarem o *exame obrigatório* a todas as clínicas. (ibidem, ibidem, p.7)

Ao se referir às reformas de ensino da Faculdade, este catedrático teria a habilidade de listar cada um dos principais problemas que se repetiriam. Sua preocupação era de membro da Congregação – portanto, importava-lhe o ensino médico de maneira global -, mas também de especialista impotente diante da própria Congregação. A ausência de autonomia didática, a utilização de ambulatórios em outras instituições (já foi visto o exemplo da Policlínica), a escassez de salas de aula e de laboratórios, as diversas reformas curriculares, e, principalmente, a inexistência de um hospital da Faculdade, seriam queixas repetidas de professores de muitas gerações. Num tom de catarse, Fialho dissera que "tudo no mundo progride e evolve sob leis fatais", "o pensamento, o sentimento, a vontade se modificam e renovam profundamente no tempo e no espaço". Entretanto,

> "nós, nestes anhelos de progresso médico, ou ainda não acertamos a mão nas reformas do ensino, quiçá porque ainda não temos a visão clara das nossas necessidades, ou

[32] Abreu Fialho, 1924, sobre a difícil inserção das especialidades médicas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.
[33] Os estatutos de 1881 - já demonstrado anteriormente - criaram a Clínica Obstétrica, a Psiquiátrica, a Oftalmológica e a Dermato-Sifiligráfica.

> porque não podemos meditar sobre elas, ou paixões diabólicas se metem de permeio; ou nos tantalizamos todos em desejos e aspirações que se não podem mitigar, porque não conquistamos liberdade de agir, não temos autonomia didática, não dispomos de espaço para acomodar os centenares de estudantes de cada série, nem temos ambulatórios próprios, nem hospitais de clínicas que nos pertençam, nem estabilidade nos regimes de ensino, embora tenhamos de sobra o pesar do confronto com instituições médicas de outros próximos países deste Continente. E não que não tenhamos clamado sem cessar!" (Fialho, 1924, p.3)

O professor faria um histórico das especialidades, tendo em foco a forma de avaliação dos alunos, pois que este era um termômetro da importância que a Faculdade dava a cada uma das cátedras. Quando os professores de sua geração eram ainda estudantes, ou seja, havia entre vinte e trinta anos, o "regime era o do *atestado de freqüência*, para os efeitos de matrícula no ano seguinte". Naquela época, poucos alunos assistiam às aulas, 'mas chegado o momento do "provará", todos tinham o seu passaporte' Segundo o autor, haveria uma derrama de atestados, já que os professores de então, por comodidade ou por amor às praxes, afirmavam "pela assinatura o que não poderiam jurar pela consciência" (Fialho, 1924, p.6)

Fialho acreditava que, através dos anos, os futuros reformadores já traziam registrada em seu subconsciente a inutilidade das especialidades, "destas clínicas meramente decorativas". A primeira demonstração de um critério justo teria sido durante o período em que o aluno escolheria *algumas* clínicas especiais, por seu próprio critério, mas a estas ele teria que freqüentar e fazer exames. No ano seguinte, todas as clínicas especiais passariam a exigir freqüência obrigatória, "*mas sem exame*". Depois, em 1919, todas as clínicas instituíram o exame obrigatório, o que não ocorreu de fato devido à epidemia de gripe que concedeu licença para os estudantes; no ano seguinte, como os alunos não desejavam o exame, recorreram ao Conselho Superior de Ensino, que lhes deu ganho de causa. (Fialho, 1924, p.7)

Sua aula inaugural seria longa; Fialho refletiria sobre os médicos da roça, pessoas recém-formadas no Rio de Janeiro ou em São Paulo, que iam tentar a vida no interior do

Brasil. Seriam estes os que melhor poderiam informar "os transes cruéis, os martírios de consciência, os apuros por que passam para atender a sua clientela, logo depois de formados, e enquanto as duras e amargas lições de experiência os não emancipam." Esses médicos seriam os que conheciam "as lacunas do ensino, os erros das reformas, as liberdades excessivas das leis e outras culposas tolerâncias." Dessa forma, "tratar de uma doença dos olhos quando nunca se assistiu um curso de clínica oftalmológica, tratar de uma criança quando não se está penetrado dos segredos da clínica infantil..." (Fialho, 1924, p. 46) Apesar de todas suas críticas às reformas que teriam prejudicado as especialidades, o autor acreditava nas muitas possibilidades "de se fazer uma excelente reforma prática" para aumentar a eficiência do ensino. Algumas sugestões foram aprofundadas no discurso, quais sejam: "*multipliquem-se os locais de ensino* [...]", "*multipliquem-se os docentes*, não criando uma nova e decorativa brigada de coronéis da Guarda Nacional do ensino, mas docentes às direitas, provadamente competentes [...]", "regule-se de vez este problema de férias do meio do ano, para que não sofra a matéria ensinada [...]", "revejam, alterem-se, modifiquem-se praticamente os *programas* [...]", dê à reforma *ambulatórios* [...] (Fialho, 1924, pp. 46-7)

Ao final, Fialho reafirmaria a forte relação entre o ensino secundário e o superior, alertando para a importância da Universidade. Proporia, assim, baseado na idéia de Universidade[34], uma função criadora aos professores que, a seu ver, teriam até então função puramente didática (Fialho, 1924, p. 52), e a criação se manifestaria no conhecimento mais amplo, nos moldes das universidades alemãs. (idem, idem, p. 49) O conhecimento deveria, pois, caminhar da generalização para a especialização; "todo o verdadeiro sábio é especialista, mas não poderia chegar a ser mestre nesta especialidade se não estivesse inteirado das complexas relações que ligam a ciência que professam às outras [...]."(ibidem, ibidem, p. 16)

Comparara também as especialidades a células, e considerara verdadeiro tal "símile celular", pois "as células do ensino dividem-se, multiplicam-se, como da clínica médica

[34] Na verdade, já existia desde 1920 a Universidade do Rio de Janeiro, mas sem a conotação que o autor entendia. Esta Universidade foi formada pela união da Faculdade de Medicina, da Escola Politécnica e da Faculdade de Direito do Rio de Janeiro.

dividiu-se e separou-se a clínica neurológica" (Fialho, 1924, p. 16), mas propunha a manutenção da relação entre a célula inicial e a que se separara. "É o elo, é a cadeia, é a cooperação, é a interdependência." (idem, idem, p. 52)

A relevância dos estrangeiros para o ensino médico do Brasil

O período imediatamente após a I Guerra Mundial, segundo alguns autores (Sá *et al*, 2009) se caracterizou pela "intensa competição internacional com relação a nichos de atuação científica na América Latina, tanto através da indústria farmacêutica quanto da ocupação de espaços no campo acadêmico-institucional". (Sá et al., 2009, p 254) A indústria farmacêutica alemã, que objetivava novos mercados, também tinha fortes relações com o movimento médico-científico, que tentava tornar viável uma atividade científica abalada pela guerra e pelo Tratado de Versalhes. Assim, os autores sugerem que os alemães teriam conseguido restabelecer seu prestígio no país e angariar suporte e reconhecimento em diversas áreas do campo médico-científico no período. As descobertas, por médicos do Instituto de Hamburgo, de medicamentos para doenças como a malária, assim como os trabalhos relacionados ao tifo durante a Primeira Guerra, por Henrique da Rocha Lima, desempenhariam papel fundamental na colaboração entre as ciências da Alemanha e do Brasil. Contribuíram também para o fortalecimento da ciência alemã entre médicos e cientistas brasileiros as relações entre Carlos Chagas e Bernhard Nocht (Fleischer, 2000)[35] durante o período em que estiveram na Liga das Nações, além de Renato Kehl, enquanto diretor científico da Bayer no Brasil e principal propagandista da eugenia no país. (idem, idem, p. 253)

A aproximação articulada pelos franceses também teria proporcionado uma maior visibilidade da ciência brasileira - principalmente a fisiologia e a parasitologia - na Europa. Os cientistas brasileiros teriam feito amplo uso dos periódicos editados na França, nas áreas de medicina e biologia, para divulgar e legitimar suas pesquisas. (Sá *et al*, 2009, p. 253)

[35] Bernhard Nocht (1857-1945) foi um médico da marinha alemã, indicado para ajudar Robert Koch a controlar um surto de cólera no porto de Hamburgo, em 1892.

Por outro lado, os norte-americanos interferiam nas políticas e ações relativas à saúde pública na América Latina, através de diferentes organizações de saúde - as da Liga das Nações, o *International Health Board* (IHB) da Fundação Rockefeller e o Escritório Sanitário Pan-Americano. Os norte-americanos se envolveram também na promoção do ensino e aperfeiçoamento dos médicos latino-americanos. Assim, os autores pretendem mostrar que, nessa arena de competição, os franceses e alemães iriam desenvolver estratégias próprias de influência e cooperação. (Sá *et al*, 2009, p. 254) Nesse sentido, percebemos que em relação ao ensino e à pesquisa, houve um nítido e especial intercâmbio entre a Alemanha e o Brasil, e um importante exemplo foi Rocha Lima.

Henrique da Rocha Lima era médico carioca formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1901. Antes mesmo se formar, freqüentaria o Instituto Soroterápico, em Manguinhos onde trabalharia com Oswaldo Cruz. Sua tese tratou da "Esplenomegalia nas infecções agudas" e, logo depois, em 1902, foi para a Alemanha onde freqüentou vários cursos e estagiou em diversos laboratórios. Voltaria a Manguinhos como assistente; trabalharia com a vacina da “febre da manqueira” ao lado de Chagas e Godoy. Em 1906, foi novamente para a Alemanha. Participou, com Oswaldo Cruz, do Congresso Internacional de Higiene de 1907, quando a Alemanha enviaria para esta Manguinhos dois professores do Instituto de Medicina Tropical de Hamburgo, Stanislas von Prowazek e Gustav Giemsa. (Rebouças, 2005, s/p)

O Jornal do Commercio de 24/08/1922 noticiava a visita de Fritz Munk e Henrique da Rocha Lima[36] no Centro Acadêmico Oswaldo Cruz, da Faculdade de Medicina da USP, onde fizeram palestra sobre as vantagens de os alunos de medicina fazerem um estágio nas instituições alemãs. (JC, 1922)

O ensino, a pesquisa, a universidade e os institutos - as palestras de São Paulo

[36] Um estudo sobre a trajetória de Henrique da Rocha Lima e as relações científicas teuto-brasileiras está sendo objeto de pesquisa de doutorado de André Felipe Candido da Silva, na Casa de Oswaldo Cruz. O Instituto Biológico cedeu a este historiador que, por sua vez, me cedeu a notícia do Jornal do Commercio sobre a visita dos pesquisadores.

Os professores Rocha Lima e Fritz Munk iriam dissertar sobre dois institutos modelares da Alemanha: um de clínica e outro de investigações científicas, a fim de que os estudantes paulistas tivessem, segundo Rocha Lima, "uma idéia do modo porque se compreende, estuda e ensina a medicina na Alemanha e oferecendo-vos o vosso conselho e apoio se algum dia lá quiserdes ir completar e aperfeiçoar vossos estudos." O professor Munk estaria designado para discorrer sobre uma das mais célebres clínicas da Alemanha: sobre o funcionamento da Segunda Cadeira de Clínica Médica da Universidade de Berlim, "de que ele já há 14 anos é um dos principais esteios e a cuja frente está um austríaco genial, o Professor Friederich Krause." Rocha Lima falaria do Instituto de Doenças Tropicais de Hamburgo e também explicaria os elogios ao ensino alemão, em sua ida a São Paulo.

O cientista e professor alemão, Fritz Munk havia estudado doença de Chagas, com Prowazek, e fora diretor do Hospital Martin Luter de Berlim, entre outras instituições. (Munk, 1923)

Munk dirigiu-se aos estudantes de medicina da USP, creditando o convite que recebera ao interesse recíproco sobre o ensino médico do Brasil e da Alemanha. Por isso, logo passaria a descrever a clínica em que trabalhava - a 2ª Cadeira de Clínica Médica, chefiada por Friederich Kraus - no Hospital Charité, em Berlim, com enfermarias com 30 leitos, uma sala de exame de doentes, um laboratório de pesquisas clínicas, uma sala de banhos, uma de palestras, e uma varanda. No térreo, funcionavam os serviços de radiografia para doentes admitidos, eletrocardiografia, laboratórios de fisiologia, sorologia, experimentação com animais, química, bacteriologia e histologia. Havia também uma barraca para doentes com tuberculose e outras moléstias infecciosas.

Munk considerou importante explicar a forma pela qual se organizava o currículo médico alemão: nos primeiros dois anos e meio, estudava-se Anatomia, Fisiologia, Física, Química e Botânica, e ao fim deste tempo, haveria o primeiro exame, o *Physikuno*. A presença às aulas oficiais era livre, e apenas alguns exercícios práticos precisavam atestado de freqüência. O restante do curso se dividia em semestres clínicos, que iniciavam com anatomia patológica e clínica propedêutica e se completava com as diversas clínicas, em

dois anos e meio. Ao final desses cinco anos, haveria o *Stactsexamen* (exame de estado), de três meses de duração, que versava sobre tudo o que deve ter aprendido. No sexto ano, eram os estudos práticos, obrigatórios, que poderiam ser realizados em qualquer hospital. Alguns alunos, nesse momento, procuravam se especializar. A seguir, a formatura.

A seguir, apontaria as possibilidades futuras para o médico recém-formado: trabalhar em algum serviço e manter a relação com a clínica em que trabalhou, para onde enviaria os casos mais complicados, ou voltar-se para a carreira acadêmica, como assistentes, com o objetivo de chegarem a *Privatdozent*. Neste caso; seriam necessários trabalhos práticos e investigações originais, até que o assistente fosse chamado a dirigir um serviço, e se tornar um *Privatdozent*, cujo prestígio atrairia outros bons assistentes. As desvantagens da carreira acadêmica para o médico, além do pequeno salário, seria seu impedimento em clinicar.

Uma das características da organização da escola médica alemã era "o predomínio do princípio da investigação" que, Segundo Munk, favoreceria "mesmo o indivíduo menos inteligente." O Estado alemão não considerava as universidades somente como instituições de ensino, mas como importantes centros de investigação. Por isso ofereceria aos seus professores todo o apoio moral e material, que se traduziria pela independência e autoridade na administração de seus institutos e na escolha de seus auxiliares, além de disporem da verba necessária para ensinarem investigando. Os professores de medicina, sobretudo, preferiam as universidades que dispusessem de melhores elementos para investigação. Além disso, a própria característica que relacionava universidade a pesquisa estimularia os professores a apresentarem suas investigações em Congressos científicos.

Para Rocha Lima, a pesquisa daria as condições de segurança para os diagnósticos, pois seria uma oportunidade para o médico de corrigir seus erros, "sem preocupação com a vaidade". Rocha Lima, munido de sua condição germânica de então, apontara seu aguilhão provavelmente para os clínicos brasileiros, pois quase traçou uma oposição entre o "tino clínico" provido de "espírito de investigação" e "o manto cômodo que sempre pretendem possuir todos os que têm tanta preguiça e apatia quanto vaidade e inexperiência a esconder." Recomendava aos estudantes diversos hospitais "dos melhores da Alemanha",

por possuírem instalações confortáveis; frutos do "luxo dos tempos de abundância, tempo esse, aliás, em que segundo os detratores da Alemanha, este país tudo gastava em preparativos militares." Os doentes alemães sempre receberiam subsídios da medicina moderna, e os médicos possuiriam meios de aguçarem sua capacidade clínica "à custa de verificarem e corrigirem as suas imperfeições comparando-as aos resultados obtidos com o mais perfeito aparelhamento e com a verificação post-mortal das observações no vivo."

A estima que Rocha Lima devotava à Alemanha[37] apontou para algumas qualidades especiais do país e de seu povo que se repetiriam em seu discurso, e que, inevitavelmente, reverberariam em características dos brasileiros e das suas instituições. Expressões, como "espírito de investigação", "valorização do trabalho", "amor à ciência", "sacrifício", "trabalho científico", "trabalho intenso e profundo", "instruídos", "inteligentes", "disciplinados", reafirmariam um *ethos* profissional que provavelmente este pesquisador não tenha encontrado em seu próprio país. A estatura que Rocha Lima outorgou ao ensino e, principalmente, à pesquisa médica alemã, abonam o que seria, *grosso modo*, a ética protestante, de Max Weber. (Weber, 1998) Os alemães, acreditando que o trabalho profundo devesse ser seguido de trabalho intenso, teriam criado, por amor à ciência, e com disciplina, um ambiente auspicioso ao próprio trabalho. O "sinal da glória" não sendo o dinheiro, conseqüência natural do trabalho, seriam outros trabalhos - os científicos - e as apresentações destes trabalhos em congressos prestigiados, além dos subsídios materiais para novos trabalhos de pesquisa, enfim, o reconhecimento do prestígio da Alemanha pelos demais países. O *ethos* germânico, em conseqüência dos elementos aqui apresentados, poderia também se constituir na categoria "capital simbólico", de Bourdieu. (Bourdieu, 2003)

Já vimos e veremos ainda que os professores das faculdades de medicina escreveram e agiram em prol do ensino que acreditavam corresponder ao que estava na ordem do dia. Assim, tentaram, de diversas maneiras, adaptar ao currículo médico novas disciplinas e instalações que dessem conta da ciência. Ciência que vinha, sim, da Europa e ciência aqui reelaborada. Se Rocha Lima acreditava ser necessário ir a Hamburgo para

[37] Em 1938, recebera o título de 'Cavalheiro da Ordem da Águia Alemã' das mãos do próprio Hitler, o que originou suspeitas quanto à sua simpatia com o nazismo.

estudar Medicina Tropical – "doenças brasileiras" -, a Faculdade de Medicina criava uma cadeira própria de Medicina Tropical com Carlos Chagas à sua frente.

A influência germânica no ensino médico, desde o final do século XIX, teve como corolário a auto-percepção das faculdades brasileiras enquanto instituições produtoras de ciência. Seus professores teceram auto-críticas e críticas à defasagem em que se encontrariam em relação ao ensino europeu, e até mesmo ao argentino. Estas foram atitudes de estímulo a pesquisas próprias, de criação de fórmulas para financiamentos, de criação de uma cultura da investigação científica nos moldes nacionais e voltada também para a realidade nosológica nacional. Desta forma, quando examinamos atitudes e discursos dos professores do início do século XX, percebemos que se referiam a questões bem mais antigas do que eles próprios e alguns autores atuais (como Bulcão et al., 2007, p.479) [38] imaginaram.

De fato, sabemos que a Clínica Médica permearia praticamente toda a história da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, para além dos meados do século XX, e que a introdução de clínicas de especialidades e de pesquisas experimentais, até um determinado momento era defendida pelos próprios clínicos, desejosos de fazer evoluir a medicina. Entretanto, voltamos à questão das bases científicas e experimentais. Um trabalho bastante conhecido pelos historiadores da ciência, da autoria de Flavio Edler, discutiu a produção científica no Império. O autor percebeu a existência de um tipo de pesquisa realizado pelos médicos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e da Academia Imperial de Medicina, completamente conectados (ainda que sob forte influência francesa) aos mais recentes conhecimentos internacionais a respeito de doenças e suas diversas condições causais. Após analisar profundamente os debates travados a respeito da nosologia nacional, concluiu pela existência de uma pesquisa autóctone no Brasil. Através de conceitos

[38] Neste artigo sobre educação médica no início do século XX, publicado em 2007 por três professores universitários do Rio de Janeiro, percebemos que seus autores acreditam que só a medicina laboratorial era científica. Lemos que até o início do século XX não haveria "elementos calcados em bases científicas e experimentais" no âmbito do ensino médico, pois que este seria "centrado na clínica e em aulas teóricas".

universalmente legitimados, esses médicos trouxeram um conhecimento ímpar, pois passaram a compreender condições mórbidas e a propor uma terapêutica de bases unicamente locais. (Edler, 1999)

"O erro capital não está no ensino, mas na nossa mentalidade" – Silva Mello

A existência de uma mentalidade brasileira, "nossa", posicionada à frente do interesse do indivíduo. Esta locução bem poderia servir de norte para a reforma do ensino médico a que se propôs Antônio da Silva Mello, professor de Clínica Médica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. E Gilberto Freyre entendeu e traduziu a mensagem no prefácio ao livro de autoria do professor, "Problemas do ensino médico e de educação" (Mello, 1937):

> "Abusamos hoje da palavra Universidade e até escrevemos com U grande, como certas solteironas abusam da palavra Amor, como certos estetas abusam da palavra Arte: precisamente porque nos falta universidade – a realidade – à nossa vida, como amor à vida da solteirona, como arte à vida do falso requintado cheio de quadros caros na sala de visita. Uma forma de compensação. Daí a pompa ridícula com que se fala da Universidade tal, da Universidade qual; a pompa ingênua com que simples estudantes de medicina ou engenharia de escola de quinta ordem se chamam universitários" (Freyre, 1937, p. 6-7)

Antônio da Silva Mello nasceu em 1886 em Juiz de Fora. Ingressou na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e no final do 3º ano médico transferiu-se para Berlim, onde se formaria em 1914. Tentou voltar ao Brasil em 1916, mas o navio em que viajava foi torpedeado, obrigando-o a retornar à capital alemã. Retornaria para o Brasil em 1918. Foi aprovado no concurso para catedrático de Clínica Médica, na vaga de Miguel Pereira.

Sua obra sobre educação médica revelaria uma intenção em criar currículos que tornassem respeitável o ensino médico, particularmente o currículo da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Silva Mello se referiu a um artigo que publicara em 1923,

"quando se projetava uma das reformas fundamentais do nosso ensino médico." Desde então, seus pontos de vista expostos permaneceriam os mesmos, pois "a reforma então operada, em tudo semelhante às anteriores, estava, aliás, de antemão, condenada a completo fracasso." Reconhecia ter havido, pela Reforma, criação, desdobramento e extinção de cadeiras, modificação, aumento e restrição de programas, variações na ordem do curso, alterações nos processos de exames e de concursos, conquista de luxuosas instalações, criação da Universidade do Rio de Janeiro, melhora dos antigos serviços hospitalares e conquista de novos, intenção de fundar o Instituto de Pesquisa e o Hospital das Clínicas. (Mello, 1937, p. 110)

Silva Mello entendia que um grave problema estrutural do ensino médico brasileiro era o excesso de estudantes e o escasso número de docentes, questão que já havia apresentado ao Ministro Francisco Campos em 1930. A criação da docência livre não teria saído do decreto por falta de meios para sua concretização. Na realidade, além de os professores terem sido numericamente raros, não dedicaram seu tempo ao trabalho prático, à atividade científica, e tampouco à própria docência. E, apesar da crença geral entre os professores de que um grande Hospital das Clínicas, da Faculdade, resolveria o problema do ensino, Silva Mello mostraria que no Rio de Janeiro havia "instalações suficientes para permitirem um ensino clínico perfeito igual ao melhor das melhores Universidades da Alemanha e da Suíça. Lembraria, então, do Hospício Nacional, da Policlínica, da Santa Casa, do Gafrée-Guinle, da Policlínica de Botafogo, do São Sebastião, do São Francisco de Assis, da Cruz Vermelha, do Pronto-Socorro (atual Souza Aguiar), que fizeram um professor estrangeiro afirmar, em 1923, que dentre as inúmeras escolas de medicina que conhecera no mundo, a do Rio era a melhor. (Silva Mello, 1937, p.113)

Silva Mello apresentara um modelo de ensino alemão e não acreditava na sua adaptação à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Afinal, ainda que existissem universidade, institutos e departamentos, o grande desafio era a mentalidade, pois não fazia parte da tarefa das Universidades "aproveitar indivíduos incapazes e inferiores" e educá-los às custas do dinheiro da nação. (Mello, 1937, p. 64) A Universidade, em vez de "homens ornados com títulos ou diplomas", deveria reservar suas vagas para "indivíduos mais

capazes e inteligentes, [para] todos aqueles que se elevam acima dessa mediocridade comum", ou seja, para uma "elite [...] de indivíduos verdadeiramente superiores e que naturalmente devem provir de todas as camadas sociais." (idem, idem, p.65)

Silva Mello procuraria as autoridades do governo a fim de propor sua reforma do ensino, mas falharia por olvidar a inflexibilidade das estruturas institucionais com as quais teria que lidar. Segundo Kemp & Edler, "as reformas que tinham em mira o modelo de ensino médico alemão já estavam em curso no Brasil havia pelo menos 57 anos", e "as idéias de muitos pesquisadores e médicos estavam mudando no que concernia ao melhor modelo de ciência". Entretanto, as marcas institucionais da tradição anatomoclínica eram ainda muito fortes para permitirem adentrar a antiga Faculdade de Medicina da Corte tantas transformações. Estes autores analisaram o trabalho reformador de Flexner, na América do Norte e de Silva Mello, no Brasil. Os tão diferentes passos necessários na negociação das reformas do ensino médico em dois ambientes acadêmicos que viveram sob a mesma inspiração alemã ficam bem claras no seguinte trecho:

> "Esta era uma missão que Silva Mello colocava para si mesmo; ele era um professor catedrático, com contatos políticos com governantes, os quais acionou quando procurou reformar a mais prestigiosa faculdade de medicina do país, vinculada à Universidade do Brasil. A situação era muito diferente daquela enfrentada por Flexner, que era apoiado pela Fundação Rockefeller e conduziu as reformas sem precisar negociar com o Parlamento." (Kemp & Edler, 2004, p. 582)

As cátedras e os órgãos colegiados

Segundo a educadora Maria de Lourdes Fávero, a Constituição de 1946 teria complementado a anterior, de 1937, ao estabelecer que o concurso de títulos e provas para o provimento das cátedras no ensino oficial se estenderia ao ensino livre e ao reafirmar a vitaliciedade assegurada aos professores admitidos por concurso de títulos e provas. Da mesma forma, esta Constituição garantia a liberdade de cátedra. Para Maria de Lourdes Fávero, haveria uma questão problemática no fato de a Constituição de 1937 não ter feito menção à cátedra, pois, a partir de 1935, a abertura aventada pela Revolução de 30 teria

sido entendida como um erro a ser corrigido. Desta forma, a omissão de 1937 poderia ter representado uma crítica à liberdade de pensamento e de cátedra, pois professores foram presos e afastados de suas cátedras sob a alegação de defenderem idéias comunistas. Durante o Estado Novo, Francisco Campos, autor da Constituição de 1937, diria que o ensino era instrumento de garantia da continuidade da Pátria, e que cabia ao Estado promover a disciplina moral. O Ministro Capanema, por sua vez, segundo Fávero, assinalava a importância capital do ensino superior, destinado à formação dos grupos mais altos da elite cultural do país, capaz de preparar a população para o cumprimento de suas obrigações com a economia e com a defesa da nação. (Fávero, 2000a p. 5)

A relação entre os governos autoritários, como o Estado Novo, e a universidade pede que fujamos do risco das análises panfletárias sobre a repressão nas comunidades acadêmicas. Em lugar de papéis cristalizados, os reitores, decanos e diretores de unidades agiram muitas vezes de forma que se poderia tomar como contraditória, pois participaram de conflitos e negociações, tanto com os representantes dos governos, quanto com as parcelas docentes e discentes em possível situação de enfrentamento aos governos. O Professor Trigueiro Mendes, que creditou aos interesses dos catedráticos um poder senhorial sobre os alunos e sobre os demais professores, admitiria que os próprios catedráticos tivessem servido de "dique" ao poder do governo, pois o Estado quase sempre os respeitara. Os catedráticos teriam representado também um poder de influência sobre o próprio Reitor e, indiretamente, sobre o governo. (Trigueiro Mendes 1999, *apud* Fávero, 2000a, p. 5)

A análise realizada por Fávero sobre a composição dos órgãos colegiados superiores e das unidades mostrou o caráter centralizador das cátedras, "operacionalizando-se, na maioria das vezes, de cima para baixo". Afinal, no Conselho Universitário, presidido pelo Reitor, os diferentes segmentos da comunidade acadêmica se faziam representar: um representante dos docentes livres, o presidente do Diretório Central dos Estudantes, um representante de cada unidade da Universidade (eleito pela respectiva Congregação) e os diretores das unidades. Nitidamente, neste arranjo, os catedráticos foram sempre a maioria, pois as congregações eram compostas por catedráticos, os diretores de unidades eram

catedráticos, e, em geral, o Reitor era catedrático. Nas unidades o mesmo ocorria; na direção acadêmico-administrativa de cada uma delas havia Diretor, um Conselho Técnico-Administrativo e uma Congregação. Todos catedráticos. O Professor Trigueiro Mendes reconhecia que as universidades brasileiras, até a Reforma de 1968 eram baseadas "no catedrático, um grão-senhor que se impunha ao reitor e ao próprio governo" (Trigueiro Mendes, 1999, *apud* Fávero, 2000a, p. 7).

A professora Maria de Lourdes Fávero procedeu a um exame das atas do Conselho Universitário da Universidade do Rio de Janeiro (1921-1937) e da mesma instituição, agora, Universidade do Brasil (1937-1965). Entendeu que tais atas revelaram claramente que o poder, a menos nessa Universidade, se concentrava, "de forma explícita, até os anos 60, nas mãos dos catedráticos". Isso se teria evidenciado, segundo a autora, nos dispositivos legais que reorganizaram a Universidade do Rio de Janeiro, em 1931, bem como em 1937, quando seria denominada de Universidade do Brasil. Reforçando Trigueiro Mendes, Fávero observava nas atas uma política de poder em que os reitores respeitavam os interesses dos catedráticos que, por sua vez, utilizavam o direito de escolher os seus colaboradores para manter o domínio didático da cátedra. Fávero entendeu que após a Constituição de 1946, fruto da redemocratização do País, de 1945, os dirigentes da Universidade teriam ficado "menos atrelados ao poder central", ainda que "o poder do catedrático sobre o saber produzido nas instituições universitárias e sobre as pessoas a ele diretamente afetas, continua por longo período. Vale dizer, por mais de uma geração." (Fávero, 2000a p. 7)

Esse poder se agigantaria, segundo a autora, pois, quando analisara, particularmente, as atas do Conselho Universitário da UB, teria verificado que os catedráticos não haviam sido fundamentais apenas para cargos de direção na instituição. Os catedráticos encaminharam e deliberaram, através dos órgãos colegiados, os destinos universitários. (Fávero, 2000a p. 7)

As cátedras nas atas da Congregação da Faculdade de Medicina nos anos 1940

Enquanto os futuros catedráticos de Clínica Médica da geração dos anos 1950 esboçavam sua capacidade de sistematizar críticas e propostas para o ensino, a Congregação da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro enfrentava problemas de diversas ordens. As atas da Congregação entre 1941 e 1945 pontuaram alguns desses debates, e veremos que o principal eixo em torno do qual transitam as reuniões é a questão de um hospital de ensino, próprio da Faculdade de Medicina. Com esse hospital, questões como a carência de serviços clínicos e cirúrgicos para os respectivos catedráticos não se colocariam.

A Congregação no contexto da A II Guerra.

Na Academia Nacional de Medicina, em 1941, o Professor Aloysio de Castro faria um discurso de abertura por ocasião do 111º aniversário da instituição. O discurso terminaria com a idéia de que a tarefa médica era ignorar ideologias e levar em conta apenas o que os homens em guerra estariam sofrendo. "Mas nesta casa da medicina, em que o ardor da ciência é todo para o bem dos homens, [...] é o lugar de nos volvermos com amor para todos os que sofrem as calamidades da luta, os que rubricam a dor com sangue [...]" (Aloysio de Castro citado por Ribeiro, 1984, p. 35-36)

A Congregação da Faculdade de Medicina, ao contrário, aplaudiria o governo Vargas em seu apoio aos aliados. Seu Presidente, Fróes da Fonseca, no dia 13 de dezembro de 1941, "referiu-se à situação internacional, que reputava extremamente grave, e, depois de elogiar a conduta do governo em face da guerra, propôs à Casa que manifestasse ao Excelentíssimo Senhor Presidente da República a sua confiança e o seu inteiro apoio à política de solidariedade com a grande república norte americana [...]" (UFRJ-FM, 13/12/1941)

Em geral, as atas da Congregação – ao menos as do período da II Guerra – fizeram muito poucas menções à entrada do Brasil na Guerra, tratando de manter a Faculdade fora dessas questões. Uma das raras menções à Guerra data de maio de 1944, quando foi sugerido que se preparassem os médicos para a guerra, o que, de alguma forma, pareceu ter soado como uma frase isolada em meio a preocupações da ordem do dia. Estas estavam relacionadas aos prédios da Faculdade, ao anúncio de uma reforma de ensino, inclusive

com um discurso de Carlos Chagas Filho sobre o tema, aos critérios para entrada de livres docentes e catedráticos, e a uma preocupação de Martagão Gesteira com determinados temas em questão para que não melindrassem o Ministro. (UFRJ-FM, 30/5/1944).

Divergências entre pares na Congregação.

Havia divergências na Congregação, sim, mas principalmente de caráter interno, entre alguns catedráticos e a Direção da Faculdade ou a Presidência da Congregação. Em dezembro de 41, houve escolha de comissões examinadoras para concursos de livre docência nas cadeiras de Clínica Psiquiátrica, Higiene e Legislação Farmacêutica e Física Biológica. Esta cátedra pertencia a Carlos Chagas Filho, e os examinadores seriam os Professores Eloy Santos, Rocha Lagoa e Christovam Santos. No entanto, o catedrático alegou que dois desses nomes "não estavam integrados nos métodos modernos de Física Biológica – cadeira que sofreu alterações profundas nos métodos de ensino e nos princípios fundamentais que presidem seu desenvolvimento científico". A divergência de orientação existente entre o catedrático da disciplina e os membros da comissão examinadora "daria lugar a dificuldades para a realização do concurso, até mesmo quanto à organização dos pontos". Assim, o Professor Pedro Pinto proporia que o caso voltasse ao Conselho Técnico para novos estudos, desejando que este Conselho pedisse sugestões ao Professor Carlos Chagas [Filho]. (UFRJ-FM, 13/12/1941)

Na segunda reunião após a sugestão do Professor Pedro Pinto, em abril de 1942, o Presidente da Congregação, Fróes da Fonseca, comunicaria que o Conselho Técnico havia designado o Coronel Ary Maurell Lobo, e os Professores Rocha Lagoa e Christovam Cardoso para examinadores da cadeira de Física Médica. Como a escolha dos examinadores era feita pela Congregação e pelo Conselho Técnico, partia-se para votos; após dois escrutínios, foram eleitos os Professores Carlos Chagas Filho e Álvaro Ozório de Almeida. O Professor Barbosa Viana, um dos membros da Congregação, se abstivera de votar, pois seu filho seria um dos examinados nesse concurso. (UFRJ-FM, 28/4/42)

Catedráticos em disputa e sem serviço.

Uma das condições necessárias para o exercício da docência clínica ou cirúrgica era, evidentemente, a existência de um serviço – enfermarias e ambulatórios. Em geral, os catedráticos assumiam suas cátedras quando já atuavam em algum serviço hospitalar, pois a própria conquista da cátedra por si só demandava grande prestígio e experiência, geralmente adquiridos dentro de algum serviço. Mas haveria algumas exceções problemáticas.

Em janeiro de 1945, ficaria declarado um empate no concurso para a cátedra de Otorrinolaringologia, entre os Professores Ermírio Estevam de Lima e David de Sanson. O primeiro professor entraria com recurso contra o resultado, o que foi discutido na reunião de fevereiro do mesmo ano, "para lisura da Congregação e da Faculdade de Medicina". (UFRJ-FM, 8/2/1945) Apesar do recurso, Sanson seria escolhido o catedrático da especialidade. No entanto, na reunião de agosto do mesmo ano, em que os professores se queixavam de que as verbas propostas pela Direção da Faculdade "eram cortadas da maneira mais arbitrária", o Professor David de Sanson se queixaria da atitude do Ministro da Educação no tocante à instalação da clínica otorrinolaringológica. Declarou julgá-la [a atitude] incompreensível, "pois a S. Excia cabia providenciar para que fosse dado um serviço a um catedrático, e não mandar a este que fosse se entender com o Dr. Mário Kroeff." Criticou demoradamente a situação da Faculdade e terminou sua fala acusando o Diretor por "não marchar à frente dos professores, como era seu dever, para solucionar as dificuldades opostas ao ensino médico" (UFRJ-FM, 17/8/45)

Um hospital de ensino.

A Congregação sempre tentou aparentar, se não unanimidade, uma coesão relativa às decisões. O próprio Professor Clementino Fraga Filho, nas suas entrevistas, revelou a existência de discordâncias na Congregação no período em que se fez presente nas reuniões, mas chamou a atenção para a amizade e o apreço que havia entre os membros. No entanto, pudemos perceber, na década de 40, divergências de princípios, como o caso da Cadeira de Otorrinolaringologia, assim como desconfiança sobre os critérios que gerariam um outro empate, desta vez na cátedra de Higiene (UFRJ-FM, 14/11/42), ou ainda a

suspeita que cairia sobre a capacidade de um professor para examinar um concurso (UFRJ-FM, 29/10/43).

Mas um tema que permearia as reuniões da Congregação do período seria o das instalações das Cátedras, ou mais, o antigo debate sobre um hospital próprio. E enquanto se resolvia a queixa de Chagas Filho sobre uma banca competente para examinar o futuro livre-docente de sua cátedra, a Congregação aprovava, por unanimidade, uma sugestão do Professor Pedro Pinto a respeito do hospital. Dizia a ata desta reunião:

> "Aplaude a Congregação a idéia do Conselho Técnico e Administrativo de pedir-se ao Chefe do Governo transfira para a administração da Faculdade o estudo relativo à construção do Hospital Escola, Hospital Didático ou Hospital de Ensino dito, de maneira pleonástica, mas inexpressiva, Hospital das Clínicas, como se houvesse algum hospital que não fosse de clínicas" (UFRJ-FM, 29/01/42

No dia que o Conselho Técnico e Administrativo da Faculdade, após ter negociado com Carlos Chagas Filho, sugeria outros examinadores da sua Cátedra, a Congregação aprovava, por unanimidade, alterações, para o ano de 1942, nos programas de ensino das cadeiras de Clínica Ginecológica, Clínica de Doenças Tropicais e Infectuosas, Clínica Neurológica e Clínica Dermatológica e Sifiligráfica, de acordo com as propostas dos respectivos catedráticos. As demais cadeiras, segundo a ata desse dia, teriam mantido os programas que vigoraram no ano anterior. A partir dessas aprovações, o Presidente da Congregação passaria a tratar das instalações das cadeiras da Faculdade; um relatório por ele elaborado dava conta do andamento das obras no edifício da Praia Vermelha[39] e dos esforços da Diretoria e do Conselho Técnico para a instalação das Clínicas. Segundo Fróes da Fonseca, o edifício e o terreno do Hospital Psiquiátrico (antigo Hospício dos Alienados) seriam entregues à Faculdade dentro de três meses. Entretanto, soubera que uma comissão do Ministério da Aeronáutica visitara este Hospital, e por isso havia solicitado uma

[39] Segundo o Professor Clementino Fraga Filho, estas obras foram iniciativas de Deolindo Couto, e representariam a construção de mais outro andar no conhecido prédio da Faculdade, na Praia Vermelha, para alocação de algumas cadeiras, portanto, sem relação com qualquer hospital.

audiência com o Ministro da Aeronáutica (no mesmo dia desta reunião), a fim de se orientar. (UFRJ-FM, 28/4/42)

O Professor Ugo Pinheiro Guimarães, por sua vez, combatia o projeto de incorporação do Hospício à Faculdade para a instalação dos serviços clínicos, com base na crença de que o País estaria "atravessando uma fase de renovação das instalações hospitalares de ensino, já contando São Paulo, Rio Grande e Bahia com hospitais de clínicas prontos ou em andamento". O Professor acreditava que "a instalação de clínicas da Faculdade no Hospício representaria um retrocesso e criaria uma situação de precariedade, que não deveria ter lugar, ainda que se tivesse em vista somente aguardar a criação de um moderno hospital". O Professor Alfredo Monteiro, concordando com Pinheiro Guimarães, julgava também inconveniente a construção de um moderno hospital ao lado do velho hospício, "cujos terrenos, aliás, o Ministro Capanema não desejava ceder à Faculdade." (UFRJ-FM, 28/4/42)

O Senhor Ministro levaria ao Presidente da República um projeto que aproveitava os terrenos do Hospício para a instalação do Centro Médico. Tal foi o conteúdo da fala do Professor Arnaldo de Moraes ao lembrar a declaração do Ministro Capanema quando visitara o Conselho Técnico da Faculdade. O Ministro parecia ter mudado de idéia, então. O Professor Alfredo Monteiro sugeria uma nova postura de Capanema em relação ao hospital próprio da Faculdade. O Professor Arnaldo de Moraes discordava de Alfredo Monteiro, pois a Congregação, segundo Arnaldo de Moraes, precisava mostrar sua verdade única ao Governo. (UFRJ-FM, 28/4/42)

Mais catedráticos sem serviços?

O Senhor Presidente da Congregação, Fróes da Fonseca, ponderara que algumas das clínicas utilizadas no ensino eram dos catedráticos, e, quando estes se aposentavam, a Faculdade as perdia[40]. No entanto, se o edifício do Hospital Psiquiátrico sofresse alguns reparos e adaptações, estas cadeiras poderiam ser alojadas, logo não seriam perdidas, entendia Fróes da Fonseca. E quanto ao terreno, inegavelmente ótimo, segundo o Professor,

[40] Morto ou aposentado o catedrático, a cátedra não tinha vacância, mas o serviço sim. Logo, a existência de um serviço era a forma possível para se contratar um novo catedrático.

seria aproveitado para a construção de um Hospital de Clínicas, cuja despesa, todos deveriam estar lembrados, o Presidente da República "a prometera autorizar até um certo limite." Ugo Pinheiro Guimarães replicou que poucas eram as clínicas dos próprios catedráticos, e que seria "melhor estudar um meio de conciliar a situação do que instalá-las com dispendiosa administração e grandes gastos de reparação, num edifício em ruínas como o do Hospício". (UFRJ-FM, 28/4/42)

O Professor Pedro Pinto apresentaria, então, uma moção de aplauso ao trabalho da Diretoria da Faculdade para resolver o problema das instalações hospitalares. O Professor Hélion Povoa declarava que redigiria outra, no mesmo sentido da moção do Professor Pedro Pinto. Quanto ao terreno, apenas. O Professor José Martinho da Rocha observou que "havia divergência aparente" e, por fim, discutido o assunto, teria sido aprovada por unanimidade "a teoria no sentido de se obter, para o patrimônio da Faculdade, o Hospício dos Alienados, e seu terreno, para nele construir-se o Hospital de Ensino". Arnaldo de Moraes propôs que o Presidente da República tivesse acesso imediato ao conhecimento da moção. (UFRJ-FM, 28/4/42)

A Congregação, em 1943, viria a debater a criação de uma Cidade Universitária no subúrbio carioca de Vila Valqueire (UFRJ-FM, 12/8/43), e em 1944 retomava o que teria sido esquecido "em tempos idos". Agora sim, pretendiam os catedráticos congregados, seria resolvido o problema hospitalar da Faculdade, com o Hospital Pedro Ernesto, então da Prefeitura do Distrito Federal. (UFRJ-FM, 23/9/44)

Os catedráticos clínicos de que tratamos no capítulo seguinte transitaram neste ambiente que ora acabamos de apresentar. Este período que abordamos, em que tantos debates foram lançados, foi o tempo em que os médicos que se fizeram catedráticos nos anos 1950 nasceram, fizeram seus estudos e seus preparatórios, conforme as legislações aqui apresentadas. Agora, trataremos de conhecê-los e de conhecer uma cátedra.

Capítulo 3
Catedráticos e Cátedras

O presente capítulo trata do objeto central da tese – os catedráticos clínicos da geração de 1950 e, particularmente, do Professor Clementino Fraga Filho e da 1ª Cátedra de Clínica Médica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Neste capítulo, utilizamos entrevistas com o Professor Clementino sobre a sua trajetória e a de seus colegas catedráticos de Clínica Médica, que resultaria na formação de um grupo interessado também no debate sobre educação médica. Discutimos como sua visão do ensino médico lhe forneceu subsídios para a excelência da sua 1ª Clínica Médica, a ponto de ter sido emblemática e ter servido de inspiração para propostas de transformações curriculares. À medida que conhecemos os institutos, as especialidades médicas, as divisões, subdivisões, os serviços e as inúmeras atividades assistenciais, investigativas e didáticas da 1ª Cátedra, discutiremos o tino gerenciador e educador do Professor Fraga. Este passo é fundamental para o entendimento de sua participação nas altas esferas da Faculdade, da Universidade, e na problematização da própria estrutura de cátedras, que influenciaria a Reforma Universitária de 1968, através da 1ª Conferência sobre o Ensino da Clínica Médica, objeto do Capítulo 4.

Homus catedraticus. Da natureza dos catedráticos

O controle da entrada do mundo social na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro pelos catedráticos clínicos se realizava no seu poder de deliberar sobre o conjunto de elementos que dissessem respeito à estrutura de suas cátedras. Deste conjunto participavam a contratação de profissionais, a indicação de condutas pessoais adequadas, a organização do ensino, da pesquisa e dos serviços assistenciais, além da administração de instalações, da participação em reuniões administrativas e relacionadas a políticas da cátedra, da faculdade, da universidade e da educação.

O estudo das cátedras e dos catedráticos expressa uma especulação sobre trajetórias profissionais que se enlaçam nas relações pessoais e sociais. Os estudos sobre indivíduos, segundo Goubert, necessita que se enfrentem problemas epistemológicos e metodológicos. Alguns desses problemas se referem à irredutibilidade de indivíduos a sistemas normativos gerais, à exemplaridade de uma trajetória singular em detrimento de leis e regras sociais, ao desaparecimento do indivíduo por detrás do personagem pelo qual ele pretende ser visto, e à acessibilidade a fontes históricas - oficiais ou privadas. Assim, para analisarmos as trajetórias percorridas até a cátedra enquanto uma construção de seus atores, escolhemos algumas soluções propostas por Goubert para seus próprios dilemas: explicar ao invés de julgar à luz de valores atuais, tentar compreender antes de arbitrar, e mergulhar nas profundezas ao invés de sobrevoar a paisagem da individualidade. (Goubert, 1995, p.167)

Buscamos aqui uma breve análise da inserção dos catedráticos clínicos nas diversas instâncias do poder interno e externo à universidade, e das relações sociais dentro da própria estrutura da cátedra. No livro *Homo Academicus*, seu autor, o sociólogo Pierre Bourdieu (1930-2002), que teve como objeto de trabalho o campo universitário e os professores universitários da França dos anos 1960, rejeitou estereótipos ou qualquer tipologia destes professores. Bourdieu fez um grande esforço para estudar, dentro da maior neutralidade possível, tal objeto, de cujo campo ele próprio fazia parte. (Bourdieu, 1984, p.

23-24) As quase vinte páginas de seu posfácio explicativo foram esclarecedoras para a uma análise do universo dos catedráticos clínicos.

Os catedráticos clínicos, particularmente o Professor Clementino Fraga Filho, em quem nos detivemos com mais dedicação, foram representantes da elite médica de seu período, imputaram suas carreiras ao esforço próprio pelo enfrentamento de diversos concursos, e simultaneamente tinham o cuidado de inserir seus sucessos no universo das relações familiares e sociais.

Apropriando-nos ainda de categorias de Bourdieu, no que diz respeito ao lugar social dos nossos catedráticos clínicos, podemos afirmar que se conduziram muito menos pelas diferenças econômicas do que pelas distinções simbólicas. Alguns traços distintivos lhes seriam significativos e serviriam de diferenciais na estrutura social, tais como a roupa, a linguagem, a pronúncia, e, sobretudo, as maneiras, o bom gosto e a cultura. Cada um dos nossos catedráticos bem poderia tomar o predicado de "um ser irredutível ao ter", e, ainda, o de dono de "uma *natureza* que é paradoxalmente uma natureza cultivada, uma cultura tornada natureza, uma graça e um dom." (Bourdieu, 2003, p. 16)

As entrevistas entre o Professor Flavio Edler, da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, e o Professor Clementino Fraga Filho, realizadas em 2003, muitas vezes dispensam explicações. Eis uma das falas do Professor Clementino na primeira entrevista:

> "...meu pai veio para o Rio na vaga do Azevedo Sodré. Não porque ele tivesse morrido, mas porque em 26 ele tinha conhecido meu pai, tinha admirado muito [...], fizeram uma aproximação. Ele e meu pai tornaram-se amigos, e ele, que já tinha tempo, se aposentou. Desde que assegurasse a vaga para meu pai." (Fraga Filho, 2003, 1ª entrevista)

O professor Clementino Fraga Filho, quando criança, freqüentou a casa de Azevedo Sodré, em Petrópolis (onde hoje é o Quitandinha). Estudou no Colégio Santo Inácio, mas fez suas primeiras letras com uma professora que ia à sua casa. Segundo o próprio Professor, era comum que os filhos das famílias mais abastadas recebessem aulas com preceptores em casa – ao menos as primeiras letras – para entrarem nos colégios já alfabetizados. O Santo Inácio era freqüentado pela classe média alta do Rio de Janeiro e

oferecia uma formação humanística. “Grandes e grandes educadores aqui no Santo Inácio, e isso deve ter tido muita influência na minha formação. Inclusive o gosto por Humanidades, eu gosto de Letras Clássicas...a preocupação com a justiça social”. Na escola jesuíta, o professor Clementino conheceu o Padre Fernando Bastos de Ávila: “Hoje estamos com 86 e 85 anos e somos amicíssimos. [...] Claro, nos freqüentamos, é o capelão da família; qualquer coisa se procura o Padre Ávila.” (Fraga Filho, 2003, 1ª entrevista)

O Padre Ávila foi também criado na Zona Sul do Rio de Janeiro, fez uma importante carreira acadêmica e eclesiástica; passou cinco anos entre Roma e Florença. Após mais de quarenta anos na PUC, foi homenageado como membro honorário do IHGB (Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro) e fundou o IBRADES (Instituto Brasileiro de Desenvolvimento). Em 1967, foi Relator da Comissão Pontifícia de Justiça e Paz (no Vaticano), e em 1997 foi eleito para a Academia Brasileira de Letras. É sócio honorário da Academia de Ciências Sociais do Ceará. Curiosamente também é filho de um médico que, por sinal, dividia um quarto com o futuro catedrático de Anatomia, Fróes da Fonseca. (Ávila, 2005, p. 33)

Dos trechos que se seguem, da entrevista do Professor Clementino Fraga Filho, é possível deduzir as origens de, ao menos, parte do processo da construção de sua vocação médica (que traz consigo sua própria classe social). A partir de alguns detalhes identitários de evocação à família (no caso, ao pai) e ao círculo de amigos com que conviveu, esse catedrático mostraria a premência de ter sido, ao menos, médico.

O Professor Clementino Fraga Filho, que se chama Clementino e leva Fraga no seu nome original, acrescentou “Filho” a seu nome e registrou em cartório o “Clementino Fraga Filho” para ficar mais que formalizada sua filiação. Com a aposentadoria do pai, em 1942, aos poucos também foi sendo chamado de “Fraga”, ou “Professor Fraga” - nome pelo qual o pai era conhecido - revivendo a identidade paterna:

> “Meu pai foi, é um modelo para mim, era o padrão e era o modelo. Ficava, plantado lá no inconsciente, essa idéia de que [eu] tinha que seguir a sua carreira, embora sempre tive a consciência perfeita das minhas limitações em relação ao que eu conhecia dele, do preparo dele, da cultura geral, da inteligência. **E esta sim é uma biografia bonita!**” (Fraga Filho, 2003, 1ª entrevista)

> "Foi em 28, foi nessa época. Eu me lembro nitidamente, e [eu] não tinha mais que 10 anos, essas reuniões [de amigos para jogar *pocker*], quando calhava ser lá na minha casa, aos domingos ou aos sábados, minha mãe preparando lá aquelas comidinhas para eles, um chazinho, uma coisa dessas, e...quem eram alguns deles? Carlos Chagas! [...] Carlos Chagas entrando na minha casa, lá no Flamengo, gritando desde o portão: "seu Clemente!" E já ia se anunciando desde o portão. O grande Carlos Chagas. Outro era Agenor Porto, professor de Terapêutica, grande clínico [...]. O outro era Thompson Mota, um grande clínico, diretor do hospital, trabalhava na Saúde Pública. O outro era um da Saúde Pública [...], também cotado [...]. Bom, e mais uns dois ou três que não eram fixos. Esses eram fixos..." (Fraga Filho, 2003, 1ª entrevista)

Todas as palavras - ou silêncios - do pai seriam reconstituídas como lições de sabedoria. No momento em que Clementino Fraga Filho tomou a decisão de estudar medicina, percebeu que teria que sair do Colégio Santo Inácio. Não fora autorizado pelo padre Reitor a ausentar-se uma ou duas vezes por semana, no último ano do colégio para fazer um curso preparatório para a Faculdade de Medicina:

> 'Ia fazer o vestibular e sentia que o preparo tinha que ser orientado mais no sentido do exame. [...] Tomar aquela decisão no último ano do colégio, em 1933, acabando o colégio, abandonar o Santo Inácio para ir me formar num outro colégio [...]. Fui perguntar a meu pai. Ele me ouviu. Ora, eu era um menino de 16 anos, naquela circunstância. [...] Mas ele ouviu tudo isso e disse que essa situação é muito difícil de resolver, mas **cabia a mim, resolver. Ele não ia me aconselhar não**. [...] Está certo. Na ocasião, eu te confesso, que foi uma das lições dele, que me chocaram no início, [mas] eu compreendi. E como eu compreendi isso mais tarde! [...] Claro que se o processo fosse alguma coisa absolutamente contra indicada, formalmente contra indicada, ele me aconselharia.' (Fraga Filho, 2003, 1ª entrevista)

Clementino Fraga Filho reconstruiu a imagem do pai não só em si próprio ou nas supostas lições de sabedoria paterna, mas também na preocupação em ser-lhe fiel ao descrevê-lo como (o pai) queria ser percebido. Na verdade, seu pai guardaria por quase trinta anos as cópias das inúmeras cartas que escrevera a um ex-aluno, da Bahia, Luiz Torres. Apesar de pedir ao seu correspondente que não as publicasse, entendemos que o fato de Clementino Fraga, pai, ter conservado essas cópias tinham a intenção de, no

mínimo, reivindicar a identidade do que desejaria ter sido. As cartas[41] desvendaram que seu autor realmente preferiria que fossem esquecidos os três mandatos de deputado e uma boa dose da sua participação na Saúde Pública em nome do que considerava nobre – a clínica e a cátedra. (Fraga, 1940-1969) Vários amigos e os dois filhos médicos elogiariam, enfim, num livro, os atributos de que Clementino Fraga gostava, mas também aqueles que não gostaria de transmitir para os tempos vindouros. (Coutinho, 1980)

Serviços hospitalares

A docência médica e sua relação histórica com a prática clínica foram aprofundadas por Michel Foucault, na conhecida obra "O Nascimento da Clínica". Na constituição da clínica (ou de uma "protoclínica"), a partir do século XVIII, seus pressupostos seriam o hospital e a atividade pedagógica. No hospital, o doente seria o **sujeito** de sua doença, constituindo-se em um *caso*. Para a clínica (ou o método anatomoclínico), o doente seria apenas um *exemplo*, um **acidente de sua doença**, "o objeto transitório de que ela [a doença] se apropriou". O método clínico, até ser compreendido como exame, era uma *decifração*, "um teatro nosológico" cujo desfecho seria, desde o início, desconhecido para o aluno. (Foucault, 1987, p. 66) [42]

Nossos professores utilizavam os serviços de enfermarias e ambulatórios dos hospitais ligados às faculdades de medicina para que a cátedra cumprisse sua função. Além disso, o catedrático exercia uma medicina liberal, e sua atividade privada era uma das motivações para a titulação universitária. A cátedra facultou aos clínicos, além de enfermarias na Santa Casa, para o ensino, "possibilidade e prestígio para realizar [atividades] em associação com a sociedade médica, em associação com os hospitais, [como o] Hospital dos Servidores do Estado...", assim como "atividade de estudo, atividade de associação de classe, Academia de Medicina. Então, foi um período muito bom que precedeu essa fase [...] de grande expansão da ciência e da tecnologia". (Fraga Filho, 2003, 5ª entrevista)

---

[41] As cópias das cartas me foram doadas pelo próprio professor Clementino Fraga Filho, de seu arquivo pessoal.

[42] Em *O Nascimento da Clínica*, *Vigiar e Punir*, e em outras obras, Foucault pretendeu realizar uma "arqueologia" de alguns saberes, como a medicina e o direito, que teriam sido, *grosso modo*, construídos a partir da busca da normatização da sociedade e dos corpos - formas de exercício de poder e violência.

Prestígio

O Professor Waldemar Berardinelli (1903-1956) foi citado pelo Professor Clementino Fraga como um grande catedrático clínico prestigiado. Nos poucos anos que ocupou a cadeira de Clínica Médica, começou a se dedicar aos estudos da Endocrinologia, a ponto de descrever uma síndrome que levou seu nome. Alcançou a verba para a construção de um pavilhão de cinco andares e 500 m^2, o Instituto de Endocrinologia, na Santa Casa (então hospital de ensino da Faculdade de Medicina da UFRJ), participou da fundação da Sociedade Brasileira da Reumatologia (1949), da qual foi seu primeiro presidente, da Sociedade de Endocrinologia do Rio de Janeiro (1950), criou os Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, e criou uma biblioteca na enfermaria de seu serviço,

> "a melhor biblioteca de endocrinologia que havia, pelo menos no Brasil. Não havia uma revista de endocrinologia que ele [Berardinelli] não assinasse. Ele conseguia donativo e ia assinando. Então você tinha revista em japonês, russo, polonês, tudo revista de endocrinologia; comunicou-se com o mundo inteiro, teve tudo isso..." (Fraga Filho, 2003, 5ª entrevista)

Através do prestígio de seus professores, a Clínica Médica adquiriu supremacia numérica em relação às demais cátedras, o que a tornava ainda mais interessante aos alunos, já que nela o contato com o corpo médico era facilitado:

> "A Clínica Médica além de ter maior número de cátedras, depois disciplinas, tinha maior número de professores, portanto, os alunos todos que passaram por lá tinham muito mais tempo. Eram dois a três anos de Clínica Médica. Nenhuma disciplina tinha isso." (Fraga Filho, 5ª entrevista)

Do "capital simbólico" a que nos referimos fez parte a Academia Nacional de Medicina. Criada no Império, por uma elite médica que definiu os rumos dos debates médicos, a Academia de Medicina regulamentou o exercício da profissão, discutiu teorias médicas e decidiu políticas de saúde pública. Teve outra roupagem no século XX. A pesquisa médica, o poder de decisão de políticas de saúde, e a fiscalização do exercício da medicina, saíram da alçada da Academia. Distribuíram-se pelos institutos de pesquisa

autônomos ou ligados às universidades, pelos órgãos relacionados às Secretarias de Saúde e ao Ministério da Saúde, e pelos Conselhos Federal e Regionais de Medicina. A Academia Nacional de Medicina, no pós-guerra, presidida por Antônio Austregésilo (gestões 1945-6 e 1946-7), provou ter algum prestígio junto ao Presidente da República. Ganharia o terreno para sua sede própria (que se inauguraria em 1958, com a presença do então Presidente Juscelino Kubitschek) e realizaria o 1º Congresso Interamericano de Medicina entre 7 e 15 de setembro de 1946. (Ribeiro, 1984, p. 18)

Se, por um lado, nas décadas de 1950 e 1960, pertencer à Academia não mais significava participar de processos decisórios relacionados à saúde, no plano nacional, por outro lado, representava a manutenção do peso simbólico de pertencimento a uma posição tradicional no meio médico. Nesse período, a grande maioria dos acadêmicos era formada por professores catedráticos, e todos os catedráticos de Clínica Médica da Universidade do Brasil eram membros da Academia Nacional de Medicina.

Os concursos

A conquista da cátedra implicava na ambição por prestígio e poder decisório, incomparável no âmbito do ensino superior. Os meandros dos complexos e mutáveis regulamentos e provas, que só são passíveis de serem atravessados com disponibilidade de horas e horas de estudo, não prescindiram, portanto, do pré-requisito que se confunde com o próprio objetivo: prestígio e poder decisório.

Um anedotário próprio, como sói acontecer, fez parte integrante dos concursos para a cátedra, devido a suas tantas etapas e aos critérios – muitas vezes polêmicos - de escolha do candidato vencedor. Trágica, por sinal, uma dessas histórias nos conta do suicídio do Dr. Mateus de Andrade, concorrente do Visconde de Sabóia à cátedra de Clínica Cirúrgica, em 1871. O Dr. Andrade teve a tese acusada de plágio, “perdeu a serenidade e suicidou-se abrindo a artéria radial.” (Salles, 1971, p. 156)

Pedro Nava apresentou o exemplo de José Benício de Abreu (1848-1906), lente de Patologia Geral em 1879, e de Clínica Médica, em 1891, da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro:

> "Dizem que ele era filho natural que o pai nunca quisera reconhecer. Isto terá servido de estímulo e ele quis ser o que o autor de seus dias foi de melhor – médico, professor de faculdade, membro da Academia de Medicina. Dizem também que quando ele subiu os primeiros degraus do magistério, o barão [Francisco Bonifácio de Abreu, 1819-1876] tê-lo-ia procurado para abraçá-lo e declarar uma paternidade que agora o orgulhava. Foi a vez de Benício repeli-lo e mandar às favas aquelas tardias bênçãos." (Nava, 1983, p. 296)

A admissão à cátedra exigiu, muitas vezes, negociações de várias ordens, já que "ganhar um concurso não era brincadeira", segundo o médico e estudioso de educação média, José Roberto Ferreira, que, mesmo enquanto aluno, assistira muitos concursos para a cátedra.

> "Era uma competição duríssima. O concurso de cátedra, você não pode imaginar como era; era formado por professores de várias partes do Brasil. E acabava e começava desde a relação política com o Cardeal de Recife e coisa e tal. [...] E eu participava muito desses concursos e vivi muito intensamente essas fofocas, essas politicagens todas tremendas". (Ferreira, 2002, 1ª entrevista)

A nomeação dos lentes catedráticos pelo governo imperial, baseada na avaliação de capacitação para o exercício da docência, alternava-se com os concursos; ambas formas utilizavam critérios meritocráticos próprios dos seus períodos. Para alguns, o concurso não assegurava qualquer imparcialidade, a ponto de um deputado mineiro ter comentado que "os homens de verdadeiro talento fogem dos concursos para não serem obliterados pelo patronato", pois, segundo ele, "os filhos sucedem aos pais, os cunhados aos cunhados, os primos aos primos, os sobrinhos aos tios; é o princípio da hereditariedade monárquica, única que o país reconhece, admitido neste núcleo científico". (Rosa, 1982, p. 37-39)

No que se referia à seleção de professores catedráticos, Ruy Barbosa elogiava, em 1882, uma forma que honrasse sempre os mais capazes, um reconhecimento ao notório saber:

> "A cátedra de professor não pode ser senão a homenagem rendida à superioridade do mais digno, venha de onde vier, chegue embora ao ensino mais tarde que os seus competidores, tenha embora menos anos de

> magistério ou de estudos profissionais e menos cabelos brancos, uma vez que seu mérito se imponha a todos e a todos sobrepuje."(Rosa, 1982, p. 41)

A geração dos anos 1950: clínicos com vocação para a cátedra

A existência de uma "função ontológica de sua identidade às expensas da função pragmática" (Dortier, 1998, p. 59) poderia até condizer com a definição dos catedráticos em geral, mas não responderia aos quesitos definidores da geração aqui estudada. O período entre 1950 e 1970 foi muito fértil para os grupos de médicos que atuavam na Clínica, na academia, e nas políticas educacionais. Nesse caso, fala-se de geração na medida da identidade dos debates médicos e científicos que esses catedráticos clínicos conduziram – principalmente no que tocava a um compromisso assumido com as soluções de problemas brasileiros através do ensino, da assistência médica e da participação nas instâncias políticas de decisão. Os catedráticos clínicos de que tratamos, justamente para serem os grandes forjadores da reestruturação curricular das faculdades de medicina, exerceram atividades gerenciadoras de pessoal, espaços e verbas, relacionaram-se com os ministérios e o governo central, assim como participaram da política do período. Sua identidade não dispensou a função pragmática.

Aqui surgiu a necessidade de aprofundar e esclarecer alguns significados de uma geração. Como o grupo de catedráticos clínicos de meados dos anos 1950 foi citado como tal, buscamos contribuições na pergunta de Schorske: "em que medida aqueles que elaboraram um novo conjunto de valores culturais se identificavam como uma geração?" Esta pergunta foi significativa porque o autor estudou o surgimento da alta cultura modernista na Viena do final do século XIX ("Viena de Freud"). Desejou entender o momento em que a autodefinição geracional se conectava à "substância de inovação cultural" e o momento em que dela se desligava. Assim, Schorske observou uma juventude (*die Jungen*) austríaca que vivera uma forte crise de confiança no liberalismo, na unidade nacional (eram favoráveis à unificação da Áustria com a Alemanha), na justiça social, na prosperidade econômica e na moralidade política. Esta juventude, inicialmente identificada com seus pais, do ponto de vista ideológico, deles se afastaria; os pais haviam fracassado nos ideais sociais. (Schorske, 1990, p. 166)

Criava-se uma cultura "dionisíaca", na qual novos valores artísticos e filosóficos substituíam os paternos. Muitos artistas não se sentiriam austríacos ou germânicos, mas humanos. Outros desses jovens, em sua fase política e universitária, construiriam uma aliança com a direita nacionalista, em franca oposição a seus pais. (Schorske, 1990, p. 168) Os expressionistas, por seu lado, seriam metafísicos demais para o ressentimento com os pais, enquanto Freud colocaria o conflito edipiano "no centro de toda existência social". Como representante da juventude, Freud, nos sonhos, acusaria o pai de falta de coragem, mas num outro sonho, o perdoava. No entanto, criou verdades eternas da relação pai-filho, sem entendê-la enquanto uma crise histórica e cultural. (idem, idem, p. 175) Para o autor, houve uma geração *Die Jungen* de Viena, do fim do século XIX, que romperia com a história, ao subordinar o social ao psicológico, e que contribuiu para a experiência de despolitização. (ibidem, ibidem, p. 178)

Ainda que grande parcela do período *Die Jungen* não se percebesse uma geração pela impossibilidade de se generalizarem formas de pensar e de sentir, acreditaremos na idéia de geração pelo viés da história. Afinal, o fato de diversos autores reconhecerem um grupo *Die Jungen*, de Viena, proporcionaria o uso deste termo por conta de alguns predicados em comum. O conceito de geração estaria construído, mesmo que sobre pilares desencontrados. De qualquer forma, sua existência será resolvida se acreditarmos que geração é uma noção polêmica, pois, segundo o historiador Sirinelli,

> "em vez de se dissolver como não-objeto de história, permanece fecunda para a análise histórica e, notadamente, para as respirações do tempo.(...) Ela é incontestavelmente uma *estrutura* que a análise histórica deve levar em consideração, [...] para reabilitar o acontecimento [...que] também pode ser gerador de estruturas: por exemplo, as gerações criadas e moduladas por um acontecimento inaugurador." (Sirinelli, 1996, p. 137)

De forma especial, na década de 1950, alguns professores davam início à organização de suas cátedras clínicas na Faculdade Nacional de Medicina: Magalhães Gomes, Cruz Lima, Feijó, Lopes Pontes e Clementino Fraga Filho.

Questões como a pedagogia e a docência em medicina foram se caracterizando num debate ampliado, a partir de círculos limitados, no Brasil, conduzido por alguns catedráticos clínicos a partir da década de 1950. No período em que essa nova geração assumia a cátedra, diagnosticava também os problemas de ensino que se via na contingência de enfrentar. Assumidamente modelada por seus professores, esta geração de clínicos teve a perspicácia de apontar novos caminhos, quais sejam, pensar a educação médica tanto (ou mais) do ponto de vista de educadores quanto do de médicos. Afora isso, os catedráticos clínicos romperam com a tradição da identidade única de médicos-professores-políticos-administradores; sem abandoná-la, aprenderam a separar e a rever seus papéis.

Durante o processo de admissão de professores para as Faculdades de Medicina, o peso da identidade de médico - sua produção acadêmica como especialista e pesquisador – é, ainda no século XXI, segundo Nilce Costa, tão grande, a ponto de dispensar qualquer habilitação pedagógica. (Costa, 2007, p. 22). A identidade de médico foi, por longos períodos, a primeira, complementada pela de professor. A docência acrescentava à clínica, o médico professor era mais reconhecido e procurado pela clientela; a situação de professor da Faculdade de Medicina estabelecia o clínico num patamar social elevado.

No sentido oposto, a atenção ao ensino da medicina se faria perceber no discurso de jubilamento do Professor Luiz Feijó, que em 1954 entrara para a chefia da 3ª Cátedra de Clínica Médica. Este professor referendava uma crítica à sua própria formação, na medida em que teria visto se repetirem, nos anos 50, os mesmos problemas do ensino de quando se diplomara, vinte anos antes:

> "**O ensino era o mesmo no tocante à pragmática e aos métodos pedagógicos: cada catedrático elaborava seu próprio programa,** tornando-o mais ou menos extenso nos tópicos referentes à sua especialidade ou às suas preferências ocasionais. Os alunos, em bloco, passavam por todos os professores de Clínica Médica, na ocasião em número de quatro, tendo cursado, previamente, a Cadeira de Propedêutica, onde pontificava um único Titular.
>
> **As aulas, quase sempre com a conotação de magistrais, eram proferidas três vezes por semana, em grandes anfiteatros onde um doente, trazido em maca, assistia passivo, entre surpreso e temeroso, uma dissertação de sapiência, e os alunos,**

meros expectadores, ouviam o desenrolar de considerações sobre etiopatogenia e diagnóstico pertinente à enfermidade de que ele, paciente, era portador.

Nenhuma palavra sobre terapêutica de vez que a mesma, como um todo, era ensinada, posteriormente, no 5º ano médico, em disciplina autônoma, sob a égide de um único professor.

As aulas, ditas práticas, para grupos não inferiores a 20 alunos, eram ministradas, de igual modo, três vezes por semana, e nelas um docente envidava esforços para que fossem, realmente, dignas do cognome: **práticas**.

A pragmática do ensino da Clínica Médica, desde a Propedêutica até a Terapêutica, não diferia, pois: aulas teóricas três vezes por semana e práticas nos mesmos dias, com a duração hipotética de 60 minutos. Os **alunos recebiam o aprendizado de modo passivo, não havendo nenhuma preocupação com o desenvolvimento da iniciativa** do discípulo na busca do conhecimento ou no aprimoramento do mesmo.

O produto que saía da Faculdade era digno de análise, de vez que a despeito de um ensino tão passível de críticas, não por culpa dos Professores, mas sim pelo equívoco que ainda hoje perdura com a falta de real autonomia estrutural das universidades, **esse produto, insisto, era curiosamente formado por um grupo de alunos, não numeroso, possuidor de apreciável cabedal de cultura médica, teórica e prática e, de um outro, constituindo a maioria, que apenas havia conseguido a aprovação no curso médico, seriado."** (Feijó, 1979, p.11-12)

Clementino Fraga Filho da livre-docência à cátedra

Como o Professor Clementino Fraga Filho havia concorrido à cátedra um ano e meio antes de seu segundo concurso que culminaria com sua aprovação, foi necessária a realização de duas teses. A última, que tratou da coagulação sangüínea, teve caráter experimental, em animais (cães) de laboratório.

" [Hoje] o concurso ficou muito simplificado: é a prova oral e o memorial só. Mas naquele tempo não. Havia seis provas e era muito difícil fazer o concurso de Clínica Médica, fazer uma prova escrita de seis horas; deviam cair uns 100 pontos formulados, era realmente muito difícil, dava muita gente, de modo que [...] figurava aquele ambiente de interesse, de exaltação mesmo, de disputa, que no caso da Clínica Médica foi muito grande". (Fraga Filho, 2003, 5ª entrevista)

Nosso professor, por falta de títulos – só possuía a livre docência - não foi o escolhido em seu primeiro concurso para a cátedra. Mas insistiria em tentar apenas a cátedra de Clínica Médica, não lecionar em outra faculdade nem em outra universidade, como não desejara, à época do vestibular, cursar nenhuma outra faculdade de medicina. Em relação a um novo concurso, dissera, tinha tempo para se dedicar aos estudos, assim como amigos a quem recorria para tirar dúvidas. Não se utilizaria da prática de acumular títulos de outras faculdades. [43]

> "CFF- [...] Em 1944, eu fiz docência. Em 44. Fiz concurso para cátedra em 54, 55. E agora aí aconteceu, o problema não somente meu. Um dia, o professor Ermírio Estevam de Lima, que já citamos hoje aqui, professor de Otorrino, fez um primeiro concurso com brilhantismo, mas perdeu. Quer dizer, ele ganhou, mas não o deixaram ganhar. Puseram um outro candidato, que era muito mais forte politicamente, e era da idade dos professores da época. [...] E ele me diz assim: "Você vê como é que se faz. Eu queria ser professor jovem, com tempo para trabalhar, e fiz concurso" [...] Ganhou o concurso[44]. E ele diz: "Você imagina, perdi o concurso, não alcancei o que eu queria e estou alcançando uma coisa que não tinha pensado: em fazer clínica." Tinha uma clínica enorme no Rio de Janeiro...
>
> **FE- E ele atribuía essa clínica também em função ao prestígio do concurso.**
> **CFF- Do concurso.**
> **FE- E os colegas começam...**
> **CFF- Exatamente. Eu quero chegar a essa conclusão. Uma das maneiras de você fazer clínica honestamente, seriamente, não é ir para jornal, fazer propaganda, fazendo tiete, fazendo *marketing*... [...] Você vai sendo conhecido, você trabalha com um, com outro, com um, com outro... O fato é que ele foi fazendo. Ele fez o concurso. Então, aquele primeiro concurso. [...] Eu era um aventureiro que estava ali, 34 anos de idade, fazendo concurso para Clínica Médica com gente que tinha cinqüenta e tantos. [...] Mas não dava problema nenhum, porque eu estudava o dia inteiro. [...]**
> FE- [...] Quer dizer, outros...
>
> CFF- [...] Outros seguiam outro caminho. Começavam a fazer concurso para faculdade. Então, estavam fazendo docência para aumentar os títulos. [...] Por exemplo, faziam concurso na Faculdade de Medicina da UERJ. Outros faziam em Niterói, para

[43] A partir do próximo trecho da entrevista, as iniciais **CFF** designarão o Professor Clementino Fraga Filho e **FE** o Professor Flavio Edler.
[44] Como o Professor Clementino havia dito, Ermírio ganhou o concurso, mas não foi o escolhido.

> poderem efetivar... [...] Então, eu compareci com títulos menores, mas valiosos. Realmente foi um trabalho mais de acordo com a modernidade, não é? De vez em quando, você tinha aquele título antigo, que eram cinco, seis docências [...]" (Fraga Filho, 2003, 12ª entrevista)

Uma estratégia para a docência era "fazer título". Por outro lado, o acúmulo de títulos ressoava na clínica. Sem poder se dedicar à clínica privada, por necessitar estudar para o concurso, o Professor Clementino atendia aos colegas e às famílias dos colegas. Esta era a sua forma de aproximação com a clínica, naquele período. Segundo o Professor, era possível "fazer a clínica tal e qual ela é, o dia-a-dia, com correção, sem pressa, com medicina de campo, como deve ser o atendimento. [...] Enfim, é por essa via certa, por esse caminho certo." (Fraga Filho, 2003, 12ª entrevista)

Inicialmente, o Professor Clementino havia se preparado para a prova para catedrático em 1954, concorrendo com o Professor Luiz Feijó. Apesar de ter obtido maior nota na prova, a Comissão Examinadora decidiu por três votos contra dois pela aprovação do Professor Feijó, provavelmente devido aos seus títulos. Cabia à Congregação da Faculdade de Medicina aprovar a decisão, o que ocorreu, mas 38 de seus membros (eram 39) redigiram um documento para a Reitoria da Universidade solicitando que outra vaga que havia surgido naquele período dos concursos fosse destinada ao Professor Clementino. Por seu lado, o Professor Clementino rejeitou essa proposta, pretendendo novo concurso para a cátedra. Mas para isso, seria necessário que o Ministério da Educação autorizasse um novo concurso e uma nova vaga.

> "Entrou [no Ministério da Educação, no lugar de Edgard Santos] o Cândido Mota, Academia de Letras, [...] tio do Nelsinho Mota. Era um paulista membro da Academia de Letras, aquele moderno paulista. E ele da Educação. Eu pedi uma audiência pra ele, fui recebido. [Ele] falou "ah, porque lá em São Paulo eu também fiz dois concursos"... Pedi a ele só uma coisa: que eu queria que não demorasse a decisão, o processo tava lá no Ministério. Fiz o concurso em 54, já estamos em 55. Porque eu sentia que o momento era favorável pra mim. Todo esse conjunto de circunstâncias criava um ambiente facílimo, inteiramente favorável pra mim. Então não interessava ficar adiando o concurso sempre. Eu queria que a coisa saísse. E ele fez isso. [...]. Então eu escrevi abertamente [à Congregação] que honrava muito a indicação, mais que tudo, mas que eu

> reafirmava ali minha intenção de fazer o concurso. Foi a minha resposta." (Fraga Filho, 2003, 4ª entrevista)

Na realidade, o ex-ministro Edgard Santos, apesar da solicitação da Congregação da Faculdade de Medicina, havia nomeado outro professor em vez do Professor Clementino.

> "Eles [os membros da Congregação] não deram a minha nomeação porque não podiam dar, mas propuseram a minha nomeação. O Ministério não confirmou, porque ao Ministério cabia dar. Mas a minha posição ficou marcada pela determinação de fazer o outro concurso de qualquer maneira. Fosse qual fosse a decisão do governo, eu estaria pronto a acatá-la. E sentia que fazer o outro concurso ia me custar um esforço muito grande, mas também me traria uma compensação muito grande." (Fraga Filho, 2003, 4ª entrevista)

O Professor Clementino Fraga Filho passaria por uma defesa de tese – da qual 70 exemplares foram apresentados no momento da inscrição - um concurso de títulos, uma prova prática em paciente desconhecido – observada pela banca do concurso - uma aula de 50 minutos impreteríveis sobre "ponto" sorteado com 24 horas de antecedência.

> 'A banca era de cinco. Três professores de fora, convidados, e dois da Faculdade, como era até hoje. E a outra prova, prova didática. Essa era muito difícil, porque você sorteava um ponto e em 24 horas improrrogáveis e exeqüíveis. A estupidez de ter que dar aula em 50 minutos, depois de sortear um ponto com 24 horas... Um ponto de uma lista organizada pela comissão examinadora, e tirado do programa. Então você sorteava um desses pontos e você tinha 24 horas para dar uma aula de 50 minutos improrrogáveis e irredutíveis. [...] Irredutíveis. Não podia ser 48...se o sujeito terminava em 48...um absurdo! [...] Se terminava em 48 minutos, o sujeito [examinador] dizia: "não acabou a aula, não acabou o tempo!"' (Fraga Filho, 2003, 3ª entrevista)

No "momento favorável", surgiram o concurso e a vaga. Foi a sua vez. O concurso foi realizado em setembro de 1955 e em janeiro de 1956 foi oficializada sua aprovação.

Clínica Médica: cinco catedráticos para cinco cátedras

Os catedráticos escolhiam os seus colaboradores e definiam, absolutamente, todo o conteúdo da matéria pela qual eram responsáveis, e geriam sua cadeira segundo sua rede de relações, fossem elas pessoais ou políticas:

"O catedrático, todo poderoso catedrático... Nas instalações mais ou menos precárias, cada um chegava, trabalhava, e conseguia fazer alguma coisa graças ao seu prestígio pessoal, arranjava donativos, alguma coisa para seu serviço". (Fraga Filho, 2003, 1ª entrevista)

Tem muita história... Magalhães Gomes

"CFF- Esse catedrático... hoje você não... Tem história. Mas se você tivesse conhecido o Magalhães Gomes, jamais esqueceria. Tem suas características próprias: era um grande cardiologista, mas era um clínico. Quando ele completou 65 anos... eu posso falar um pouco desse companheiro que eu vivi a história dele? Um pouco sobre a memória dele...

FE- Claro!

CFF- Era um homem até fisicamente muito curioso, magro, pequeno, nervoso, cabeleira solta, um brilho enorme, um jogo de mãos, uma agilidade de mãos enorme, a palavra fácil, quase não escrevia. Deixou muito pouca obra escrita. Mas, naquele tempo houve uma lei que determinou que, aos 65 anos, o catedrático se aposentava. A menos que a Congregação, com maioria absoluta, votasse pela sua continuidade. Era uma coisa...sessenta cinco anos era quase uma agressão. Podia ser se ele não tivesse indo bem porque estava doente, cansado, outras razões quaisquer. Se eram 65 anos apenas. Não havia... expulsava mais cedo. E atribuía a uma congregação esse difícil papel de expulsão de um de seus membros. Quase fizeram isso. O Magalhães caiu nessa de 65 anos. Claro que ninguém ia depor contra o Magalhães. E ele, no seu discurso de agradecimento à Congregação, disse: "que bom que eu continuo, porque agora eu vou estudar cardiologia". Todo mundo o tinha como um grande cardiologista. "Até aqui eu tava naquele caminho, agora vou estudar cardiologia", além de declarar assim: "eu posso garantir que estou em forma, inteiramente, em tudo, estou em forma". Isso aos 65 anos, magrinho, e ficou até os 70. Mas convivendo conosco, com 65 anos ele estava na convivência conosco. Esse era um tipo muito inteligente, vivo, uma curiosidade intelectual enorme que não se limitava à medicina. Era um excelente clínico, um cardiologista de primeiríssima ordem e um homem brilhante em todos os aspectos. Desse grupo foi o primeiro." (Fraga Filho, 2003, 5ª entrevista)

Luiz Feijó, no Moncorvo, depois de tantas provas

" O Luiz Feijó, que veio alguns anos depois do Magalhães, era um homem sério, correto, não era um homem de risadas francas, de riso sutil, de riso baixo, riso que não agredia, não espantava ninguém,

mas um homem de uma seriedade, de um espírito culto enorme. Ficou lá no Moncorvo Filho. Esse tinha vocação universitária mesmo, porque ele tinha feito, como eu já disse aqui, primeiro, o concurso para Niterói, ele era catedrático em Niterói e depois na UERJ, ele era catedrático na UERJ. Então ele já tinha duas cátedras quando ele fez concurso na Faculdade. Tinha feito o concurso com o Magalhães Gomes em 1947. Ele deixou de entrar porque entrou o Magalhães, fez um concurso muito bom.

FE- Ele voltou de novo a fazer o concurso?

CFF- Voltou a fazer o concurso foi quando ele entrou em 1954 e foi para o Moncorvo Filho, porque ele entrou na vaga do Capriglioni, cujo serviço era no Moncorvo Filho. [...] Teimoso. Nós tínhamos muitos embates na congregação porque nos enfrentávamos em concurso, né?

FE- E seguiram assim a vida afora.

CFF- Seguindo assim a vida afora, mas acabamos sempre amigos e quando eu fui diretor da faculdade, e foi para indicar o vice-diretor, e eu indiquei o nome dele, indiquei Feijó. Indiquei o Feijó para vice-diretor. E quando fui para abertura do hospital, eu precisava me dedicar só ao hospital, saía três, quatro e meia da faculdade e o Feijó foi ser diretor. Acabou sendo diretor também. Depois se aposentou. Foi trabalhar comigo no hospital. Foi meu diretor no hospital. Ele era o diretor da divisão médica. Pra você ver o tempo todo a aproximação com ele. E terminamos amigos fraternos, e conversávamos, já aposentados, uma vez por semana ou de quinze em quinze dias. Esse era uma personalidade...até o feitio dele, sério.

FE- E o Feijó, as suas discussões com ele, eram em função de concepções?

CFF- Geralmente de coisas de administração. Foi uma época em que nós trabalhamos muito, muita reforma, muito conceito. Tanto que esses conceitos novos - eu estava muito envolvido nacionalmente porque eu participei daquele congresso [...], da Conferência Nacional do Ensino de Clínica Médica, em 1961. Eu era professor, e fui da comissão que organizou essa Conferência. O Roberto Santos que foi o coordenador. Então...porque essa foi a era conceitual. Porque os conceitos brotavam no mundo inteiro e nós tentávamos aqui e ali, sermos uma vanguarda de professores de Clínica Médica. Tanto que um professor de cirurgia disse: “essa faculdade devia mudar o nome pra Faculdade Nacional de Clínica Médica”. Porque se tomava conta de tudo. Realmente nós é que conduzíamos a coisa toda.

[...]

CFF- Já naquele tempo a gente reconhecia que havia uma patologia do ensino. Agora piorou porque o quadro é inteiramente outro, não adianta nem ter essa comparação. É uma outra coisa. Naquele

tempo eram poucas faculdades no país inteiro e eram faculdades de prestígio, e grande como a nossa, a Nacional, e hoje são mais de cem no Brasil. Falamos do Magalhães Gomes e do Feijó." (Fraga Filho, 2003, 5ª entrevista)

Cruz Lima, o fidalgo

"O Cruz Lima era um fidalgo. Esse tinha um temperamento manso, suave, inteligente, preparado, bom clínico, família de longevos, a mãe dele viveu quase 100 anos, só que ele morreu mais cedo, morreu com oitenta. Muito educado, um bom relacionamento com toda gente, não era combatido com os mais moços, ele tinha mais idade. Ele não era combatido. Ele seguiu o seu caminho. Era daqueles que podiam deixar de perder concurso porque estava arriscando o seu prestígio. Tinha uma clientela muito grande no Rio de Janeiro. Tinha projeção social. De modo que era uma pessoa... dos quatro, ele era sem dúvida nenhuma o que mais tinha maior projeção social. O maior clínico. E era colega de turma do Magalhães Gomes, que devia ter na época... mais velho que o Feijó e o Pontes. Mas era uma pessoa boa, era uma pessoa que, se ele errasse se podia admitir sempre que era com uma boa intenção, com um certo grau de ingenuidade simpática que ele tinha e que ele era tão bom de gênio, de comportamento, tudo, que tinha uma relação fraternal comigo. Tinha vinte anos a menos que ele. Fiz concurso com ele, foi uma coisa pesada, o concurso, fiquei na frente dele, depois aconteceu que fizeram proposta pra nomear professor sem outro concurso. Eu não queria isso. Foi proposta da faculdade, da congregação da faculdade. Considerando os antecedentes e considerando o meu concurso, porque eu podia ser nomeado sem concurso e quem ficou prejudicado foi o Cruz Lima, que estava atrás de mim, mas jamais ele teve qualquer coisa, de maneira nenhuma, até o fim da vida dele nós ficamos amigos chegados, amigos de família mesmo. Ele era uma pessoa assim." (Fraga Filho, 2003, 5ª entrevista)

Lopes Pontes no Hospital São Francisco

"O Lopes Pontes não fez concurso comigo, mas esse era fraternal. Esse era colega de turma do meu irmão. Era um homem extremamente preparado, estudiosíssimo, inventivo, criativo, esse era capaz de fazer pesquisa. Aqui, a endoscopia digestiva alta praticamente começou com ele. O Pontes foi quem fez primeiro aqui a endoscopia gástrica com aparelho não flexível, Schindler... E era uma nova manobra tremenda: faringe, esôfago.

FE- Não flexível?

CFF- Não flexível. E o Pontes tinha um aparelho desses e foi ele que nas primeiras vezes, as primeiras endoscopias que fez aqui com um nacional, Machado, que hoje é um nome conhecido aí, a aparelhagem é realmente espetacular. O Pontes tinha isso e não só isso não, um pouco de cirrose hepática, patologia de fígado. Ele fez concurso com o Cruz Lima, não entrou da primeira vez, entrou da segunda vez. Entrou o Pontes. Chefiou o serviço do São Francisco. Organizou...

FE- Ah, então ele estava no São Francisco?

CFF- Era ele que estava, ele que transformou aquele serviço que era muito velho, muito mal dotado de recursos, transformou num serviço razoável, de bom padrão, boa qualidade, fez uma equipe de auxiliares, discípulos dele, alguns chegaram mais adiante à cátedra, inclusive. Ganhou escola. Morreu com 79 anos.

FE- E essas pesquisas também que o Cruz Lima praticamente desenvolvia, também tinha um pouco esse feitio, daquela que mais ou menos o senhor apresentou aqui em relação à tese do Pontes, também se aproximava de alguma disciplina básica.

CFF- Se aproximavam...mas esse era um grupo muito... pequeno, selecionado, que buscava condições de trabalho e condições de pesquisa. As teses do Pontes são teses que têm sempre uma colaboração pessoal e a minha não teria originalidade absoluta...eram temas atuais, temas [...] pioneiros, mas que ele era um dos primeiros a tratar, endoscopia seguramente o primeiro. E assim o Pontes. O Pontes tinha uma tese sobre úlcera gástrica que ele já falava em endoscopia digestiva, naquele tempo, década de 50. A outra tese dele era sobre cirrose hepática. Algumas lesões próprias da cirrose, normalmente se encontram na própria cirrose. Estudou muito a parte de hemorragia digestiva na cirrose. O Cruz Lima fez duas teses, uma primeira que também foi uma tese experimental. Estudo de funções de baço. Ele fez no Instituto de Neurologia, porque o Deolindo Couto cedeu o Instituto.

FE- E nessas experimentais ele usava cobaia?

CFF- Usava...eu usei cão. Eu usei cão em 1955. Usei muito cão. Mas o Cruz Lima acho que ele usou cão também. A do Pontes, não, era cobaia humana. Era uma tese clínica." (Fraga Filho, 2003, 5ª entrevista)

A Primeira Clínica Médica (1958-1975)

A impressão geral sobre a cátedra – e no caso, sobre as cátedras clínicas - para quem não teve experiência acadêmica no período, ou que as conhece pela escassa bibliografia especializada, parte da vivência da estrutura departamental. Alguns autores se referem às cátedras como feudos - estruturas autoritárias e centralizadoras. No entanto, o autoritarismo e a centralização diziam menos do catedrático e suas peculiaridades individuais do que da estrutura acadêmica. Graças aos relatórios da 1ª Cadeira de Clínica Médica, seremos capazes de ousar reconstituir muitos de seus elementos. Seu espaço físico foi o da Santa Casa do Rio de Janeiro. Nos seus enormes corredores, tanto em extensão como em altura do pé direito, sobre o chão de tábua corrida bem encerado, transitavam, mais ou menos apressados, professores e alunos formalmente vestidos, enfermeiras uniformizadas, pacientes externos procurando informações, familiares também perdidos para a visita de seu doente. Nas enfermarias cinza-gelo, de portas de duas folhas, médicos e estudantes, com prontuários nas mãos, tentavam decifrar a última evolução daquele paciente que tomava café no leito. Logo chegaria o responsável pela enfermaria para "discutir os casos"; os doentes deveriam ser examinados e as observações, anotadas. Na lateral de cada leito, um nicho em forma de arco romano, construído para servir de oratório abrigava também sabonetes e outros pequenos objetos pessoais; paredes espessas permitiam um espaço católico da Misericórdia. Os funcionários, estudantes e médicos da 1ª Cátedra se movimentavam no sobe e desce na estreita escada que unia as duas enfermarias do serviço, no antigo elevador cuja grade deveria ser aberta ou fechada pelos próprios ocupantes, e trocavam idéias na cantina, na biblioteca, nos laboratórios, ou nos jardins da Santa Casa.

As informações que se seguem foram retiradas tanto do documento fonte, o Relatório da Primeira Cadeira, como das entrevistas do Professor Clementino Fraga Filho.

Estrutura da Primeira Cadeira de Clínica Médica

Inicialmente, ainda sem uma sede própria, a 1ª Cátedra realizara seus serviços na 6ª Enfermaria do Hospital da Santa Casa, transferida, logo em seguida, para a 7ª Enfermaria.

Em abril de 1957, a sede definitiva da 1ª Cadeira de Clínica Médica era inaugurada na 20ª enfermaria da Santa Casa e no pavilhão anexo. A partir de 1958, a Cátedra contaria também com a 4º Enfermaria, uma ala feminina, concedida pelo Prof. Aloysio de Castro, após negociação da transferência de um professor, Luiz Ricardo, para a 6º Enfermaria. A Primeira Cadeira, a partir de então, disporia de aproximadamente 48 leitos, o que possibilitava que mais de 350 internamentos fossem realizados anualmente. Sob a direção do Professor Clementino Fraga Filho, a Primeira Cadeira organizou suas atividades clínicas a partir de Divisões setoriais, das quais faziam parte os Institutos, as Seções e os Serviços Auxiliares.

A complexidade estrutural das cátedras clínicas, particularmente da 1ª Cadeira, necessitava de uma gama de pessoal qualificado para exercer atividades de todas as ordens. Havia, *grosso modo*, três grandes divisões: *Ensino e Documentação*, *Técnica*, que compreendia "clínica e pesquisa", e *Administrativa*. Os interesses acadêmicos do catedrático atribuíam singularidades à sua cadeira. Como o Professor Clementino já possuía um histórico relacionado aos estudos de Nutrição[45] e, posteriormente, à Gastroenterologia – suas duas teses de concurso para a cátedra se relacionaram ao fígado (hepatites e coagulopatias) – estimularia o desenvolvimento de trabalhos nesse ramo da medicina.

Segundo o próprio Professor Clementino, cada uma das cátedras clínicas teria suas próprias características; o Professor Magalhães Gomes dirigiria seus trabalhos para a área da Cardiologia, e o já falecido Professor Berardinelli o fizera na Endocrinologia.

A intenção da 1ª Cadeira de Clínica Médica foi sempre ampliar ao máximo seu leque de possibilidades de pessoal e de linhas de pesquisa. Para tal, seria necessária a aquisição de material diagnóstico, de pessoal qualificado, de laboratórios especializados, de

---

[45] Trabalhou com Josué de Castro no Instituto de Nutrição, estudando metabolismo e questões clínicas relacionadas à desnutrição. Por sua iniciativa, o Instituto depois passou à UFRJ, o que será visto adiante.

doentes nas duas enfermarias e nos cinco ambulatórios, e de médicos Residentes, com dedicação em tempo integral à cátedra. Assim, à divisão "Técnica" foram anexados os serviços de Anatomia Patológica, de Radiologia, de Endoscopias, de Métodos Gráficos e de Psicossomática, todos adequadamente equipados. A Radiologia teria sido incrementada "graças aos bons ofícios do Diretor da Faculdade, Prof. Arnaldo de Moraes, junto à Reitoria, para atender, conjuntamente, à 1ª Cadeira de Clínica Médica, à de Clínica Propedêutica Médica e à 3ª Cadeira de Clínica Cirúrgica." (UFRJ, 1958-1975, p. 4) Ainda nessa divisão, os laboratórios de bioquímica e provas funcionais, o de coprologia, e o de endocrinologia e alergia, além do trabalho de rotina, passariam a executar trabalhos científicos encaminhados no ano de 1957 para publicação. Das duas enfermarias, uma era de mulheres e outra de homens e os cinco ambulatórios já se definiam em especialidades: um de Clínica Geral e Triagem, um de Endocrinologia, um de Nutrição, um de Gastroenterologia e um de Alergia. Não era ainda possível, em 1957, que todo o pessoal se dedicasse à cátedra em tempo integral, mas trabalhavam assim os laboratórios, com seus bolsistas e estagiários e os médicos Residentes[46].

Pessoal e verbas.

No ano de 1958, perto de cem pessoas atenderiam à 1ª Cadeira de Clínica Médica, a metade constituída por médicos, e a outra metade, pelo pessoal dos laboratórios e da dietética. Seus médicos participaram de 14 Congressos, dos quais quatro em outros estados e três no exterior: o Professor Clementino participou de um congresso de gastroenterologia em Washington, um de Nutrição em Paris, e o Dr. Oliveira Lima, do Congresso Internacional de Alergia, também em Paris. Como foi considerada pequena a quantia que a 1ª Cadeira recebia da Faculdade (Cr$ 157.000,00), o Professor Clementino conseguiu verbas do CNPq, da Legião Brasileira de Assistência, da Fundação Kellogg, da *Internacional Cooperation Administration*, da Fundação Rockefeller (exclusiva para os dois Residentes), e das indústrias farmacêuticas, cada uma com valores próximos ou bem acima da dotação da Faculdade. O Banco do Brasil fazia doações no valor de Cr$ 40.000,00, mas a considerável quantia de Cr$ 750.000,00 vinha de fontes várias, não

[46] A oficialização da Residência Médica só se daria em 1977.

citadas, destinadas a diversas atividades, "inclusive para a sessão cinematográfica anual em benefício do Serviço". (UFRJ, 1958-1975, p. 20)

Divisão de Ensino e Documentação.

A divisão de *Ensino e Documentação* se responsabilizava pela realização de cursos de extensão ou cursos gerais para os alunos, pelas sessões clínicas, clínico-cirúrgicas e anátomo-clínicas, pela confecção de fotografias e diapositivos para documentação didática e científica, pelas publicações, e pela biblioteca e assinatura de periódicos médicos. Foram criadas, nesta divisão, *seções* responsáveis pela organização dos cursos normais de Propedêutica, de Clínica Médica e os cursos de aperfeiçoamento ou de extensão universitária, todos ministrados pela equipe da Primeira Cadeira. Os cursos de Pós-graduação ou de especialização, assim como o grupo do pessoal em tempo integral, constituído pelos auxiliares de ensino, bolsistas e internos, também compunham o corpo técnico desta Divisão. Além disso, este *setor* era responsável, ainda, pelas Sessões Gerais que ocorriam semanalmente no Hospital da Santa Casa, da qual participavam as diferentes equipes de serviço. De outro lado, os serviços da Biblioteca, formada por um grande acervo de obras especializadas e de mais de 80 periódicos assinados anualmente, bem como o *Setor* de Publicações e de Arquivos de documentação didática e de pesquisa, eram coordenados também pelo pessoal lotado nesta Divisão.

Divisão Técnica.

A *Divisão Técnica*, em que funcionavam os serviços de Rotina Clínica, foi constituída pelos "Institutos"[47] de Gastroenterologia, Nutrição, Endocrinologia, Alergia e Imunologia e Medicina Psicossomática, além das Seções de Cardiologia, Reumatologia, Cirurgia, Anatomia Patológica, Nefrologia, Oftalmologia e Radiologia. Nesta Divisão, localizavam-se o Laboratório Clínico e outros serviços técnicos que teriam inovado as atividades Clínicas da Cátedra. Muitos destes serviços possuíam ambulatórios próprios, enquanto outros mantinham, ainda, laboratórios ou centros para exames clínicos, onde eram realizados atendimentos assistências e algumas atividades de ensino e pesquisa.

[47] Apesar de nem todos terem sido Institutos, o Professor Clementino assim os caracterizava.

Quando se observa a *Divisão Técnica*, fica notável a evolução na sofisticação dos serviços da cadeira a partir de novas aquisições. O material é extenso; apesar de ser tarefa difícil compactá-lo, faremos o esforço de não cansar o leitor com tantas informações. De fato, queremos chamar atenção aqui, para dois pontos: 1 - A cátedra se organizava na forma de estruturas horizontais e verticais dinâmicas e móveis, e cada um dos seus setores fazia parte das estratégias acadêmicas e político-institucionais do catedrático. Um pequeno setor, na base da constituição orgânica da cátedra, a partir de aporte de pessoal capacitado ou de material mais sofisticado, poderia mudar de *status* e se transformar numa seção, ou numa nova especialidade. 2 - O prestígio do catedrático era o grande responsável pela renovação constante dessa estrutura. As boas relações do catedrático facilitavam-lhe a contratação de profissionais que imprimiriam novos rumos à cátedra dentro da sua área de conhecimento.

O catedrático era, na verdade um grande gerente. O bom catedrático tinha sensibilidade suficiente para perceber que um bom profissional desejava ser alocado num serviço de prestígio. Assim, o catedrático que tivesse maior agudeza manteria vivo aquele pequeno setor na base do organograma na expectativa de poder ocupá-lo adequadamente em algum momento, pois sabia que ali residia um grande setor em potencial.

Divisão de Investigação Científica.

A partir de 1959, foi criada a *Divisão de Investigação Científica,* que até então vinha funcionando junto à *Divisão Técnica*. Com o progressivo desenvolvimento das atividades de pesquisa, houve a necessidade de se isolar esta Divisão para melhor atender o programa de trabalho traçado junto ao Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) e ao Conselho de Pesquisa da Universidade do Brasil. Em linhas gerais, foram reunidos neste setor os serviços de investigação clínica desenvolvidos nos Institutos e Laboratórios, procurando sempre ampliar a cooperação com as atividades de Ensino e Assistência.

A *Divisão Administrativa*, como não poderia deixar de ser, ficou responsável pelas Seções ligadas aos serviços da Secretaria, do Arquivo Geral, do Almoxarifado, da Assistência Social e da Contabilidade. A colaboração desta Divisão foi essencial no gerenciamento das atividades gerais que envolviam o cotidiano da Cátedra, permitindo que a equipe de profissionais fosse bem assessorada diuturnamente.

De maneira geral, o Professor Catedrático era responsável pela direção permanente dessa grande equipe de trabalho, na figura de professor gerente; contudo, as funções administrativas eram compartilhadas também com o Primeiro Assistente e Chefes de Seções e de Laboratórios. Por outro lado, a organização desta estrutura institucional deveu-se, também, à estreita e tradicional simbiose que havia entre a Faculdade de Medicina e o Hospital da Santa Casa. Vale destacar que grande parte dos serviços clínicos da Faculdade sempre funcionou na Santa Casa, o que amenizava a falta de um Hospital Universitário - um sonho que alimentou as esperanças de várias gerações de professores. Além da Primeira Cadeira, a Santa Casa abrigava, ainda, os serviços da Segunda e da Quinta Cadeiras de Clínica Médica, dirigidas, respectivamente, pelos professores Cruz Lima e Magalhães Gomes (este sucedera ao Professor Capriglioni).

Apesar da tradição do Hospital Moncorvo Filho, onde residia a Cadeira do Professor Feijó, e do Hospital São Francisco, sede da Cadeira do Professor Lopes Pontes, pode-se dizer que o ensino médico da Faculdade de Medicina nasceu, em grande medida, no interior do Hospital da Santa Casa. Os serviços lá sediados - mesmo considerando o caráter beneficente da instituição e seus parcos recursos materiais – apresentavam condições razoáveis de trabalho, destacando-se como o hospital de ensino de melhor estrutura para a realização de atividades clínicas e didáticas naquele momento. Na Primeira Cátedra, por exemplo, havia à sua disposição um prédio de cinco andares, com uma área de quinhentos metros quadrados onde estavam instalados os Institutos, os Laboratórios, os Ambulatórios, o Serviço Social e as demais Seções.

Durante muitos anos, um dos principais problemas enfrentados pelas cadeiras de Clinica Médica que tinham no Hospital da Santa Casa, dizia respeito à falta de integração entre os diversos serviços, o que tornava o sistema de trabalho mais caro e menos eficiente. A partir de 1962, no entanto, a cadeira do Professor Clementino, as cadeiras dos professores Cruz Lima e Magalhães Gomes, e a Terceira Cadeira de Clínica Cirúrgica, do

Professor Mariano de Andrade, iniciaram o processo de criação de um Departamento de Medicina Interna[48], que permitiria maior aproximação entre os grupos de trabalhos.

O primeiro passo neste sentido foi dado em 1963, quando começaram as Sessões Gerais, em conjunto, o que permitiu que se discutissem, de forma cooperada, casos clínicos, clínico-cirúrgicos e anátomo-clínicos. Assim, além do aperfeiçoamento do pessoal docente, a integração de parte dos serviços permitiria, ainda, estabelecer normas e métodos de ensino uniformes para os cursos de Propedêutica e de Clínica Médica. Tal contexto garantiu, naquele momento, o aprimoramento significativo de grande parte dos serviços da Primeira Cátedra, tendo em vista a possibilidade de compartilhar de diferentes experiências. Por outro lado, a criação do Departamento de Medicina Interna contribuiu, mais do que tudo, para ajustar os trabalhos de equipe, contendo eventuais tendências individualistas em favor dos interesses coletivos.

A integração efetiva das Cátedras de Clínica Médica da Faculdade de Medicina só ocorreria, no entanto, no início dos anos 1970, quando a Reforma da Educação de 1968 determinou a substituição do sistema de Cátedras pela criação dos Departamentos como menor unidade estrutural. A partir deste período, mais especificamente em 1972, as três Cadeiras de Clinica Médica que funcionavam no Hospital da Santa Casa passaram a compor um único Departamento. Devido à aposentadoria dos professores Cruz Lima e de Magalhães Gomes, ambos em 1972, os Serviços Clínicos destes Catedráticos ficaram sob os cuidados do Professor Clementino, o que significou uma ampliação considerável de seu grupo de trabalho. Com isso, firmou-se a unidade de planejamento e de coordenação didática, além de se estabelecerem normas comuns para as atividades assistenciais e de investigação científica.

O desenvolvimento contínuo das atividades clínicas e das instalações físicas da Primeira Cadeira, principalmente dos Laboratórios e dos demais serviços técnicos, dizia respeito à aquisição de recursos financeiros. De maneira geral, os orçamentos oficiais, tanto da própria Faculdade e do Conselho de Pesquisa da Universidade, quanto do Conselho

[48] Esta seria uma proposta da I Conferência sobre o ensino de Clínica Médica, da Bahia, de 1961. Ver capítulo IV.

Nacional de Pesquisa e da Capes, eram completamente insuficientes para manter o mínimo de eficiência nos serviços de rotina. De outro lado, a falta de um Hospital Universitário, a precariedade das enfermarias e a deficiência de pessoal técnico auxiliar, tornavam as condições de trabalhos um grande desafio para a equipe de profissionais ligada à Cátedra.

Os serviços dos Institutos.

Além das atividades diretamente atreladas à medicina clínica, a Primeira Cadeira foi responsável pela manutenção e desenvolvimento de vários serviços especializados. Ligados à rotina da Cátedra através dos Institutos e dos Laboratórios, as especialidades contribuíram para ampliar e aprimorar os serviços como um todo. Neste sentido, após termos apresentado o cenário em que se organizou a estrutura da Primeira Cadeira, avançaremos ainda mais para apreendermos a maneira pela qual os Institutos e outros serviços auxiliares, como os Laboratórios e os novos métodos complementares, foram incorporados aos Serviços da Cátedra. Ao mesmo tempo, pretendemos descrever também as atividades, as inovações e as contribuições que cada um destes diferentes Institutos apresentaria neste período.

Como comentamos anteriormente, os "Institutos" de Gastroenterologia, Nutrição, Endocrinologia, Alergia e Imunologia e de Medicina Psicossomática, compunham as principais Seções da Primeira Cadeira, possibilitando que essa Cátedra funcionasse como uma ampla unidade da Faculdade Nacional de Medicina. Cada um dos Institutos criou ao longo dos anos sua própria estrutura de trabalho, como os laboratórios especializados e os ambulatórios, a maioria deles localizados no próprio Pavilhão-sede da Primeira Cadeira. A contribuição destes diferentes ramos da medicina possibilitou que os nossos serviços clínicos atingissem a excelência no ensino, pesquisa e assistência, constituindo aquilo que considerávamos uma verdadeira Cátedra Universitária, digna da tradição que representava.

Apesar de serem campos da medicina ainda jovens, que começavam a ganhar abrangência enquanto especialidades, os Institutos integravam perfeitamente as necessidades da Clínica Médica. Por um lado, eles contribuíram para ampliar a perspectiva do ensino e da investigação científica e, por outro, para o aperfeiçoamento no atendimento

assistencial, tendo em vista a colaboração para a realização de exames inovadores e ao atendimento ambulatorial.

De maneira geral, o Catedrático de Clínica Médica acolhia os Institutos a partir do seu interesse por determinadas áreas do conhecimento médico, especialmente aquelas que pudessem complementar suas atividades clínicas. Devido ao seu prestígio e à autoridade científica, o professor catedrático transformava-se num grande empreendedor, responsável não somente pela criação e gerenciamento de equipes de trabalhos, como pela introdução de novos conhecimentos médicos. Neste sentido, os Institutos acabavam encontrando no interior das Cátedras o abrigo institucional necessário em que desenvolveriam suas especialidades. Em contrapartida, os Institutos auxiliavam ao catedrático, pois possibilitavam a captação de recursos materiais para o financiamento de pesquisas e o melhoramento da assistência clínica, tendo em vista sua capacidade de atrair financiamento, tanto do setor público quanto do privado. Como demonstraremos em seguida, essa relação entre a Primeira Cadeira e os Institutos, suas trocas e experiências, acabariam sendo fundamentais para ampliar e aprimorar os serviços de ambos.

O Instituto de Nutrição.

Entre os Institutos, foi o de Nutrição que primeiramente acabou sendo absorvido pela Primeira Cadeira. A história da relação da Cadeira e do Professor Clementino com esta especialidade iniciou-se nos 1940, antes mesmo de a Universidade do Brasil incorporar os serviços do Instituto. Neste período, a direção deste Instituto estava sob a responsabilidade do seu fundador, o médico e professor Josué de Castro. Tendo em vista sua ampla formação sociológica e política, Josué de Castro imprimiu ao serviço características muito mais ligadas aos aspectos sociais da nutrição do que propriamente clínicas.

Em 1943, enquanto trabalhou como assistente de clínica do Professor Rocha Vaz, na Faculdade de Medicina, o Professor Clementino passaria a atuar também, a convite do próprio Josué de Castro, como assistente do Instituto, responsável pela sua seção clínica. Logo após a Segunda Guerra Mundial, Josué de Castro conseguiria fazer com que a Universidade do Brasil absorvesse o Instituto de Nutrição, que ficaria ligado diretamente à Reitoria da Universidade. Desta maneira, quando Clementino Fraga assumiu a função de

Catedrático, em janeiro de 1956, o Instituto acabou se tornando um embrião dos serviços da Primeira Cadeira. Neste período, Josué de Castro afastou-se da direção para assumir a função de Deputado Federal pelo Estado de Pernambuco e, em seguida, de funcionário da FAO[49]. Rapidamente, o Instituto foi incorporado como um dos serviços clínicos da Santa Casa, transformando-se na Seção de Nutrição e Metabolismo.

No decênio entre 1956 e 1966, ano em que Clementino Fraga ocuparia o cargo de Vice-Reitor da Universidade do Brasil, a direção do Instituto seria transferida para o Professor Hélio de Souza Luz. Enquanto chefe desta Seção, Clementino Fraga nomearia o Dr. Isaac Vaissman em 1957 para a coordenação do grupo clínico e de nutricionistas que atuavam em conjunto. Sob o comando desta equipe, alguns com estágios realizados fora do Brasil, o Instituto passou a se expandir consideravelmente, executando atividades fundamentais no cotidiano dos serviços clínicos e na assistência a outros setores da Faculdade.

Seção de Nutrição e Metabologia.

A Seção de Nutrição e Metabologia, sob a orientação do Dr. Isaac Vaissman, era a unidade clínica do Instituto de Nutrição da Universidade do Brasil. Seu ambulatório atendera, em 1958, 1500 pacientes. O "Setor de metabolismo da água e eletrólitos e nefropatias", que iniciara seu funcionamento em julho de 1958, havia realizado, naquele ano, "8 biópsias percutâneas de rim, 127 exames especializados de urina, além de atender a 34 doentes internados e 11 matriculados no Ambulatório" (UFRJ, 1958-1975, p. 11). Observamos aqui um exemplo de como, sutilmente, outra especialidade, no caso a nefrologia, ia aparecendo e tomando corpo dentro de um setor afim.

Esta seção realizou seis trabalhos; cinco foram publicados em revistas indexadas e o outro foi a tese de livre-docência do Dr. Isaac Vaissman, "Estudos sobre o fígado no diabetes *mellitus*", na qual o autor contempla também a área de interesse do catedrático.

No ambulatório desta Seção eram atendidos diariamente os pacientes que circulavam pelo Hospital da Santa Casa, tanto para consultas quanto para triagem.

[49] *Food and Agriculture Organization* – organismo das Nações Unidas.

Organizado em colaboração com o Serviço de Alimentação da Universidade do Brasil, o Instituto de Nutrição criou também o Setor de Dietética, responsável pelo fornecimento de dietas normais e especiais para os pacientes internados na 20ª e na 4ª enfermarias, tais como aquelas indicadas para diabetes, obesidade e magreza. Este setor encarregava-se de preparar as refeições para os médicos e funcionários do Serviço, assim como para os pacientes internados nas enfermarias da Cadeira, totalizando mais de 70 mil refeições preparadas anualmente. Ainda nesta Seção, desenvolveu-se o "Setor de Metabologia Hidro-salino", que passou a funcionar a partir de 1958 como um laboratório responsável por realizar pareceres especializados, exames e biópsias.

Além destes serviços assistenciais, que se tornavam primordiais no interior da Santa Casa, o grupo de serviços do Instituto de Nutrição realizava periodicamente um bom número de pesquisas científicas, muitas delas em constante diálogo com as questões de interesse da medicina clínica. Como diretor do Instituto, mas principalmente pela relação que sempre manteve com as pesquisas sobre nutrição, o Professor Clementino publicaria diversos trabalhos em parceria com especialistas que atuavam nos serviços de Nutrição da Primeira Cadeira, especialmente com o Dr. Isaac Vaissman. Ao longo do período em que esteve à frente da Direção do Instituto, procuraria participar dos principais Congressos nacionais e internacionais de Nutrição, como o Congresso de Paris, em 1958, e o *Congresso de Nutrição do Hemisfério Ocidental*, realizado nos Estados Unidos, em 1965.

Além disso, a Primeira Cadeira sempre se preocupou em encaminhar médicos ligados a este Instituto para realizar estágios fora do Brasil, o que contribuía para manter os serviços assistenciais e as atividades cientficas em processo de renovação constante.

Devido a essa tradição, o Instituto de Nutrição sempre foi prestigiado no campo médico por sua excelência na transmissão do conhecimento. Alunos do curso de Medicina da Faculdade Nacional, do curso de Nutricionistas da Universidade do Brasil, ou mesmo de instituições de outros Estados brasileiros, eram atraídos com o interesse de realizar estágios e cursos de aperfeiçoamento no serviço. Por outro lado, além das Sessões Gerais realizadas todas as semanas no próprio Hospital da Santa Casa, o Instituto oferecia periodicamente cursos de extensão universitária, palestras, conferências e simpósios, dos quais

participavam tanto o grupo de profissionais que integravam esta Seção, quanto estagiários e alunos.

O Instituto de Gastroenterologia

As especialidades da Cátedra, ainda que de forma sutil, ficaram evidenciadas, num momento em que as especializações se impunham na medicina em geral, a despeito da reconhecida necessidade de clínicos gerais. O Professor Clementino Fraga Filho se associou e contribuiu para a fundação de diversas sociedades de especialistas e se dedicou, particularmente, à gastroenterologia. Em sua opinião, essas sociedades responderam a uma necessidade, mas de alguma forma, teriam induzido à superespecialização, até porque a gastroenterologia já se dividiria em sociedade de endoscopia digestiva, de cirurgia digestiva, entre outras. Segundo este professor, a tendência à gastroenterologia na 1ª Cátedra era uma novidade, "uma marca histórica". "É histórica, mas recente... Isso tudo foi de 50 para cá porque antes não havia gastroenterologia." (Fraga Filho, 2003, 6ª entrevista)

A Seção de Gastroenterologia, dirigida pelo Dr. Hélio Luz, atendeu 1423 doentes no ambulatório, realizou 383 endoscopias digestivas e 227 "entubações"[50].

> "Mas na Clínica Médica o principal ramo de atividade foi a gastroenterologia. Esse foi. Vem aí a aplicação daquilo que eu disse: Professor de clínica médica, [...] interesse especial em tal especialidade. Clínica médica; e a gastroenterologia já está dividida. Agora tem a hepatologia. Sempre foi...porque desde o tempo do meu pai, meu pai já na década de 30 publicou um livrinho sobre doença do fígado. Totalmente ultrapassado, não precisa nem dizer. Já de inclinação pela gastroenterologia" (Fraga Filho, 2003, 4ª entrevista)

Constituindo-se como um dos principais ramos de atividade na clínica médica, os estudos sobre Gastroenterologia ocuparam um espaço essencial no interesse da Primeira Cadeira. Essa especialidade foi um setor que se afirmou no serviço porque vinha de uma longa tradição dentro da própria Faculdade Nacional. Tanto o Professor Clementino Fraga,

---

[50] No caso, significam exames por tubo para coleta de material do estômago, com finalidade de identificar parasitas ou dosagem de ácidos e outras substâncias.

Catedrático da Segunda Cadeira de Clínica Médica, quanto o Professor Lopes Pontes, da Quarta Cadeira de Clinica Médica, investiram seus estudos neste ramo da medicina. Em conseqüência, a Gastroenterologia tornou-se uma especialidade forte também nos serviços do Hospital da Santa Casa.

O interesse do Professor pela Gastroenterologia remontaria aos anos 1940, quando da elaboração de tese para a Livre-Docência. Nos anos 1950, mais duas teses diretamente ligadas a esta especialidade foram apresentadas - estudos sobre hepatologia. Uma delas, sobre Coagulopatia e Patologia Hepática, foi elaborada para o concurso de 1955, no qual fora aprovado como Catedrático. Deste modo, conciliando o conhecimento desta especialidade, a tradição da Santa Casa e sua ligação umbilical com a Clínica Médica, não seria difícil criar um Instituto voltado diretamente para o estudo desta especialidade.

Sob a responsabilidade do Dr. Hélio de Souza Luz, mas com a atuação permanente de especialistas como o Dr. Faustino Porto e Jorge Toledo, a Cátedra criaria, neste Instituto, um grupo de trabalho maior. Além das teses de livre-docência defendidas na própria Faculdade, parte do grupo do serviço foi financiada, através de bolsas de estudos, para cursos e estágios nos Estados Unidos e em alguns países da Europa, o que possibilitaria o aprimoramento considerável não somente do ensino e dos trabalhos científicos, como da assistência. A Primeira Cadeira faria um grande esforço para manter a produção científica do Instituto sempre atualizada, participando ativamente do debate internacional sobre temas desta especialidade. O grupo de trabalho comparecia periodicamente a Congressos, Simpósios e outros eventos internacionais de Gastroenterologia, como o Congresso realizado em Washington, em 1958, o Congresso Pan-Americano, organizado em 1962 pela *American Gastroenterology Association*, em Nova York; e o Congresso Mundial sediado em Munique, no mesmo ano.

No cenário nacional, as discussões neste campo sempre foram profícuas, já que os congressos locais eram promovidos, praticamente, todos os anos. Isso ocorria, em grande medida, devido à tradição, à organização e à força da Sociedade Brasileira de Gastroenterologia, da qual o Professor participara ativamente. Apesar de a Faculdade Nacional de Medicina e a da Universidade de São Paulo se destacarem pela produção

científica e assistencial, havia no Brasil em torno de 17 Sociedades Regionais que se reuniam periodicamente em seus próprios congressos, o que contribuía sobremaneira para o estabelecimento da Gastroenterologia também em outras instituições nacionais. No caso do Hospital da Santa Casa, a Gastroenterologia sempre atendeu a um grande número de pacientes, totalizando mais de 25% dos casos que passavam pelos serviços da Primeira Cadeira. Tais circunstâncias ajudam explicar o fato de ser essa uma das especialidades que, nos anos 1960 e 1970, foram bastante procuradas por alunos, internos, estagiários e pós-graduandos, formando um bom núcleo de pesquisa no interior da Cátedra. Em relação aos serviços assistenciais da Primeira Cadeira, o Instituto de Gastroenterologia atendia em seu ambulatório a um número médio superior a mil pacientes por ano. Por outro lado, contribuía periodicamente para a realização de diversos exames parasitológicos de fezes, endoscopias, entubações, entre outras atividades de relevância para a rotina dos serviços.

O Instituto de Endocrinologia.

A Seção de Endocrinologia era organizada nos moldes de Instituto – "Instituto de Endocrinologia da Santa Casa", criado pelo Professor Waldemar Berardinelli. Como a 1ª Cátedra era da Faculdade de Medicina, essa seção, que pertencia à Santa Casa, não pertencia à 1ª Cátedra; provavelmente o pessoal de uma se confundia com o da outra, prestando serviços e realizando pesquisas em conjunto.

> "Naquele tempo eu publicava muito, estudava com eles, escrevia com eles. Tem até alguns artigos...eu era diretor do Instituto de Endocrinologia, eu era convidado, era Congresso em São Paulo de Endocrinologia... Eu andei trabalhando um pouco com endocrinologia. Tinha uma bibliografia até, comprava livros de Endocrinologia, gostava muito, me interessava muito. [...] Me encontrava com endocrinologistas que vinham ao Brasil, porque tinha o título né? diretor do Instituto de Endocrinologia, quer dizer, então tinha alguma atividade, mas muito escorada no grupo de assistência que estava interessada neles." (Fraga Filho, 2003, 4ª entrevista)

A Seção de Endocrinologia, em 1957, atendeu 2.900 doentes em seu ambulatório; a partir de 1965, o Instituto passou a disponibilizar da Unidade de Radioisótopos, instalada

pelo Instituto de Biofísica em cooperação com a Primeira Cadeira. Sob a responsabilidade do Dr. Renato Nunes Esteves, este setor oferecia exames como captação de Iodo Radioativo, (Iodo 131), provas de supressão, provas de estímulo com TSH e prova do Perclorato, considerados bastante inovadores na investigação da função da tireóide durante os anos 1960.

O laboratório de Endocrinologia prestava um quádruplo serviço à Cátedra: não pertencia ao Instituto da Santa Casa, e sim, à Cátedra; era mantido com o auxílio do CNPq; realizava diversos exames de dosagens hormonais que, além de servirem à rotina das enfermarias e ambulatórios da Cátedra, foram tema da tese de seu chefe, Dr. Faustino Porto, apresentada à Faculdade Nacional de Medicina. A rubrica dos catedráticos Berardinelli e Fraga Filho – a inclinação para as doenças endócrinas e hepáticas – pode ser observada no título da tese do Dr. Porto: "Hipogonadismo masculino nas hepatopatias crônicas".

No relatório de 1958 constam 17 trabalhos realizados (no ano anterior) pelo Instituto de Endocrinologia, publicados em revistas indexadas ou apresentados em congressos, dos quais um se relacionava diretamente ao fígado, e outro tinha o Professor Clementino como co-autor. Evidentemente que a co-autoria do catedrático atribuía relevância acadêmica ao trabalho e aos demais autores. Em conjunto com a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (cujo fundador e primeiro presidente fora o Professor Waldemar Berardinelli), a Seção de Endocrinologia da 1ª Cátedra organizou um "Simpósio sobre doenças da tireóide" em setembro de 1958, do qual participaram seis médicos ligados à Cadeira.

As diversas concepções de doenças sofreram importantes transformações no período. O diabetes *mellitus* passaria a ser considerado uma doença dependente de diversos fatores, adentrando a trama das diversas especialidades, como nutrição, metabolismo, além da velha endocrinologia, passando pela psicossomática. A criação do Instituto de Endocrinologia na Santa Casa deveu-se, em primeiro lugar, aos esforços do Professor Waldemar Berardinelli. Além de sua carreira de sucesso no ensino e no serviço clínico, foi ele um dos líderes e fundadores das pesquisas sobre Endocrinologia no Brasil. Durante os

anos 1940 e 1950, a trajetória deste catedrático foi marcada pela dedicação a este ramo da medicina, tendo criado, inclusive, a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e, em 1951, os Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia. Do mesmo modo, foi ele responsável, ainda, pela criação de uma ampla biblioteca especializada em Endocrinologia, que possuía periódicos e obras publicadas em diferentes lugares do mundo. Neste período, Berardinelli conseguiu recursos para construir um pavilhão de cinco andares no Hospital da Santa Casa, local onde abrigou seus serviços e que, posteriormente, seria herdado pela 1ª Cadeira.

Com a morte de Berardinelli, em janeiro de 1956, ocorrida cinco dias depois de o Professor Clementino ter tomado posse do cargo de Catedrático da Primeira Cadeira, este acabaria assumindo a responsabilidade de manter os serviços do Instituto, no Hospital da Santa Casa. Apesar de não ser uma especialidade de seu interesse naquele momento, o Instituto seria incorporado com a intenção de preservar a jovem equipe de trabalho montada pelo Professor Berardinelli. Com o tempo, o Instituto tornou-se uma Seção produtiva, destacando-se como uma área fundamental aos serviços. Do mesmo modo, a partir de 1957, a Primeira Cadeira deu também continuidade à publicação dos Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia. Tendo como editor e auxiliar o Dr. João Gabriel Cordeiro, a revista passou a ser publicada trimestralmente, com uma tiragem próxima de 1500 exemplares. Financiada por quatro laboratórios farmacêuticos, os Arquivos ainda seriam editados durante 17 anos, ininterruptamente. De maneira geral, a revista era composta por artigos elaborados a partir de pesquisas da própria equipe de trabalho.

Sob a coordenação do assistente Oliveira Coutinho, o Instituto de Endocrinologia desempenhou um papel essencial nas atividades da Primeira Cadeira, tanto no apoio aos serviços assistenciais quanto no ensino e na pesquisa. Os serviços ambulatoriais, por exemplo, sempre foram bastante procurados por pacientes da Santa Casa, apresentando uma média de 3.500 consultas atendidas anualmente. O Laboratório de hormônios, dirigido por Fernando Ubatuba, um dos principais cientistas brasileiros no campo da endocrinologia, fornecia exames e dados para os diagnósticos e controles terapêuticos, assim como para os trabalhos de investigação clínica. Além de atender à 4ª e à 20ª

Enfermarias, este Laboratório colaborava com os demais serviços da Santa Casa e de outras instituições, com as cadeiras dos professores Lopes Pontes, Cruz Lima e Leme Lopes, o Serviço Nacional da Lepra, e instituições de cidades como Niterói, Juiz de Fora, Vitória e Belo Horizonte.

No terreno da investigação científica, muitos trabalhos inovadores foram publicados pelo Instituto, especialmente durante os anos 1960, quando a 1ª Cátedra passava a contribuir mais efetivamente. A equipe de trabalho sempre procurou manter sua produção científica atualizada, com estágios nos Estados Unidos e na Europa, e participando de Congressos e Simpósios no Brasil e no exterior. Por outro lado, além de cursos de aperfeiçoamento, o Instituto promovia periodicamente palestras, conferência e simpósios diretamente ligados a discussões de sua especialidade. Em 1958, por exemplo, o Instituto realizou, em cooperação com a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, um importante Simpósio sobre Doenças da Tireóide, no qual participaram os Drs. Oliveira Coutinho, José Schermann, João Gabriel Cordeiro, José Albuquerque Lins, Aroldo Guimarães e Danilo de Albuquerque.

O "Instituto" de Alergia e Imunologia.

A Seção de Alergia e Imunologia, dirigida pelo Dr. Oliveira Lima, também fora criada em 1958. Seu ambulatório realizou 419 atendimentos naquele ano. Dos nove trabalhos realizados pela seção, em 1958, quatro foram apresentados em congressos e cinco publicados em revistas indexadas.

Estudar alergia e imunologia seria outra novidade na medicina, assim como a psicossomática. A imunologia, segundo Ilana Löwy, foi, a partir do final dos oitocentos, uma metáfora bélica, em que as células entravam numa luta sem tréguas contra um inimigo externo, contra a doença, contra o "não-*self*.". A elaboração, nos anos 1955-57 da teoria clonal da síntese de anticorpos consolidou a visão fisiológica e celular da imunidade, introduziu a transcrição de questões-chave da imunologia em termos compatíveis com as novas idéias sobre a síntese protéica. Desta forma, facilitou a integração da imunologia nas ciências biológicas de ponta. (Löwy, 1996, p. 16-17)

Novas descobertas: Oliveira Lima e Imunologia.

> "[...]A pesquisa médica, exatamente naquele período que eu assumi a cátedra, assisti o desenvolvimento, a explosão dos conhecimentos científicos e da tecnologia e acompanhei isso tudo, em várias etapas, em vários cenários, em várias perspectivas, em vários pontos de alcance que nós tínhamos pra apreciar isso tudo. Mas houve duas coisas...uma coisa que nós fizemos naquela ocasião e graças à colaboração de um elemento de excepcional qualidade, tinha muito prestígio no Rio naquela ocasião que se fala nele com muita devoção, que era o Dr. Oliveira Lima. [...] Naquela ocasião começou-se o estudo da imunologia aplicado à clínica e o desenvolvimento com a biologia molecular, genética, uma das grandes novidades." (Fraga Filho, 2003, 4ª entrevista)

A Imunologia, tanto na forma de novo conhecimento como na sua concretização enquanto novo setor da 1ª Cátedra de Clínica Médica. Ainda que não tivesse se caracterizado como disciplina clínica, fez parte de um clima internacional de fomento à pesquisa básica e à pesquisa clínica. Associada à grande novidade terapêutica, a cortisona, faria parte do arsenal de pesquisa também em gastroenterologia, especialmente nas doenças do fígado, de interesse do Professor Clementino Fraga Filho:

> "CFF- Naquela ocasião, surgiu no fim da década de cinqüenta a Cortisona. Grande progresso terapêutico que surgiu de 49 para 50, que se expandiu enormemente. Estava fazendo loucura, ela atua sobre o mecanismo antiinflamatório da doença, mecanismo imunológico de defesa, mas era tida em situações dramáticas ou inviáveis em termos de evolução. Mas foi um progresso extraordinário.
>
> FE – Então a cortisona foi no final dos anos 40?
>
> CFF – Se não me falha a memória, em torno de 49.
>
> FE – Impressionante, por que nós temos nos anos 40 a penicilina, comercializada em 45, 46...
>
> CFF – Isso tudo na área de clínica. No laboratório, veio a parte científica... Explicar essas coisas! Esse histórico que vinha... A causa das doenças vinha de Pasteur, as concepções sobre as condições nosológicas, noções de doença. Não se falava só dos germes mas já havia o mecanismo de defesa, já se falava do terreno, não é só a agressão externa, é o terreno, a maneira como a pessoa reage. [...] Por que, se reage de uma maneira, não se reage de outra. E hoje está se caminhando mais, tem implicações genéticas. Os

> efeitos adversos dos medicamentos, que ocorrem numa pessoa muito mais que em outras. Você toma um determinado medicamento e pode ter uma reação até fatal. Você pode não ter absolutamente nada. Hoje está se descobrindo que esses efeitos têm um papel importantíssimo: o papel genético." (idem, idem)

Ilana Löwy descreveu a metáfora que perseguiu a imunologia desde os oitocentos: a da guerra no front do corpo. A partir dos anos 1950, as reações imunitárias seriam mecanismos fisiológicos, implicados no funcionamento normal do organismo e em numerosos estados patológicos. Nos anos 1960, um grande número de doenças seria descrito como falência dos mecanismos imunes; cada anticorpo, agora, poderia também ser reconhecido como um novo antígeno. (Löwy, 1996, p. 17) A reação auto-imune, do ponto de vista psicológico, pressuporia que seus portadores se auto-agredissem, e sua terapêutica – os corticóides – representaria o grande agente apaziguador da belicosidade orgânica.

> "FE – Passa uma idéia de individualidade também.
>
> CFF – Na verdade, a resposta é individual; na verdade, biológica. [...] Surgia aí um novo conceito definido por "auto-agressão". Era uma evolução. Dizia-se, estava certo que era sempre por uma hetero-agressão, do agente externo. [...] Por exemplo, a hepatite, a por vírus é a causa mais comum, e surge então uma hepatite auto-imune. Você pode chegar a identificar se aquela hepatite se deve ao vírus, ou se deve ao mecanismo auto-imune.
>
> FE – Nessa época já se começava a...
>
> CFF – Começava a se falar nisso, começava. [...] Dr. Oliveira Lima. É um homem que hoje estaria com uns 95 anos, por aí. Era da nova geração. Ele fez nome logo aqui na clínica do Rio de Janeiro, porque não tinha um especialista em alergia que estivesse tão bem informado quanto ele." (Fraga Filho, 2003, 4ª entrevista)

Gastroentero-imunologia, laboratórios, Estados Unidos.

> FE – E a construção do laboratório de Imunologia? Como é que foi montado esse laboratório?
>
> CFF – Tudo sob orientação do Oliveira Lima. [...] Na ocasião, o desenvolvimento da tecnologia e da ciência ainda estava em sua fase explosiva. Era o pós-guerra, que teve aquela explosão toda que os Estados Unidos investiram muitíssimo nisso, no laboratório, no finzinho de cinqüenta, nós pegamos o final desse movimento todo,

> chegamos ali no prosseguimento dessa linha de pesquisa e tudo o mais. Era muito mais limitada. Eu me lembro, por exemplo, quando estive na América, de 58 para 60, eu visitei Cornnell fiquei hospedado lá. Alojamento para professor visitante. [..]Estava interessado em fígado [...], vi então os casos que depois se reconheceram como hepatite auto-imune. Porque eram doentes jovens com hepatite, sexo feminino, com menstruações irregulares, e havia naquela ocasião 6 ou 8 doentes internados [...] Está claro, portanto, que foi uma coisa iluminada ter entregue ao Oliveira Lima a organização desse setor, dar todo apoio a ele, ter trabalhado com ele, e ele formar círculos que até hoje falam o nome dele com veneração. E era ligada à Clínica Médica, fazia parte dos nossos cursos de Clínica Médica. Nosso trabalho de Clínica Médica não era uma coisa isolada. Não era um centro de pesquisas isolado do resto do mundo, não. Absolutamente." (Fraga Filho, 2003, 4ª entrevista)

O ensino da Imunologia na 1ª Cátedra de Clínica Médica.

> "FE – Os alunos passavam também por ali?
>
> CFF – Os alunos que se interessassem. [...] Mas o conheciam porque dava aula. Sempre [Oliveira Lima] participava das aulas, das sessões clínicas, integrava-se. [...] Por causa disso, nós o fizemos professor honorário da Faculdade de Medicina, que era um título raríssimo, só havia na ocasião um ou dois, e Membro Honorário da Universidade pelo Conselho Universitário. Isso era uma distinção também não barateada. Não era freqüente. Foi o agradecimento da Universidade e da Faculdade ao Oliveira Lima, que deu aula por 25 anos sem ganhar um tostão. Não precisava, ele tinha posses, tinha ganhado bastante na clínica, e continuava a fazer clínica. [...] Tornou-se conhecido, respeitado como um nome de pesquisador raro naquela área de conhecimento da imunologia. Ele seguiu o fluxo natural, até que depois nós saímos de lá e aí é outra história. O flagrante daquele momento, dentro da Santa Casa, na Cátedra de Clinica Médica, foi a criação do setor de Imunologia. (idem, idem)

A constituição do campo da Alergia e Imunologia no Brasil se deu efetivamente a partir do final da Segunda Guerra Mundial, período marcado pela explosão de novos conhecimentos científicos e tecnológicos, sobretudo no âmbito da pesquisa médica. A introdução desta especialidade no cenário nacional foi, acima de tudo, uma iniciativa do Dr. Oliveira Lima, médico e cientista de reputação internacional. Durante os anos 1950, foi ele

responsável pelos primeiros estudos da Imunologia aplicada à clinica e ao desenvolvimento da biologia molecular, uma das grandes novidades neste momento. Além disso, ele também foi responsável por criar, em torno de si, um círculo de jovens pesquisadores que, posteriormente, iriam dar continuidade ao processo sempre acelerado de excelência nas pesquisas em imunologia.

A partir de 1957, enquanto dividia o seu tempo com a atividade clínica privada, Oliveira Lima passou a organizar uma equipe de trabalho, a convite do Professor Clementino, com o objetivo criar o Instituto de Alergia e Imunologia junto ao Serviço da Primeira Cadeira. Através de donativos, organizou-se um espaço amplo, no pavilhão-sede do Hospital da Santa Casa, onde o Dr. Oliveira Lima montou sua estrutura de trabalho, especialmente o Laboratório de Imunologia e o Ambulatório Clínico.

Apesar de ser um médico alergista que conquistou vasta autoridade nos serviços da clínica privada, Oliveira Lima sempre apresentou grande vocação e interesse pela investigação científica, o que possibilitou ao Instituto progredir num curto espaço de tempo. Criado com a finalidade precípua de pesquisa clínica, a Seção de Alergia e Imunologia passou a atuar, já em 1959, também no setor de rotina clínica da Cátedra, tendo em vista o grande afluxo de pacientes, nas enfermarias, que necessitavam do atendimento médico voltado para esta especialidade. Somente no ambulatório do serviço, por exemplo, eram atendidos, em média, aproximadamente 1500 pacientes por ano.

Grande parte dos serviços era realizada no Laboratório Clínico Aplicado, localizado no próprio Instituto. Anualmente eram produzidos em torno de 1000 frascos de vacinas de antígenos dessensibilizantes. Por outro lado, o laboratório era responsável, ainda, por vários testes de sensibilidade cutânea com as principais substâncias alergizantes e provas sorológicas aplicados à clínica, como a reação de Mantoux, o teste com histoplasmina, o látex-globulina, a aglutinação para brucelose, o Paul-Bunnel, o teste com antígenos de *Schistosoma mansoni*. É importante ressaltar que os serviços realizados neste laboratório também eram destinados não somente às enfermarias da Primeira Cadeira, como a outros serviços da Faculdade Nacional de Medicina, ou mesmo a instituições externas.

Do mesmo modo que vinha ocorrendo com outros setores da Primeira Cadeira, procurou-se integrar os serviços do Instituto de Alergia e Imunologia com as inovações científicas e tecnológicas de fora do Brasil. A participação em congressos e em simpósios científicos no exterior sempre foi intensa, inclusive com apresentação de trabalhos ou através da publicação de artigos em revistas internacionais. Juntamente com Oliveira Lima, o Professor Clementino publicaria um grande número de trabalhos de relevância nas discussões clínicas da época. Além disso, mantinha-se um intercâmbio constante com hospitais e universidades dos Estados Unidos e da Europa, através do qual foi possível que bolsistas realizassem estágios e cursos de especialização.

Devido aos serviços prestados em nossa Cátedra e ao prestígio alcançado ao longo de sua carreira, o Dr. Oliveira Lima, por indicação do Professor Clementino, obteria o título de Professor Honorário da Faculdade Nacional de Medicina, prêmio bastante raro àquela época. Posteriormente, seu nome seria apresentado para ocupar uma vaga de Membro Honorário da Academia Nacional de Medicina, o que garantia o reconhecimento de sua competência no campo médico.

O Instituto de Medicina Psicossomática.

Depois do ceticismo terapêutico e das doenças idiopáticas, chegava a vez da somatização de problemas psicológicos ou psiquiátricos. As úlceras, o cólon irritável, assim como a acne e diversas lesões dermatológicas, e até mesmo os diversos tipos de câncer, tiveram seu momento de doença psicossomática. Não há doença psicossomática, todas as doenças são psicossomáticas, dizia Danilo Perestrello. (Lima, 2007)

Foram realizados oito trabalhos em Gastroenterologia, dos quais duas teses, três publicados em revistas indexadas e três apresentações em encontros científicos. Uma dessas apresentações foi na Faculdade de Medicina de Paris. É de se notar que dois trabalhos da Seção de Gastroenterologia da 1ª Cadeira relacionaram sintomas digestivos a doenças psicossomáticas; um deles foi uma co-autoria do Professor Clementino com Dr. Danilo Perestrello, que se tornaria responsável pela Seção de Medicina Psicossomática em 1958. O Professor Clementino atribuiu sua preocupação com essa área de conhecimento emergente,

à convivência com seu pai, que escrevera, enquanto vanguarda, uma tese sobre esse tema[51] na Faculdade de Medicina da Bahia, em 1903, quando se formou, chamada "A Vontade".

A Seção de Medicina Psicossomática, funcionando a partir de julho de 1958, sob a orientação do Dr. Danilo Perestrello atendeu 20 doentes, num total de 250 horas de entrevistas.

> "Na ocasião existia isso. [...] Você não pode dizer que é o orgânico puramente, nem o psíquico puramente. [...] evidentemente que nós tínhamos a compreensão e fomos identificados por isso, [...]. De Membro honorário, 1º honorário da Sociedade Brasileira de Psicologia Médica e de Psiquiatria e de Medicina Psicossomática. Reconheceram que eu como professor de algum prestígio, por ter fundado o serviço... Até hoje no serviço tem um setor da biblioteca, a placa dos 10 anos de funcionamento do serviço; e até hoje funciona dentro da Santa Casa. Não mais com a minha direção [...] O setor de Medicina Psicossomática [...] o criador desse serviço, esse meu colega de turma, meu amigo fraterno, chamado Danilo Perestello". (Fraga Filho, 2003, 6ª entrevista)

Foram realizados dois trabalhos de pesquisa no período, e um curso de "Psicologia para Internistas", além de reuniões semanais, com apresentação de casos clínicos, discussão de trabalhos e elaboração de normas de estudo.

Embora constituísse um conhecimento tradicional, a Medicina Psicossomática reapareceu no final dos anos 1950 como um novo ramo da Clínica Médica. Neste período, havia uma grande preocupação em retomar as discussões sobre a integração psicossomática das doenças, rompendo com a visão do organicismo puro que se fixava no pensamento médico em geral. Do mesmo modo, o ensino da medicina psicossomática seria fundamental na relação médico-paciente, bastante prejudicada pela mercantilização do serviço médico, pelo progresso avassalador da ciência e da tecnologia, pela pressa do atendimento, pela falta de preparo básico e de conhecimentos sobre o papel do médico e da medicina na sociedade.

Foi com esse pensamento que, em 1958, iniciou-se a implantação desse serviço na Primeira Cadeira de Clínica Médica. Como Assistente de Psiquiatria e com grande

---

[51] Na verdade, quando pesquisamos as teses do início do século XX, da Bahia, várias tratam de temas ligados a comportamento, sejam da área de Psiquiatria, Clínica Médica ou Medicina Legal.

formação em Psicanálise, Danilo Perestrello tinha um amplo interesse nas discussões que cercavam as novas abordagens da Medicina Psicossomática. Assim, em junho de 1958, inaugurava-se uma Seção voltada especificamente para este ramo da medicina, inclusive com a definição de uma equipe de trabalho.

Os serviços da Medicina Psicossomática concentraram sua atenção, inicialmente, na melhor formação profissional do pessoal docente da Primeira Cadeira. Para isso, a Seção estudava, sob o ponto de vista psicossomático, diversos pacientes internados nas enfermarias, especialmente a partir de dados colhidos através de entrevistas realizadas periodicamente. Em 1961, essa Seção criou um grupo terapêutico-didático, constituído por médicos e internos da Primeira Cadeira, que mantinham reuniões semanais, com apresentação, discussão e supervisão de casos clínicos. Como resultado, essa equipe passou a emitir pareceres referentes aos casos clínicos estudados, conforme a solicitação de outras Seções da Cadeira e, eventualmente, por outros serviços do Hospital da Santa Casa. Ao mesmo tempo, a equipe realizava, ainda, tratamentos psicoterápicos nas enfermarias.

Por outro lado, é importante ressaltar que a Seção de Medicina Psicossomática procurou se integrar também nas atividades didáticas da Primeira Cadeira, realizando cursos, palestras e simpósios para os alunos que freqüentavam os Serviços Clínicos. Embora não fosse instituída como uma disciplina curricular, a abordagem psicossomática sempre mereceu destaque durante as aulas práticas e teóricas realizadas nos cursos normais. Entendia-se que a formação médica ficaria incompleta, caso não se desenvolvesse a aprendizagem das concepções oriundas da medicina psicossomática, sobretudo da relação entre médico e paciente.

A incorporação deste conhecimento dentro da clínica médica foi uma experiência inovadora que contribuiu significativamente para a formação de toda uma geração de médicos que passaram pelos serviços de Primeira Cadeira. De maneira geral, a 1ª Cátedra foi pioneira neste campo, já que durante os anos 1950 e 1960 pouco se cogitava sobre a inserção da medicina psicossomática no ensino da prática médica. Neste período, portanto, a Primeira Cadeira investiu no desenvolvimento desta especialidade no Brasil, e divulgou essas concepções em várias instituições nacionais. Através da atuação e do empenho do Dr.

Danilo Perestrello, esta Seção participou periodicamente de Cursos, Simpósios e Congressos sobre Medicina Psicossomática, promovidos tanto no Brasil quanto no exterior. Em 1961, por exemplo, o Dr. Danilo Perestrello viajou para os Estados Unidos com o intuito de conhecer os serviços da Seção de Psicofisiologia, do Departamento de Psiquiatria da Universidade do Colorado, e os serviços de Medicina Psicossomática da Clínica Menninger, em Topeka[52].

Em 1965, a Seção de Medicina Psicossomática foi premiada com a nomeação de Danilo Perestrello para ocupar a Presidência da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática, fundada em São Paulo neste mesmo ano. O objetivo da jovem Associação consistia em dar continuidade às iniciativas introduzidas nos Serviços da Primeira Cadeira de Clínica Médica: estimular o estudo e a pesquisa sobre temas ligados a Medicina Psicossomática, propor seu ensino nos cursos de pós-graduação médica e no currículo normal das Faculdades de Medicina do país, e manter intercâmbio com as organizações congêneres no Brasil e no exterior. Dois anos depois, Danilo Perestrello presidiria a Primeira Reunião Nacional de Associação Brasileira de Medicina Psicossomática, realizada no Rio de Janeiro, e com grande participação do grupo da Primeira Cadeira.

[52] Topeka é a capital do estado norte-americano de Kansas.

Outros Serviços.

Além dos Institutos apresentados acima, outros serviços especializados funcionaram de forma efetiva nas atividades diárias da Primeira Cadeira, principalmente no que dizia respeito aos serviços assistenciais do Hospital da Santa Casa. A despeito da falta de recursos materiais, a Primeira Cadeira de Clínica Médica introduziu, nos anos 1950 e 1960, um grande número de serviços que se caracterizaram pela apresentação de modernas tecnologias e de novos métodos de trabalho. Esse conjunto de serviços técnicos e especializados foi organizado em forma de pequenos Institutos ou Seções, incorporados ao longo do tempo à estrutura da Cátedra. Embora atendessem à rotina clínica da 4º e da 20º enfermarias da Santa Casa, muitos destes serviços colaboraram também com outros setores da Faculdade de Medicina, ou mesmo de outras instituições. Os serviços destas seções estavam assim organizados:

Seção de Cardiologia - gerenciada pelos serviços dos Drs. Nicolau Jorge Nader, João Baptista Andrade Souza e Oscar Ferreira Junior. Tinha como responsabilidade a realização de exames especializados, como o de eletrocardiografia, em pacientes internados na 20º e na 4º enfermarias do serviço. A partir de 1966, este setor passou a dispor de seu próprio ambulatório, que, sob a direção do Dr. José Ananias Figueira da Silva, tinha como propósito assistir aos pacientes que tivessem alta das enfermarias da 1ª Cátedra.

Seção de Radiologia - coordenada pelo Dr. José Vitor Rosa e com a colaboração dos Drs. Milton Fernandes, Paulo Belache, Nicola Caminha e Joaquim Queirós Mattoso, colaborava regularmente com o atendimento aos pacientes que passavam pelas enfermarias e ambulatórios da 1ª Cátedra. Os serviços desta seção realizavam um número superior a 600 exames especializados por ano, como exames do tórax (tomografias), do aparelho digestivo, do esqueleto, pielografia, aortografia e angiografia.

Seção de Cirurgia - sob a responsabilidade do Dr. José Carlos Vinhaes, o departamento cirúrgico atuava em cooperação com os serviços da 15º Enfermaria do

Hospital da Santa Casa. Além das atividades clínicas, como intervenções cirúrgicas e realização de biópsias, esta seção auxiliava também os serviços didáticos da Primeira Cadeira, promovendo numerosas sessões clínico-cirúrgicas para assistentes e alunos. O serviço cirúrgico iniciou seu funcionamento também em novembro de 1958. A aparentemente estranha presença de um cirurgião numa cadeira clínica inicia uma observação de que o nome original da cadeira não é apenas uma formalidade, mas é bem mais restrito que a perspectiva do catedrático. Isso pode ser percebido também na Cadeira de Propedêutica Clínica, que não se limitava ao ensino da Propedêutica para os alunos do 3º ano médico, sob pena de permanecer com objetivos muito limitados.

Seção de Anatomia Patológica **-** a cargo do Dr. Barreto Netto, esta seção colaborava nas atividades clínicas a partir da realização de biópsias, autópsias, necropsias e exames citológicos. Por outro lado, seus serviços promoviam sessões anatomoclínicas periódicas, das quais participavam, tanto os alunos, quanto o corpo clínico do Hospital da Santa Casa, o que contribuía para a integração desta seção com o ensino da Clínica Médica e com os serviços assistenciais.

Seção de Oftalmologia**-** coordenado inicialmente pelo Dr. Werther Duque Estrada, e a partir de 1961 pelo Dr. Paiva Gonçalves Filho, está seção colaborava nos serviços clínicos através de exames, como Fundo de Olho, campimetria, exame oftalmológico completo e outros que atendiam às necessidades dos pacientes internados nas enfermarias da Cátedra. O serviço deste setor contribuía, ainda, em cirurgias de catarata, glaucoma e pterígio.

Seção de Metabolismo Hidrossalino e Nefrologia - chefiado pelo Dr. Renato Diniz Kovac, esse serviço colaborava de maneira intensa no atendimento de pacientes internados nas enfermarias da Cátedra e no ambulatório do setor. Por outro lado, esta seção era responsável também por atividades laboratoriais, como o desenvolvimento de modernos serviços de determinações arteriais, dosagem de do nitrogênio amínico, cromatografia de aminoácidos urinários, além de serviços técnicos especializados, como biópsias renais.

Laboratório Clínico - sob a coordenação do Dr. Paschoal Granato, o Laboratório Clínico constituía-se em serviço de importância essencial tanto nas atividades de rotina da Primeira Cadeira, quanto na colaboração com os trabalhos de investigação científica. Além do setor de Bioquímica, o Laboratório Clínico apresentava também o de Coprologia e o de Hematologia, que auxiliavam nos serviços clínicos e nas atividades de ensino e pesquisa. Nesta seção eram realizados exames de mais de 2.000 pacientes por ano, além de mais de 8.000 exames do aparelho digestivo, circulatório, respiratório, urinário, das glândulas endócrinas, do sistema nervoso, sistema hemolinfopoiético. Faziam-se exames hemocatetéricos, do aparelho ósteo-músculo-articular-ligamentoso, de doenças do colágeno, entre outros.

A Primeira Cadeira de Clínica Médica contou, ao longo do período estudado, mesmo que não regularmente, com a colaboração de outros serviços especializados. Da Reumatologia, através do Dr. Caio Villela Nunes, da Dermatologia, coordenado pelo Dr. Sylvio Fraga, da Neurologia, auxiliado pelo Dr. Pedro Sampaio, e da Endoscopia, em colaboração com os Drs. Francisco Pinto de Castro e Raul Reis Gonçalves. Juntas, estas especialidades imprimiram aos serviços da Cátedra um conjunto de atividades que modernizaram significativamente o atendimento clínico oferecido no Hospital da Santa Casa.

Serviço Social- entre os serviços de assistência da 4º e da 20º enfermarias da Santa Casa, não se pode deixar de ressaltar a colaboração do Serviço Social. Criado em outubro de 1959, este serviço ficou sob a orientação de Maria Cândida Reis e sob a direção imediata de Daura Gonçalves de Araújo. A implantação desta seção contribuiu para agilizar um grande número de serviços da Cátedra, como triagem, admissão, internamento, transferência e alta dos pacientes, além da adaptação dos pacientes ao hospital e sua readaptação ao trabalho após a alta. Fazia-se reajustamento familiar e social, com providências assistenciais, como aquisição de benefícios (pensões, aposentadoria e funerais). Criou-se o *Boletim de Serviço Social*, organizou-se uma biblioteca para uso dos pacientes das 4ª e 20ª enfermarias e a *Bolsa de Medicamentos* para os pacientes sem recursos financeiros. Realizavam-se entrevistas com os pacientes, com o objetivo de conhecer melhor seus históricos social e médico. Este conjunto de serviços contribuiu, entre outras coisas, para a redução do tempo de permanência dos pacientes internados na Clínica, o que significou maior eficiência nos serviços clínicos e menores custos materiais e humanos.

A partir do início dos anos 1960, as funções exercidas pelo Serviço Social foram bastante ampliadas, especialmente após a contratação de duas assistentes sociais, o que permitiu estudar com mais profundidade os casos sociais. Além dos serviços assistenciais já mencionados, esta seção organizou campanhas para a obtenção de doadores de sangue, com a formação de um grupo permanente de doadores. O serviço mantinha anualmente mais de mil doadores no banco de sangue da Cátedra. Outra novidade apresentada pela equipe de trabalho foi a arrecadação de donativos financeiros junto às empresas públicas e privadas, destinados à manutenção dos serviços e à assistência aos pacientes internados. O Serviço Social colaborava também em atividades didáticas, tendo em vista a grande procura por estágios nesta área. Anualmente, recebia um grande número de alunas que cursavam a Faculdade de Serviço Social. Eram orientadas em aulas práticas e em estudo de casos sociais. Por outro lado, como forma de aperfeiçoar o atendimento aos pacientes, parte da equipe participava semanalmente das sessões do grupo terapêutico-didático do Instituto de Medicina Psicossomática.

A Pesquisa Científica.

Apesar de o ensino médico ter sido sempre a meta principal da 1ª Cadeira, desenvolveu-se um grande número de serviços que realizavam investigações científicas. Era impossível formar bons profissionais e realizar os serviços de medicina clínica na Santa Casa sem que se investisse na coordenação efetiva entre o ensino, a assistência e a pesquisa. O ensino era considerado obrigação primordial do Professor Clementino, mas sempre ao lado da assistência, pois não se poderia ensinar medicina sem o paciente, sem o objeto da medicina, do diagnóstico, do tratamento. E a pesquisa, naquele momento, estava se tornando uma coisa fundamental, de tal maneira que a Reforma de 1968 definiu o ensino e a pesquisa como elementos indissociáveis. Assim, dentro da estrutura organizacional que formava a Primeira Cadeira, desenvolveram-se seções específicas, que funcionavam em forma de Institutos, destinadas à pesquisa científica.

O Professor Clementino entendia que, durante os anos 1950 e 1960, a pesquisa científica vivia uma fase pré-revolucionária. Poucos catedráticos faziam realmente pesquisa. A maioria dos profissionais envolvidos com o meio universitário preocupava-se tão somente com o ensino e com a assistência hospitalar. Naquele tempo, o máximo que se fazia era pesquisa clínica, estudando diversos casos sob um ou outro aspecto, ou simplesmente observando o efeito de determinados medicamentos. Era dessa maneira que se preparava a grande maioria das teses.

> "Procuramos imprimir ao Serviço Clínico a única feição compatível com a orientação atual de uma Cátedra universitária, isto é, dotá-la das condições necessárias para realizar, de par com os encargos de ensino, trabalhos de investigação, que não podem e não devem ser dissociados, atendendo aos imperativos do desenvolvimento da cultura e do progresso científico." (UFRJ, 1958-1975)

> "FE – Como se publicava? Havia alguma preocupação com a publicação?
>
> CFF – [...] Pouca publicidade no estrangeiro. Publicava-se nas revistas nossas daqui [...]. Revista Brasileira de Medicina, Brasil

> Médico, tinha uma em São Paulo criada há pouco tempo, chamada Pesquisa Clínica [...]. De modo que havia mais de uma publicação. Setores especializados começavam a ter suas revistas. (Fraga Filho, 2003, 6ª entrevista)

Contudo, a pesquisa médica passava nesse período por um grande processo de desenvolvimento. Os anos 1950 ficaram marcados como a década da explosão dos conhecimentos científicos e da tecnologia em geral. Em 1959, três anos após ter assumido os serviços da Primeira Cadeira, criava-se a divisão de investigação científica, separada da divisão de rotina clínica, conforme funcionava até então. Devido ao progressivo aumento das atividades de pesquisa, fazia-se necessário um planejamento mais eficiente e direcionado, capaz de criar condições adequadas aos pesquisadores. No início de cada ano, era estabelecido um programa de investigação científica a ser realizado num determinado período. Este programa definia linhas de pesquisas claras, apresentadas ao Conselho Nacional de Pesquisas (CNPq) e ao Conselho de Pesquisas da Universidade do Brasil. Estas duas instituições foram, inclusive, juntamente com as agências financiadoras estrangeiras, como a Fundação Rockefeller e a Kellogg Foundation, fundamentais para subvencionar a grande maioria das pesquisas desenvolvidas na Primeira Cátedra.

> "...os meios financeiros brasileiros ainda não sabem doar para a ciência, para a medicina, para a clínica. [...] De modo que donativos você tinha de particulares, dos seus clientes, mas era uma bobagem, grandes donativos não". As verbas eram as verbas oficiais, orçamentárias e algumas verbas [eram dadas] conforme o prestigio do clinico, obtinha-se mais ou menos. Via política. Até porque naquele tempo o orçamento da República permitia aos deputados e senadores uma verba para que eles pudessem dar o destino que quisessem, então você tinha uma espécie de competição entre os professores." (Fraga Filho, 2003, 5ª entrevista)

Os serviços de investigação eram realizados principalmente no interior dos Institutos, onde se mantinham, apesar das dificuldades financeiras, laboratórios razoavelmente bem equipados, coordenados por pesquisadores experientes e de competência inquestionável. Cada um dos institutos, sobretudo os de Imunologia, Nutrição, Gastroenterologia e Endocrinologia, mantinham anualmente estudos sobre temas relacionados à sua especialidade, mas sempre em integração com a Clínica Médica e os

demais setores do Serviço, no Hospital da Santa Casa. A preocupação da 1ª Cátedra era desenvolver pesquisas de forma interdisciplinar; de fato, sua equipe organizou e promoveu um grande número de congressos, simpósios e outros eventos científicos.

Os resultados das pesquisas eram publicados periodicamente, não apenas em congressos e simpósios nacionais e internacionais, mas também em revistas ou periódicos especializados, seja no Brasil ou no exterior. Para se ter apenas uma noção da produtividade da equipe, basta dizer que no período entre anos 1950 e 1970 mais de 400 trabalhos foram publicados, muitos deles inovadores e de grande relevância para a medicina da época.

> "CFF – Então, muita possibilidade de trabalho. Nós publicamos em 17 anos - tem documento disso aí - 450 trabalhos.
>
> FE - 450 trabalhos? Esses trabalhos podiam ser teses, podiam ser artigos...
>
> CFF - Teses, artigos, e material... fragmentos de teses..."
>
> (Fraga Filho, 2003, 3ª entrevista)

Fazia parte das preocupações do Professor Clementino incentivar os estudantes que passavam por seu serviço na identificação de alguma vocação para a pesquisa, a fim de ingressarem nesta carreira. Afinal, o professor catedrático teria também a função de formador de equipes, de descobridor de talentos e, acima de tudo, de provedor de condições estruturais ao aperfeiçoamento de capacidades. De maneira geral, a 1ª Cátedra servia como um abrigo para os profissionais que procuravam um espaço institucionalizado para trabalhar como pesquisadores. Lá se encontrariam todas as condições que estivessem ao alcance do Professor naquele momento. Além dos laboratórios, ambulatórios e enfermarias, havia uma ampla biblioteca para atender aos pesquisadores. Esta biblioteca mantinha a assinatura de mais de 80 periódicos, sem considerar aqueles que eram obtidos por permutas com outras instituições.

O resultado desse investimento em pesquisa científica foi que, num curto espaço de tempo, diversas teses de livre-docência foram defendidas pelos assistentes da Cátedra, nos campos da medicina clínica e das ciências básicas. O aperfeiçoamento da equipe, com a realização de pesquisas científicas, contribuiria diretamente para a qualidade do ensino e

mesmo dos serviços de assistência médica. Por outro lado, colaborou também para o fortalecimento das especialidades, para a ampliação dos Institutos e o surgimento de um grande número de associações científicas, muitas delas criadas a partir da intervenção de Clementino Fraga Filho.

Pesquisa e Reforma Universitária

No início dos anos 1960, as cátedras seriam problematizadas na maioria das escolas isoladas e das universidades, pois representavam uma estrutura que já não satisfazia às exigências acadêmicas do período. Roberto Santos, catedrático da Faculdade de Medicina da Bahia, desempenharia uma robusta liderança na condução dos debates de interesse do ensino médico desde a década anterior. Contando com o apoio de alguns catedráticos clínicos de renome no País, entre os quais o Professor Clementino Fraga Filho, propôs um fórum de debate sobre o *estado da arte* do ensino da Clínica Médica. A 1ª Conferência sobre o Ensino da Clínica Médica seria realizada em 1961, em Salvador, Bahia. Será apreciada no próximo capítulo.

Diversos professores demandavam outra feição para as Faculdades de Medicina. A formação do médico deveria seguir um currículo integrado, adaptado às variadas realidades de saúde regionais, e que oferecesse ao aluno possibilidades de contato com doentes e com as comunidades mais necessitadas. A Clínica Médica não se furtaria a participar e a liderar este movimento de transformação. Nossos catedráticos percebiam que o ensino e a pesquisa no país deveriam visar a novas estruturas integradas dentro das universidades.

Capítulo 4
Catedráticos nos Departamentos

O presente capítulo discute o ensino da Clínica Médica e o papel dos catedráticos clínicos na tentativa de homogeneizar o ensino desta cátedra no país. Apresentamos encontros nacionais e internacionais sobre educação médica e damos seguimento com o debate – conduzido por alguns catedráticos - que problematizou a estrutura de cátedras. O centro deste capítulo, no entanto, se situa na 1ª Conferência sobre o Ensino da Clínica Médica, em 1961, realizada em Salvador (UFBa, 1961), quando praticamente todas as cátedras de Clínica Médica do Brasil se fizeram representar. As propostas desta Conferência terão repercussões de monta, pois evidenciarão ainda mais a relevância nacional e internacional da 1ª Cátedra de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da então Universidade do Brasil (atual UFRJ) e os caminhos necessários a uma grande reforma do ensino médico do País. Neste capítulo, duas figuras de grande importância estão presentes: o Professor Roberto Santos, também catedrático de Clínica Médica, da Faculdade de Medicina da Bahia e José Roberto Ferreira, da OPAS, responsável pela estruturação curricular das diversas faculdades de medicina que foram criadas à revelia das orientações de nossos catedráticos. A partir do Professor Roberto Santos, percorremos a rota da Reforma Universitária de 1968 e todos os seus meandros. Vamos entender como um sistema de ensino – baseado em cátedras – foi extinto com o apoio de diversos catedráticos que propunham uma estrutura departamental e como a Reforma frustrou esses catedráticos ao fazer nascer estruturas novas e já desintegradas.

As cátedras, a Clínica Médica e o ensino médico

A geração de catedráticos clínicos de 1950 adquiria notabilidade nacional na gerência de suas cátedras e no embate pela expansão da Clínica Médica enquanto conhecimento essencial à formação médica. Para esses professores, os conhecimentos de Clínica Médica, mais que qualquer outra disciplina, determinariam a qualificação de um médico. Nas memórias dos professores Clementino Fraga Filho e Roberto Santos, a dimensão da Clínica Médica era tamanha, a ponto de afirmarem que 1ª Conferência sobre o Ensino da Clínica Médica, de 1961, representara um dos momentos mais importantes para o ensino médico. Paralelamente ao crescimento do prestígio dos catedráticos de Clínica Médica e da própria Clínica Médica, médicos que advogavam uma medicina de caráter mormente preventivo conquistavam força política. A OPAS, a OMS[53] e outras agências internacionais, principalmente as norte-americanas, também argumentariam sobre a necessidade da abordagem preventiva da medicina. Os ideais de prevenção - principalmente das doenças infecto-parasitárias - se concretizariam, no ensino, pela criação de cátedras ou departamentos de Medicina Preventiva. Exatamente no momento em que a nova geração de catedráticos se iniciava em suas cátedras, com a missão de organizar a Clínica Médica.

Os predicados da 1ª Cátedra de Clínica Médica foram frutos de reflexões aprofundadas sobre o tipo de educação a ser oferecido por seu corpo docente. Para manter a excelência que caracterizaria sua cátedra durante tantos anos, o Professor Clementino Fraga Filho não poderia prescindir de sua assiduidade na sede de seu serviço, a Santa Casa. Por outro lado, a mesma seriedade com que construiu estrutura tão dinâmica seria aplicada aos debates nacionais e internacionais no campo da educação médica. Trata-se de uma via de mão dupla: o prestígio que levaria o Professor Clementino a um empreendimento docente tão bem sucedido o conduziria, por seu turno, a novas conquistas em defesa da consolidação do ensino da Clínica Médica. Vamos observar, assim, o debate sobre educação médica travado pela 1ª Cátedra (ou pelo Professor Clementino Fraga Filho), e o

[53] OPAS: Organização Panamericana de Saúde; OMS: Organização Mundial da Saúde.

diálogo entre esta cátedra e questões intrínsecas aos currículos médicos. Tais questões diziam respeito às especialidades médicas, às novas técnicas de laboratório, às novas terapêuticas e à discussão internacional sobre o papel dos Residentes e Internos e ao envio de pessoal médico para se aperfeiçoar fora do Brasil.

A fim de conduzirem a educação médica, os catedráticos clínicos se viram na contingência de estabelecer a correlação entre dois problemas interpostos: educação e saúde. Suas propostas só seriam factíveis a partir do momento em que a realidade da saúde no Brasil fizesse parte de seu arsenal de conhecimentos. Assim, vários desses professores participaram de instâncias de definição de políticas de saúde, mas de forma distinta daquela da geração anterior, que atuava na gerência de programas de saúde pública. No seu olhar particular, a saúde era tanto um fim quanto um meio de fundamentação do debate pedagógico. O interesse pedagógico seria uma forma de demonstrarem suas preocupações com a saúde dos indivíduos, e vice-versa. A meta desses catedráticos de formar médicos clínicos se atrelava à sua conceituação de medicina, doença e cuidados médicos. A população, a seu ver, carecia do clínico. A Professora sintetizou a perspectiva do catedrático-clínico-educador, no Prefácio de um livro do Professor Clementino Fraga Filho:

> "Ressalte-se sua coerência em relação à Clínica Médica. Foi professor de Clínica; como diretor da Faculdade de Medicina da UFRJ, promoveu as reformas curriculares que a valorizaram; como diretor do Hospital Universitário, deu prioridade à estrutura de serviços gerais; na ABEM, argumentou sempre em favor da formação do clínico geral; no consultório, sempre fez Clínica Médica. Jamais desmereceu a importância da especialização. Empenhou-se, porém, em não perder a noção do indivíduo como um todo; não ignorar a pessoa na doença; não subestimar os meios mais simples e idôneos de investigação clínica, para não cair na solicitação excessiva das técnicas especializadas e nos custos elevados dos serviços médicos. E, subjacente, estava uma espécie de lema: *Onde se encontre o doente, ele deve ser o foco principal da atenção*." (Rosa, 2007, p.13)

A preocupação com o indivíduo doente fez toda a diferença no debate que pensou a clínica médica, a saúde pública e a medicina preventiva. O Professor Clementino Fraga Filho e outros catedráticos clínicos, nos anos 1950 e 1960, defenderam a Clínica Médica

enquanto uma questão filosófica - um saber que fundamentaria a formação dos futuros médicos. Em sua opinião, a inserção social dos doentes e a necessidade de interferir nas decisões políticas relativas à saúde das classes sociais mais necessitadas foram também questões a que o bom médico deveria estar atento. A prevenção de doenças estaria, assim, inserida no dia-a-dia do clínico.

O movimento pela introdução do ensino da Medicina Preventiva nas faculdades de medicina no período não parece ter tido repercussão concreta nas cátedras de Clínica Medição. O Professor Clementino Fraga Filho conhecia a importância dos diversos encontros relacionados à Medicina Preventiva e até mesmo se aliou ideologicamente ao "movimento preventivista" no que tange à crítica ao crescimento exponencial das especializações médicas. Ainda que considerasse a prevenção parte integrante da prática clínica, a disciplina "Medicina Preventiva" seria um conhecimento mais específico a se oferecer numa etapa posterior da formação universitária.

Saúde no Brasil - governos, fundações norte-americanas, OPAS e OMS

No período em que nossa geração de catedráticos se deleitava na relação indissolúvel com a docência de Clínica Médica, travaram-se debates internacionais sobre questões relativas à saúde pública e à educação médica versando sobre os mais diversos temas.

As conseqüências da Segunda Guerra Mundial influenciaram a criação, em 1946, da Organização Mundial de Saúde (OMS), com incremento do papel dos Estados Unidos na administração da saúde dos países de sua zona de influência. A saúde poderia ser entendida como área estratégica "para as perspectivas desenvolvimentistas daquele período, quanto para a propagação de uma hegemonia norte-americana na América Latina". (Silva, 2006, p. 94) No período pós-guerra, a Oficina Sanitária Panamericana (*Pan American Sanitary Bureau*) passou a fazer parte da OMS. A Oficina, criada em 1902, como já visto no Capítulo II, foi rebatizada em 1948 de Organização Sanitária Panamericana (*Pan American*

Sanitary Organization -PASO), e a partir de 1958 seria a OPAS, Organização Panamericana de Saúde. (Fee; Brown, 2002)

No cômputo geral, no campo da saúde pública, houve importantes negociações entre Estados Unidos e Brasil, durante a II Guerra Mundial. Nelson Rockefeller, simbolizando os homens de negócios envolvidos com a segurança e a economia de seu país, temia a ameaça alemã na América do Sul. Em agosto de 1940, a Casa Branca criou o Escritório para a Coordenação das Relações Culturais e Comerciais entre as Repúblicas Americanas, a fim de aumentar os investimentos norte-americanos e estabelecer um programa de intercâmbio cultural com os países da América Latina, e Nelson Rockefeller foi nomeado coordenador de Assuntos Interamericanos desse Escritório. A Fundação Rockefeller trabalhava no Brasil desde a década de 1910 no campo da educação[54] e da saúde pública; possuía todos os requisitos para informar ao Departamento de Estado dos Estados Unidos do estado sanitário do litoral brasileiro, a fim de fornecer as melhores condições aos norte-americanos que negociaram o estabelecimento de bases militares no Norte e no Nordeste brasileiros.

Através da Fundação Rockefeller e do governo brasileiro, representado pelo ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema, Estados Unidos e Brasil assinaram, em 1942, trinta tratados, entre os quais o de saúde e saneamento, que deu origem ao Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). (Campos, 2000, p 195-220) O SESP teria representado uma das contendas sobre as formas de condução das campanhas contra as endemias brasileiras; alguns estudiosos como Mário Magalhães acreditavam que se tratava de um modelo norte-americano de atenção à saúde, inadequado ao Brasil, ao contrário do antigo Departamento Nacional de Saúde. (Escorel, 2000) É fundamental, entretanto, que fique claro ao leitor que não estamos tratando o SESP e a Fundação Rockefeller como vilões. O Brasil não seria tomado de assalto pelos interesses imperialistas norte-americanos e suas bases militares. Houve os esses movimentos são permeados de tensões e interesses nada ingênuos, de ambos os lados.

O trabalho de Amy Kemp sobre a relação entre a Fundação Rockefeller e a criação da Faculdade de Medicina de São Paulo (da atual USP) indicou que os profissionais

---

[54] Ver capítulo II.

brasileiros envolvidos com a educação superior no Brasil eram os mais preparados e prestigiados indivíduos do país. Assim, seria afastada a idéia de imposição "de cima para baixo", a partir unicamente dos interesses norte-americanos, e afirmado um processo bilateral de negociação entre os educadores brasileiros e a Fundação Rockefeller. (Kemp, 2003, p.40)

O Presidente Eurico Gaspar Dutra, eleito, principalmente pelos setores conservadores, tomou posse em 31 de janeiro de 1946. Por seu Acordo Interpartidário, receberia apoio da conservadora UDN (União Democrática Nacional), rompendo, assim com seu antecessor Vargas e com o PTB (Partido Trabalhista Brasileiro). Dutra representara, entretanto, um importante papel até 1945 no Ministério da Guerra, durante todo o Estado Novo, instaurado em novembro de 1937. Vargas deposto, apoiou a candidatura de Dutra à presidência da República, pelo PSD (Partido Social Democrático); Dutra venceu as eleições de 2 de dezembro de 1945. Como a constituição vigente – de 1937 - por ocasião de sua eleição não contemplava a instituição de um vice-presidente, a Assembléia Nacional Constituinte de 1946 escolheu para o cargo o catarinense Nereu Ramos, também do PSD. Entre os movimentos de romper com o bloco socialista do leste europeu sob influência da então União Soviética e de colocar na ilegalidade o Partido Comunista Brasileiro, o "retorno da democracia" teria possibilitado a expressão de intelectuais comprometidos com o debate da construção da nação. A saúde foi, de alguma forma, contemplada no seu Plano SALTE (Sáude, ALimentação, Transporte e Energia) de desenvolvimento, aprovado em 1950. Ainda que o plano SALTE tenha fracassado, segundo a historiadora Simone Kropf, o fato de a saúde ter sido contemplada como um dos aspectos desse programa já seria um indício das intenções do governo Dutra:

> "A idéia essencial expressa pelo Plano era a de que os baixos níveis de saúde constituíam um sério obstáculo ao desenvolvimento econômico do país, na medida em que implicavam custos extremamente elevados. Postulava-se claramente, desta forma, que a política sanitária deveria estar submetida essencialmente aos objetivos de aumento da produtividade econômica." (Kropf, 2006, p. 413)

Ainda, segundo esta historiadora, o país vinha num processo de definição dos contornos do nacional-desenvolvimentismo que caracterizaria o governo seguinte, de Vargas. No campo da saúde pública, a ênfase de Dutra foram as doenças endêmicas, particularmente a malária, contra as quais atuaram os Serviços Nacionais e as campanhas que cada um dos Serviços coordenou. A malária foi priorizada por se encontrar entre as cinco primeiras causas de morte. Para Kropf, no governo Dutra, "*Saúde* equivalia a combate às endemias rurais e *desenvolvimento* significava recuperação e intensificação da produtividade do trabalho agrícola." A idéia de saneamento dos sertões retomaria a década de 1910, na relação entre saúde e desenvolvimento. (Kropf, 2006, p. 414)

O Brasil passou por importantes transformações relacionadas ao processo desenvolvimentista dos anos 1950, com incremento da urbanização e da industrialização e um novo perfil sócio-político da sociedade. Foi criado um ministério brasileiro específico para a Saúde, em 1953, em substituição ao Departamento Nacional de Saúde, do antigo Ministério da Educação e Saúde. Em conformidade com a política desenvolvimentista dos governos do período, o mercado de trabalho médico, no Brasil passava para um novo modelo: o exercício da medicina liberal se esvaziava em detrimento dos serviços que ofereciam uma medicina em que a tecnologia se impunha – serviços privados comprados pelo Estado, representado por seu novo Ministério da Saúde que, por sua vez, também aumentou sua rede própria de serviços. (Schraiber, 1993, p. 141-143) Assim, por diversas razões, entre elas a campanha de cunho fortemente nacionalista "O Petróleo é nosso", o nacionalismo antiimperialista de Vargas se desintegraria. "Nacionalismo" seria, segundo Vizentini, palavra abolida após o suicídio do presidente, em 1954, em detrimento do extremo liberalismo econômico concretizado no alinhamento incondicional aos Estados Unidos. Com a chegada de Juscelino Kubitschek, em 1956, à presidência, o projeto de industrialização foi retomado, agora com base no setor de bens de consumo duráveis para as classes com renda elevada em relação à maioria da população. Tratava-se de uma harmonia entre os interesses norte-americanos e um modelo de industrialização diferente do de Vargas. (Vizentini, 2003, p. 202-207)

Para correlacionarmos resumidamente a nova apresentação do País na área da saúde com as propostas políticas do governo JK e suas continuidades, os hospitais próprios do

Estado, até 1948, eram cinco; em 1960 eram nove e em 1966, 28. As ofertas de trabalho médico foram, assim, ampliadas no setor público, e cada vez mais o médico se inseria no mercado de trabalho como assalariado do Estado. A previdência social, ao injetar dinheiro nas unidades hospitalares privadas, inicialmente fez com que o médico do setor privado acreditasse na possibilidade da sua autonomia de trabalho. Esta ilusão, porém, foi desfeita, pois o assalariamento já estava estendido também à medicina privada. Um novo tipo de consumidor dos serviços de saúde surgia, então, com o que Schraiber chama de "duplo comportamento: consumia os serviços de consultório privado, e os serviços de internação e de exame complementares na previdência pública". (Schraiber, 1993, p. 141-143)

O modelo de sociedade matizada pela "ideologia do desenvolvimento", própria dos anos JK preocupou autoridades e intelectuais sobre os caminhos do país. A possibilidade do avanço imperialista norte-americano fez com que diversas instituições, como a CEPAL (Comissão Econômica para a América Latina), o ISEB (Instituto Superior de Estudos Brasileiros, de 1957), a ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública, de 1958), entre tantas outras, com uma forte dose de crítica, se manifestassem e apontassem estratégias alternativas ao desenvolvimentismo de JK. (Escorel, 2000, p. 96-103)

Apesar das disputas com o modelo também formado em bases norte-americanas do Departamento Nacional de Saúde Pública, a forma de atuação do SESP no Brasil, para além do Norte e Nordeste e dos limites das bases norte-americanas, representou um importante trabalho de atenção médica, saneamento e prevenção de doenças endêmico-epidêmicas. O modelo do DNSP e do SESP tinha seus fundamentos nos centros de saúde, que nos Estados Unidos eram dirigidos especificamente para a medicina preventiva, e que aqui foram adequados às necessidades locais. Em 1956, três anos após o desmembramento do Ministério da Educação e Saúde e várias reformas na Saúde Pública brasileira, passaram a conviver, segundo Campos, três modelos de saúde em competição. O SESP era composto de uma rede integrada de unidades sanitárias locais. O "campanhismo", conduzido por Barros Barreto – diretor do DNS (Departamento Nacional de Saúde) entre 1938 e 1945 - constituiu-se de 13 agências ("campanhas") encarregadas do combate de doenças específicas, como febre amarela, peste, malária, que em 1956 foram transferidas para o recém criado DENERu (Departamento Nacional de Endemias Rurais). Em 1942, 350

distritos operavam em 552 unidades de saúde (194 postos e 350 subpostos), sob a responsabilidade dos estados. Com o processo de urbanização e a transformação progressiva da forma de abordagem da saúde no País, a criação de grandes hospitais ligados à Previdência, em detrimento de unidades de saúde e da política campanhista, mudou toda a conformação anterior, ao final dos anos 50, ainda que o SESP (depois Fundação SESP) tenha permanecido no País até 1991. (Campos, 2000, p 195-220)

Conferências, congressos, encontros e simpósios nacionais e internacionais

A maior parte dos inúmeros simpósios e encontros sobre saúde nas Américas teve o patrocínio ou a participação da Oficina e da OMS. No ano de 1943, houve um encontro sobre educação em saúde em Nova York, promovido pela Oficina, com a participação de membros de diversos países das Américas, a fim de trocarem opiniões sobre a condução dos seus problemas de saúde. A seriedade dos problemas abordados nesse encontro foi reconhecida pelos integrantes, que não se satisfizeram em dar por encerrada uma discussão que estava apenas se iniciando. Definiram, então, que em 1946 deveria haver um outro, em Caracas; em função da necessidade de continuidade, o encontro norte-americano ficou conhecido como I Congresso Interamericano de Educação em Saúde. A abordagem dos sérios problemas de doenças endêmicas e transmissíveis foi a grande temática do congresso, e a educação para saúde – no sentido de estimular a prevenção de algumas dessas doenças - seria a principal solução. Nos discursos dos participantes do congresso, repetia-se a necessidade da criação de escolas especializadas em educação para saúde e do aporte de verbas para escolas já existentes na América Latina. O Dr. Paula Souza, um dos brasileiros presentes, citou o centro de saúde do Instituto de Higiene de São Paulo como um esforço de seu pessoal no investimento em trabalho de atividades de saúde, e apontou o estado de São Paulo como exemplo raro no Brasil de educação para a saúde. Segundo esse médico, por conta de uma lei estadual, a cada ano eram selecionados 40 dos melhores professores para se aprofundar nos conhecimentos da biologia relacionados à saúde. Os

professores faziam visitas com médicos e enfermeiros e, ao fim de um ano, estavam capacitados a ministrar treinamento em saúde. (OPAS, 1946, p. 13) O argentino Dr. Alberto Swanck, apontava que a medicina preventiva haveria de estar fortemente marcada nos estudantes de medicina de Buenos Aires e de Rosário ao fim do curso médico, pois a manutenção da saúde pública e a luta contra as doenças infecciosas faziam parte das obrigações dos médicos. A ajuda norte-americana era apoiada e bem recebida nos discursos dos participantes que acreditavam que a educação para a saúde na América Latina estava intimamente vinculada à criação de instituições de Saúde Pública e à institucionalização da Medicina Preventiva . O Dr. Swanck foi quem propôs que a conferência seguinte fosse num país da América do Sul; acreditava que a difusão da educação para saúde através de propagandas em rádio e jornais, nesse continente, teria um potencial transformador da realidade do continente, pois o "reino de paz, amor e justiça imaginado por Roosevelt e Curchill pode[ria] se tornar uma realidade com nossa modesta ajuda". (OPAS, 1946, p.19)

Para alguns organismos internacionais, como a OMS e a Oficina, a Medicina Preventiva – como foi visto anteriormente quando falamos no modelo inspirador do SESP - sintetizava a idéia de educação em saúde. Publicações e encontros entre os países latino-americanos promovidos por essas instituições se multiplicavam na década de 1950. No Brasil, até o momento em que o Estado criou grandes hospitais e transformou a forma de os médicos lidarem com saúde e doença, as agências norte-americanas ocuparam um grande espaço, particularmente no interior do País. (Escorel, 2000).

A Conferência Regional de Educação Higiênica, realizada em 1953, na Cidade do México, promovida pela OMS, pela Oficina e pela *Secretaria de Salubridad y Assistência de México*, identificava claramente os objetivos e as ações dessa Medicina Preventiva. Inicialmente, a promoção da saúde deveria ser realizada através de ações de educação. Nisso muito se assemelhava à conferência de Nova York, de dez anos antes, mas aqui vamos perceber um avanço no detalhamento das propostas dirigidas às populações, que deveram compreender "*el alcance de un programa concreto de salud*", que se traduziria em *"adquirir actitudes y hábitos favorables en pro del mejoramiento de su salud*". Os participantes decidiram que o ponto mais problemático de cada país era a "contaminação do meio" (OPAS, 1953, pp. 1-66). Sua solução, desta forma, seria possível pela consulta às

populações que seriam assistidas e por sua participação nas ações de saúde, assim como para que se levassem em consideração as diferentes culturas locais. Por outro lado, consideraram que uma obrigação dos educadores em saúde seria eliminar a permanência dos indivíduos locais praticantes da cura, muito bem aceitos por essas populações. Seriam praticantes do "charlatanismo", tidos pelos médicos da Conferência como um problema comum nas pequenas comunidades da América Latina. O apoio da população ao combate do dito charlatanismo representaria, então, a definitiva aquisição das atitudes e hábitos favoráveis à saúde; dessa forma, "*combatir la ignorância, la supersticion y los prejuicios en matéria de salud*" (idem, idem, p.31) seria a prática científica da Medicina Preventiva.

Para os integrantes da Conferência, a ignorância da população - dada com um fato inquestionável - seria sanada através de uma prática educativa que pressupusesse um conhecimento geral, por parte dos educadores, das comunidades em que atuariam, em seus vários aspectos. Os educadores presumivelmente estariam inteirados dos hábitos, costumes e tradições dos diversos indivíduos, independentemente de sua condição social, e trabalhariam com as comunidades os programas de saúde (ibidem, ibidem, p.30). Assim estariam aptos a seguir as "*Resoluciones Especiales*" do documento final da Conferência, cuja primeira R*ecomendación* considerava que

"… *el objetivo primordial de un programa de educación higiénica es mejorar la salud del individuo y de la colectividad, se recomienda que, con aspecto al problema del charlatanismo, se oriente y instruya a la comunidad de acuerdo con la situación local y con las leyes y disposiciones sanitarias de cada país.*"(ibidem, ibidem, p.59)

De acordo com Eric Rosas, os programas de ação comunitária e o movimento da Medicina Comunitária, "principalmente através da OPAS e de fundações privadas norte-americanas (Kellogg, Rockefeller)", nos anos 1960, na América Latina e no Brasil, tiveram duas diferentes representações: na universidade e nas comunidades. A Medicina Comunitária ter-se-ia desenvolvido "inicialmente nas universidades, tomando a forma de projetos-piloto, como, por exemplo, os projetos de Medicina Comunitária de Paulínia (UNICAMP - São Paulo), vale do Ribeira (USP), Londrina (Universidade de Londrina), etc.". Os Programas de Medicina Comunitária, chamados de PEC (Programas de Extensão da Cobertura de Saúde) se caracterizaram "como uma proposta de intervenção na

organização dos serviços de saúde". (Rosas, 1981, p. 18-19) No entanto, no âmbito da maioria das faculdades de medicina brasileiras, o sanitarismo esteve vinculado à introdução da Medicina Preventiva no currículo médico e à "formação de uma nova atitude (integral, preventiva e social) dos estudantes de medicina". Teria tomado corpo "num movimento ideológico, elaborado e desenvolvido em escolas médicas [norte-] americanas que, na América Latina, foi difundido durante a década de 50, particularmente através dos seminários de Vida del Mar, no Chile, em 1955, e Tehuacán, no México, em 1956." (Uchoa & Paim, 1982, p.9)

A partir desses dois eventos promovidos pela OPAS, segundo José Roberto Ferreira, foi revista a "carta de higiene anterior", e instituído um ensino com diferentes disciplinas, como Demografia, Epidemiologia e Saúde Comunitária (Ferreira, 2002, 2ª entrevista), além da Antropologia cultural e social, que serviria como instrumental ao campo da saúde pública, com a finalidade de melhor abordagem de pequenas coletividades para aceitação de propostas de promoção à saúde. (Adams, 1955, p.473-490). No Brasil, após a II Guerra, organismos internacionais estimulavam a criação de Departamentos de Medicina Preventiva. As primeiras faculdades a implantarem esse departamento foram a atual UNIFESP e a Faculdade de Ribeirão Preto (USP), na década de 1950. A partir da Reforma Universitária de 1968, o Departamento de Medicina Preventiva tornou-se obrigatório em todas as escolas. (Escorel, 1987, p. 85, vol.1)

Uma reorientação do ensino médico propriamente dito, agora nos moldes norte-americanos, substituía a tradição européia de educação. A OMS, a OPAS, a Fundação Rockefeller e a Fundação Kellogg foram as principais instituições internacionais que exerceram grande influência sobre proposições para a educação médica. Incentivaram a criação de organismos nacionais permanentes, voltados para as reformas do ensino médico no âmbito dos países latino-americanos que congregassem instituições e personalidades com interesses e responsabilidades nesse tema. Nesse mesmo período, os debates em torno da formação médica, em especial aqueles que questionavam o conteúdo curricular e o processo de ensino, ganhariam definitivamente um caráter formal e amplo.

Encontros latino-americanos sobre o ensino da medicina e as faculdades brasileiras

A primeira iniciativa de formalização de um debate unificado sobre ensino na América Latina ocorreu em Havana, em 1930, no 1º Congresso de Universidades, promovido pela Universidade de Havana. Apesar de, nesse Congresso, ter sido proposta a formação de uma Associação Internacional de Universidades, somente em 1949, no 1º Congresso Latino-americano de Universidades, na Universidade San Carlos, na Guatemala, foi criada uma entidade nesses moldes: a UDUAL (União das Universidades da América Latina). Esta entidade foi responsável pela 1ª Conferência de Faculdades Latino-americanas de Medicina que se realizaria doze anos depois, no México, e seus participantes aprovaram a recomendação para a criação de associações nacionais de escolas de medicina (Almeida, 1997).

Em 1951, sob os auspícios da Oficina, realizou-se em Lima, o I Congresso Panamericano de Educação Médica, que propôs que o ensino médico se dirigisse à Medicina Preventiva e Social, que a Clínica Médica fosse considerada a disciplina fundamental para a graduação, e que o intercâmbio de professores fosse favorecido com a criação de Institutos de pesquisas. O Congresso concluiu pela criação de uma Oficina Panamericana de Educação Médica permanente, com sede no Peru. (OPAS, 1951) Algumas das deliberações do congresso de Lima se dirigiam à ampliação dos estudos de Medicina Preventiva, à garantia de um conhecimento geral da medicina, em que a especialização estivesse numa etapa posterior. Por mais que possa parecer um paradoxo, já que a discussão da Medicina Preventiva estaria envolvida com um certo compromisso social, afirmou-se em Lima que o ensino deveria ser estritamente profissional, pois os conhecimentos gerais e não técnicos eram pressupostos de uma etapa anterior ao curso médico. (OPAS, 1951, p. 35-36) Chamamos atenção aqui para o papel da Clínica Médica de fio condutor da Medicina. A Clínica Médica, nas conclusões desse Congresso, seria um conhecimento sem o qual as noções de prevenção e de promoção à saúde não poderiam ser postas em prática. Além do reforço ao ensino da medicina preventiva e social, entre as principais conclusões desse Congresso estavam: dividir o currículo em três ciclos - básico, clínico e internato -

com estreitas relações verticais e horizontais; dirigir o ensino apenas no sentido de formação profissional, já que a cultura geral deveria ser parte de uma etapa anterior; considerar a Clínica Médica como a principal disciplina da graduação e as especialidades como etapa posterior à graduação, mas ambas regidas pela idéia de pesquisa; reduzir ao essencial os programas de cada curso, que deveriam ser previamente fixados, e objetivar ao máximo o ensino através de demonstrações e práticas; organizar seminários periódicos com os alunos; selecionar os candidatos a estudantes de medicina segundo seu potencial científico, psicológico, físico e moral; admitir o número de estudantes de acordo com o corpo docente da faculdade. Além desses requisitos, o Congresso recomendou o intercâmbio de professores para que fossem incentivados os trabalhos de docência e de pesquisa, o estabelecimento de serviços de viagens de aprimoramento, e bolsas para pessoal ligado à docência e à pesquisa. Entre as importantes considerações desse documento, está a organização das profissões conexas à medicina, pois o preparo de tais profissionais teria indubitável influência sobre a saúde da população. (idem, idem, p. 35-36)

Como iniciamos um parágrafo de aproximadamente duas páginas atrás com um ponto final na influência européia sobre a educação médica, seria adequado rever a afirmação. Os ciclos propostos para o currículo aliados à seleção dos alunos a partir de uma cultura geral prévia e a reafirmação do valor da pesquisa universitária lembram muito Silva Mello. Em 1937.

Nos Estados Unidos, em 1952, foram aprovados pela Associação Americana de Escolas de Medicina os objetivos da educação médica no ensino de graduação, com base em um documento sobre requisitos mínimos para o credenciamento das escolas de medicina, aprovado em 1951, pela Associação Médica Americana. (Almeida, 1997, 734) Um evento muito conhecido e realizado nesse mesmo ano de 1952 foi uma Conferência sobre o Ensino da Medicina Preventiva, em Colorado Springs, da qual participaram as escolas de medicina dos Estados Unidos e do Canadá. A conferência de Colorado Springs abordou os “objetivos da educação médica e do ensino da Medicina Preventiva; o conteúdo do programa e métodos docentes de interrelação dos diversos departamentos das escolas médicas entre si e com os programas de assistência médica e de saúde comunitária e

pesquisa no ensino". Foi debatido o papel do médico clínico, dos departamentos de saúde pública e a meta que "ambos deveriam perseguir na luta pela saúde não só do indivíduo, mas da comunidade inteira da qual o indivíduo participa". Segundo Almeida, foram lançadas as bases do ensino de uma "medicina integral", visando a consolidar os departamentos de medicina preventiva que já existiam e estimular sua criação nas demais escolas médicas. Discutiram-se, também, temas como a organização das escolas em departamentos, a criação de departamentos de medicina preventiva, a coordenação horizontal e vertical do ensino nas diversas disciplinas, o aumento do número de professores com tempo integral e dedicação exclusiva, e o estabelecimento de internato hospitalar de um ano de duração. (Almeida, 1997, 735)

Em 1953, reuniu-se, em Londres, a I Conferência Mundial sobre Educação Médica; o Dr. Gustavo Molina, da Oficina Sanitária Panamericana, em 1954, fez uma avaliação dos diversos encontros para a discussão da educação médica e chamou atenção para uma unanimidade relativa à importância da Medicina Preventiva entre os participantes desses encontros. Lembrou que a I Conferência Mundial sobre Educação Médica realizada em Londres, em 1953, reafirmava o que já vinha sendo debatido pela Oficina, em outros encontros, muitos deles dirigidos à formação de educadores em saúde (Molina, 1954, p.442). Este autor responsabilizou as faculdades de medicina da América Latina pela formação de alunos que deveriam ter seu treinamento médico prioritariamente nas comunidades, onde o ensino deixaria de ser baseado em aulas magistrais para oferecer um papel ativo ao estudante. Assim, "*hay um acuerdo unánime en la necesidad de crear en todas las escuelas un Departamiento o Cátedra de Medicina Preventiva, con personal especializado, a tiempo completo y en número suficiente*". Tal Cátedra ou Departamento incluiria a Higiene, Medicina Social, Saúde Pública e Medicina Preventiva. (Molina, 1954, p.445) Sob a influência das escolas médicas britânicas (quase todas possuíam um Departamento de Medicina Preventiva) e da reunião de 1952, em Colorado Springs, os estudantes de medicina deveriam se tornar aptos a perceber a clínica pela sua dimensão social. (idem, idem, p.449)

Algumas instituições de ensino médico norte-americanas, como a Universidade de West Reserve, o Hospital Geral de Massachussetts e a Universidade da Pensilvânia

serviriam de exemplo de excelência para a Oficina por terem adotado um currículo bem sucedido dos aspectos sociais da medicina clínica (Molina, 1954, p.449). Os catedráticos clínicos estavam a par deste modelo norte-americano de ensino que vinha se lhes configurando, e foram observar, mais tarde, em algumas universidades dos Estados Unidos, como isso se dava na prática, e o que seria interessante implementar no Brasil. De fato, alguns dos móveis para a excelência da principal cátedra da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro foram a crítica ao ensino do período e a idéia de Pedagogia aplicada ao ensino médico:

> "FE – [...] Mais um pouquinho para tentar entender: existem iniciativas locais, mas existem também algumas coisas que são concertadas em organismos internacionais – como a FEPAFEM, como essa reunião de Clínica Médica, em 61, que acontece, se não me engano, em Salvador.
>
> CFF - Esses movimentos são movimentos multifocais. O que eu posso dizer é o seguinte: antes da segunda metade do século – não sei precisar a data daquilo, a memória pode falhar e alguma coisa pode ter escapado – então, a partir da década de 50, começou pela aplicação da Pedagogia no ensino de medicina.
>
> FE- A idéia de Pedagogia passou a ser fundamental
>
> CFF – Fundamental: ensinar o professor a ensinar. Então eles [sobre as organizações internacionais centradas nos Estados Unidos] falavam muita coisa importante, ensino mais prático, ensino muito mais objetivo [...] Os brasileiros que seguiam a cauda deles [...] Formava-se uma empresa americana e criticava-se em todos os países a qualidade do ensino médico. A má qualidade do ensino médico." (Fraga Filho, 2003, 6ª entrevista)

O ensino médico, através do estímulo à titulação acadêmica, à formação de docentes e ao aumento do número de faculdades de medicina em toda a América Latina fez parte da política da OPAS de incentivar ações preventivas nos países da América Latina. Os encontros de educadores médicos serviam de "reflexão sobre os interesses conjuntos no desenvolvimento da educação médica nas Américas", e de "novos espaços de avaliação cujo enfoque era especificamente a temática da pedagogia utilizada no ensino". (Silva, 2006) Segundo Juan César García (*apud* Silva, 2006), o reconhecimento da OPAS como organismo especializado na saúde nas Américas em 1950 significaria um retorno da Fundação Rockefeller no campo do ensino médico, simbolizando uma "volta ativa das relações dos Estados Unidos com os países latino-americanos". Desta forma, haveria um

projeto apoiado pela OPAS de promoção à pesquisa científica, de busca de recursos tecnológicos que fomentassem a difusão da informação científica e que teria, como conseqüência, as políticas de expansão do ensino médico e a constituição de pós-graduações nessa área. (Silva, 2006) O Dr. José Roberto Ferreira, consultor da OPAS nos anos 1960 e um dos organizadores da Universidade de Brasília (UnB), citou, em suas entrevistas, que as bolsas para viagens de treinamento nos Estados Unidos e na Europa foram um dos objetivos da OPAS:

> "[...] Bolsas essas que treinavam, naquela fase inicial [refere-se ao início dos anos 50], 2.500 a 3.000 pessoas por ano, na América inteira. [...] Naquela época, as escolas de Saúde Pública...havia só oito na América Latina inteira. Então tinha que mandar treinar lá fora. E esse treinamento tinha duas prioridades: o pessoal da área de Saúde Pública, que depois passou a ser Medicina Preventiva, e o pessoal da área das cadeiras básicas, porque era muito pouca a formação de gente capacitada na área de Biofísica, Bioquímica, Fisiologia, etc. Então, as Ciências Básicas e a Saúde Pública. [...]" (Ferreira, 2002, 3ª entrevista)

A interseção entre incremento à qualificação dos médicos, às ciências básicas e à medicina preventiva fez parte da trajetória acadêmica do Professor Roberto Santos. Logo após o futuro catedrático de Clínica Médica ter-se graduado, na Bahia, a Fundação Kellogg patrocinara sua ida aos Estados Unidos a fim de se aprimorar em Medicina Interna e nas investigações relativas às ciências básicas. Essa mesma Fundação o enviaria, anos mais tarde, "para visitar departamentos de Medicina Preventiva entre os mais progressistas das Faculdades norte-americanas". (Santos, 2001, p. 9) Tal retorno, batizado pela Fundação Kellogg de "a volta dos bolsistas", representaria também uma oportunidade de aprofundar suas críticas em relação ao ensino médico brasileiro, e, conseqüentemente, à seleção de professores universitários, como afirmou o catedrático numa das entrevistas:

> "RS– Aí eu fiz o fórum ... a Kellog chamou [...] "a volta dos bolsistas".
> FE– Que haviam...
> RS– Pelo menos dez anos de bolsa, que tinham de alguma forma participado, se destacado [...] Eu, por exemplo, fiz essa que era do mesmo serviço de metabolismo mineral, em que eu já tinha trabalhado. Muito proveitoso, mas de outra forma [...] Porque eu passei a apreciar coisas da organização da faculdade de medicina

> [...], o relacionamento com as outras escolas da universidade, com a reação de alunos. Coisas que, quando eu estava lá em 1952, 53, não era preocupação.
> FE– [...] Isso tudo já era uma atenção voltada para a idéia de uma reforma aqui. Isso, instruído do ponto de vista do gerenciamento, da administração...
> RS– A instalação dos professores, da carreira universitária, que na época era muito pobre. Esses inconformados, como eu, achávamos que esse processo de seleção [refere-se à seleção de professores no Brasil] avaliava qualidades do candidato que não eram o que importava mais. [...] O que importava era a capacidade de dupla ação do ensino e pesquisa. É a capacidade de aglutinar os companheiros para formar equipe para o ensino; de outro lado, a originalidade do pensamento para a elaboração de perguntas que conduziam à pesquisa. [...] Ao passo que aqui, o que importava primeiro era a capacidade de escolha; segundo, era a agilidade do raciocínio, a inteligência, aquela coisa [...] que não é propriamente a originalidade do trabalho nem a contribuição pessoal no trabalho. Era muito mais o debate, a defesa da tese...
> FE– Capacidade de oratória.
> RS– Capacidade de oratória...a idéia era afastar aquele tipo de provas em favor de outras. Não porque elas fossem ruins, mas porque elas não divulgavam aquilo que se entendia que devesse mudar." (Santos, 2003, 2ª entrevista)

O debate conduzido pelos catedráticos clínicos sobre o ensino médico objetivava uma transformação estrutural das escolas médicas, num movimento que partia de um olhar acadêmico sobre os currículos. O trecho a seguir da entrevista do Professor Clementino Fraga Filho indica suas prioridades em relação ao ensino médico:

> "FE- Pois é... Então, essa é, justamente, a pergunta que eu faço. Queria chamar atenção para alguns movimentos que antecedem a essa expansão [número de escolas médicas], pra que a gente possa entendê-la, pelo menos, algumas das suas vertentes. Nos anos 50... Nós já temos a criação da FEPAFEM, 1960. As conferências nos anos 56, 58, patrocinadas pela OPAS, conferências de ensino médico na América Latina. [...]
> CFF- Esses foram núcleos. [...] Isso que você mencionou, por exemplo, é medicina preventiva. Já foi um passo à frente da OPAS. E são coisas, mais ou menos isoladas, mas que tinham já significação. [...] E aqui no Brasil, ainda em 61, imediatamente antes de expansão, teve a Conferência de Ensino Médico [referia-se à de Ensino da Clínica Médica].
> FE- Foi em Salvador.
> CFF- Salvador. Em 61, coordenada pelo Roberto Santos."
> (Fraga Filho, 2003, 6ª entrevista)

Para Sérgio Arouca (*apud* Torres, 2002, p. 79), os encontros de Viña del Mar (Chile) em 1955 e de Tehuacán (México) em 1956, patrocinados pela OPAS, que contaram com a participação de representantes de escolas médicas de diversos países, teriam sido fundamentais para a difusão das idéias do "movimento preventivista" na região. Desses dois seminários, definiu-se que a constituição dos departamentos de Medicina Preventiva pressupunha tanto a criação de um sistema de integração do ensino médico aliado a uma mudança de atitude dos docentes, como a inauguração de um currículo acadêmico que se relacionasse com os órgãos de saúde, fossem eles oficiais ou não. Segundo Sérgio Arouca, tais transformações curriculares produziriam um novo tipo de médico, capaz de atuar na melhoria das condições de saúde da população. (Torres, 2002, p. 98)

A preocupação com os problemas da sociedade brasileira, no currículo médico, como a ausência da universidade nas comunidades pobres, foi contemplada pelos catedráticos clínicos, o que não significaria uma adesão efetiva ao que Arouca chamou de movimento preventivista. Algumas iniciativas de ações médicas e sociais, relacionadas à 2ª Cátedra de Clínica Médica da Bahia e ao Instituto de Pediatria da UFRJ, estiveram sob a coordenação do Professor Roberto Santos:

> "FE- Na sua experiência na cátedra, aqui em Salvador, o senhor chamou a atenção de que sentiu a necessidade e desenvolveu uma preocupação com os aspectos sociais e a idéia de uma introdução das ciências sociais na formação médica. Como é que isso acontece?
> RS- Pois é. O nosso hospital, como em todos os hospitais, é um hospital que não tinha iniciativas para fora de suas paredes. Ele tinha os ambulatórios, mas não tinha iniciativas diante da comunidade. Primeiro, no nosso ambulatório, foi a 2ª Cadeira de Clínica Médica, adotou um posto de saúde [...] e o atendimento a essa população passou a se fazer por referência ao Hospital Universitário. Os pacientes eram [incorporados] ao serviço, tinham a prioridade para a continuidade do seu atendimento, um nível mais completo do ponto de vista médico. [...] Depois, com os colegas de Residência, nós adotamos um hospital na cidade vizinha de Feira de Santana, e colocamos os Residentes de Cirurgia, [...] mas eles tinham uma formação que era do Hospital Universitário... E iam para lá, passavam a semana operando, cuidando de doentes e

> operando, e nos fins de semana ia um de nós para discutir as situações mais complexas. [...] Isso em 64.
> FE- Isso era uma inovação.
> RS- Uma inovação. Bom, [...] até que me ocorreu preparar um programa que levasse aos alunos certas noções [...] vividas pelas comunidades.
> FE- Carlos Chagas...
> RS- Carlos Chagas [Filho] tinha assumido a diretoria da Faculdade de Medicina da UFRJ [...]. Ele conseguiu meios para que montássemos um programa no segundo ano médico [...] Havia um programa de rodízio de estudantes [...], convivendo com famílias designadas para cada um estudar. Então, o estudante "José da Silva" ia para a família de "Antônio Araújo" que morava na rua tal, na favela de Ramos. [...] Primeiro ele fazia um levantamento da situação da família: o número, a composição familiar, pessoas idosas, pessoas em idade ativa, o acompanhamento das condições econômicas da família e o acompanhamento da história da saúde da família.. Isso era então discutido conosco. O Carlos Chagas [Filho] dotou também recurso para remunerar uns quatro ou cinco assistentes, uns quatro ou cinco colaboradores, todos médicos. E havia um ou dois da área de Ciências Sociais. Esse pessoal teve uma espécie de treinamento, um pré-treinamento conosco. E [os alunos] ficaram imbuídos para saber mais [...] Bom, esse programa durou um ano letivo. Despertou muito interesse, foi muito visitado. O pessoal de várias faculdades do Brasil e também algumas internacionais... foram lá nos visitar." (Santos, 2002, 2ª entrevista)

No entanto, ao olharmos pela perspectiva dos professores catedráticos, as décadas de 1950 e 1960 estariam longe de poder ser apresentadas como "o período do movimento preventivista". Para o Professor Clementino, as Conferências de Ribeirão Preto, em 1956, e a de Salvador, em 61, foram especialmente significativas. Esse período coincidia com sua iniciação na 1ª Cátedra, o que reforçava a reflexão sobre as cátedras em geral, e possibilitou que participasse do grande debate que se instaurava no País a respeito de novas escolas médicas. O Professor Roberto Santos, por sua vez, conferiu ao Congresso da Associação Médica Brasileira, de 1956, em Ribeirão Preto, um significado especial pelos produtos que daí teriam resultado. De alguma forma, esse encontro reverberara na 1ª Conferência de Ensino da Clínica Médica, em 1961, e na criação da ABEM, em 1962. Em Ribeirão Preto, o debate se identificaria com os anseios desses catedráticos, como veremos nas duas entrevistas que se seguem: problematizava a cátedra enquanto instituição, o número de

vagas por escola, a criação de Institutos nas Universidades e o aumento do número de faculdades de medicina. Abordou a desigualdade entre o número de médicos que se estabelecera nas cidades de grande porte do Sul e Sudeste, e no restante do País, o que, aliado ao crescimento numérico da classe média, que buscava se inserir no universo do ensino superior, justificaria a criação de novas faculdades de medicina, principalmente, as particulares, de qualidade suspeita.

> "CFF- Mas, uma coisa curiosa, em 1956, houve um congresso, em que um dos temas foi o ensino médico...
> FE- Congresso de Viña del Mar?
> CFF- Não. Em Viña del Mar foi [...] para um ensino mais preventivo, importante para a Medicina Preventiva. Mas esse foi em Ribeirão Preto.
> FE- Ribeirão Preto.
> CFF- Num congresso..., esquece-se inteiramente isso, mas é uma história muito curiosa, porque foi, realmente, insólito, inesperado. O congresso foi promovido pela Associação Médica Brasileira, que estava dirigida por um grupo mais jovem, que tinha começado essa reação contra a cátedra, incluindo num plano geral, que o congresso não era só sobre isso...Mas essa discussão polarizou muito a atenção em todos os congressistas. E eu me lembro que, nessa ocasião, apareceram muito bem dois jovens professores, que eram o Rubem Maciel - tem uma história importante, está vivo, mas está muito doente - e Eduardo Farah, que foi reitor da Federal do Rio Grande do Sul, também um homem brilhante, culto. Homens, mais ou menos da mesma idade. Eles são homens, que hoje, emplacam como eu. O Rubem deve estar hoje com 88, por aí. E a discussão, foi uma discussão que muitas vezes se tornava brilhante, porque havia do outro lado, muita gente competente, muito capaz, mas, às vezes, meio acirrada, meio veemente. Então, havia um professor do Recife que defendia os catedráticos e a cátedra com muito vigor, com muito desembaraço, com um talento oratório, falava fácil. Os dois gaúchos também tinham. Foram os personagens principais. E o Bezerra Coutinho, que era professor de Parasitologia lá em Recife, na Universidade Federal do Recife, defendeu os catedráticos dizendo: "Os senhores precisam saber, precisam lembrar que a palavra 'cachorro' não morde. O que morde, é o cachorro mesmo". *(Risos)* Então, ficavam atacando o catedrático [...] Isso foi em 1956. A reforma foi doze anos depois. O clima já estava... lançado nesse estágio. Aí, o Rubem Maciel e o Farah, que eram professores recentes, modernistas, não é?... Foi em 55, eles estavam antes de mim. Por aí, você vê. Eles estavam na vanguarda desse movimento. Aí, era um pessoal mais jovem. Eles tinham autoridade de catedráticos recentes. E o Bezerra Coutinho veio ser um brilhante

> representante da velha geração. Mas muito talentoso também. [...] De modo que, esse era o clima que existia."
> (Fraga Filho, 2003, 6ª entrevista)

A voz do Professor Roberto Santos foi claramente complementar à de seu conterrâneo, no Rio de Janeiro:

> "RS- Em 1956, eles [referindo-se a um grupo de médicos de São Paulo] fizeram uma famosa reunião da Associação Médica Brasileira, em que se alertou para a necessidade de ma modernização na escola de medicina e para o problema do excesso de faculdades.
> FE- O problema do excesso de faculdades.
> RS- É como era considerado. Essa reunião foi de uma importância muito grande e teve como eco a formação da ABEM. E, nesse meio tempo, para que a ABEM se formasse, aquele grito que houve na reunião da Associação Médica Brasileira foi trabalhado por esses professores, inclusive eu, que estava chegando do exterior. [...] Aí você tinha, do Rio, Cruz Lima, Clementino Fraga...
> FE- Além do Clementino, quem mais do Rio?
> RS- Cruz Lima, já falecido. [...] Rubem Maciel, de Porto Alegre, Eduardo Farah também. Oscar Versiani, de Belo Horizonte, que foi o primeiro diretor da ABEM. [...] E em São Paulo, além do Jairo Ramos, que era da Escola Paulista...[...] Então, essas seis ou oito pessoas que começaram a sacudir, a balançar o coreto todo, e daí, quando foi 62, o Oscar Versiani Caldeira [...], diretor de faculdade, [...] convocou uma reunião em Belo Horizonte, da qual nasceu a ABEM. Ainda como parte desse processo, veio em 1961, fevereiro de 61, aquela reunião que lhe dei o relatório, que foi decisivo. [...] Isso foi precedido de um questionamento que tocou, feriu os aspectos mais...
> FE- Esse relatório foi enviado...
> RS- Para todas as faculdades [de medicina] do Brasil, que, na época, eram trinta e poucas. E todas, com exceção de umas duas, responderam.
> FE- E quem respondia o questionário?
> RS- Eram os professores de Clínica Médica.
> FE- Professores de Clínica Médica.
> RS- A reunião foi só do ensino de Clínica Médica. [...] Muita coisa surgiu daí." (Santos, 2002, 2ª entrevista)

A fase de criação de associações de ensino médico

A 1ª Conferência de Faculdades Latino-americanas de Medicina que se realizaria em 1957, no México, cujos participantes aprovaram a recomendação de criação de associações nacionais de escolas de medicina e de um intercâmbio dessas associações, foi organizada pela UDUAL. Na 2ª Conferência de Faculdades Latino-americanas de Medicina, realizada em 1960 em Montevidéu, também sob os auspícios da UDUAL, aprovou-se uma recomendação favorável ao estabelecimento de uma Federação de Associações de Escolas de Medicina. Durante a 3ª Conferência de Faculdades Latino-americanas de Medicina, realizada em Viña del Mar, em 1962, os estatutos foram aprovados e foi eleita uma diretoria provisória da Federação Pan-americana de Associações de Faculdades (Escolas) de Medicina (FEPAFEM). A Reunião Especial dos Decanos e Presidentes de delegações que fundou a FEPAFEM contou com 103 participantes que representavam 75% das escolas latino-americanas e a totalidade das norte-americanas além de 25 observadores e convidados especiais de organizações internacionais (OPAS, Fundação Rockfeller, Fundação Kellogg, Milbank *Memorial Fund*, Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos). No começo da década de 1960, os países membros da Organização dos Estados Americanos (OEA) assinariam a *Ata de Bogotá*, pela qual se comprometiam a investir em recursos tecnológicos para a elevação do nível de vida das populações. Em 1961, como resultado da Reunião Extraordinária do Conselho Interamericano Econômico e Social, foi criado o *Plano Decenal de Saúde Pública e de Aliança para o Progresso*, na crença de que o desenvolvimento econômico e social seria o elemento responsável pela promoção da saúde. (Silva, 2006)

Nos primeiros anos da década de 60 e após o exemplo pioneiro da Colômbia, que criou sua Associação Colombiana de Faculdades de Medicina (ASCOFAME) em 1959, foram criadas as Associações do México (AMFEM) e da Argentina (AFACIMERA), seguidas pelas do Brasil (ABEM) e Chile (ASOFAMECH). Todas essas entidades foram criadas sob a influência do 1º diretor executivo da FEPAFEM – o Professor Ernani Braga, ex-funcionário da Fundação Rockefeller – e contaram com recursos, canalizados via Federação, provenientes do Milbank, Rockefeller, Kellogg e outras organizações, para custear as despesas de manutenção e salário dos diretores executivos nos seus anos iniciais. (Almeida, 1997, p. 122)

O Professor Clementino Fraga Filho, que foi vice-presidente da FEPAFEM, apontou para a efervescência do debate latino-americano sobre o ensino médico nos anos 1960, suas perspectivas transformadoras e suas dificuldades. No trecho que se segue, evidenciou a preocupação com que tais debates se refletissem no âmbito interno das faculdades e das cátedras. Ora, se os professores e os alunos não participassem das novas perspectivas para o ensino, inclusive da implantação de metodologias modernas, de nada serviriam, na sua opinião, as inúmeras viagens e outros tantos encontros internacionais.

> "CFF- Mas o professor Lacuña era o presidente dessa associação pan-americana, que eu fui vice-presidente há alguns anos.
> FE- FEPAFEM?
> CFF- FEPAFEM. Estive várias vezes no México, na Venezuela. O Lacuña era brilhante. Ele [...], quando tinha alguma manifestação de pessimismo, escrevia: "Estou habituado ao fracasso das boas idéias". Mas esse período da direção da faculdade foi revolucionário porque em educação médica foi uma década importante [referiu-se à década de 70]. A década de 60 foi a década da explosão das faculdades. Mudou o panorama de 50.
> FE- A década de 60 foi uma explosão?
> CFF- Foi, de muitas faculdades. Explosão no número de faculdades. E a década de 70, eu classifico isso por décadas, esquematicamente, foi a década conceitual. Foi aí, por influência dos trabalhos de fora daqui, por influência da FEPAFEM, por grupos também, os grupos de doença infecciosa, do Chile, tudo isso foi se desenvolvendo, esse trabalho todo foi feito em algumas universidades, em algumas escolas, uma de São Paulo, outra daqui, Minas Gerais, Bahia, Conferências de Ensino de Clínica Médica, em 61 na Bahia, foi um conjunto de coisas. Quando você encontra a idéia madura, chega o tempo dela ser aplicada. Em todos os lados se tinha uma efervescência, o momento era esse na educação médica. [...] E nós trabalhamos muito: projetos com os professores, cursos, coordenação didática, tudo que você possa imaginar, formas de ensino, trabalho com os alunos, reunião com os alunos...
> FE- É desse período o ensino baseado em problemas?
> CFF- Também, isso vingou, eu quis aplicar no Hospital Universitário [referiu-se ao atual Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da UFRJ], mas não deu, porque havia um pouco de falta de interesse dos docentes, porque era mais trabalho. Os docentes se queixavam, com certa razão, que o trabalho burocrático era muito grande. Tinha de se escrever muita coisa. A medicina baseada em problemas, obrigava realmente a escrever. E a ser analisado, não é? [...] Qual o problema que vai ser o primeiro? Podia fazer isso em todo o doente de hospital público, só que dá

> mais trabalho porque tem que escrever tudo isso. Todo dia aquele programa, "resolver esse problema, não resolver, cancela".
> FE- Ah, então tem uma série de protocolos?
> CFF- Ah é, tem uma ficha especial, estudei muito isso. Um livro do Hust, era o que mais falava sobre isso, eu li para aprender a trabalhar. Eu tenho lá uma biblioteca de educação médica muito grande na Santa Casa. Todos os artigos meus e da Alice Rosa, quando deixou a profissão, foram para lá. De modo que tem muita coisa lá." (Fraga Filho, 2003, 6ª entrevista)

O ensino médico passaria, assim, por inúmeras proposições, no sentido de se transformar e se adaptar às realidades sociais dos diversos países. Os educadores concordavam com a urgência de "infundir nos alunos, cuidadosamente selecionados, os princípios gerais da arte e da ciência médica", a fim de que fossem exigidos "cuidado, seriedade, objetividade, compreensão, integridade e outras qualidades" para o exercício clínico[55]. (*Boletín*, 1955, p.594-6)

O número crescente de faculdades de medicina se impunha como um problema que comprometia a qualidade do ensino médico; o Professor Clementino e os catedráticos clínicos que se pretendessem educadores haveriam de se posicionar de forma muito rigorosa com as "faculdades de fim-de-semana". A propósito, Márcio Almeida lembrou que a aprovação, em 1962, do Primeiro Plano Decenal de Saúde das Américas no contexto do programa norte-americano "Aliança para o Progresso", que teria levantado a problemática da carência de médicos na América Latina, introduzia a questão do planejamento de recursos humanos e contribuía para o início da expansão do número de escolas médicas em vários países. (Almeida, 1997, p. 145)

A expansão do número de escolas médicas não foi resultado apenas de uma estratégia da Aliança para o Progresso. O próprio Almeida entendeu que a "expansão dos sistemas educacionais" esteve relacionada à industrialização e à aceleração da migração rural-urbana nos anos 50. (Almeida, 1997, p. 145) Esta conjuntura, no que diz respeito à saúde, se refletia na consolidação dos sistemas de assistência médica e de previdência social, com a expansão da rede hospitalar, como vimos no início deste capítulo.

---

[55] Reader, G.G. Los fines de la enseñanza clínica. *Bol. Ofic. Sanit. Panam.*, dez 1955, p.594-6.

Em 1960, durante a II Conferência de Faculdades Latino-americanas de Medicina, recomendou-se a criação de associações nacionais que projetassem as aspirações da categoria médica. A Associação Brasileira de Escolas Médicas, criada em 1962 e, posteriormente, denominada Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), teve sua trajetória inicial marcada também por esse movimento de caráter internacional, embora segmentos da medicina brasileira - como os catedráticos clínicos - estivessem tomando a frente de tais iniciativas:

> 'De modo que, na verdade essa década [1960] foi uma década de expansão de conhecimentos [...]. O trabalho que nós fizemos aqui não era roubando conhecimento, mas nós aplicamos aqui, nós desenvolvemos a nossa realidade. Nós usávamos muito essa imagem: "nós não estamos fazendo um transplante, nós estamos fazendo uma transformação, aplicação". Não estamos transportando dos Estados Unidos para botar aqui; não é possível, e ninguém está querendo que uma faculdade daqui seja igual à do Pará, são diferentes! Agora, nós queríamos estabelecer o mínimo. E a ABEM tem um papel extraordinário. [...] Foi através da ABEM nós nos expandimos pelo Brasil inteiro. Uma série de documentos da ABEM...[...], uma série de trabalhos da ABEM. Se quiser ver a história do ensino médico no Brasil de qualquer maneira, porque tudo isso está ali apontado, criticado, muita coisa que deveria ser publicada e muita coisa que não presta; mas tem muita coisa boa. E a ABEM encontrava seu apoio onde? Nas faculdades, naquelas que estavam mais poderosas, mais organizadas e tinham os melhores professores, aqueles mais atualizados; num universo de setenta escolas de medicina'. (Fraga Filho, 2003, 6ª entrevista)

A ABEM, se, por um lado, esteve ligada a uma proposta da OPAS, por outro, fez parte de uma iniciativa de educadores brasileiros de qualificar o ensino médico. Afinal, no Brasil, em 1956, a Associação Médica Brasileira (AMB) contou com uma Comissão de Ensino Médico que tinha como finalidade fazer avaliações da qualidade e dos objetivos desse ensino. A ABEM tornou-se um instrumento permanente capaz de orientar e coordenar, no âmbito não-governamental, a reformulação do programa de ensino médico. Procurou destacar-se não só como ambiente de reflexão, como igualmente, de agregação de instituições e indivíduos com interesses os mais diversos nos temas da educação médica. Entre suas atribuições estavam a coordenação e a orientação de ações estratégicas nesse

campo do conhecimento, o zelo pelo aprimoramento do ensino e pela prática da medicina, e o esforço pela integração com os movimentos preocupados com o ensino médico na América Latina e mesmo nos vários continentes.

As principais inquietações dos educadores diziam respeito ao ensino médico heterogêneo e desnivelado, à distribuição distorcida dos médicos e das faculdades de medicina no país, ao crescimento das especializações médicas em detrimento da clínica geral, à estrutura de cátedras, aos hospitais de ensino e à Residência Médica. Outro problema na elaboração dos currículos médicos seria o mercado de trabalho. Esses professores exerciam a clínica também nos seus consultórios privados; além de complementarem sua renda, tal prática seria revertida a favor dos alunos. A perspectiva de formar médicos clínicos tinha grande relação com sua própria experiência na medicina liberal, pois o assalariamento dos médicos tornava-se mais um dos grandes desafios. A "1ª Conferência sobre o Ensino da Clínica Médica no Brasil", de 1961, refletiria, então, a preocupação dos catedráticos clínicos com a formação do médico ideal, a partir da convicção de que a Clínica Médica proveria subsídios para o melhor desempenho da profissão.

A 1ª Conferência sobre o ensino da Clínica Médica no Brasil, 1961

Organização e motivação

Em 1961, a UFBa e a Fundação Kellogg patrocinaram a "1ª Conferência sobre o Ensino da Clínica Médica no Brasil", em Salvador, Bahia. A Comissão Organizadora constituiu-se dos Professores Antônio Ulhôa Cintra e Hélio Lourenço de Oliveira (SP), Clementino Fraga Filho e Carlos Cruz Lima (RJ), Caio Bejamin Dias (MG), e Roberto Figueira Santos (BA). Com vistas à Conferência, fora entregue havia algum tempo, um questionário que seria respondido pelos professores das cátedras de Clínica Médica, Propedêutica Médica e Terapêutica Clínica, de todas as faculdades de medicina do Brasil. O questionário, bastante extenso e detalhado, tinha como objetivo conhecer a organização

das citadas cátedras das várias faculdades em relação aos estudantes, aos hospitais usados para o ensino e ao pessoal médico.

Quando do encontro propriamente dito, boa parte das respostas já havia sido analisada pela Comissão Organizadora que pretendeu, "ao tempo em que transmitia uma impressão geral e resumida das condições atuais, sensibilizar o pensamento dos participantes da Conferência para os aspectos principais da questão, de acordo com o temário proposto". (UFBa, 1961, p. 6) Assim, entre os dias 21 e 25 de fevereiro de 1961, os participantes da Conferência se organizaram em quatro grupos de trabalho – cada um com quinze membros – constituídos por professores de dez estados brasileiros [56], além de um da Argentina e um do Paraguai. Ernani Braga representava a Fundação Rockefeller, e Hugh Luckey, Manoel Ferreira e William Cope participaram como observadores. (idem, idem p. 33)

Os grandes temas debatidos na Conferência tiveram por títulos: "Objetivos do ensino da Clínica Médica", "Métodos de ensino", "Disponibilidades hospitalares" e "Pessoal docente". Três professores de cada grupo de trabalho formavam uma comissão composta por um presidente, um relator e dois secretários; as quatro comissões, por sua vez, também se reuniam para elaborar os resumos dos respectivos debates, e, ao fim da Conferência e da apreciação por cada grupo, uma sessão plenária aprovou o documento final. Este documento se pretendeu um diagnóstico de grandes distorções do ensino da Clínica Médica no Brasil acompanhado de propostas de mudanças; dirigiu-se, sim, aos professores e estudiosos da educação médica, mas principalmente, aos responsáveis pelas políticas de educação do Brasil.

A fim de analisarmos a Conferência da Bahia, temos que entender a relevância de um ambiente específico de debate sobre educação médica, no período, dentro do qual conviveram diversas forças. No nosso caso, participaram direta e indiretamente do debate universitário não apenas os professores catedráticos, pois vários intelectuais interessados em educação médica interagiam na seara. Forças muitas vezes opostas e hierarquizadas

[56] Um professor de Alagoas, quinze da Bahia, dois do Ceará, quinze do atual Estado do Rio de Janeiro (um da atual UFF), dois do Pará, um da Paraíba, um do Paraná, um de Pernambuco, oito do Rio Grande do Sul e treze de São Paulo. William Cope era representante da *International Cooperation Administration* (ICA), do RJ.

lutaram por um poder de reforma do ensino das faculdades de medicina com diversas nuances ideológicas.

O documento de 49 páginas se inicia com um "Informe Preliminar", de duas páginas, que faz uma breve análise do ensino médico até 1950 e do período entre este ano e o da Conferência (1961). No primeiro período, as preocupações com o ensino médico estariam restritas às instalações e ao melhor preparo dos professores. Questões como os métodos de ensino e a coordenação das atividades didáticas das cátedras, que seriam necessárias e indispensáveis ao próprio processo de aprendizado, não teriam feito parte das metas da educação médica, nos anos 50. A respeito desse momento, parecia claro que a boa formação de alguns alunos se devia unicamente ao seu interesse individual; os melhores alunos estariam encaminhados para perseguirem os melhores serviços hospitalares. Tratava-se de pequeno número de alunos, cuja avaliação por professores ou por algum professor especial – aí entram relações sociais e familiares – iria situá-los em posição de privilégio. A maioria, entretanto, obtinha o diploma sem a possibilidade de freqüentar os melhores serviços e se diplomava apenas pela aprovação nos exames. Favoritismos e privilégios de alguns alunos foram do conhecimento de todos os docentes e representaram atitude reprovada pelos participantes da Conferência, como indicou seu documento final.

O segundo período (a partir de 1950) teria sido marcado por uma crítica ao sistema mencionado, e por tentativas concretas de modificar aquele panorama. Isso se refletia numa democratização da estrutura do ensino médico, já que o sucesso na formação dos alunos deveria ser também responsabilidade das instituições de ensino; não poderia depender unicamente de suas conquistas e contatos pessoais. Por ocasião das comemorações da criação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, em 1956, uma Conferência da Associação Médica Brasileira (AMB) nesta cidade teria dado oportunidade a que os órgãos oficiais responsáveis pelo ensino médico no país se manifestassem. Houve, inclusive, um compromisso do Governo Federal com a elaboração de projeto de reforma, cujos fundamentos indicados na conferência foram modificados. Cada escola acabou trilhando seu próprio caminho de mudanças curriculares.

Apesar de as especificidades locais terem definido os rumos da maioria das escolas médicas - o que conformava uma multiplicidade de novas experiências bem-vindas - após o

insucesso prático das propostas de Ribeirão Preto, os professores de Clínica Médica acharam por bem avaliarem, em conjunto, os destinos que suas instituições vinham tomando. Para os participantes da Conferência da Bahia, parecia natural "a situação de destaque do ensino da Clínica Médica na formação do futuro profissional, qualquer que seja a especialidade que venha a exercer.". (UFBa, 1961, p.6) A melhoria do ensino clínico seria, assim, a melhoria do ensino médico, até porque, como veremos adiante, foi traçado, pelos participantes, um perfil ideal de médico.

Deficiências do ensino médico e propostas para homogeneização do currículo médico

Os quesitos do questionário respondido foram: 1. "Relações da cátedra com o estudante", 2. "Disponibilidades hospitalares da cátedra" e 3. "Pessoal".

Relações da cátedra com o estudante.

O primeiro quesito se compôs de 14 perguntas de complexidades diversas, e podemos demarcar um verdadeiro abismo entre as respostas. O que mais chama a atenção do leitor dessas repostas é a heterogeneidade na forma pela qual era ministrado o ensino nas escolas médicas do país. A presença de alunos de uma única série em cada cátedra de Clínica Médica foi a regra, quando era consenso que o aproveitamento de alunos de duas ou mais séries por cátedra seria o ideal: seria preferível ter, "por exemplo, quinze estudantes do 3º ano, dez do 4º e cinco do 5º a ter trinta estudantes de uma só série". (UFBa, 1961, p.7) A diversidade de doentes seria maior, assim como profícua a observação daquilo que os alunos de uma série aprendem com os colegas de séries diferentes.

Todas as faculdades haviam realizado modificações em seu regime didático nos últimos cinco anos, seja pela preocupação em iniciar mais precocemente o contato dos alunos com as clínicas, seja em aumentar a carga horária para o ensino da Clínica Médica em detrimento das especialidades, ou na integração entre as cátedras. No entanto, a preocupação raramente se refletiu em atitude, pois não houve modificações essenciais na forma pela qual o ensino era ministrado. Os alunos não participavam do que era moderno à

época: o sistema de estágios, conhecido como *clerkship*, em que o estudante do 4º e/ou 5º ano permanecia por um tempo bem maior no setor de Medicina Interna, que, em última instância, assegurava sua formação de clínico geral.

Muito preocupante para os conferencistas foi a discrepância do tempo dedicado a aulas práticas, teóricas, aulas de demonstrações em doentes, e sessões didáticas (clínico-patológicas[57], demonstrações de métodos de exames físicos e de abordagem terapêutica). Na maioria das faculdades os alunos freqüentavam apenas duas horas nas atividades da cátedra em três dias semanais, o que impedia o convívio com os problemas clínicos. A carga horária de Clínica Médica variava, com grandes defasagens: enquanto algumas faculdades só ofereciam 70 horas/ano, outras ofereciam 500, e outras ainda, 760 horas/ano; em algumas instituições os estudantes freqüentavam a cátedra entre 8 e 18 horas, outras cinco horas ao dia e outras ainda, apenas uma ou duas horas. A liderança das cátedras de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da então Universidade do Brasil ficaria ainda mais clara pela presença dos seus cinco representantes à Conferência. Estes professores comprovavam suas perspectivas em relação ao aprimoramento do ensino médico no País. Seus serviços corroborariam um discurso propositivo para melhor distribuição do tempo do aluno na Clínica Médica.

A 1ª Cátedra de Clínica Médica, do Professor Clementino Fraga Filho, na Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, possuía serviços de excelência, dos mais solicitados e qualificados. Como já foi visto no capítulo anterior, eram serviços que ofereciam possibilidades, para os estudantes e para os médicos recém-formados, de adquirirem vasta e sólida experiência. As cátedras, em geral, por sua dinâmica própria, determinavam o número de alunos e estagiários a serem aceitos, em função de diversos fatores, entre eles, o número de seus pacientes, docentes, e do alcance de sua estrutura. Assim, como os alunos que chegavam à etapa clínica do curso médico conheciam a excelência de alguns serviços, como o do Professor Clementino, perceberam a necessidade de se criar algum critério de seleção para neles se integrarem. Aqueles que desejassem fazer

[57] Geralmente, reuniões em que o estudante apresentava o caso clínico de algum paciente que tenha vindo a morrer, fazia seu raciocínio diagnóstico e da *causa mortis*, seguido por uma discussão com seus colegas e com o corpo clínico; ao final, um patologista apresentava os achados de necropsia que confirmariam ou negariam o diagnóstico clínico.

parte da 1ª Cátedra, por estarem em número bem maior do que a capacidade do serviço, que se submeteriam a rigoroso processo seletivo:

> "Nós tínhamos uma equipe, tínhamos um instituto organizado, tínhamos um Serviço na Santa Casa, um maior número de leitos; tínhamos realmente um Serviço de muito prestígio. De modo que meus alunos sempre estavam entre os quadros da primeira. A coisa chegou a tal ponto [...], que diziam que era o segundo vestibular, queriam ir lá para o Serviço. [Os alunos tinham que ser] muito bons pra alcançarem o primeiro lugar no segundo ano e pra poderem fazer jus à escolha. Porque o curso de Clínica Médica começava no terceiro ano e ia até o sexto [...]. E isso foi durante alguns anos assim. Depois...começava toda uma 'ciumada', [entre] os próprios colegas." (Fraga Filho, 2003, 4ª entrevista)

Na maioria das faculdades, entretanto, a concorrência para a Clínica Médica não seria tão relevante, pois foram encontradas variações nada sutis na relação entre as aulas teóricas, e as práticas e de demonstração. Apesar de ter sido notada a tendência recomendável à redução das aulas teóricas, ainda assim o seu número em relação ao total de aulas variou entre as razões de 1:2 e 1:20. A esta disparidade acrescente-se que na maior parte das faculdades de medicina não havia exigência para que os alunos participassem da avaliação integral do doente, o que lhes traria responsabilidades quanto ao raciocínio diagnóstico e à elaboração de um programa terapêutico, formando assim uma "mentalidade de clínico". Desta forma, a legítima preocupação com o estudante era deixada de lado em detrimento do "que a cadeira leciona". (UFBa, 1961, p.10-11)

Pouco mais da metade dos clínicos avaliou como satisfatório o regime em vigor nas suas faculdades. As deficiências se deveram à carência de recursos, refletida no número insatisfatório de leitos, de pessoal e na carga horária para a Clínica Médica. Fatores que preocuparam diversos professores foram relativos a verbas para as cátedras e aos baixos salários, enquanto outros apontavam a escassez de docentes bem preparados. Sobre a avaliação dos alunos, observaram-se falhas no concurso de admissão à faculdade – muitas vezes causada por despreparo dos cursos secundários - e deficiências nos cursos das ciências básicas, que pareceram temerosas no momento da iniciação à clínica. (UFBa, 1961, p. 13)

A integração das cátedras de Clínica Médica com cátedras afins, como Propedêutica e Terapêutica só existia em cerca de metade das escolas. Durante a Conferência, houve inclusive considerações – ainda que excepcionais – sobre a ausência de necessidade deste entrosamento. Os conferencistas acreditaram que, nesses casos, o conceito de "liberdade de cátedra" tenha sido muitas vezes mal interpretado, pois que certos proprietários de cátedras chegariam mesmo a considerar um insulto qualquer interferência nos seus programas de ensino. Numa autocrítica da falta de tradição em planejar e coordenar programas de ensino, nossos professores asseguraram, inclusive, que este fato seria objeto de debate na Conferência. (UFBa, 1961, p. 13)

Os autores anglo-saxônicos de livros-texto de Clínica Médica, como o "Harrison" e o "Cecil" foram considerados unanimemente os preferenciais. Entretanto, a escassez de qualidade e quantidade de obras nas bibliotecas também foi unanimidade para a grande maioria das faculdades. Este foi considerado um grave problema, pois seria inadmissível a raridade de livros necessários, assim como de revistas e de pessoal capacitado. A informação bibliográfica era custeada pelo próprio aluno, ou por alguns serviços que dispusessem de verbas e interesse no desenvolvimento intelectual do estudante. José Roberto Ferreira, que se formou em medicina pela atual UFRJ, em 1957, comentou sobre os livros, as revistas e as bibliotecas dos serviços que freqüentou:

> "Existiam, através da biblioteca da Faculdade de Medicina, uns livros velhos por lá e algumas revistas, mas talvez mais centradas na parte básica, de pesquisa básica. Nos serviços clínicos, praticamente não havia bibliotecas. [Hoje] quase que já não se necessita assinar revista. [...] Mas naquela época, se não assinasse, estava mal." (Ferreira, 2002, 1ª entrevista)

O modelo de proceder à observação clínica a ser conduzida pelos estudantes foi considerado bastante díspar. Muito provavelmente isso se relaciona com a carga horária destinada à prática da Clínica Médica e com os diferentes graus de preocupação dos docentes com a formação de seus alunos. Ao contrário, os sistemas de promoção de uma série para outra – regulamentada em lei – foram comuns a todas as escolas. Mas o tema da avaliação dos alunos pelas cátedras preocupou os participantes da Conferência.

Disponibilidades hospitalares da cátedra.

O quesito "Disponibilidades hospitalares da cátedra" foi composto de 24 perguntas.

O número de leitos para a Clínica Médica variou entre 4 e 80, e o número de alunos por leito, na maioria das escolas, estava entre três e quatro, variando entre 0,4 e 16,8 doentes novos por estudante.

Complicada, entretanto, seria a situação do número de internações anuais em relação ao número de estudantes, pois esse dado denotou a variabilidade de situações clínicas com que o aluno se defrontava. O tipo de hospital que servia ao ensino representou outro sério problema: a maioria das cátedras tinha seus serviços em hospitais de caridade, o que se apresentava como quesito insatisfatório ao aprendizado. Os serviços à disposição dos alunos eram incompletos, determinados pelos próprios hospitais, para os quais o ensino e a pesquisa eram preteridos em relação à assistência. A disparidade o número de doentes para o treinamento dos estudantes se verificaria na oscilação entre 20 e 1.000 doentes por ano para cada aluno. Evidentemente que esta razão seria menor nos hospitais universitários com grande movimento de pronto-socorro. Praticamente todas as cátedras se ressentiram do pequeno número de leitos a elas destinados. A forma de triagem dos pacientes para atendimento e internação não foi explicitada quando se discutiu sobre a função dos serviços universitários nos hospitais, enquanto consultas especializadas e qualificadas. As relações entre os hospitais usados para ensino, muitas vezes de caráter filantrópico, e as faculdades de medicina raramente foram explícitas a ponto de os docentes e os alunos exercerem algum poder de transformação sobre o perfil desses hospitais.

O papel dos estudantes nas enfermarias também variou, até por um fato inesperado pelos organizadores do questionário, o uso de diferentes nomenclaturas para funções semelhantes, e vice-versa, como "internos", "estagiários", residentes" e "monitor". Era desejável, pelas reformas já aprovadas, que o 6º ano – o último - se fizesse na forma de internato, com rodízio entre Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria e Obstetrícia, o que não vinha acontecendo na maioria das escolas. O ambulatório, que seria a oportunidade para que o aluno tivesse contato com casos clínicos mais comuns e de menor gravidade, não foi

sempre valorizado para o ensino, e muitas cátedras não contavam com ambulatório próprio. A utilização dos serviços de laboratório pelos alunos, particularmente importante aos que estavam prestes a se formar, foi muito rara; ocorria nas indesejáveis situações mencionadas de "alunos privilegiados", agregados às clínicas.

A pesquisa, que faria parte da tríade aconselhada para a boa formação médica – ensino, assistência e pesquisa – ficou de lado na metade das escolas. Apesar da alegação de falta de verba ou de pessoal, tudo levava a crer que o maior problema para que as pesquisas fossem factíveis era o zelo da cátedra pela sua realização.

Pessoal

O quesito "Pessoal" mostraria outro abismo, quando comparadas as faculdades de medicina do país com a Faculdade Nacional de Medicina (da atual UFRJ) e as duas de São Paulo (das atuais USP e UNIFESP). Enquanto nestas faculdades, o número de auxiliares médicos remunerados era maior que 30 por cátedra, a média nacional era de três. Dessa forma, ficavam prejudicados serviços, como eletrocardiografia, radiologia, anatomia patológica, que poderiam atender a distintas cátedras. A enfermagem, que vinha há algum tempo se estruturando no país[58], ainda não era considerada essencial aos serviços. Seu papel na organização das clínicas ainda era desconhecido pela grande maioria das cátedras. Por fim, a dedicação exclusiva era muito rara e a maior parte dos clínicos considerou esse regime de trabalho necessário apenas ao pessoal que viesse a desenvolver pesquisas. No entanto, somente duas cátedras possuíam pessoal dedicado exclusivamente a pesquisas.

Conferência da Bahia - repercussões na 1ª Cátedra de Clínica Médica[59]

Durante as décadas de 1950 e 1960, as características do Ensino Médico desenvolvidas nas Universidades brasileiras começavam a enfrentar inúmeras criticas de

[58] Ver capítulo II. A Fundação Rockefeller, desde os anos 1920, contribuiria sobremaneira para a instituição e qualificação da enfermagem no Brasil.
[59] Informações retiradas das entrevistas com o Professor Clementino Fraga Filho.

cunho pedagógico, especialmente nas discussões apresentadas em congressos médicos. Os problemas diagnosticados naquele momento se relacionavam a um modelo de ensino demasiadamente teórico, precocemente especializado, muito mais preocupado com o conhecimento informativo do que prático ou formativo. Além disso, o serviço de Residência para médicos praticamente inexistia, o sistema internato não funcionava e os serviços em tempo integral para jovens médicos ainda era uma utopia. Outros problemas respeito à sobrecarga de matérias do currículo, à dispersão dos serviços e à falta de integração das cadeiras de Clínica Médica, o que sacrificava imensamente a eficiência, não somente das atividades didáticas como dos serviços de assistência.

Esse cenário negativo se refletia diretamente no próprio modelo de ensino adotado na Faculdade Nacional de Medicina. Em linhas gerais, o ensino era pouco prático, chamado na época de ensino demonstrativo, em que o professor simplesmente relatava um caso clínico através de longos comentários, sem necessariamente aproximar os alunos dos pacientes. Dificilmente se estabelecia essa relação médico-paciente, tão fundamental no processo de aprendizagem da medicina clínica. Por outro lado, apesar da experiência do ensino médico estar diretamente vinculada ao hospital, faltavam ambulatórios e enfermarias, e os que existiam não serviam às necessidades pedagógicas. Pouco se fazia neste período em relação à prática do atendimento da clínica primária, do exame minucioso ao lado do paciente.

Quando o Professor Clementino Fraga Filho assumiu a Primeira Cadeira, em 1956, encontrou exatamente essa realidade no interior da Faculdade. Contudo, ainda nos anos 1950, procuraria renovar os métodos de ensino e a estrutura curricular, adaptando-se às exigências que começavam a se impor naquele momento. Acompanhando também as questões que envolviam o ensino médico no início da década de 1960, como as que foram amplamente discutidas no Congresso de 1961, realizado na Bahia, iniciava-se um processo de grandes reformulações tanto no conteúdo quanto na prática pedagógica. A partir dessa nova orientação, a 1ª Cátedra passou a oferecer um ensino mais formativo do que informativo, com o objetivo de desenvolver nos alunos aptidões e habilidades técnicas para o exercício profissional. Reduziu-se o número de aulas teóricas em detrimento das aulas práticas, incluindo no programa um maior número de atividades didáticas que colocasse o

aluno em contato com exames de pacientes, visitas clínicas e apresentação e discussão de casos clínicos observados.

Compreendia-se, portanto, que a educação médica deveria ser nitidamente ativa, de modo que o estudante assumisse gradativamente maior responsabilidade no serviço clínico. Neste sentido, os alunos de clínica médica não se limitavam mais a assistir as demonstrações preparadas pelo professor. Participariam do processo de aprendizagem, integrando as equipes encarregadas do atendimento aos pacientes e intervindo através de relatório de observações de casos clínicos e anatomoclínicos.

No período entre 1956 a 1960, as atividades didáticas da 1ª Cadeira abrangiam os cursos normais de Clínica Médica para os alunos da 3º e 4º séries, com o estágio no 6º ano. A partir de 1961, com a reestruturação implantada nos programas de ensino, o curso normal de Propedêutica Médica do 3º ano passou a ser oferecido em dois semestres, com carga horária acima de 500 horas anuais. De maneira geral, o ensino da semiologia envolvia a iniciação da prática médica e a interação com o paciente. Seu aprofundamento e sua ampliação, ainda no 3º ano, possibilitariam aos alunos o regime de estágio nos serviços com quatro horas diárias, nos 4º e 5º anos. Estas turmas eram formadas por um grupo de aproximadamente 40 estudantes, divididos, especialmente, durante as aulas práticas, em grupos menores.

Neste mesmo período, o curso normal de Clínica Médica para os alunos do 4º ano passou a ser ministrado em um único semestre, e seu programa incluía o ensino de temáticas ligadas à Gastroenterologia e à Nutrição. Por outro lado, a Primeira Cadeira começou a ministrar no início dos anos 1960 o curso de Clínica Médica e Terapêutica para a 5º série, com uma carga horária acima de 170 horas. O programa dessa disciplina era destinado, acima de tudo, para o ensino da Hematologia, Alergia, Reumatologia e da Terapêutica em Geral. Para estas turmas, além do currículo normal, organizavam-se periodicamente seminários, sessões clínicas e clínico-patológicas, onde atuavam como relatores e debatedores, sob a coordenação do professor da disciplina ou de um assistente graduado.

Os alunos do 6º ano que freqüentavam o regime de internato participavam ativamente dos trabalhos clínicos realizados nas enfermarias, integrando a equipe médica

responsável pelas discussões de casos clínicos, revisão de temas e do atendimento aos pacientes. A partir do início dos anos 1960, o regime de internato passou por um processo de aperfeiçoamento e ampliação da carga horária, já que foi facultada aos estudantes a possibilidade de permanecerem nos serviços não somente no período da manhã, mas também no da tarde. Tal situação foi possível porque o Professor Clementino Fraga Filho conseguiria implantar na Primeira Cadeira o regime de tempo integral, com a contratação de médicos financiados através de bolsas especiais asseguradas pela verba orçamentária dedicada ao aperfeiçoamento do ensino clínico. Vale ressaltar que esta foi uma conquista importante da Cátedra, tendo em vista que os médicos em tempo integral colaboravam diuturnamente para melhorar o rendimento no ensino e das condições do trabalho da rotina clínica.

As atividades didáticas organizadas pela Primeira Cadeira não se limitavam aos cursos curriculares. Sob a responsabilidade da Divisão de Ensino e Documentação, a 1ª Cátedra realizava periodicamente cursos de extensão universitária, cursos de aperfeiçoamento, simpósios e congressos sobre temas de interesse da clínica médica ou de trabalhos que se relacionavam às pesquisas desenvolvidas nos Institutos. As Sessões Gerais e Especializadas, onde se discutiam inúmeros casos clínicos todas as semanas, também constituíam um espaço pedagógico importante no processo de formação profissional, tanto para a equipe de trabalho quanto para os alunos internos e estagiários.

A divisão de Ensino da 1ª Cátedra destacou-se também como um centro de atração para profissionais que buscavam aperfeiçoamento técnico. Funcionando como um centro de treinamento avançado, o programa de pós-graduação recebia anualmente um grande número de médicos provenientes de diferentes partes do Brasil, tendo como objetivo a realização de cursos de especialização nos Institutos. Graças ao convênio com a CAPES, muitos destes estagiários eram financiados com bolsas de estudos, o que permitia sua presença em tempo integral nos serviços da 1ª Cátedra.

Por outro lado, é preciso destacar que ao longo dos anos 1950 e 1960, várias teses de livre-docência foram defendidas na Cátedra. A maioria delas, inclusive, preparadas a partir de pesquisas clínicas que já vinham sendo realizadas nos próprios serviços. Além disso, como forma de promover o constante aperfeiçoamento da equipe de trabalho, a

Primeira Cadeira sempre procurou encaminhar seus assistentes para estágios fora do Brasil, especialmente na Europa e nos Estados Unidos. Muitos dos assistentes chegariam a participar de cursos de especialização no exterior por mais de três anos, todos financiados com bolsas de estudos. Assim foi possível manter um contato permanente com renomadas instituições de ensino de outros países, permitindo que a Cátedra estivesse sempre atualizando métodos de trabalhos, especialmente aqueles ligados ao campo didático.

Com a integração das cátedras de Clínica Médica no início dos anos 1970, que ocorreu com a Reforma de 1968, os programas e os métodos de ensino clínico passaram a ser unificados, firmando-se a unidade de planejamento e de coordenação didática. O número de alunos nos serviços passou, a partir de então, para mais de 380 estudantes entre as turmas de 3º e 4º anos. Além disso, ampliou-se a carga horária para estas séries, principalmente em relação às aulas práticas realizadas nas enfermarias, o que elevou consideravelmente o nível didático. As atividades de enfermarias representariam, no mínimo, 50% da carga horária diária, com alunos divididos em pequenos grupos. As atividades de anfiteatro desdobraram-se em dois ou três cursos paralelos, a fim de reduzir o número de alunos de cada curso. Durante as aulas expositivas foram mantidos os exercícios de diagnósticos, sessões clínicas, clínico-patológicas, clínico-radiológicas e seminários de Psicologia Médica.

O número de alunos internos também foi modificado: 45 da própria Faculdade e 20, em média, provenientes de outras escolas. Devido a esse grande número de alunos, o Departamento Didático, coordenado pela Dra. Alice Reis Rosa, passou a exercer uma função primordial no interior do recém criado Departamento de Clínica Médica.

A Clínica Médica entre a Conferência e a Reforma de Ensino de 1968

Buscamos inserir os catedráticos clínicos nos rumos de novos modelos de currículo médico nessas duas décadas, e nos debates sobre temas relacionados à formação e à prática médica, que fizeram parte da conjuntura político-educacional do período. Dentre esses temas, estavam a definição do médico ideal, a especialização precoce, a função da pesquisa

na universidade, o avanço tecnológico e das ciências básicas, o papel peculiar da clínica e seu conflito com o laboratório, o destino da medicina liberal no mercado de trabalho emergente, os objetivos dos hospitais de ensino, a prática em comunidades pobres, a democratização da universidade, o equilíbrio entre o ensino prático e teórico, e a formação de professores.

A Conferência concluiu que "o objetivo precípuo do curso médico é a formação de clínico geral [...], o médico que, ao terminar seu curso de graduação, está apto a exercer atividade clínica não especializada [e que], em face de qualquer ocorrência clínica [...] deverá estar em condições de encaminhar a mais conveniente solução". (UFBa, 1961, p. 36) O clínico geral deveria conhecer os pacientes sob os aspectos somático, psicodinâmico, social e preventivo, e, para tal, seria fundamental estágio nos serviços de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria e Obstetrícia. O ensino deveria ser formativo, a fim de que as habilidades, aptidões e a consciência ética dos médicos pudessem promover, preservar e restaurar a saúde do homem. É digno de nota que este clínico geral se distinguia do médico generalista proposto por outros estudiosos da educação médica (Berditchewsky, 1968), pois a atividade do clínico geral teria características urbanas e liberais, e pressupunha espaços em que especialistas pudessem opinar. Da mesma forma, quando se dizia do aspecto preventivo necessário ao clínico geral, não estava sendo enfocada a Medicina Preventiva enquanto disciplina, mas conhecimentos de prevenção de doenças (os chamados fatores predisponentes), que seriam postos em prática através de aconselhamentos no dia-a-dia dos consultórios privados e dos ambulatórios de hospitais. O aperfeiçoamento dos médicos na comunidade, por seu lado – outro dever das escolas médicas – seria feito em cursos de pós-graduação, de preferência em cooperação com as associações médicas.

A Conferência atribuiu às faculdades de medicina a responsabilidade pela elevação dos padrões do exercício da profissão, através de avaliações e revisões freqüentes dos métodos de ensino. Criticou os programas eminentemente teóricos e o desinteresse pelo entrosamento do ensino das matérias básicas e clínicas e das matérias clínicas entre si. A formação por iniciativa própria do estudante, que inevitavelmente conduzia a uma formação incompleta e à especialização precoce foi condenada, e às faculdades ficou atribuída a responsabilidade de sanar este problema com novas perspectivas curriculares.

A estrutura departamental, já existente em algumas escolas, mas preterida em outras pela estrutura de cátedras, foi aconselhada como forma de integração entre as diferentes cátedras de Medicina Interna. Assim, ficou recomendado que um *Departamento* para o ensino da Clínica Médica fosse constituído pelas cátedras de *Doenças Infecciosas, Propedêutica e Terapêutica Clínica*. Da mesma forma, foi considerado inadmissível que a Propedêutica Médica estivesse separada da Cirúrgica.

Na tentativa de oferecer uma mínima homogeneidade e nivelamento ao ensino do ciclo clínico (do 3º ao 6º ano), a Conferência sugeriu sua divisão em fase propedêutica, fase clínica e internato. A fase propedêutica ficaria limitada ao 3º ano, quando o aluno se capacitaria nas técnicas do exame físico, exercícios de interpretação da história clínica e de exames complementares e, sempre que possível, realizaria exames simples de laboratório. A semiogênese, a fisiopatologia e a correlação anátomo-semiológica seriam também exercitadas nesse ano, em conjunto com a psicodinâmica, para incutir no aluno a importância dos aspectos psicossomáticos na abordagem clínica. A fase clínica (4º e 5º anos) foi aconselhada a ser praticada na forma de estágio. O estudante permaneceria no serviço clínico por várias horas diárias sem interrupções e com responsabilidades definidas em relação ao estudo do doente, sob supervisão docente. Realizariam, agora, exames laboratoriais de rotina dos pacientes sob seus cuidados, participariam das reuniões clínicas (de correlação anátomo-patológica, clínico-cirúrgica, clínico-terapêuticas dos serviços do hospital responsável pelo ensino), fariam treinamento em assistência ambulatorial e de enfermaria.

O documento diria que esse treinamento ambulatorial e de enfermaria deveria estar em “estreita integração com a Medicina Preventiva”, sem, no entanto, apontar a forma pela qual se daria tal integração. O internato no 6º ano seria o momento em que, já adquiridos conhecimentos e habilidades no manejo da relação com os pacientes, o aluno participaria das atividades do serviço, com responsabilidades sobre os doentes. O rodízio de clínicas foi recomendado para a Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia, Pronto Socorro e Obstetrícia, durante doze meses ininterruptos. O aluno podia ser autorizado a freqüentar outro serviço, clínico ou básico, desde que não comprometesse essas atividades.

Como foi privilegiada a discussão sobre o entrosamento entre as cátedras de Propedêutica, Terapêutica e Clínica Médica, a Conferência propôs o *fim da autonomia* de cada uma delas em prol de sua fusão. Desta forma, seriam conformadas "como se fossem departamentos, ou melhor, como se fossem cátedras únicas", que acompanhariam os alunos das três séries clínicas (3ª, 4ª e 5ª) em um só departamento. (UFBa, 1961, p.43) Esta proposta inovadora representaria um passo importante para a Reforma. Os catedráticos clínicos, assim, deliberavam a dissolução das cátedras, pois muitas delas representariam fator impediente ao desenvolvimento da pesquisa e de uma proposta de integração do ensino médico.

A Residência Médica despertou a atenção da Conferência; apesar de não pertencer à graduação, estava coerentemente no âmbito da preocupação dos catedráticos com a formação do médico ideal, o clínico geral. A Conferência definiu o Residente como "o médico recém-formado, em regime de dedicação exclusiva, sob supervisão adequada, em serviço ou grupos de serviços correlatos, cujos doentes estarão sob sua orientação direta". A ele cabia a assistência aos doentes - sem limites, pois era um médico reconhecidamente capacitado para diagnosticar e tratar -, a participação em atividades didáticas junto ao corpo clínico, aos internos e estudantes, e nas atividades de pesquisa. (UFBa, 1961, p.42) Apesar de não regulamentada oficialmente, a Residência já existia de fato: era um programa a ser estimulado pelas faculdades, com critérios de seleção, que eram "qualidades de caráter e inteligência", preparo técnico e profissional, e *curriculum vitae*. Recomendou a Conferência que, no recrutamento de pessoal para início da carreira universitária, as escolas médicas levassem em conta o título de Residente obtido em instituição idônea.

O Congresso de Ribeirão Preto, de 1956, foi citado quando a Conferência reafirmou a necessidade de algumas exigências mínimas em relação aos hospitais usados para ensino médico, reconhecendo que não bastariam, para uma boa formação, doentes e médicos. Uma estrutura que envolvesse laboratórios, um arquivo central de prontuários, enfermagem supervisionada por "pessoal formado em escola superior oficial", serviços de radiologia, de anatomia patológica, de hemotransfusão, e um sistema de Residência Médica, além de biblioteca e serviço de nutrição e dietética, seria o requisito básico para esses hospitais. O ideal seriam, ainda, os hospitais universitários, que teriam maiores possibilidades de

atender aos alunos. Nesses, as enfermarias de Clínica Médica com número satisfatório de leitos foram dadas como indispensáveis, ainda que o treinamento dos alunos dos últimos períodos pudesse ocorrer em enfermarias de "determinado setor da Clínica Médica", como gastroenterologia e cardiologia. A Conferência não indicou estes setores como especialidades clínicas, apesar de ambos já terem se constituído, à época, em especialidades, com suas sociedades consolidadas e reconhecidas pela comunidade médica.

A relação aluno/leito em cada cátedra deveria ser menor ou igual a 1; a rotatividade dos leitos seria tão importante quanto seu número, e diretamente relacionada a um serviço ambulatorial adequado. O ensino das urgências foi valorizado, e se não fosse oferecido em hospital de ensino, deveria ser supervisionado por docentes.

Além de ensinar, os docentes deveriam se dedicar à pesquisa. Para tanto, foi considerada a necessidade de biotérios nos hospitais, pois a investigação clínica deveria contar com a experimentação em animais. Esse dado é relevante na medida em que a ciência básica vinha despontando como a grande possibilidade de pesquisa na área médica, numa quase oposição à clínica, que resistia enquanto arte. Nas nossas entrevistas com o Professor Clementino Fraga Filho, entretanto, ficou possível perceber o valor dado à pesquisa clínica (no caso, uma de suas teses) com base em animais de experimentação.

Houve, na Conferência, outros sinais de estremecimento da cátedra e da autoridade do catedrático, à semelhança do que se evidenciara na proposta de fusão das cátedras clínicas em departamentos. Um deles foi o debate sobre o critério de contratação de professores, que não deveria mais estar unicamente na dependência dos catedráticos. Recomendou-se que os Conselhos e Comissões de cada faculdade levassem também em consideração itens como o curso de graduação, a Residência, as bolsas de estudo e a titulação do candidato. A discussão sobre ensino médico deveria prosseguir, com o impulso da Conferência, dentro das escolas, através de conferências, seminários e simpósios que tratariam das questões básicas da educação.

O regime de trabalho docente de tempo integral e dedicação exclusiva foi recomendado; seu reconhecimento legal aliado a um salário condizente seria pleiteado para as escolas que ainda não contassem com pessoal nessa situação especial de professores com vocação para a pesquisa. Outro incentivo à qualificação dos docentes seriam os

intercâmbios para ensino e pesquisa, através de bolsas para treinamento em instituições brasileiras e internacionais, com planos bem definidos, para o máximo aproveitamento da pesquisa, da observação de serviços ou do exercício supervisionado da prática clínica durante a estadia. As agências de fomentos já existentes deveriam ser procuradas para a condução desse processo. Tantas atenções ao aprimoramento dos docentes estavam profundamente vinculadas ao incremento da pesquisa na agenda dos catedráticos clínicos, atividade considerada de "maior categoria", para a qual os alunos deveriam receber estímulos constantes. A pesquisa não seria impedida pela limitação dos recursos técnicos, já que disposição e iniciativa foram ponderadas como condições necessárias e suficientes para seu desenvolvimento dentro das escolas médicas.

A forma de se produzir a medicina até aproximadamente os anos 1950 dependia do conhecimento individualizado do médico, que seria, resumidamente, a "experiência clínica profissional como base do saber". O uso pessoal do saber era a base de seu trabalho, e

> "uma vez de posse desse [saber], através da escolarização, nada há o que aguardar para estabelecer-se profissionalmente: eis porque para iniciar a prática clínica é suficiente diplomar-se; tudo o mais parece tão-só dependente de uma vontade pessoal." (Schraiber, 1993, p. 72-73)

Os anos 50 introduziriam um médico assalariado pelo Estado e/ou por hospitais da rede privada, praticantes de uma medicina essencialmente curativa, que, portanto, necessitavam progressivamente de modernas ferramentas para diagnóstico e tratamento. Dentro dessa lógica, as especialidades foram-se subdividindo em função também da esperança de que a *expertise* num determinado campo garantisse a sobrevivência de alguns consultórios para a prática da extenuada medicina liberal. (Schraiber, 1993, p. 72-73)

A história das especializações médicas pisa num terreno delicado para assertivas. Apesar de uma vasta bibliografia indicar o pós-guerra como o marco das especializações médicas, várias das especialidades médicas existiam desde o início do século XIX e responderam a diferentes lógicas, como já foi visto no capítulo I. De uma maneira geral, nos anos 1950, as especialidades representaram uma forma de os médicos resistirem, em

seus consultórios, ao assalariamento. Respondiam, assim, a demandas do mercado de trabalho médico. O escritor Pedro Nava foi um conhecido exemplo de especialista que podemos considerar bastante adequado ao quadro acima. Quando o Professor Clementino Fraga Filho escreveu o livro "Temas de Educação Médica", Nava revelaria que a Reumatologia teria acontecido em sua vida tão somente por conta das facilidades financeiras que uma especialidade proporcionava naquele momento. Dizia ele em carta a Clementino Fraga Filho, de 31 de agosto de 1980:

> "[...]*Refleti muito lendo seu livro numa de minhas frustrações que aqui vou lhe confessar. Tive uma formação multidisciplinar – interno que fui de Clínica Médica, sem desprezar internatos em menor tempo em clínica psiquiátrica, obstétrica, cirúrgica e a monitoria que exerci de anatomia patológica que me fez entender o anatomo-clinicismo desde os bancos acadêmicos*. [...]
>
> *Quando me fixei no Rio trazia essa bagagem preciosa da experiência que não se aprende "senão vendo,tratando e pelejando" e poderia aspirar legitimamente o papel de "clínico geral" e "médico de família" que quis e devia ser. [...] Minha clínica de consultório foi pequena durante esse período [1933 a 1948] e com o desejo de aumentá-la é que resolvi me dedicar a uma especialidade. Materialmente lucrei, pois na minha fase de exercício mais ativo –creio que fui o especialista mais procurado na nossa cidade onde criei as duas primeiras cadeiras de Reumatologia do Brasil e das Américas. Posso dizer sem vaidade que venci na especialidade* [...]. *Mas se "reumatologia" resolveu o meu "business side of medical profession". Por outro lado deixou-me sempre um descontente por ter abandonado a clínica geral no seu grande sentido. E cheguei ao fim do exame de consciência que fui fazendo página a página do seu livro como "reumatologista arrependido". Nunca eu teria desertado a Clínica Médica se tivesse lido há trinta e dois anos livro da qualidade osleriana do seu!*[...]" (Nava, 1980)

O próprio crescimento da necessidade de obtenção de instrumental diagnóstico, terapêutico e laboratorial refletiu a articulação entre as teorias médicas, a produção de serviços médicos e os vários setores de produção na sociedade: elementos do processo de especialização. Esta, solidificada no trabalho médico, se reordenaria, ainda segundo Schraiber, dentro do capitalismo – de forma bem sucedida - com o surgimento da clínica

enquanto método de investigação da doença *no doente*, a partir do depoimento, da anamnese. Ser especialista passou, por fim, a ser critério para diferenciar alguns médicos entre seus pares. No Brasil de 1950, segundo Schraiber, o bom médico aliava experiência profissional a qualificação técnica, coisas que davam prestígio e atraíam clientes. A diferenciação se desviava das pessoas e dos consultórios: "As pessoas cedem lugar ao instrumental e às engrenagens, pois como diz doutora Emília, *heróicos*, agora, serão a *penicilina* e a *sulfa*". (Schraiber, 1993, p. 96)[60]

As especialidades clínicas, a sofisticação dos exames laboratoriais e as novas terapêuticas mostraram uma evidente e progressiva interligação na metade do século XX. A indústria farmacêutica, ao produzir drogas tão eficazes quanto os antibióticos, acabara por perceber que seu mercado se limitava, já que as doenças-alvo dessas indústrias se encaminhavam para uma resolução. Assim, a indústria farmacêutica, baseada em novas estatísticas epidemiológicas norte-americanas, principalmente no *Framingham Study*[61], construído no modelo de doença coronariana, percebeu que o "filão" do momento eram as doenças crônicas, e as condições pré-patológicas - o risco. O responsável pelo planejamento de operações da Pfizer, Charles Mottley, e os pesquisadores do *Framingham* investiram no estabelecimento de prioridades para o futuro dos cuidados de saúde. O objetivo desses atores, no momento, foi expandir o diagnóstico e o tratamento farmacológico das doenças crônicas e de seus estados precursores ("fatores de risco"). O tratamento das doenças crônicas, segundo Jeremy Greene, passou a dominar os insumos domésticos da indústria farmacêutica norte-americana e três condições fisiologicamente modificáveis – hipertensão, diabetes e hipercolesterolemia – transformaram-se em elementos freqüentes na prática clínica contemporânea. As reivindicações dos responsáveis pela criação do mercado farmacêutico se aliavam, enfim, às dos epidemiologistas, através da tese da prevenção medicamentosa. Diversas medicações, tais como os corticosteróides sintéticos do final dos

---

[60] A autora colheu depoimentos de nove médicos, formados entre os anos 1930 e 1960 (um dos quais é da Dra. Emília, citada no texto).

[61] Trata-se de um estudo epidemiológico de 1951 sobre doenças coronarianas no qual se estabeleceram risco de adoecer externos ao indivíduo, que até então se restringiram a idade, sexo, e história familiar.

anos 1940 (utilizados no tratamento da atrite reumatóide e na doença de Addison) alcançaram a proeza de substituir a percepção de doença crônica enquanto doença degenerativa por doença crônica passível de prevenção e/ou de tratamento (Greene, 2007, p. 1-14)

O modelo de ensino defendido pelos catedráticos clínicos mostrou a influência norte-americana, particularmente evidenciada na missão da pesquisa e suas publicações. A clínica deixava de ser apenas uma arte, preocupada em agregar progressivamente preceitos legitimados pela medicina científica. No caso da 1ª Cátedra, como já foi visto, a ciência se fez sentir nas publicações, no crescimento qualitativo dos laboratórios, na aproximação com profissionais capacitados, no estímulo aos concursos de docência - que incluíam preparação de teses e produção de artigos.

Para o Professor Clementino Fraga Filho e sua cátedra, o acesso aos corticosteróides contribuiu na aceitação e no aprofundamento do conceito de doenças autoimunes, que até então seriam uma hipótese sem comprovação (ainda que esta se desse pela resposta ao medicamento). A Imunologia surgiu como setor de sua cátedra, chefiado pelo Dr. Oliveira Lima, no contexto dos corticosteróides, que iria desembocar também na área de escolha do nosso catedrático – as hepatites. Os corticosteróides, assim como os antibióticos, sem dúvida, serviram de novos subsídios à pesquisa clínica ligada à Imunologia e a uma moderna concepção do ensino da Terapêutica. Mais que isso, a Imunologia passou a fazer parte integrante do ensino. Os alunos poderiam usufruir das reuniões clínicas que contavam com a presença do Dr. Oliveira Lima, e assim, pensar os conceitos que vinham revolucionando, com subsídios cada vez mais científicos, a arte da clínica. Refaziam-se, assim, a etiologia e a fisiopatologia das doenças em geral - e, particularmente, das hepatites, a menina dos olhos do proprietário da 1ª Cátedra de Clínica Médica. O Professor Clementino e a 1ª Cátedra aderiam, certamente, à questão da pesquisa universitária, e ainda no seu contexto maior: "Nosso trabalho de Clínica Médica não era uma coisa isolada. Não era um centro de pesquisas isolado do resto do mundo, não absolutamente". Por tal experiência passou o Professor Roberto Santos, no mesmo período, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal da Bahia. Aí também as atividades de pesquisa se apresentavam fundamentais no âmbito local, nacional e internacional:

> "Convivíamos com os professores visitantes e consultores provindos de serviços dos mais prestigiosos dos Estados Unidos e da Europa. Valíamo-nos da oportunidade para participar de pesquisas clínicas e experimentais no próprio Hospital. Formou-se, desta maneira, um clima que pode ser considerado a fase áurea do ensino da medicina na nossa geração". (Santos, 2001, p. 13)

O ensino médico na berlinda nos anos 1960

O aumento do número de faculdades de medicina

No início da década de 1960, o Ministro da Educação, Oliveira Brito, convidou o Professor Dumerval Trigueiros para a Diretoria do Ensino Superior do MEC. Este professor, que presidiu o Conselho Federal de Educação, estabeleceu uma Comissão de Especialistas em Ensino Médico, cujo primeiro coordenador fora o Professor Roberto Santos, então catedrático de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Bahia, que trabalhou ao lado de diversos outros catedráticos, como os Professores Clementino Fraga Filho, Cruz Lima (da então Faculdade Nacional de Medicina), Aloísio Sales e Alberto Gentili (da então Faculdade Fluminense de Medicina), Rubens Maciel e Eduardo Faraco, do Rio Grande do Sul, Caio Benjamin Dias e José Pinto, de Minas Gerais, Horácio Kneese de Melo (da então Escola Paulista de Medicina), João Paulo do Vale Mendes, da Universidade Federal do Pará, e João Bosco Salomon, da Universidade de Brasília. A discussão sobre o aumento de escolas médicas se intensificava nessa época, em função, particularmente, da pressão exercida pelo crescimento econômico do País, que possibilitou uma vultosa expansão do número de egressos do ensino médio. O número de faculdades de medicina no Brasil, por sua vez, não obedecia a um crescimento gradativo e continuado (o que se apresenta coerente com a demanda dos egressos do ensino médio). Ao contrário; segundo a ABEM, o crescimento das faculdades de medicina no Brasil se deu por surtos bem demarcados nas décadas de 1910, 1920 e 1960 (ABEM, 1966, p. 9). Preocupados com

a qualidade do futuro do ensino médico, diversos catedráticos clínicos se embrenharam no ideário de limitar o número de vagas e a abertura de novas faculdades, participando de instâncias governamentais *ad hoc*. O seguinte trecho da entrevista com o Professor Clementino Fraga Filho ajuda a esclarecer como se explicaria esse processo e como suas repercussões foram preocupantes para nossos educadores.

"Havia razão para querer ter maior número de médicos".

> 'CFF- Primeiro, que o número da população universitária era muito baixo no Brasil. Realmente, uma proporção mínima que tinha formação universitária. Segundo, o número de médicos em relação à população [...] No Rio de Janeiro, não sei agora. Nós tínhamos esse estudo todo na ABEM. Na ABEM, toda essa evolução [...]. Então, a comissão de médicos era muito pequena. Mas expandiu brutalmente. Havia razão para querer ter maior número de médicos. Tinha que exigir condições de levar [os jovens] às escolas. O ensino médico não era nada barato. Instalar um serviço clínico é muito caro. Os laboratórios básicos também não são baratos, por tudo que se exige pra eles. Nada disso foi cogitado. Não havia como. Tornou-se só uma forma de afirmação de prestígio político, que arranjava uma escolinha lá, não sei aonde...
> FE- Claro.
> CFF- Ou então, atende, por que tem interesse para ganhar dinheiro. Quer abrir uma escola e chega para o primeiro diretor: "Nós precisamos ter 300 alunos." "Não é possível; a gente pode ter, no máximo, 150 alunos. Até 150 alunos, a gente tem que dar na escola. Mas 300, não dá. Não, não posso." "Mas a escola é que sustenta professor." E ficava... A escola médica sustenta professor... É a mais cara. Todo mundo sabe disso, não é? *(risos)* Todos da área de Direito e de Economia e tal...
> FE- Eles chamam de "custo giro".
> CFF - Pois é...
> FE- Agora... O que me chama a atenção, que eu fico pensando, se essa expansão também não é, em parte, um resultado de um movimento, de alguma maneira, iniciado, ou pelo menos, apoiado por essa liderança, por esse grupo de grandes clínicos.' (Fraga Filho, 2003, 3ª entrevista)

Excedentes grã-finos, Ibrahim Sued e Dona Yolanda.

> 'CFF- Sim. Primeiro, eles estavam dirigindo, mas nem todos entendiam, nem todos se interessavam por isso. [...] Agora, não há dúvida que, do lado dos professores, houve aqueles que entenderam as raízes, as origens, as razões do movimento. E não se opunham a ele. Embora estivessem empenhados em outras lutas. Nós, da faculdade do Rio de Janeiro, empenhados em conseguir verbas para o hospital. Aí, todo mundo se entendia. Todo mundo queria. [...]

Porque todo mundo também estava passando dificuldades. Mas havia também um movimento de fora. Esse movimento até teve um ar meio populista, grã-finos. Falou-se em "excedentes", que foi apoiado pelo Ibrahim Sued, que teve uma madrinha, a senhora do [...]
FE- Ah... Costa e Silva. Yolanda.
CFF- [...] Então, todos eles tinham nota, mas não tinham aquela nota para se classificar. [...]. Esse foi o movimento dos excedentes. Eles cresceram, cresceram... E fizeram uma onda tremenda. E a pressão do governo acabou me levando ao Ministério da Educação." (idem)

Maior classe média, mais faculdades de medicina.

'FE- Existe um pano de fundo, que marca os anos 50 e 60, que é o desenvolvimento de uma classe média fortíssima, um desenvolvimento, a urbanização... Então, na verdade, começa a haver uma pressão grande por quadros.
CFF- A direção para o centro. Da roça para o centro. A população universitária aumentou brutalmente. E não houve nenhum estudo prévio, de dizer: " Vamos botar mais faculdades no Norte, no Nordeste, que precisam mais. Vamos formar médicos..." Não houve isso. [...] De modo que [...] acho que foi um conjunto de fatores que somaram pra levar o que aconteceu depois, aquela expansão, que não foi só na medicina, que não foi só aqui nas nossas escolas, que atingiu todas elas e que não aconteceu só no Brasil.
FE- No momento em que se fala da massificação do ensino também.' (ibidem)

Produtos do Pássaro Marrom.[62]

'CFF- Massificação do ensino. Tanto que o ensino médico [...]ficou totalmente sacrificado com a expansão. Não havia um corpo docente. Escolas chamadas de fim de semana. Os professores saíam daqui pra passar sábado numas escolas fora do Rio de Janeiro, para dar aula de 8 horas por dia. Todos os que podiam, iam toda a semana. Então, eles diziam que eram professores de fim de semana em São Paulo. Chamavam "os professores da Pássaro Marrom".
FE- Pássaro Marrom?
CFF- Era a companhia de ônibus.
FE- Ah, sim... Interessante. *(risos)*
CFF- E assim, foi uma situação brutal.
FE- Quer dizer, [...] teria muitos interesses, na verdade.

---

[62] Pela empresa Pássaro Marrom, viajavam professores de várias áreas para suas aulas, às sextas e sábados, em faculdades privadas do vale do Paraíba. No caso citado, trata-se da Faculdade de Medicina de Taubaté, em S. Paulo.

> CFF- E aí, foram despertando outros interesses mas, geralmente, ligados... ou a coisa política, que independe do crânio pra ganhar dinheiro.
> FE- E a demanda, a enorme demanda de alunos querendo...
> CFF- Uma escola que pudesse ter feito 80, 90 alunos, e vai a 200, 300, não tinha condição de ensinar, claro. Mas vivia do pagamento mensal dos alunos. Então, se diminuísse o número de alunos, a renda caía.
> FE- Claro.
> CFF- Não tinha como. [...] depois da Conferência de Clínica Médica, houve um interregno de algumas escolas nesse período. Então, algumas escolas já estavam começando a aceitar sugestões da Conferência de Clínica Médica'. (ibidem)

Em relação ao papel da primeira dama do governo Costa e Silva, Dona Yolanda, o professor Francisco Ludovico de Almeida Neto, da UFGo, em entrevista para um jornal local, revelou que:

> '...Dona Yolanda, querendo se promover, resolveu ser a madrinha dos excedentes, daqueles que não haviam passado no vestibular eliminatório de então. Dona Yolanda patrocinou um movimento dentro do Ministério da Educação exigindo a absorção de mais alunos. A Revolução precisava se promover no meio da classe estudantil. Ela reuniu em Brasília todos os diretores de faculdades de medicina do país para comunicar que as vagas seriam dobradas. A nossa faculdade, que recebia 60 alunos, passaria a receber 120. Fui contra. A faculdade não tinha condições de dobrar o número de alunos. Levei essa posição ao Conselho Universitário, que estava de acordo e me designou como porta-voz desse pensamento em Brasília. O Tarso de Morais Dutra, ministro da Educação na época, era amigo de meu pai. Eu o procurei e apresentei a ele nossa posição. Ele falou: "Se você ficar contra, tenho autorização para demiti-lo em 72 horas". Mas não fiquei calado. [...] Disse também que gostaria de ouvir a opinião de outros diretores. Mas nenhum disse nada, com medo de perder o emprego. Esse foi mais um motivo para minha demissão. [...]" (Almeida Neto, 2009)

A Faculdade Nacional de Medicina protagonizou um forte movimento em que diversos atores se comprometeram de forma definitiva com a qualidade da educação no Brasil. Ao estudarmos um momento em que direita e esquerda classificavam indivíduos e atitudes, pretendemos analisar trajetórias profissionais e políticas a partir de uma ótica dinâmica e dialética.

O que chamamos de Reforma Universitária se constituiu num somatório de eventos de interpretação bastante delicada. Como vimos na Conferência da Bahia, as propostas de criação de departamentos, de professores trabalhando em tempo integral e da indissolúvel ligação entre pesquisa, ensino e serviços, já vinham tomando corpo há quase uma década. A ABEM, criada em 1962, ganhava importância no cenário nacional, e novas escolas médicas eram criadas sob os olhares suspeitos de nossos catedráticos educadores. Ao mesmo tempo, surgiam demandas de qualificação das escolas recém-criadas que contavam com a ABEM e com o governo federal, pela Comissão de Especialistas da Formação de Médicos.

José Roberto Ferreira e a qualificação das escolas médicas emergentes.

Nem nossos catedráticos nem tantos outros educadores alcançariam sucesso na empreitada de impedir que o governo federal autorizasse a criação de tantas escolas médicas durante os anos 1960. Havia um clima de recusa geral dos educadores em, ao menos, aceitar a existência das novas faculdades. O Dr. José Roberto Ferreira foi um dos raros indivíduos voltados para a educação médica que investiram seu esforço na qualidade do currículo das novas faculdades. Assim, as inúmeras faculdades de medicina criadas, de alguma forma, serviriam como um campo de novas experiências curriculares.

O próprio José Roberto diria sobre a criação da Faculdade de Medicina de Londrina: "...nunca houve ninguém que se interessasse por esse assunto. Ou eles se agarravam comigo ou iam se agarrar com quem?..." Da mesma forma, se dedicava em tempo integral à ABEM e à Comissão do MEC: "Sempre de graça, nunca ganhei um tostão com isso. Quem faz isso? Ninguém. Só louco (*risos*)". (Ferreira, 2002, 3ª entrevista)

José Roberto, no período estudado, entre tantos atributos, foi assessor da Divisão de Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura (1963-65), relator do Plano de Expansão das Escolas Médicas no País (1964) e assistente da Diretoria Pan-americana de Associações de Faculdades e de Escolas de Medicina (1964-1965). Nos grupos de trabalhos e nas comissões, contribuiu para a implantação do planejamento de faculdades, e para as diretrizes educacionais na área médica. (COC, Fiocruz, Observatório de História)

José Roberto Ferreira reestruturou a Faculdade de Medicina da atual Universidade Gama Filho, em 1960, com pesquisadores da Fiocruz nas cadeiras básicas e médicos do

antigo IPASE (Instituto de Pensão e Assistência aos Servidores do Estado) nas clínicas. Executou um projeto renovador na "antiga Escola Hanemanniana", hoje da Unirio. Coordenou diversas modificações para inserir o ensino médico no Hospital Antônio Pedro, até então municipal, de forma a se adequar à Faculdade Fluminense de Medicina, em Niterói (da atual Universidade Federal Fluminense). Participou da criação da Universidade de Brasília, assim como da criação ou da reformulação de diversas faculdades que se tornariam, mais tarde, conhecidas por seu currículo inovador:

> "FE- Londrina.
> JR- Londrina. Foi a Associação Médica de Londrina que estava com a idéia de ter a escola e soube que nós tínhamos essa Comissão [de Especialistas da Formação de Médicos]. E que me chamou, e umas três ou quatro vezes lá, eu fiz uma série de conferências e ajudei num projeto inicial que depois, certamente, foi ajustado por eles mesmos. Não foi um acompanhamento a longo prazo.[...]
> FE- Tinham interesse, tinham empenho.
> JR- [...] Em Campina Grande, basicamente, o que fiz foi a projeção dos laboratórios multidisciplinares, que era um negócio que estava surgindo, que eram os laboratórios desenvolvidos na Universidade de Washington. [...]
> FE- E isso em até que ano?
> JR- Tudo mais ou menos no mesmo ano. Tudo foi antes de eu ir para Brasília, ou seja, entre 63 e 65. Eu estava na ABEM e estava na Comissão. Então, tinha flexibilidade para isso. São José do Rio Preto: um processo muito parecido com Londrina. Uma série de conferências e formulação de plano inicial.
> FE- E aqueles que tiveram uma recusa inicial? [...]
> JR- Ah, esse é de Itajubá.
> FE- [...] Medicina em Campos.
> JR- Campos. [...] eu cheguei lá de noite e passei da cidade. E ao tentar voltar para a cidade, na escuridão, entrei com meu carro numa carroça de burro. Quebrei o carro. Perda total.
> FE- Perda total.
> JR- Eles até me deram um carro novo depois. Mas depois de fazer o plano inicial com a Associação Médica, o grupo que ficou encarregado de compor a escola passou a vir ao Rio, periodicamente, todo mês e tal. [...] Mais recentemente me fizeram uma homenagem. [...]
> FE- Mas o currículo era inovador? Quer dizer, eles chegaram...
> JR- Aliás, falando em homenagem, eu estou lembrando que está faltando uma ali. Nessa eu trabalhei muito. [...] Trabalhei muito com eles, depois fui paraninfo da primeira turma: Faculdade de Medicina de Pelotas.

FE- Pelotas.
JR- A leiga.” (Ferreira, 2002, 3ª entrevista)

Roberto Santos, Bahia e Estados Unidos - cátedra, educação médica e pesquisa.

“JR- Roberto Santos é filho de Edgar Santos, o famoso reitor da Bahia que, inclusive, tem um hospital com o nome dele, não é? Foi reitor por muitos anos. Foi um dos poderosos da Bahia. Quando Pedro Calmon era reitor no Rio, o Edgar era na Bahia. Roberto Santos é um homem tímido, relativamente. Muito estudioso, formou-se em medicina e foi para os Estados Unidos. Passou vários anos lá fazendo pós-graduação em Educação em Clínica Médica. Educação e pesquisa. Era, mais que tudo, um pesquisador na área de... cardiologia também, mas cardiologia é infinda. Em pesquisa geral em medicina interna. Mas, ao voltar para o Brasil, primeiro meteu-se na ABEM, desde o primeiro momento. Eu o conheci, justamente, ele indo na primeira reunião da ABEM, em Pernambuco. E daí, foi também de imediato, designado para a comissão, essa que era a comissão para formação de médicos. Nós convivemos muito estreitamente. [...]
FE- Da Universidade da Bahia. Ele, quando foi para os Estados Unidos, já tinha ...
JR- Já tinha feito concurso. [2ª Cátedra de Clínica Médica]
FE- Ah, tá...
JR- [...] Nós o convidamos para vir para o Rio, criando uma situação nova, que era a de um professor de Clínica Média e não um professor de Saúde Pública, desenvolvendo uma nova disciplina. [...]
FE- Nos Estados Unidos ele fez uma formação mais clínica
JR- Ele fez pesquisa clínica.” (Ferreira, 2002, 3ª entrevista)

A Medicina Preventiva da Clínica Médica.

“FE- Pesquisa clinica. É. Mas ele, quando chegou aqui, veio para a Medicina Preventiva...
JR- Não, não. Ele veio para a Clínica, na Bahia. Nós é que inventamos isso. E a Medicina Preventiva, como estava querendo se formar, devia ser manejada por um clínico com uma visão muito ampla de tudo, e com capacidade de pesquisa. [...] era um pouco a idéia de que você, para chegar a um tipo de Medicina Preventiva, que não era Saúde Pública, era...seria um bom clínico com um bom conhecimento epidemiológico E isso funcionou com o Roberto Santos.” (idem, idem)

Entre os Decretos de 1966 e a Reforma de 1968

O Professor Roberto Santos, um dos principais ideólogos e ativistas da Reforma Universitária, no início do regime militar fez parte do Conselho Federal de Educação (entre 1964 e 1974). Foi eleito, em 1966, presidente da ABEM para o biênio seguinte (1968-1969) e foi reitor da Universidade da Bahia entre 1967 e 1971. O Conselho Federal de Educação, segundo esse professor, a partir da Lei de Diretrizes e Bases promulgada em 1961 pelo governo Jango, teria se transformado num "órgão extremamente ativo, com contribuições imensas." (Santos, 2002, 2ª entrevista) O Conselho Federal de Educação teria abrigado indivíduos com trajetórias de críticas à educação superior e inseridos no movimento, de 1966, de reestruturação das universidades. Este movimento iniciaria um processo de elaboração de decretos-lei que desembocariam na Reforma de 1968.

Universidades sem pesquisa.

> "RS- Na verdade, como eu disse, tem havido muita [controvérsia] sobre essas raízes [...]. Na verdade, ela [a reestruturação] começou dentro do Conselho com professores nossos, gente nossa que conhecia bem a fundo a estrutura, os propósitos da universidade brasileira. E tomou como ponto de partida a Universidade de Brasília, e que resultou na ênfase sobre as ciências básicas, que não existia anteriormente. Nas nossas universidades, toda a ênfase havia sido, até aquele momento, nas disciplinas profissionais, profissionalizantes. Ontem conversamos brevemente sobre isso [...]
> FE- [...] Agora a gente pode retomar.
> RS- Então, essas escolas profissionalizantes eram completas em si mesmas, isto é, elas tinham a parte básica, em geral estudada e ensinada com ênfase sobre o que interessava a uma profissão, e tinha a parte profissionalizante que era o natural. Bom, mas nessa parte básica [...], dentro das universidades, como elas se constituíram dos anos 30, 40, para cá, ficaram muito fragmentadas. E aquilo que comentávamos antes – que você tinha Matemática da Engenharia, Matemática da Arquitetura, a da Economia, a da Faculdade de Filosofia e outras. [..] Mas, de qualquer maneira não existia um departamento de Matemática que tivesse massa crítica, que tivesse um corpo docente que permitisse uma pós-graduação, que veio logo em seguida com a regulamentação da pós-graduação. Essa fragilidade da classe das ciências básicas teve um imenso reflexo sobre a pesquisa no Brasil. E eu estou certo de que retardou enormemente a pesquisa. Só há poucos anos, há dez ou quinze anos, é que se começou a recuperar o atraso que houve. Queria fazer a ressalva da Faculdade de Medicina de São Paulo [...], da Faculdade de Filosofia da antiga Universidade do Distrito Federal (UDF), do Rio de Janeiro [...]. Fora daí...

FE- Também teve uma vida curta [a UDF].”
(Santos, 2002, 2ª entrevista)

Disciplinas básicas e pesquisa.

“RS- Muito curta. Mas, fora daí, as universidades eram, mesmo quando muito boas do ponto de vista do aprendizado, da introdução de técnicas de aprendizado profissional, muito fracas no que diz respeito às ciências básicas. A [Reforma] das futuras universidades, justamente veio para dar ênfase a essas disciplinas básicas, por um motivo, que também é fácil de entender: é que o Brasil estava despertando para a necessidade de pesquisar. [...] De identificar os melhores processos econômicos diante da nossa matéria prima, de nosso mercado, de nossa mão-de-obra. Um pouco ainda o reflexo do desenvolvimentismo. E tinha de pesquisar para se conhecer, para o país conhecer a si mesmo. Não estava acontecendo, não tinha gente para aquilo. E a maneira de fazer isso era quebrar a estrutura das escolas profissionais [...], as disciplinas básicas que estavam fragmentadas em várias escolas auto-suficientes com cada disciplina, para formar grandes departamentos de Matemática, de Física, de Química, de Ciências Sociais, de Ciências, de Letras... Que naturalmente ia gerar, gerou [críticas], incluindo essa idéia de que a Reforma tinha havido no regime militar sob a inspiração norte-americana. Na verdade, ela veio, de fato, durante o regime militar, mas foi elaborada por professores universitários que participavam do Conselho Federal de Educação [...]” (idem)

Decretos e Reforma.

De fato, o Decreto-lei 53 de 18 de novembro de 1966, durante o governo Castelo Branco, apresentava a proposta de "quebrar as estruturas", que o Professor Roberto Santos falou, e reforçar a idéia da universidade como centro de produção de conhecimento, a partir de unidades que centralizassem as pesquisas da mesma área. Alguns artigos do decreto aqui apresentados reafirmam o debate do Conselho Nacional de Educação:

> "**Art.** 1º As universidades federais organizar-se-ão com estrutura e métodos de funcionamento que preservem a **unidade das suas funções de ensino e pesquisa e assegurem a plena utilização dos seus recursos materiais e humanos, vedada a duplicação de meios para fins idênticos ou equivalentes.**
>
> **Art.** 2º Na organização das universidades federais observar-se-ão os seguintes princípios e normas:
>
> §I- Cada unidade universitária - Faculdade, Escola ou Instituto - será definida como órgão **simultaneamente de ensino e pesquisa no seu campo de estudos.**
>
> §II- O **ensino e a pesquisa básicos serão concentrados em unidades** que formarão um sistema comum para toda a Universidade.
>
> §III- O ensino de formação profissional e a pesquisa aplicada serão feitos em **unidades próprias, sendo uma para cada área ou conjunto de áreas profissionais** afins dentre as que se incluam no plano da Universidade.
>
> §IV- O ensino e a pesquisa desenvolver-se-ão mediante a cooperação das unidades responsáveis pelos estudos envolvidos em cada curso ou projeto de pesquisa.
>
> §V- As atividades previstas no item anterior, serão supervisionadas por órgãos centrais para o ensino e a pesquisa, situados na administração superior da Universidade." (Brasil, 1966)

Segundo o Professor Roberto Santos, houve certa dificuldade na aplicação do Decreto-lei 53 pelas Universidades; o Conselho Federal de Educação elaborou, assim, o decreto 252, de 28 de fevereiro de 1967, que detalharia melhor o conteúdo do 53:

> "RS- [...] as universidades sentiram que estavam com dificuldade de aplicar porque, além de ser uma coisa muito inovadora, não estava muito claro, não havia muito detalhe, não havia muita coisa operacional no primeiro decreto-lei. Então, daí, fizeram o 252, que foi um pouco depois [...]. Em ambos, então, veio uma base da Reforma. [...]
> FE- Então esses dois decretos foram do Conselho Federal de Educação?
> RS- Conselho Federal de Educação, por professores, por profissionais da Educação, no caso, os com nível superior, e com influência da Universidade de Brasília, que tinha sido, por sua vez, idealizada por Anísio Teixeira, que também foi membro do Conselho [Federal de Educação], e Darcy Ribeiro, que não foi membro do Conselho, mas era muito ligado a Juscelino e teve uma importância grande na [...] estabilização, digamos assim, da Universidade de Brasília. A Universidade de Brasília foi a única universidade brasileira, até aquele momento, que não começou pela aglutinação de escolas profissionais." (Santos, 2002, 2ª entrevista)

Ainda segundo o Professor, os dois decretos teriam servido de base para a Reforma Universitária de 1968. O Decreto 252 instituiu o departamento – mantendo a estrutura de cátedras - como a menor fração da estrutura universitária, coerente com a proposta da Conferência da Bahia, de 1961, e com os membros do Conselho Federal de Educação, quando debatia a "não duplicidade", que gerou o Decreto 53. O departamento veio, com o 252, dar significado concreto ao que seria "**estrutura e métodos de funcionamento**", do 1º artigo do Decreto 53:

> **"Art.** 1º A reestruturação das Universidades Federais far-se-á de acordo com as disposições do Decreto-Lei número 53, de 18 de novembro de 1966, e com as normas desta lei.
>
> **Art.** 2º As unidades universitárias dividir-se-ão em **subunidades denominadas departamentos, cujos chefes constituirão, na forma dos Estatutos e Regimentos, o Conselho Departamental** a que se refere o art. 78 da Lei número 4.024, de 20 de dezembro de 1961.

> § 1º **O departamento será a menor fração da estrutura universitária** para todos os efeitos de organização administrativa e didático-científica e de distribuição de pessoal.
>
> § 2º **O departamento compreenderá disciplinas afins e congregará professores e pesquisadores para objetivos comuns de ensino e pesquisa**, ficando revogadas as disposições contrárias contidas no parágrafo único do art. 3º e no *caput* do art. 22 e seu § 1º da Lei nº 4.881-A, de 6 de dezembro de 1965.
>
> § 3º Compete ao Departamento elaborar os seus planos de trabalho, atribuindo encargos de ensino e pesquisa aos professores e pesquisadores, segundo as especializações.
>
> § 4º **A chefia do Departamento caberá a professor catedrático, a professor titular ou a pesquisador-chefe**, na forma do Estatuto ou Regimento, ficando revogado em sua parte final o art. 48 da Lei nº 4.881-A, de 6 de dezembro de 1966."
>
> (Brasil, 1967)

O período compreendido pelo processo de elaboração e execução da Reforma Universitária apresentou debates permeados de conflitos e contradições que a análise ideologizada de alguns autores os reduziria a filiações político-partidárias. Muitas lacunas da bibliografia que tratou da Reforma Universitária e do período militar foram preenchidas com a leitura de "Os bastidores da Reforma Universitária de 1968", do educador José Carlos Rothen. (Rothen, 2008).

A repressão ao movimento estudantil e a Reforma Universitária

No final de 1967 e durante 1968, o governo militar, a fim de controlar o movimento estudantil e o problema dos "excedentes", teria instituído, num primeiro momento, a Comissão Meira Mattos (12/1967), e, posteriormente, o Grupo de Trabalho da Reforma Universitária (07/1968). Para o autor, a Comissão Meira Mattos (CMM) e o Grupo de Trabalho da Reforma Universitária (GTRU), apesar de sua aparente proximidade, foram instalados por arranjos políticos diferentes. Uma dessas diferenças foi que da CMM não

participavam o Ministério da Educação e Cultura, nem o Ministério do Planejamento e da Fazenda, enquanto o GTRU foi presidido pelo Ministro da Educação e contou com representantes do Ministério do Planejamento e da Fazenda. Por outro lado, os membros do Conselho Federal de Educação (CFE) não participaram da Comissão Meira Mattos, mas alguns deles, como Newton Sucupira e Valnir Chagas se fizeram presentes no GTRU. (Rothen, 2008, p. 458) Para o autor, os trabalhos desenvolvidos pela CMM e o realizado pelo GTRU "tiveram, por um lado, o caráter de complementaridade e, por outro, de contraposição." (idem, idem, p. 463) A CMM, bem mais que o GTRU, representaria o objetivo de sua criação: a função primordialmente repressora ao movimento estudantil.

Tanto a CMM quanto o GTRU apresentariam em relatórios suas apreciações relativas à representação estudantil em órgãos universitários. A Comissão Meira Mattos considerava que o movimento estudantil estivesse controlado por uma minoria de estudantes de esquerda. Entretanto, seu Relatório estabeleceu que aquele não era o momento para a instalação de entidades estudantis de nível nacional e estadual, e propôs que os estudantes não participassem de órgãos colegiados. (Relatório Meira Matos, 1969, p. 228-232 *apud* Rothen, 2008, p. 465). O Relatório da CMM teria tomado tal decisão apesar de as pesquisas do IBOPE indicarem que a maioria dos estudantes (77%) afirmara ser "antiesquerdista"; mas para a CMM, uma "liderança democrática autêntica", capaz de se opor ao movimento estudantil de esquerda, ainda não estaria suficientemente organizada. (Rothen, 2008, p. 465)

O Relatório do GTRU, por outro lado, afirmaria que "O movimento estudantil, quaisquer que sejam os elementos ideológicos e políticos nele implicados, teve o mérito de propiciar uma tomada de consciência nacional do problema e o despertar enérgico do senso de responsabilidade coletiva" (Reforma, 1969, p. 123, *apud* Rothen, p. 465). Assim, o GTRU considerava que os estudantes deveriam exercer sua representação nas instâncias acadêmicas, participando de todos os órgãos colegiados. Atitudes como essa institucionalizariam o diálogo e impediriam 'que o espírito crítico dos estudantes se transformasse "numa atitude estéril de permanente contestação"' Não fosse assim, a Reforma Universitária serviria apenas para "fomentar um clima de desconfiança e de hostilidade". (Rothen, 2008, p. 465).

Afinal, o Decreto nº 62.937, de 2 de julho de 1968, que instituiu o GTRU, previa que o CFE seria "ouvido nas matérias relacionadas com suas atribuições específicas". O Relatório da Comissão Meira Mattos, por sua vez, acreditou que a atuação do CFE tenha sido uma das causas da não expansão das vagas no ensino superior e que o poder do CFE seria maior que o do Presidente da República. Enquanto isso, o GTRU ressaltaria o papel central do CFE nas políticas públicas para a educação. (Rothen, 2008, p. 464)

A Lei n. 5.540/68, que oficializou a Reforma Universitária, foi, segundo Rothen, tanto fruto das discussões que se realizavam sobre o modelo de universidade - que originaram, a partir do CFE, a elaboração dos Decretos-lei 53/66 e 252/67 - quanto fruto da vontade dos militares. Uma legislação centralizadora teria imposto à sociedade civil um consenso sobre o modelo de universidade e diminuído as resistências internas das universidades ao regime militar. (Rothen, 2008, p. 471)

O CFE, ou pelo menos parte dele, entretanto, teria tido três grandes demonstrações de habilidade política. Primeiro, participou, nos bastidores da Reforma Universitária, da elaboração do modelo de universidade implantado no Brasil ao longo da década de 1960. Afinal, o Conselho Federal de Educação se manteve praticamente com os mesmos membros nomeados antes do golpe militar de 1964. Segundo, o CFE reconheceu, na fase de elaboração dos Decretos-lei, lacunas da Lei de Diretrizes e Bases de 1961, como a incerteza sobre a instituição de departamentos e sobre a representação estudantil em órgãos colegiados (p. 455), para desenhar o modelo a ser adotado na legislação da Reforma Universitária de 1968. Terceiro, o CFE, mediante sua efetiva participação no Grupo de Trabalho da Reforma Universitária (GTRU) teria comprovado sua importante capacidade de articulação política em 1968, pois neutralizara as conclusões da Comissão Meira Mattos. (Rothen, 2008, p. 472-3)

Ciclo básico e a liberdade de cátedra

Entre diversas questões de interesse da educação, selecionamos duas, importantes para as faculdades de medicina, pois foram contempladas pelo Congresso da Bahia, de

1961, organizado pelo Professor Roberto Santos, catedrático de Clínica Médica ao tempo em que participava das instâncias de elaboração da Reforma Universitária.

A implantação de um ciclo básico e a extinção das cátedras foi apreciada nos dois relatórios, mas com explicações que refletiriam seus diferentes posicionamentos. A Comissão Meira Mattos entendia que a implantação do ciclo básico permitiria a utilização das vagas ociosas, amenizando-se, assim, o problema da falta de vagas (Relatório Meira Matos, 1969, p. 227 *apud* Rothen, p. 468). Novamente esta comissão respondeu com objetividade a uma das razões de sua criação: o problema dos "excedentes" do vestibular e o perigo representado por sua politização no movimento estudantil. O GTRU, por seu lado, entendia uma tripla função para o ciclo básico: "(a) recuperar falhas evidenciadas pelos vestibulares no perfil de cultura dos novos alunos, (b) orientar para escolha das carreiras e (c) proporcionar estudos básicos para os ciclos ulteriores". (Reforma, 1969, p. 131, *apud* Rothen, p. 468) Se revirmos as entrevistas com o Professor Roberto Santos, ficará claro ao leitor que a perspectiva de incrementar o ensino básico com a Reforma esteve sempre relacionada à profissionalização e à pesquisa.

A propósito do corpo docente, novamente se encontrariam, nos dois relatórios, propostas semelhantes por diferentes razões. Em ambos seria sugerida a implantação do Estatuto do Magistério e o fim da cátedra. A CMM considerava que a implantação do Estatuto do Magistério, acompanhado do aumento de salário dos professores, permitiria maior proximidade entre estes e os estudantes, o que reduziria a "frustração estudantil". Por outro lado, o aumento do salário representaria uma forma de os pesquisadores não abandonarem o serviço público. (Relatório Meira Matos, 1969, p. 217-218 *apud* Rothen, 2008, p 469). A CMM não teria sido explícita em relação à extinção das cátedras, mas acreditava que a liberdade de cátedra estaria no sentido oposto às aspirações da criação da Comissão. Seu relatório avaliava que os departamentos permitiriam um maior controle sobre o que os professores ensinavam. O GTRU defenderia que a implantação do Estatuto do Magistério seria a condição para que a universidade atendesse a uma de suas missões, a aliança entre o ensino e a pesquisa. Uma carreira do magistério que valorizasse a produção intelectual do professor, com novos e mais abertos critérios de admissão à docência, seria

incompatível com a permanência da cátedra, devido à sua estrutura verticalizada e centralizada num indivíduo. (Rothen, 2008, p 469)

A Reforma Universitária, pela Lei nº. 5.540 de 28.11.1968, extinguiria as cátedras. Mas diversos catedráticos, particularmente os mais prestigiados, envolvidos com a maior qualidade do ensino, já problematizavam a estrutura de cátedras e sugeriam, para a reformulação do currículo médico, a criação de departamentos, o que se formalizou na Reforma. Como podemos deduzir, com raras exceções, o universo dos catedráticos, por sua dinâmica própria, permitiu que este aparente paradoxo fosse, de fato, apenas aparente.

As análises que associam umbilicalmente a Reforma ao golpe militar e seus corolários repressivos, após um exame mais consistente dos atores envolvidos, seria, no mínimo polêmica. O médico infectologista, professor da UFRJ, Nelson Pereira, entendeu que havia um contexto controverso dentro do qual se deu a Reforma Universitária de 1968:

> "Paradoxalmente, durante o regime militar autoritário, criou-se uma lei que contribuía para democratizar a universidade, pois determinações que antes poderiam ficar na dependência de apenas uma pessoa, agora passavam a ser tomadas por um colegiado, embora em muitos departamentos o processo centralizador das decisões tenha custado muito tempo para se modificar" (Pereira, 2006, p. 38-39)

Das cátedras aos departamentos. Integração e fragmentação do ensino

Como era de se esperar, a formalização da estrutura departamental, por si só, não deu conta da proposta de modernização do ensino médico. A fusão de várias cátedras em Departamentos e destes em Institutos não foi um processo unanimemente aceito.

> 'Alguns [defensores do sistema de cátedras], menos afeitos ao conceito de Universidade e muito presos à tradição das escolas profissionais isoladas, entendiam que sua Faculdade havia sido "mutilada", esquecidos de que a instituição de referência passara a ser a Universidade.' (Santos, 2001, p. 27)

Um dos principais problemas apontados com a criação dos departamentos foi justamente aquilo que levava às críticas relativas às cátedras: os departamentos, ao invés de se tornarem unidades, passaram a se constituir em estruturas descoordenadas. Sua tendência

seria, então, tornar-se uma unidade rígida, hipertrofiada, multiplicada em suas disciplinas, o que poderia prejudicar seu desenvolvimento integral. Possivelmente, nos anos 1970, o departamento estaria servindo bem melhor à pós-graduação do que à graduação. (Fraga Filho; Rosa, A.R., s/d)

Os ex-catedráticos tornaram-se, com a Reforma de 1968, professores titulares, mantendo seu prestígio ilimitado. No caso exemplificado pelo Professor Clementino Fraga Filho, enquanto foi diretor da Faculdade de Medicina, reitor da Universidade e se dedicou à criação e à direção do Hospital Universitário (inaugurado em 1978) que levou seu nome, seu serviço composto por duas enfermarias na Santa Casa se manteve. Nos anos 1980, o debate sobre a estrutura de departamentos começa a ser dirigido para seus rumos não pretendidos, inclusive com propostas alternativas a esse modelo. O departamento, tal como a cátedra, se tornara "um espaço de alocação de docentes e, muitas vezes, representava um fator limitador à associação ensino, pesquisa e extensão". Segundo o Professor Clementino Fraga Filho, a Reforma Universitária, apesar de ter criado núcleos, centros, laboratórios, não foi capaz de realizar a pretendida integração das funções ensino, pesquisa e extensão:

> 'Progressivamente, isso [debate sobre criação de departamentos] aconteceu exatamente durante a década de 60, foi acontecendo na década de 60 e completou-se na década de 70. Foi acontecer na década de 70, como unidade ou departamento, que foi a reforma que criou o departamento como menor unidade estrutural [...] Foi aí que começou. Teoricamente, está certo, agora... [...] foi um abuso. Começaram a criar departamento para todo lado e disciplina para todo lado. [...] Então esqueceram uma coisa que seria afirmada como talvez uma das mais importantes na modificação da conceituação do ensino médico, que é a interdisciplinaridade [...]. Então, ao invés de haver interdisciplinaridade, houve o fracionamento de disciplinas, "vamos quebrar tudo em pedacinhos". É o que se vê.'(Fraga Filho, 2003, 4ª entrevista)

Considerações finais

A proposta deste trabalho foi apresentar o papel dos catedráticos de Clínica Médica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (da atual UFRJ) e suas propostas de reformas do ensino médico durante os anos 1950 e 1960. A Clínica Médica, no olhar desta geração, era a fórmula necessária e indispensável para um bom médico, se revelaria nas transformações impostas pelo panorama médico e sócio-econômico do período. Esses catedráticos pretenderam romper, ainda que em parte, com a medicina na qual se criaram, aliar às suas cadeiras especialidades médicas, modernas tecnologias diagnósticas e terapêuticas, e inovar o ensino pela incorporação da Pedagogia. Por outro lado, a prática da clínica privada, somada ao ensino naquela que consideravam a mais tradicional e qualificada faculdade de medicina do País, já não era mais uma equação bem resolvida. Os alunos oriundos da geração das cinco cátedras de Clínica Médica que aqui apresentamos tiveram outro universo a enfrentar: o das especialidades consolidadas, da medicina de grupo, e do assalariamento em hospitais públicos ou particulares.

Neste período, os catedráticos clínicos criaram estratégias para reformas do ensino médico, com base no que acreditavam ser a Clínica Médica. Nesse caso, a 1ª Cátedra de Clínica Médica do Professor Clementino Fraga Filho serviu como o arquétipo de qualidade de ensino. Sua complexa estrutura revelou-se uma verdadeira faculdade de medicina acoplada a seu hospital-escola dentro do espaço físico da Santa Casa (que servia como um dos hospitais de ensino para a Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil). O Professor Clementino Fraga Filho, hábil administrador de sua cátedra, soube também se articular com diversas instâncias da Faculdade de Medicina e da própria Universidade do Brasil, e ampliar seus propósitos acadêmicos. Um resultado destas articulações foi a criação do Hospital Universitário – reivindicação de muitas gerações de professores.

A historiografia moderna relacionada à educação médica do período que estudamos é insistente em analisar os papéis do Estado, das instituições formadoras, do mercado de trabalho, do sistema de saúde. Nesta historiografia, sentimos a ausência dos professores e

de demais atores de dentro das próprias faculdades de medicina, entre eles, os catedráticos de Clínica Médica.

Em 1998, Laura Feuerwerker publicou um artigo que considero dos mais significativos na historiografia recente sobre a educação médica. Talvez sua principal qualidade seja a confissão da recusa em estabelecer verdades; ao contrário, revela a intenção de identificar problemas conceituais que pudessem ter contribuído para fracassos e sucessos das propostas construídas e em construção sobre o tema. Apropriei-me de algumas de suas indagações, pois estão em íntima relação com o trabalho que ora tratamos de concluir. Portanto, estabeleço aqui um diálogo com a autora; os catedráticos clínicos, ainda que não citados, foram contemplados no artigo, que se iniciou propondo uma análise dos "últimos 30 anos." (Feuerwerker, 1998, p.1) Os últimos 30 anos significam "a partir de 1968", período de grande ebulição entre os (ex)-catedráticos, devido aos debates relacionados à nova legislação sobre a educação, conhecida como Reforma Universitária.

Neste tipo de debate, incluí uma outra opinião, a de Lílian Koifman (Koifman, 2001; Koifman, 2004), que, citada na Introdução do presente trabalho, reafirmaria a necessidade de transformação do currículo médico criado sobre as bases do "modelo flexneriano"; participou e publicou suas experiências na reforma curricular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, na qual faz parte do corpo docente.

Inicialmente, a Laura Feuerwerker aponta para um preocupante hiato a ser preenchido pela tradução dos "conteúdos de ensino-aprendizagem [...] em serviços de saúde mais acessíveis e eficientes, mais humanos e democráticos." Partimos desse hiato, em que fica evidenciada uma antiga discussão ideologizada, "da desqualificação da prática clínica e do trabalho médico em geral, em que muitas vezes se incorreu quando da crítica à abordagem biologicista e centrada na doença da medicina flexneriana". (Feuerwerker, 1998, p.53) A questão do "modelo flexneriano", enquanto um axioma universal, pode aqui ser retomada na forma de oposição entre "perfil e conteúdo da formação dos médicos", e "organização dos serviços de saúde e prática assistencial". Laura Feurwerker desconstrói mitos relativos a propostas curriculares que se colocaram em pauta nos anos 1960 e que se concretizaram posteriormente. Um deles é o que a autora chama de "super-valorização de simples mudanças de cenário de aprendizagem como agentes de transformação dos

conteúdos ensinados e aprendidos" (Feuerwerker, 1998, p.53) Do ponto de vista de Lilian Koifman, e suas experiências em reformas curriculares, como a da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense e da de Buenos Aires, "a introdução do estudante nas aulas práticas desde os primeiros períodos é um dos pontos inovadores". Esta autora defendeu um ganho de qualidade no currículo a partir do "contato precoce dos estudantes com a população mesmo antes de serem médicos". (Koifman, 2004, p. 117) Laura Feuerwerker, em contraposição, afirma que "a prática mostrou que não bastou ao estudante ser exposto à realidade, à miséria e à maneira de operar dos serviços para que se conseguisse interferir de fato na essência de seu processo de formação". (Feuerwerker, 1998, p. 53) Da mesma forma, "a introdução de matérias da área de história da medicina e outras vinculadas à área de ciências sociais", que Koifman acredita ter contribuído para "uma formação diferenciada e que amplia a capacidade dos alunos de compreensão e inserção na realidade" (Koifman, 2004, p. 117), foi percebida por Feuerwerker de outra forma. Esta autora aposta na reduzida capacidade de influência sobre o ensino médico que a introdução destas disciplinas demonstrou ter. Uma das razões para tal é que não se procurou identificar quais conteúdos dessas disciplinas seriam essenciais e úteis à formação dos médicos. A outra seria imaginar que "a incorporação de conceitos mais complexos de saúde e de elementos do instrumental sociológico à construção do raciocínio clínico e à prática médica pudesse corresponder a uma mudança do eixo epistemológico da medicina", pois a Sociologia passaria a ser um de seus eixos constitutivos. (Feuerwerker, 1998, p. 54)

Retomando o debate sobre o "modelo flexneriano", Feuerwerker acredita que departamentos isolados não seriam capazes de produzir mudanças na escola médica, e dentre essas unidades, a Medicina Preventiva, Medicina Social e depois Saúde Coletiva, em sua crítica ancestral "à abordagem biologicista e centrada na doença da medicina flexneriana", desqualificavam a prática clínica e o trabalho médico em geral. A desqualificação da prática clínica se devia ao fato de ela ser centrada na abordagem ao paciente através da doença, que é o objeto do raciocínio clínico. A "formação para a saúde", diferentemente da clínica, se baseia em atividades de prevenção e promoção, o que afasta do cenário o indivíduo. Entretanto, para a autora, "por mais que as condições de vida e a inserção do indivíduo na sociedade sejam fundamentais na determinação do processo

saúde-doença, quando o indivíduo adoece, sua dor e seu sofrimento são de ordem privada". A autora afirma que a doença como fenômeno social possibilita ações sobre o coletivo, e concomitantemente a atenção a cada doente exige ações individuais. (Feuerwerker, 1998, p. 54)

No início do século XX, já não era mais aceitável uma faculdade de medicina em que o aluno, anônimo, apenas seguisse uma série obrigatória de disciplinas e cadeiras e apresentasse uma tese. Quando indivíduos como Pacífico Pereira e Aloysio de Castro criticaram o ensino do Brasil, tiveram o olhar fixo naquilo que entenderam como o principal ingrediente da qualidade: a organização das instituições européias, e muito especialmente das alemãs. Mas ao tomarem este modelo, não seria apenas para suas pesquisas e suas cátedras; os alunos seriam os principais beneficiados por laboratórios espacialmente adequados, nos quais professores capacitados estariam aptos a responder às mais atuais questões científicas e a introduzi-los às pesquisas. As instalações hospitalares brasileiras careciam do preparo pedagógico destes catedráticos que exigiam modernos Institutos Clínicos, em que os estudantes acompanhassem os doentes internados, nos consultórios e nos domicílios. Só instalações modernas, também não eram o suficiente. O exercício da clínica pressupunha tanto a observação individualizada e detalhada dos doentes pelos estudantes, como dos próprios estudantes pelos docentes. Os estudantes deveriam ser avaliados continuamente por sua participação e contribuição individual durante os cursos, numa relação de proximidade com os professores que escolheram.

O processo de Flexner para a criação de seu relatório se baseou na avaliação crítica e minuciosa de mais de uma centena e meia de escolas de medicina de 39 estados dos Estados Unidos e de oito escolas do Canadá. Seu relatório de 1910 fez menção a um comentário do Presidente da Universidade de Harvard, Eliot, sobre a falta de seriedade da maior parte das faculdades de medicina norte-americanas do século XIX e do inicio do XX. Segundo Eliot, e Flexner, muitos alunos admitidos nessas instituições mal saberiam ler e escrever e, portanto, não estariam aptos a desfrutar dos privilégios de uma faculdade de medicina. No entanto, em laboratórios providos de material adequado, e em grupos responsáveis pela evolução e pelo diagnóstico clínico e laboratorial - feito a partir do

material colhido dos próprios doentes, os estabelecimentos de ensino poderiam formar profissionais aptos à prática da medicina:

> "**walk into a medical school from the street" and small wonder that of those who did walk in, many "could barely read and write**". E segue Flexner: "But with the advent of the laboratory, in which every student possesses a locker where his individual microscope, reagents, and other paraphernalia are stored for his personal use ; **with the advent of the small group bedside clinic, in which evey student is responsible for a patient's history and for a trial diagnosis,** suggested, confirmed, or modified by his own microscopical and chemical examination of blood, urine, sputum, and other tissues, **the privileges of the medical school can no longer be open to casual strollers from the highway**. It is necessary to install a doorkeeper who will, by critical scrutiny, ascertain the the fitness of the applicant: a necessity suggested in the first place, by consideration for the candidate, whose time and talents will serve him better in some other vocation, if he be unfit for this; and in the second, by consideration for a public entitled to protection from those whom the very boldness of modern medical strategy equips with instruments that, tremendously effective for good when rightly used, are all the more terrible for harm if ignorantly or incompetently employed." (Flexner, 1910, p. 22)

Nossa proposta inicial foi apresentar os catedráticos de Clínica Médica como os principais responsáveis pelas iniciativas de reformas do ensino médico no Brasil, com base na farta documentação existente, seja ela de fontes orais ou impressas. Seu papel foi, sem dúvida, fundamental na elaboração dos pressupostos de uma grande reforma do ensino médico. Estes professores possuíam prestígio junto às faculdades, às universidades e ás autoridades dos governos pelos quais passaram, e acreditavam que a Clínica Médica fosse o marcador definitivo para a boa formação médica.

Os catedráticos clínicos entenderam, também, que a cátedra, enquanto instituição, não oferecia espaço para que o debate sobre a qualidade do ensino médico fosse bem sucedido. A partir do momento em que dependia de um indivíduo apenas para ser bem

sucedida, a cátedra tornava-se um risco. Neste norte, os catedráticos clínicos da geração de 1950 relacionaram o debate sobre o currículo médico a uma campanha pela extinção do sistema de cátedras. Afinal, os catedráticos de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da atual UFRJ já haviam criado, informalmente, departamentos constituídos pela união de cátedras afins. Com a Reforma Universitária de 1968, a cátedra foi realmente extinta, mas junto com ela, várias esperanças de uma estrutura integrada de ensino médico.

A Congregação da Faculdade de Medicina se fragmentou; a estrutura de departamentos e institutos era incapaz de manter juntos os professores de Anatomia ou Fisiologia, por exemplo, e os de Cirurgia ou Clínica Médica. Os primeiros foram para outra congregação, obrigados a construir e conviver com um referencial estranho à da Faculdade de Medicina. Os alunos de medicina, por seu lado, passavam a receber aulas de professores cujo interesse era bem distinto da medicina.

Uma das soluções veio através da Professora Alice Rosa, oriunda da 1ª Cadeira de Clínica Médica, que, orientada pelo Professor Clementino Fraga Filho, liderou um colegiado com a finalidade de estabelecer um elo entre os interesses dos alunos e professores de medicina e dos demais institutos e departamentos que ministravam aulas para os futuros médicos. O que foi tão estranho, inicialmente, naturalizou-se, ainda que com resistência por parte dos professores e de parcela dos estudantes. O ciclo básico ficou sem rosto.

Outra iniciativa da Professora Alice Rosa – que data de meados dos anos 1960 - foi convencer os professores da necessidade de aprenderem a ensinar. Foi, a seu ver, uma prática bem sucedida. A pedagogia era assunto desconhecido dos professores de medicina e foi se tornando familiar; o grupo de professores interessados na pedagogia crescia junto com o debate.

FONTES

Chagas, C. (1919) *Discurso do Dr. Carlos Chagas no banquete offerecido pela classe medica do Rio de Janeiro, no Edificio do Derby-Club, em homenagem aos medicos bahianos*, em 9 de dezembro de 1918. Rio de Janeiro: Typ. Jornal do Commercio, de Rodrigues, 1919. 25p.

COC. (1998). *Fundo Clementino Fraga*. Departamento de Arquivo e Documentação / Setor de Arquivos Pessoais e de Outras Instituições.

Ferreira, J.R (2003) *Entrevistas para Flavio Edler*. COC/Fiocruz.

Fraga, C. (1940-1969) *Cartas a Luiz Torres*. Arquivo pessoal do Professor Clementino Fraga Filho.

Fraga Filho, C. (2003-2005) *Entrevistas para Flavio Edler*. COC/Fiocruz.

JC, 1922. *Jornal do Commercio* de 24/08/1922.

Lobato-Paraense, W. (2005) *Evandro Chagas e as grandes endemias*. Conferência Inaugural do XIX Congresso Brasileiro de Parasitologia, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 1.º a 4 de novembro de 2005.

Munk, F. (1923) *Die Chagaskrankheit In Medizinische Klinik.* Berlim, 1923. 16 fls. mimeo. Notícias sobre Fritz Munk, Fundo Família Chagas, COC, Fiocruz.

Nava, P. (1980) Carta a Clementino Farga Filho de 31/8/80

Rosa, A. R. (2007-8) *Entrevistas para Maria Regina Cotrim Guimarães.*

Santos, R.F. (2003) *Entrevistas para Flavio Edler*. COC/Fiocruz

UFRJ (1958 a 1975) *Relatório das atividades da Primeira Cadeira de Clínica Médica da Faculdade de Medicina entre 1958 e 1975*.

Bibliografia

AFM (1974) Inauguração da Academia Fluminense de Medicina, quando se definiram os patronos das cadeiras. http://www.afm.org.br/ acessada em setembro/2004.

Abbott, A. (1988) The system of professions. Chicago: The University of Chicago Press.

ABEM (1966) *IV Reunião Anual*. Salvador, Bahia.

ABL (1926). Pasta de Clementino Fraga. Carta datada de 10/6/1926, dirigida ao presidente da Academia Brasileira de Letras, em que se candidata à Cadeira 21, na vaga de Mário de Alencar.

ABL (2006) Biografia de Clementino Fraga, localizada em:

http://www.machadodeassis.org.br/abl/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=411&sid=328, e acessada em 28/4/2006

Adams, R. (1955) Notas sobre el uso de la antropología en el campo de la salud publica. *Bol. Ofic. Sanit. Panam.*, mayo 1955, p. 473-490.

Aleixo, J.L.M. (2002) A Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: Perspectivas de Desenvolvimento no Início do Terceiro Milênio. *Revista Mineira de Saúde Pública*, nº 1, ano 1, janeiro a junho – 2002.

Almeida, M.J. (1997). *Educação Médica e Saúde*: limites e possibilidades das propostas de mudança. Tese de Doutorado em Saúde Pública. USP.

Almeida Neto (2009) Entrevista ao Jornal "Opção *on line*", de Goiânia, em 13/5/09. http://www.jornalopcao.com.br/index.asp?secao=Especiais&subsecao=Especiais&idjornal=342&idesp=16 (acessado em 19/5/09)

Amaral, J.L. (2007) *Duzentos anos de ensino médico no Brasil*. Tese de doutorado, 2007. IMS/UERJ.

Annaes da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1917). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1917.

Ávila, F.B. (2005) A alma de um padre – testemunho de uma vida. Bauru: EDUSC.

Barros, P.M. (1997) Alvorecer de uma nova ciência: a medicina tropicalista baiana. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* , 1997, vol.4, n.3, pp. 411-459.

Benchimol, J.L. (2001) (coord.) *Febre amarela – a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Biomanguinhos, Editora Fiocruz, 2001.

_____ (1990) (coord). *Manguinhos do Sonho à Vida* - A Ciência na Belle Époque. Rio de Janeiro: COC/FIOCRUZ.

Ben-David, J. (1974). *O papel do cientista na sociedade.* São Paulo: Pioneira, EDUSP.

Berditchewsky, A. (1968) Aspectos del ejercicio médico em la província chilena. *Educación Médica y Salud*, vol. 2, nº4, abr-jun,1968.

BVCC (2006) Biblioteca Virtual Carlos Chagas: http://carloschagas.ibict.br/ acessada em 11/12/2006

Bourdieu, P. (2003) *A economia das trocas simbólicas*. 5ª ed. São Paulo: Ed. Perspectiva.

_____. (1984) *Homo Academicus*. Paris: Les Editions de Minuit.

Brasil. (1966). Presidência da República. Decreto-lei 53 de 18 de novembro de 1966.

_____. (1967). Senado Federal. Decreto-lei 252 de 28 de fevereiro de 1967

Bridge, E.M. (1967). Actitudes y opiniones de los profesores de medicina. *Educación Médica y Salud*, OPAS, vol.1, nº 5., p. 351-390.

Bulcão, L.G. et al. (2007). Ciência e ensino médico no Brasil (1930-1950) História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 14 nº 2, abr-jun. 2007, p. 469-487.

Burgos, M.B. (1999) Os padrões de desenvolvimento institucional da ciência no País. In:_____. *Ciência na periferia: a luz síncroton brasileira*. Juiz de Fora: EDUFJF

Campos, A.L.V. (2000). Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública. In: Gomes, Ângela C. *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: Editora FGV, p. 195-220.

Carvalho, J.M. de (1987). *Os bestializados*. São Paulo: Companhia das Letras.

Castro, A. (1919) O ensino clínico e sua organização. Conferência realizada no Hospital Maciel de Montevidéu. *Annaes da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro*: Imprensa Nacional, 1919.

Chaloub, S. (1996) *Cidade Febril* – cortiços e epidemias na Corte imperial. São Paulo: Cia das Letras.

COC. (1998). *Fundo Clementino Fraga*. Departamento de Arquivo e Documentação / Setor de Arquivos Pessoais e de Outras Instituições.

COC (Observatório de História – José Roberto Ferreira) http://www.coc.fiocruz.br/observatoriohistoria/opas/fontes/jofeBiografia.htm página acessada em 5/12/07

Castro, Aloysio de. *Dicionário Histórico Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*. Disponível em http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br, acessado em 19/7/09.

Coelho, E.C. *As profissões imperiais* – medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro (1822-1930). Rio de Janeiro: São Paulo: Record.

Costa, Nilce M.S.C. (2007). Docência no ensino médico: porque é tão difícil mudar? *Revista Brasileira de Educação Médica,* vol. 31, nº 1, jan.-abr. 2007

Coutinho, A. et alli. (1980) *Itinerário de uma vida*. Rio de Janeiro: José Olympio Editora.

Crossland, M. (1975) 'The development of a professional career in science in France'. *Minerva,* 15, pp. 38-57.

Cunningham, A. (2002). Transforming plague. In A. Cunningham, & P. Williams, *The laboratory revolution in medicine* (pp. 209-244). Cambridge: Cambridge University Press.

Cunningham, A., & Williams, P. (1992). *The laboratory revolution in medicine.* Cambridge: Cambridge University Press.

Cury, C.R.J. A desoficialização do ensino no Brasil: a Reforma Rivadávia *Educ. Soc.*, Campinas, vol. 30, n. 108, p. 717-738, out. 2009

Cutolo, L.R.A. (2001) *Estilo de pensamento em educação médica – um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC*. Tese de doutorado. Centros de Ciências da Educação, UFSC, 2001

Dortier, J.F. (1998) L'Individu dispersé et sés identités multiples. In: Ruano-Borbalan, J.C. (org.). *L'Identité* – l'individu, le groupe, la société. Auxerre: Sciences Humaines Éditions. 1998.

Dodsworth, H.T. (1912) *Como é compreendido o ensino de Física Médica nas Faculdades de Medicina estrangeiras*. Rio de Janeiro: Typ. Besnard Frères – 130, rua do Hospício. (34 p.)

Edler, F.C. (2006) *Boticas e Pharmacias – uma história ilustrada da farmácia no Brasil*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra.

_____. (2002) A Escola Tropicalista Baiana : um mito de origem da medicina tropical no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9(2): 357-85, maio-agosto, 2002

_____. (2001a) A medicina acadêmica imperial e as ciências naturais. In Heizer, A. & Videira, A.A.P. (orgs.) *Ciência, Civilização e Império nos trópicos*. Rio de Janeiro: Access, 2001.

_____. (2001b) De olho no Brasil: a geografia médica e a viagem de Alphonse Rendu. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos,* vol. VIII (suplemento), 925-43

_____. (1999) *A constituição da Medicina Tropical no Brasil oitocentista: da Climatologia à Parasitologia Médica*. Tese de doutorado. IMS/UERJ.

_____. (1992). *As reformas do ensino médico e a profissionalização da medicina na Corte do Rio de Janeiro (1854-1884)*. Dissertação de Mestrado. São Paulo, SP: Departamento de História - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras - USP.

Escorel, S. (2000) *Saúde Pública – utopia de Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: Prefeitura. Pp. 96-103, 2000.

_____. (1987) *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Administração e Planejamento. ENSP-Fiocruz. 1987.(2 vol)

Faria, L.R. (1995) Os primeiros anos da reforma sanitária no Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller (1915-1920). *Physis. Revista de Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.109-127, 1995.

Fávero, M.L.A. (2000a). Da cátedra universitária ao departamento – Subsídios para discussão. 23ª reunião da ANPED, 2000.

Em: www.anped.org.br/23/textos/1118t.PDF, acessada em 28 de setembro de 2004.

_____. (2000b) *Universidade e poder* – análise crítica / fundamentos históricos: 1930-1945, 2ª ed. Brasília: ed. Plano.

Fee, E. & Brown, T.M. (2002) 100 years of the Pan American Health Organization. *American Journal of Public Health*. December 2002, Vol 92, No. 12 (editorial)

Feijó, L. (1979) Discurso por ocasião de sua jubilação da Faculdade de Medicina da UFRJ, em 1979.

Fernandes, P.J. (2004) *Ato médico:* versões, visões e reações de uma polêmica contemporânea das profissões da área de saúde no Brasil. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde, COC-FIOCRUZ.

Ferreira, J. et al. (org.) (2003) *O Brasil Republicano* – o tempo da experiência democrática. RJ: Civilização Brasileira.

Ferreira, R.A. (1999). A normalização da medicina no Brasil no século XX. *Revista Médica de Minas Gerais*, 9(4): 177-83.

Ferreira M.M; Amado J.(org.) *Usos e abusos da história oral*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV. 2005.

Feuerwerker, L. (2004) Gestão dos processos de mudança na graduação em medicina. In: Marins et al. (org) *Educação médica em transformação*. SP: Hucitec.

_____. (1998) Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 2, nº3, 1998.

Fialho, A. (1924) Conferência de Abertura dos Cursos na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 01 de abril de 1923. *Annaes da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro*, RJ: Imprensa Nacional. 1924.

Figueiredo, B. G. (2001). O doutor da capa preta: Chernoviz e a medicina no Brasil do século XIX. *Estudos , 1* (1), pp. 95-110.

Fleischer, B. (2000) The Bernhard Nocht Institute: 100 years of Tropical Medicine in Hamburg. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, vol. 95, s.1. Rio de Janeiro, 2000.

Flexner, A. (1910) *Flexner Report – Medical Education in the United States and Canada.* Carneggie Foundation, 1910

Fonseca O. (1974) *A Escola de Manguinhos*. São Paulo, Brasil. (separata do tomo II de 'Oswaldo Cruz Monumenta Historica').

Foucault, M. (1987). *O nascimento da clínica.* Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Fraga, C. (1972) *Vida e Obra de Oswaldo Cruz*. Rio de Janeiro/Brasília: Livraria José Olympio Editora / INL-MEC. 1972

_____. (1940 a 1969) *Cartas a Luiz Torres*. Arquivo pessoal do Professor Clementino Fraga Filho

_____. (1918) *Clínica Médica*. Bahia.

Fraga Filho, C. (2007) *Testemunhos de uma vida a serviço*. Ed. Geraldo Jordão Pereira

_____. (1980) O professor universitário. In: Coutinho, A. et al. (1980) *Clementino Fraga: Itinerário de Uma Vida*. Rio de Janeiro, Brasília: Livraria José Olympio Editora, INL-MEC.

_____; Rosa, A.R. Temas de Educação Médica. Brasília:MEC, s/d.

Freidson, E. (2001). *Professionalism, the third logic.* Chicago: University of Chicago Press.

Freyre, G. (1937) Prefácio. In: Mello, A. S. *Problemas do ensino médico e de educação*. Rio de Janeiro: Ariel, Editora Limitada. 1937.

Gomes, A.C.V. (2009) *Um programa de "sciencia do Brazil": a inserção da fisiologia experimental na agenda científica brasileira em fins do século XIX (1880-1889)*. Tese de Doutoramento. Belo Horizonte, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG. 2009.

Goubert, J. P. 'L'étude de cas: un dialogue entre histoire sociale et biographie médicale'. *História, Ciencias, Saúde – Manguinhos* (nota de pesquisa), vol. II, n.3, nov.1995 - fev.1996, pp. 167-170

Goulart, A.C. (2005) Revisitando a espanhola: a gripe pandêmica de 1918.no Rio de Janeiro. *História, ciências,. saúde-Manguinhos*, vol.12 nº.1, Rio de Janeiro, Jan./Abr. 2005

Greene, J.A. (2007) *Prescribing by numbers – drugs and definition of disease*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Grzegorzewski, E. (1969) Creación de nuevas escuelas de medicina en latinoamerica. Editorial. *Educación Médica y Salud*, OPAS, vol. 3, nº 1.

Guimarães, M.R.C.; Paula, R.N. (2004) *O Hospital de Manguinhos (1904-1940)*. Ipec/Fiocruz: Rio de Janeiro. 2004.

_____. (2003) *Civilizando as artes de curar: Chernoviz e os manuais de medicina popular do Império*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, PPGHCS-COC-Fiocruz.

Heizer, A., & Videira, A. A. (2000). *Ciência, civilização e império nos trópicos.* Rio de Janeiro: Access.

Hochman, G. (1993) Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, vol. 6, nº 11, p.40-51.

Joutard, P. (2005) História oral: um balanço da metodologia e da produção nos últimos 25 anos (capítulo 5). In: Ferreira M.M; Amado J.(org.) *Usos e abusos da história oral.* 6ª ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV. 2005.

Kemp, A. (2003). *The Rockefeller Foundation and the Faculdade de Medicina de São Paulo: a case study in philantropy as policy.* Tese de Doutorado. Indiana School of Education - Indiana University.

_____; Edler, F. C. (2004) A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos,* vol. 11(3): 569-85. set-dez. 2004

Koifman, L. (2004) O processo de reformulação curricular de duas faculdades de medicina no Brasil e na Argentina: uma abordagem comparativa. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.14, p.113-33, set. 2003 - fev. 2004.

_____. (2001) O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. VIII (1): 48-70, mar.-jun. 2001.

Kremer, R. L. (2002). Building institutes for fisiology in Prussia, 1836-1846. In A. Cunningham, & P. Williams, *The laboratory revolution in medicine* (pp. 72-109). Cambridge: Cambridge University Press.

Kropf, S.P. (2006) *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação(1909-1962)* Tese de doutorado. Programa de Pós-graduação em História, UFF. 2006.

Lampert, J.B. (2006) Para não perder o trem da história. Cadernos ABEM, vol. 2, jun. 2006, p. 81-88.

Lenoir, T. (1998) Revolution from above: The Role of the State in Creating the German Research System, 1810-1910. *The American Economic Review* Volume 88, Issue 2 May 1998, 22-27.

Lima, J.P.C. (2007) *Significados e Usos de Termos Correntes em Psicossomática: da organoneurose ao transtorno somatoforme.*

(Capturado de http://www.psicossomatica-sp.org.br/artigos9.html ; acesso em 07/07/2007)

Lobato-Paraense, W. (2005) *Evandro Chagas e as grandes endemias*. Conferência Inaugural do XIX Congresso Brasileiro de Parasitologia, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 1.º a 4 de novembro de 2005.

Lopes, S. F. (2006) A educação escolar na Primeira República: a perspectiva de Lima Barreto. *Revista HISTEDBR On-line*, CD-Rom, p. 1-22.

Löwy, I.(1996) Metaphors of immunology: war and peace. *História, Ciências, Saúde -Manguinhos,* III (l):7-23, Mar.-Jun. 1996.

Macedo, P.O. *et al.* (2008) As tecnologias de cuidado da enfermagem obstétrica fundamentadas pela teoria ambientalista de Florence Nightingale. *Escola Ana Neri - Revista de Enfermagem*, 2008, jun, 12(2): 341-7

Medeiros, M. *et al*. (2007) A expansão das escolas de enfermagem no Brasil na primeira metade do século XX. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v.1, n.1, out-dez. 1999.

(Disponível em http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/index acessada em 05 de fevereiro de 2007)

Medicina (2006) Reforma Rocha Vaz. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Capturado em 21 dez. 2006. Online. Disponível em http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br

Mello, A. S. (1937) *Problemas do ensino médico e de educação*. Rio de Janeiro: Ariel, Editora Limitada. 1937.

Mendelsohn, E. (1964). The emergence of science as a profession in nineteenth century Europe. In K. Hiil, *The management of scientists* (pp. 34-80). Boston: Bacon Press.

Mendes, D. T. (1968) A universidade e sua utopia. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos.* Rio de Janeiro, v. 50, nº 112, out-dez., 1968, p. 223-231.

Molina, G. (1954) La Medicina Preventiva em la educación médica. *Boletin de la Oficina Sanitária Panamericana*. P. 442-447.

Nava, P. (1983) *O Círio Perfeito*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

_____. (1949) *Capítulos da História da Medicina no Brasil*. Rio de Janeiro: Brasil Médico Cirúrgico. 1949.

Oliveira G.S.; Koifman, L. (2004) Integralidade do currículo de medicina. In: Marins, J.J.N et al. *Educação médica em transformação*. São Paulo: Hucitec:ABEM.

OPAS (1953) Informe Final. Conferencia Regional de Educación Higiénica. México, DF. 66 p.

OPAS (1951) *Primer Congreso Panamericano de Educación Médica*. Lima, Peru.

OPAS (1946) *First Interamerican Conference on Health Education*. Publication n. 218. Washington, DC.

Osborne, M (2002). French military epidemiology and the limits of laboratory. In: Cunningham, A. & Williams, P. *The laboratory revolution in medicine*. Cambridge: Cambridge University Press. 2002.

Pereira, N.G. (2006) *Evolução do ensino de graduação na disciplina de doenças infecciosas e parasitárias na Faculdade de Medicina da UFRJ no período de 1963 ao primeiro semestre de 1963*. Tese de Doutorado. Departamento de Medicina Tropical/IOC/Fiocruz.

Pereira, P. (1912) *Reforma do ensino médico pelo decreto de 5 de abril de 1911*. Bahia: Typographia Almeida.

Pereira, P. http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/P/verbetes/escirba.htm

Pickstone, J. V. (2005). Science in nineteenth century England: plural configurations and singular politics. In M. Daunton, *The organisation of knowledge in Victorian Britain.* Oxford and New York: Oxford University Press.

Pickstone, J. V. (2001). *Raise of knowing, a new history of science, technology and medicine.* Chicago: University of Chicago Press.

Pimenta, T. S. (2004). Transformações no exercício das artes de curar no Rio de Janeiro durante a primeira metade dos oitocentos. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos , 11* (sup. 1), pp. 67-92.

Rebouças, M.M. (2005) Henrique da Rocha Lima – um processo do conhecimento contemporâneo. *Páginas Inst. Biol*., v.1, n.1, jan./jun., 2005. Disponível em http://www.biologico.sp.gov.br/docs/pag/v1_1/reboucas2.htm, acessado em 04/07/2008

Redondi, P. (1989). La Révolution Française et l'histoire des sciences. *La Recherche,* 320-331.

Ribeiro, L. (1984) *Academia Nacional de Medicina – temas de sua vivência 1929-1979*. Rio de Janeiro: Sintra Gráfica e Editora.

Ringer, F. K. (2000). *O declínio dos mandarins alemães.* São Paulo: EDUSP.

Ristow, A.M. (2007) *A formação humanística do médico na sociedade do século XXI: uma análise curricular*. Dissertação de Mestrado. Setor de Educação, UFPR.

Rosa, A.R. (2007) 'Apresentação'. In: Fraga Filho, C. Testemunhos de uma vida a serviço. Rio de Janeiro: Geraldo Jordão Pereira.

Rosa, A.R. (1982). *Processo seletivo de professores universitários - contribuição a seu estudo.* Rio de Janeiro: FGV.

Rosas, E.J. (1981) *A extensão de cobertura dos serviços de saúde no Brasil, PIASS – análise de uma experiência*. Dissertação de Mestrado. Brasília, 1981, ENSP-FIOCRUZ.

Rosenberg, C. E., & Helfand, W. H. (1998). *Every man his own doctor - popular medicine in early America*. Philadelphia: The Library Company of Philadelphia.

Rothen, J.C. (2008) Os bastidores da Reforma Universitária de 1968. *Educação e Sociedade,* vol. 29 no.103 Campinas Mai/Ago.

Sá, M.R. *et al*. (2009) Medicina, ciência e poder: as relações entre França, Alemanha e Brasil no período de 1919 a 1942. *História, ciência, saúde –Manguinhos*, vol.16, no.1, Rio de Janeiro, jan – mar, 2009

Santos, R.F. (2001) A formação de médicos para o Brasil – depoimento sobre o período crucial de sua história. 31 p. (s/ed)

Salles, P. (1971). *História da medicina no Brasil.* Belo Horizonte: G. Holman.

Schorske, C.E. (1990) *Viena Fin-de-Siècle: política e cultura.* São Paulo: Companhia das Letras, 1990.373p.

Schraiber, L.B. (1993) *O médico e seu trabalho – limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec.

Starr, P. (1991). *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América.* México-DF: Biblioteca de la Salud.

Sevcenko, N. (2003) *Literatura como missão*. 2ª ed. SP: Cia das Letras.

Sirinelli, J.F. (1996). A geração in: Ferreira, M. M. *Usos e abusos da história oral.* Rio de Janeiro: FGV.

Silva, M.R.B. *et alli*. (2006) Uma 'biblioteca sem paredes' – história da criação da Bireme. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* vol.13 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2006.

Silva, M.R.B. (2002) O ensino médico em debate: São Paulo 1890 a 1930. *História, Ciências, Saúde -. Manguinhos*, vol. 9 (supl.): 139-59, 2002.

Silva Mello, A. (1937) Problemas do ensino médico e de educação. Rio de Janeiro: Ariel, ed. limitada.

Silva, N.C. (1914) *Liberdade de ensino e liberdade profissional*. Discurso do Paraninfo Dr. Nilo Cairo da Silva da turma de graduandos de 1914, da Universidade do Paraná. Tipografia Alfredo Hoffman.

Silva, R. (2008) *Malária e desenvolvimento: a saúde pública no governo JK, 1956-1961*. Tese de Doutorado. História das Ciências e da Saúde – COC/Fiocruz.

Stepan, N. (1976). *Gênese e evolução da ciência brasileira: Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica.* Rio de Janeiro: Artenova.

Stevens, R. (1998) *American medicine and the public interest – a history of specialization*. 2ª ed. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press. 578 p.

Torres, C.H.D.A. (2002) Ensino de epidemiologia na Escola Médica: institucionalização da epidemiologia como disciplina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.

Uchoa, H.W; Paim, E.R. (1982) A Experiência da ENSP na descentralização dos cursos de saúde pública. In: *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*. Rio de Janeiro: NUTES/UFRJ, OPAS, ABRASCO, ENSP.1982.

UFBa (1961) *1ª Conferência sobe o ensino da Clínica Médica no Brasil*. UFBA/ Fundação Kellogg: Salvador, 21-25 de fevereiro de 1961. (49 pág.)

Ugarte, L.A. (1967). El médico general, el médico básico o indiferenciado, el médico de família y el especialista. *Educación Médica y Salud*, OPAS, vol. 1, nº 3, p. 206-219.

Vizentini, P.G.F. (2003) Do nacional-desenvolvimentismo à Política Externa Independente (1945-1964). In: Jorge Ferreira; Lucília Delgado. (Org.). *O Brasil Republicano*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 195-216.

Warner, J. H. (2004). *Against the spirit of system - the French impulse in nineteenth century American medicine.* Baltimore, London: The Johns Hopkins University Press.

Warner, J. H. (2002). The fall and rise of professional mistery. In A. Cunningham, & P. Williams, *The laboratory revolution in medicine* (pp. 110-141). Cambridge: Cambridge University Press.

Weber, B.T. (1999) *As artes de curar – medicina, religião, magia e positivismo na república rio-grandense (1889-1928)*. Santa Maria, Bauru: Editora UFSM, EDUSC.

Weber, M. (1998) *The protestant ethics and the spirit of capitalism*. 2nd ed. Los Angeles: Roxbury Publishing Company.

Weisz, G. (2006). Divide and Conquer - a comparative history of medical specialization. New York: Oxford University Press, 2006.Weisz, G. (1994). Mapping medical specialization in Paris in the nineteenth and twentieth centuries. *The Society for the Social History of Medicine , 7(2)*, pp. 177-211.

_____. (2005). Naissance de La spécialisation médicale dans Le monde germanophone. *Actes de la recherche em sciences sociales*, numéro 156-157, mars 2005, pp 37-51.

_____. (2003) The emergency of medical specialization in the Nineteenth century. *Bull. Hist. Med*., 2003, 77: 536–575

_____. (1997). Medical directories and medical specialization in France, Britain and United States. *Bulletin of the History of Medicine , 71(1)*, pp. 23-68.

Zotti, S. A. (2005) *O currículo do ensino secundário e a formação das elites republicanas*. In: XXIII Simpósio Nacional de História - História: Guerra e Paz, 2005, Londrina: Editorial Mídia, 2005. v. 23.

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo