UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE HISTÓRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA ECONÔMICA

Importação e Implantação do Modelo Médico-Hospitalar no Brasil
Um esboço de História Econômica do sistema de saúde 1942-1966

Eduardo Bueno da Fonseca Perillo

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História Econômica do Departamento de História da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Doutor em Ciências

Orientador: Prof. Dr. Osvaldo Luis Angel Coggiola

São Paulo
2008

RESUMO

O atual modelo de atenção à saúde do Brasil tem suas origens no modelo biomédico flexneriano, idealizado e implantado nos Estados Unidos por meio da ação combinada do corporativismo médico local e do grande capital. Sua importação e implantação se insere nas relações gerais de dependência econômica e subordinação política do nosso País aos interesses norte-americanos, desde as últimas décadas do século XIX até as primeiras décadas do século XX. O objetivo desta tese é identificar e analisar como as grandes fundações norte-americanas, financiadoras do modelo de atenção médica originado a partir da publicação do Relatório Flexner em 1910, mais os interesses capitalistas, tanto do grande capital internacional quanto nacionais, e o corporativismo médico brasileiro, construíram o modelo de atenção médico-hospitalar no Brasil e o moldaram à sua conveniência, de sorte a torná-lo hegemônico, preparando o terreno para a implantação da fase seguinte, a do complexo médico-industrial. Para tanto, apropriando-se do discurso dominante da ciência, deverão introduzir-se no Estado ou com ele manter estreito relacionamento, de forma a controlá-lo ou dirigí-lo ainda que parcialmente, privilegiando seus interesses, enquanto vestidos de um discurso que se pretende assistencialista, promovendo a expansão da base de assistência médica individual para cristalizar um padrão hospitalocêntrico e crescentemente tecnificado.

Palavras chave:
história da saúde, corporativismo médico, fundações, complexo médico-hospitalar, Flexner

ABSTRACT

The current model of health care assistance in Brazil stems from the biomedical Flexneriam medicine model once imagined and implemented in the United States through the combined action of the local medical corporativism and corporate class, mediated by the great philanthropies, and ultimately exported in the wake of financial capitalist expansionism, resulting in the Brazilian economical and political subordination to American interests between the late XIX and mid XX centuries. The main theme of this dissertation is to analyze how the great American philanthropic foundations, who financed the medical reform after the Flexner Report was published in 1910, combined their interests with the corporate class ones, both international and local, and, adding the support of the local medical corporativism, conformed the Brazilian health care model to its convenience, just preparing the ground for the introduction of the next phase, i.e., the medical-industrial complex. In order to succeed, and under the banner of the medical science, they either penetrated the structure of the State or maintained with it a close relationship, in order to control or at least partially steer it, always meaning its own interests while maintaining a betterment discourse, but promoting individual medical care in order to foster a hospital and technology centered pattern.

Key Words:
Brazilian health care history, medical corporativism, philanthropic foundations, medical-industrial-complex, Flexner

SUMÁRIO

Introdução		5
Parte I	Gênese do modelo de saúde	10
	Capítulo 1: formação econômica dos EUA e as grandes fundações	11
	1.1 - Desenvolvimento do capitalismo nos Estado Unidos	11
	1.2 - Período pós-reconstrução e as grandes fortunas	25
	1.3 - Grandes fundações filantrópicas	36
	Capítulo 2: a medicina nos Estados Unidos	45
	2.1 - Reforma da educação médica nos EUA e o Relatório Flexner	45
	2.2 - Crescimento da "medicina científica"	52
	2.3 - Desenvolvimento do hospital	63
Parte II	A medicina no Brasil: as corporações médicas	78
	Capítulo 3: Medicina brasileira da Colônia ao Império	79
	3.1 - Período colonial - 1500-1808	80
	3.2 - Período joanino - 1808-1822	87
	3.3 - Primeiro reinado e período regencial - 1822-1840	89
	3.4 - Segundo reinado - 1840-1889	101
	3.4.1 - A Escola Tropicalista Baiana	110
	Capítulo 4: Da Primeira República ao governo Vargas	118
	4.1 - Primeira República - 1889-1930	118
	4.2 - Período Vargas - 1930-1945	139
	4.2.1 - Criação do MESP	139
	4.2.2 - Reforma Capanema	144
	4.2.3 - Nova elite sanitarista	147
	4.2.4 - Reforma de 1941	148
	4.2.5 - IAPs e a maior demanda por assistência médica	141
	4.2.6 - Presença norte-americana nos serviços de saúde pública	161
	4.2.7 - A USP e a disseminação do ideário flexneriano	165
	4.2.8 - Resumo da saúde no período varguista	169
Parte III	Formação do mercado de saúde no Brasil	171
	Capítulo 5: "Medicina científica" e capitalismo médico	172
	5.1 - Transformações na medicina norte-americana - 1910-1970	172
	5.2 - Origem e evolução da indústria farmacêutica	186
	5.3 - O modelo assistencial no Brasil	213
Considerações finais		228
Referências		236

INTRODUÇÃO

A atenção à saúde, por conta de sua universalidade e capilaridade, configura aquele conjunto de temas sobre os quais todo indivíduo tem algo a dizer, seja qual for sua forma de inserção no sistema. Dessa forma, como primeira providência para organizar a discussão sobre o tema, torna-se fundamental identificar e compreender os diferentes interesses em pauta, de que "lugar" falam os atores envolvidos. Uma análise primeira e superficial dessa natureza apontaria como atores o governo, empresas privadas com fins lucrativos (agentes de financiamento do sistema, prestadores de serviços, indústrias de materiais, equipamentos e medicamentos), organizações públicas não estatais, clientes e cidadãos, cujos interesses operam ora em conflito, ora em consenso. Portanto, e como premissa dessa tese, para entender o *modus operandi* do sistema de saúde no Brasil, seu funcionamento, limites e possibilidades, torna-se necessário ir além dos elementos postos pelo presente, é preciso conhecer sua gênese.

O que hoje denominamos de modelo médico-hospitalar, ou seja a conformação do sistema de atenção à saúde focalizado na atenção médica individual e tendo como eixo o hospital, origina-se nas estruturas de saúde dos Estados Unidos e para cá foi trazido e implementado, principalmente no período 1942-1966, tornando-se crescentemente hegemônico. Por sua vez, as peculiaridades da estrutura de atenção à saúde norte-americana, explicam-se pelas características desenvolvidas pelo capitalismo naquele país, principalmente a partir do período da Reconstrução após a Guerra de Secessão, até as primeiras décadas do século XX.

Dessa explicação decorre o fato de iniciarmos este trabalho, focalizado no estudo de um problema brasileiro, a partir da explicação da instalação do capitalismo nos Estados Unidos. Com o desenrolar do trabalho veremos que o modelo médico-hospitalar foi um produto de importação, em um processo inserido naquilo que poderíamos denominar de colonização cultural, dentro da colonização econômica e política, e por isso devemos explicar a origem do próprio produto. A importação deu-se ao longo do tempo, de forma não linear, no sentido de que o transplante de um modelo elaborado dentro de um determinado contexto histórico-social, suscita outros tipos de contradições do que aquelas onde o modelo foi gerado.

À parte das considerações sobre a implantação do capitalismo nos Estados Unidos e no Brasil, veremos que a classe médica, se é que assim podemos denominá-la, percorreu trajetórias diferentes no contexto histórico dos dois países durante o século XIX, mesmo porque as transformações econômicas que afetaram as principais economias mundiais nas primeiras décadas do século, também se fizeram sentir em ambos de forma distinta. Essa diferença se acentuaria ainda mais a partir de meados da década de 1860 e até as primeiras décadas do século XX, período de extenso desenvolvimento econômico no cenário norte-americano, que todavia não encontrou contrapartida no plano brasileiro.

No seio das transformações econômicas e políticas transcorre a história da medicina nos Estados Unidos e a gênese do modelo de atenção médico-hospitalar resultante da luta de classes ao longo do século XIX, culminando com a captura da medicina pelos interesses do capitalismo nas primeiras décadas do século XX, a criação de um modelo de ensino médico associado aos interesses industriais dominantes, sua disseminação no plano norte-americano e finalmente a elaboração de um produto de exportação com características de colonização cultural.

É no contexto da estrutura econômica e política ao longo do século XIX, com a chegada da corte portuguesa ao Rio de Janeiro, seguindo-se o Período Imperial e a República, e já no século XX, o golpe de 1930 e o Estado Novo, que se desenvolve a história da medicina brasileira, com foco nas estruturas de interesse organizado, suas articulações políticas e, sobretudo, suas implicações econômicas. As transformações econômicas ocorridas entre 1945 e 1966 terão impactos especiais na estrutura de atenção à saúde no Brasil, porquanto é nesse intervalo que ocorrerão as principais rupturas com a arquitetura tradicional existente, isto é, ideologia, organização do trabalho e administração, ensino e prestação de serviços, resultando mais adiante na implantação e consolidação do complexo médico-hospitalar no País.

Até meados do século passado, as atividade de atenção à saúde no Brasil possuíam contornos de trabalho artesanal. Nas primeiras décadas do século XX, o início da industrialização viu surgir uma nova forma de produção de serviços de saúde. A rearticulação dos interesses na saúde manteria em evolução o modelo até fazê-lo finalmente deslanchar, então já com a II Guerra Mundial em pleno andamento, e consolidado, senão subordinado, o alinhamento dos interesses brasileiros aos norte-americanos.

Com a evolução do conflito, e principalmente após o seu final, em 1945, o novo padrão seria legitimado e o antigo modelo taxado de obsoleto; o novo é visto como “moderno” e “científico”, e paulatinamente, seria adotado em todo o País, tornando-se hegemônico. Calcado na experimentação dita científica e na tecnologia, teria o hospital como porta de entrada no sistema de atenção à saúde, principal centro de atenção e de integração de técnicas e equipamentos.

Como nas demais transformações econômicas, essa passagem não se deu de forma homogênea e simultânea em todas as instâncias e regiões do País. Interessa-nos estudar como se tornou hegemônica no período descrito, saindo do modo semi-artesanal de organização do trabalho e migrando para a órbita do capital.

Para a elaboração da tese recorreu-se à pesquisa documental e bibliográfica, conforme aludido no item resumo. Relativamente à esta última, observamos que quando se discute no Brasil a implantação do complexo médico-hospitalar, o tema geralmente é tratado de forma a contrapor duas correntes de pensamento historicamente presentes nas ações de saúde, como abordado por Costa e Augusto (1995), e também por Labra (1985): a visão sanitarista, hegemônica no início do século passado, progressivamente enfraquecida e finalmente sobrepujada após o final da Segunda Guerra Mundial pela visão medicalizada, essa última dominante desde então, evoluiu para o modelo médico-hospitalar, objeto deste estudo. Optamos por evitar uma leitura reducionista do tema, transcendendo à simplicidade maniqueísta do embate entre esquerda e direita, como fazem Campos (1991) e Mehry (1992). No plano mundial, poucos são os autores que se dedicam ao tema, como Navarro (1979), visto que nos países da OCDE, e principalmente nos Estados Unidos da América, o modelo hegemônico, cristalizado há décadas, é o do complexo médico-hospitalar, de atenção individualizada (HERZLINGER, 1997).

A metodologia compatível com o objetivo delimitado pautou-se pela pesquisa documental e bibliográfica. Quanto aos documentos, utilizamos os arquivos dos governos Getúlio Vargas e Geisel, os arquivos particulares de Gustavo Capanema (organizados pelo CPDOC da FGV), do Senado brasileiro, da Fundação Osvaldo Cruz, do *National Archives* dos EUA, do Congresso norte-americano e da *Rockefeller Foundation*. A pesquisa bibliográfica constituiu-se tanto dos textos considerados "clássicos" sobre o tema, quanto de títulos não disponíveis com facilidade nas bibliotecas das grandes universidades

brasileiras e norte-americanas - espera-se contribuir para a divulgação desses títulos menos usuais.

O envolvimento com o tema é antigo, resulta das inquietações surgidas no tempo da graduação em medicina na USP, à época da ditadura militar, e dos 35 anos de atividades profissionais, primeiro na medicina curativa e, nos últimos 25 anos, como gestor de sistemas e organizações de saúde. Interessava-nos compreender a origem do modelo de atenção a saúde no Brasil, bem como das ações articuladas entre as estruturas de governo, as instituições de ensino, notadamente as faculdades de medicina, as instituições representativas do corporativismo médico e as indústrias farmacêuticas e de materiais e equipamentos médico-hospitalares, na formatação do sistema de saúde atual.

O aprofundamento da pesquisa evidenciou o movimento gerador do modelo médico-hospitalar não como único e isolado, mas parte de outro, de mais amplo escopo, fruto de rearticulações político-econômicas ocorridas desde o final do século XIX, fundamentalmente nos EUA, resultando no re-ordenamento da economia (da estrutura de produção, distribuição e consumo de bens e serviços), e ainda com profundo alcance para as estruturas educacionais. Tão amplo movimento não poderia ocorrer sem que as relações entre os detentores do capital e as instâncias de governo também sofressem modificações, e estas foram de grande importância para assegurar o sucesso do movimento.

Com esse entendimento, e antes de iniciar a discussão das alterações específicas relativas ao âmbito da saúde, faz-se necessário construir o contexto para que tais transformações não se apresentem desconexas da realidade político-econômico-social do momento histórico no qual ocorreram. Trata-se mesmo de peça essencial para a explicação do porquê ocorreram, como ocorreram, e quais interesses estavam postos, na busca de razões que possam auxiliar na resposta às indagações presentes no plano da saúde, com seu permanente discurso de crise. Mesmo nas economias consolidadas o discurso de crise na saúde permanece, e as questões que procuraremos responder dizem respeito, em última análise, a *como* e *por que* os sistemas de saúde foram estruturados da forma como hoje se apresentam.

No caso específico brasileiro, é importante analisar ao longo da história o embate entre os diversos segmentos sociais representados no período em tela, quais forças foram colocadas em oposição e por quê, quais novas influências vieram desafiar o modelo existente, e,

principalmente, discutir como ocorreu a captura da saúde pelo capital, bem como o porquê de sua tardia introdução ao modo de produção capitalista.

Abordaremos no **capítulo 1** a formação do capitalismo nos Estados Unidos, a passagem para a fase do grande capital financeiro internacional, a formação das grandes fundações filantrópicas, seus objetivos e o alcance de suas ações. **No capítulo 2**, a história da medicina nos Estados Unidos, o Relatório Flexner, a reforma do ensino médico (via financiamento das fundações filantrópicas), a consolidação do modelo no plano interno, com o crescimento da atenção hospitalar e da tecnificação, e sua posterior exportação.

No capítulo 3, a medicina colonial brasileira, as primeiras escolas médicas do Brasil, a constituição das corporações médicas e sua interface com o governo, as políticas de saúde pública e de assistência individual, a transformação do hospital, o embrião das atividades comerciais na saúde, a importação do modelo flexneriano e sua implantação pioneira em SP. **No capítulo 4**, a incorporação econômica e política do Brasil à órbita dos EUA, as reformas das estruturas de atenção à saúde, a especialização dos sanitaristas e a constituição de uma nova elite médica, o declínio do modelo sanitarista de atenção à saúde e o crescimento da assistência médica individual, a presença norte-americana nas estruturas de saúde pública do País no governo Vargas. **No capítulo 5**, apresentaremos a evolução do modelo médico-hospitalar no Brasil no quadro desenvolvimentista civil e militar, e finalmente apresentaremos nossas conclusões.

PARTE I

A GÊNESE DE UM MODELO DE SAÚDE
CAPITALISMO, GRANDES FORTUNAS, FUNDAÇÕES E MEDICINA

Capítulo 1

A formação econômica dos Estados Unidos e as grandes fundações

In politics, nothing happens by accident. If it happens, you can bet it was planned that way.

Franklin Delano Roosevelt

1.1 - Desenvolvimento do capitalismo nos EUA

No início do século XIX, a economia norte-americana possuía ainda características essencialmente rurais e mercantilistas; menos de 10% da população vivia então em áreas urbanas, apenas 7% habitando a oeste das Montanhas Apalaches[1]. A maioria das propriedades rurais possuía auto-suficiência, não obstante uma pequena indústria de apoio (serrarias, moinhos, tecelagens e forjas), tenha se desenvolvido ao longo do tempo. Todavia, sinais de regionalização estavam presentes. Ao sul, de vocação agrícola e mão de obra escrava, o algodão era a principal cultura, florescente após a introdução da *cotton gin*, máquina capaz de separar os fios das sementes, multiplicando por 50 a produtividade de um trabalhador (BRUCHEY, 1988:31, 49). Ao norte, a Nova Inglaterra se especializara na construção e manutenção de navios, navegação e pesca, e lá se instalaria a primeira tecelagem mecanizada, em 1813.

O restante do país produzia peles, culturas e pequenas manufaturas variadas, oriundas de pequenos produtores mercantis, e desde a Constituição de 1787, com a unificação do mercado, não mais existiam barreiras tarifárias ao comércio interno, mas a maioria dos manufaturados ainda era importada, tendo na Inglaterra o seu principal fornecedor. Por volta de 1800, com exceção dos escravos, o padrão de vida em geral era razoavelmente elevado, com salários cerca de um terço superiores aos da Europa Ocidental (KENNEDY, 1987:178).

Em 1800, o Partido Federalista, de Washington e Hamilton, de cunho nacionalista e defensor de um país fiscal e militarmente forte, de poder centralizado, perderia seu domínio

[1] Cordilheira que se estende desde o Canadá até o sul dos Estados Unidos, acompanhando a linha costeira leste da América do Norte, dela distando algumas centenas de quilômetros, oferecendo dessa forma uma barreira natural à progressão para oeste.

político com a eleição de Thomas Jefferson[2]. Jefferson e James Madison organizaram em 1792 o Partido Democrata-Republicano, com forte representação entre os agricultores, favorável à maior auto-determinação dos estados e contrário à política exterior dos federalistas. Opunha-se também aos altos impostos e gastos militares por eles defendidos, sendo particularmente contrário à idéia de um banco central[3]. A democracia jeffersoniana idealizava um país fixado na pequena agricultura, distante do capitalismo moderno e da enorme revolução industrial que se processava no período (ROSENBERG, 1939:11-18). No governo Jefferson (1801-1809), proibiu-se a importação de escravos a partir de 1º de janeiro de 1808; a partir de então, o escravismo seria progressivamente abolido na maioria dos estados do norte, persistindo porém no sul.

As forças federalistas iriam aglutinar-se em torno de Henry Clay, futuro fundador do Partido Whig, cujo plano econômico, denominado *American System,* previa a constituição de um banco nacional e de barreiras tarifárias para produtos importados. Essas visariam proteger o mercado interno, estimulando o consumo de manufaturados norte-americanos e gerando receitas para construir estradas e canais, fundamentais para a melhoria da infraestrutura nacional e a circulação de mercadorias e pessoas, garantindo a movimentação de tropas em situações de conflito. Tanto as tarifas sobre os produtos europeus como o *Second Bank of the United States* foram autorizados pelo Congresso em 1816, sendo também ampliado o controle do governo federal sobre os estados (LIVELY, 1955:81-96).

Os estados seriam desigualmente afetados pelas barreiras tarifárias. No sul, de base agrícola, eram vistas como ameaças à economia, pois dependente da importação de produtos acabados, caso importasse produtos europeus, recolheria tributos carreados para o governo central. Se comprasse produtos industrializados do norte, favorecido pelo bloqueio tarifário, fomentaria seu enriquecimento, estimulando uma troca desfavorável, pois somente produzia alimentos e matérias-primas. Sua resistência às tarifas, rotuladas de ingerência do governo da União sobre sua soberania, baseava-se no entendimento de que o governo federal não poderia legislar sobre questões internas dos estados, dilema que se agravaria até desaguar na secessão.

---

[2] Jefferson fora o primeiro secretário de Estado e o segundo vice-presidente dos EUA.

[3] O *First Bank of the United States*, criado em 25/02/1791 com permissão do Congresso para funcionar por 20 anos, não a teve renovada em 1811, já no governo de James Madison. Jefferson via os bancos como mais perigosos do que um exército adversário, e classificava gastar recursos a serem pagos posteriormente como fraudar o futuro.

A partir de 1815, dois fatores, um demográfico e outro econômico, passaram a modificar a estrutura dos EUA. O primeiro, caracterizado pelo grande fluxo migratório da Europa para os portos de Nova York e Filadélfia, crescendo acentuadamente após o período das revoluções européias de 1848 e as crises econômicas seguintes (BRUCHEY, 1988:24-27). Partindo de menos de 10 mil imigrantes/ano antes de 1815, o fluxo elevou-se para 50 mil imigrantes/ano nos anos 1830, 100 mil imigrantes/ano nos anos 1840, e mais de 300 mil imigrantes/ano nos anos 1850. Irlandeses, escoceses, alemães, austríacos, italianos, escandinavos, portugueses e tantos outros, parte do excedente populacional sem condições de subsistir na economia européia, partiram para "fazer a América", em busca de oportunidades de trabalho e elevação social.

O segundo fator foi o acelerado despertar da revolução industrial norte-americana, principalmente nas décadas de 1820 e 1830. Com decolagem tardia em relação à Europa, a pujança do desenvolvimento norte-americano superaria o Velho Mundo em poucas décadas; não encontrando barreiras feudais para destruir, substituiria a economia rural e mercantil da burguesia Jeffersoniana, formada por pequenos produtores com o controle dos meios de produção, por uma economia capitalista. No início do século XIX a economia norte-americana era essencialmente agrícola, colocando-se o desafio na expansão para oeste, todavia facilitado com a construção do Canal Erie e a abertura da Trilha do Oregon, porquanto a malha ferroviária era apenas incipiente. O canal permitiu transporte mais rápido entre a costa leste e o interior, cortando dramaticamente os custos de fretes e permitindo a ocupação de áreas mais a oeste.

O Partido Democrata-Republicano interromperia sua luta contra o capitalismo financeiro, evoluindo para tornar-se a expressão da grande comunidade nacional, ao menos da maioria branca de então (ROSENBERG, 1939:208). A par do discurso isolacionista, os Estados Unidos mantinham interesse no continente americano e em terras do Pacífico. Alexander Hamilton já defendera, em 1787, a criação de um sistema abrangente no continente americano, não sujeito a interesses europeus e dirigido pelos EUA "por direito", exaltando as vantagens da manutenção da união entre os estados e a importância de uma marinha forte para atingir esse objetivo[4].

---

[4] HAMILTON, Alexander: *The Utility of the Union in Respect to Commercial Relations and a Navy*, publicado no jornal *Federalist* nº 11 em 1787 <http://www.yale.edu/lawweb/avalon/federal/fed11.htm>, consulta em 24/02/07.

Foi todavia a mensagem ao Congresso do então presidente James Monroe (1817-1825), em dezembro de 1823, que plasmou a idéia de um sistema centrado nos EUA, com todos os países situados ao sul do Rio Grande orbitando ao seu redor, rompidos os laços políticos e econômicos com os países europeus. A chamada Doutrina Monroe continha a recusa norte-americana em tolerar qualquer expansionismo futuro da dominação européia nas Américas:

> (...).the American continents are henceforth not to be considered as subjects for future colonization by any European powers (...) we should consider any attempt on their part to extend their [political] system to any portion of this hemisphere as dangerous to our peace and safety. With the existing colonies or dependencies of any European power we have not interfered and shall not interfere. But with the governments who have declared their independence and maintained it, and whose independence we have acknowledged, we could not view any interposition for the purpose of oppressing them, or controlling in any other manner their destiny, by any European power in any other light than as the manifestation of an unfriendly disposition toward the United States.

As idéias norte-americanas para o hemisfério, iniciadas em Hamilton e cristalizadas em Monroe, opunham-se àquelas de Simón Bolívar visando formar uma confederação hispano-americana sem os Estados Unidos, com base no passado comum e na identidade religiosa, lingüística e institucional. Prevaleceu o modelo norte-americano, tendo o continente como reserva de mercado, fechado para a interferência européia. Durante o governo de Theodore Roosevelt (1901-1909), a postura intervencionista se acirraria com o Corolário Roosevelt, releitura mais invasiva da Doutrina Monroe. Os Estados Unidos arbitravam-se o "direito" de intervir em países da América Latina quando julgassem necessário, outorgando-se poder de polícia.

A inclusão do território da Louisiana pôs em movimento a política expansionista, e até meados do século XIX, seja por compra, negociação diplomática ou ato de guerra, a maior parte da área contínua dos EUA já se incorporara às fronteiras originais.

O democrata John L. O'Sullivan defendeu em 1845 a anexação do Texas, antigo território mexicano, como a expressão da vontade dos texanos, entendendo que espalhar-se por todo o continente era o *destino manifesto* dos Estados Unidos (*Manifest Destiny*) [5]. O'Sullivan repetiria o argumento para justificar a ocupação de todo o território do Oregon na disputa com a Inglaterra, em seu artigo no *New York Morning News* em dezembro de 1845:

---

[5] O'SULLIVAN, *Annexation*, United States Magazine and Democratic Review 17(1), July-August 1845, 5-10, disponível em <http://web.grinnell.edu/courses/HIS/f01/HIS202-01/Documents/OSullivan.html>, consulta em 25/09/07.

> And that claim is by the right of our manifest destiny to overspread and to possess the whole of the continent which Providence has given us for the development of the great experiment of liberty and federated self-government entrusted to us.

Para além do "direito", tratava-se da expressão da vontade divina, outorgando aos Estados Unidos a missão de disseminar a democracia republicana (*the great experiment of liberty*) por todo o continente norte-americano. Como a Inglaterra não o faria, o território deveria ser ocupado, visto o ideal moral do "Destino Manifesto" sobrepor-se a quaisquer outras considerações (WEINBERG, 1935:145). Na visão de O' Sullivan, seria uma ocupação pacífica; os "anglo-saxões" migrariam para as novas regiões, formariam governos democráticos e pleiteariam a anexação, a exemplo do ocorrido no Texas.

No início de janeiro de 1846, o congressista Robert C. Winthrop, de Massachusetts, fez uso pela primeira vez no Congresso norte-americano do termo "destino manifesto". Tornado popular entre os expansionistas, logo foi associado à Doutrina Monroe para fundamentar ações futuras, enfatizando a virtude puritana do povo norte-americano, advinda das "comunidades virtuosas" dos primeiros imigrantes, e a missão divina de disseminar suas "instituições modelares", redimindo e refazendo o mundo à imagem dos Estados Unidos, "abrindo uma fase inovadora, de liberdade e democracia, de rejeição à monarquia, em favor do regime republicano" (WEEKS, 1996:61).

As idéias de liberdade e missão disseminadora dos valores da nova nação logo iriam encontrar uma contradição: expandindo-se a área territorial, deveria ser também ampliada a área de trabalho escravo? Estava posta a discussão que colocaria em choque correntes de opinião divergentes sobre o futuro do país.

Com a descoberta de ouro na Califórnia em 1848 e a corrida iniciada em 1849, grandes levas de imigrantes dirigiram-se para a costa do Pacífico. Entre os negociantes enriquecidos nesse período, futuros influenciadores do desenvolvimento econômico do país, destacavam-se Cornelius Vanderbilt, Collis Huntington e Leland Stanford. Vanderbilt desde cedo desafiaria o monopólio legal do transporte fluvial, oferecendo preços mais baixos mesmo quando a concorrência era proibida por lei; durante a corrida do ouro para a Califórnia, chegou a oferecer um atalho via Nicarágua pela metade do preço da rota via Panamá. Seu objetivo era conseguir grande volume de tráfego em seus negócios de transporte, mais tarde voltados para as ferrovias, antecipando as concepções do capitalismo de massa.

Em meados do século XIX, a economia mundial encontrava-se claramente dominada pela Inglaterra, “a oficina do mundo”, dona de mais de um terço de toda a potência a vapor instalada em máquinas fixas. Produzia mais da metade do carvão e do ferro mundiais e consumia 170 libras de aço por habitante/ano, contra 90 da Bélgica, 56 dos EUA, 37 da França e 27 da Alemanha. Essa situação econômica se reverteria até o final do século com o despontar da Alemanha como potência, após a unificação de 1871 empreendida por Bismarck, e o crescimento dos Estados Unidos da América. Por volta de 1870, os norte-americanos já possuíam mais do dobro da potência a vapor da Inglaterra, e a Alemanha saltaria de 40 mil HP em 1850, menos de 10% do que então possuía a Inglaterra, para igualar-se a ela (HOBSBAWN, 2004:67-69).

Na Europa, prevalecia a disposição de revogar ou extinguir dispositivos tolhendo a iniciativa privada, remanescentes dos períodos medieval ou mercantilista; a palavra de ordem era liberar e fazer crescer a indústria. Em poucos anos desapareceria o controle das guildas e corporações sobre a produção artesanal, acentuando-se o movimento de livre comércio. Taxas alfandegárias foram progressivamente diminuídas na Inglaterra partir de 1846, estabelecendo-se tratados de livre-comércio, zonas monetárias para simplificar as transações com moedas e eliminadas ou reduzidas as restrições nas vias navegáveis internacionais (HOBSBAWN, 2004:62).

Nos EUA, o movimento protecionista, mais acentuado nos estados industrializados do norte, e estimulado pelas questões tarifárias e de transferência de renda sul-norte já apontadas, contrastava com o liberalismo econômico da Europa. Os estados do sul, cuja economia agrícola baseava-se na exportação de algodão, arroz, milho, fumo e índigo, principalmente para a Inglaterra, permaneceram ligados ao livre comércio até que o bloqueio naval imposto pelo norte durante a guerra civil interrompesse suas exportações (HOBSBAWN, 2004:66).

Com o desenvolvimento industrial do norte, e a manutenção da base econômica agrícola no sul, a população não agrícola cresceu mais rapidamente do que a população agrícola, principalmente pela imigração. A população escrava do sul permaneceu ligada à terra, mas o seu crescimento natural, com a interrupção do tráfico, e o da população branca proprietária, foi muito menor. Por volta de 1850, a região norte possuía o triplo da população do sul, e sua economia crescia também muito mais rapidamente, o que levaria a mudanças no cenário político do país. Com a expansão para oeste, surgiu a discussão de como

deveria ser o regime nos novos estados, abolicionista ou escravista. Os representantes do norte favoreciam a não existência de escravos nos novos estados, com a discordância dos representantes sulistas, novamente reclamando de ingerência.

Desde o período colonial, os grandes proprietários de terras e os ricos capitais mercantis dominaram a vida política, econômica e social dos EUA; às vésperas da revolução de independência, mais de 50% de toda a riqueza existente estava em poder de apenas 10% da população (BRUCHEY, 1988:7). Por volta de 1860, cerca de 7% dos escravocratas, donos de grandes plantações e a camada mais afluente da aristocracia sulista, possuía aproximadamente 75% dos escravos. O sul agrícola tradicionalmente dominara a economia e a política nacionais, mas perdia terreno desde o decolar da revolução industrial norte-americana. O crescimento urbano, o incremento da indústria, mineração, navegação a vapor, ferrovias e agricultura exercida por proprietários livres, faziam crescer os estados do noroeste e meio-oeste, enquanto declinava o peso econômico e político do sul.

Em 1854, tendo sua base política no meio-oeste e noroeste dos EUA, fora criado o Partido Republicano a partir da união de *Whigs*, democratas do norte e facções dissidentes do Partido Democrata. Sua plataforma política mantinha vários programas do Partido Whig, em oposição às forças escravistas do sul, argumentando que o escravismo, menos eficiente economicamente do que o trabalho livre, era um obstáculo ao progresso do país. O sul refletia valores rurais tradicionais da ideologia Jeffersoniana, enquanto o norte, ao abraçar o *ethos* do capitalismo industrial, cresceu em importância econômica e política, ameaçando os interesses escravistas do sul (MCPHERSON, 1983:230-244).

Até o início da década de 1860, imperou no Senado o equilíbrio político entre estados abolicionistas e escravistas, alterado a favor dos abolicionistas com a admissão do Kansas. Com o domínio da legislatura, o republicano e pró-abolicionista Abraham Lincoln foi eleito em 1860 para a presidência (1861-1865), agravando as tensões norte-sul e finalmente levando à secessão em fevereiro de 1861, com a fundação dos Estados Confederados da América, presididos por Jefferson Davis.

A análise profunda das razões da secessão foge ao escopo do presente estudo, mas duas questões devem ser consideradas, bem como suas conseqüências políticas e econômicas sobre os interesses dos beligerantes. A primeira, o estabelecimento ou não do regime

escravista nos novos estados incorporados à União, incluindo o debate sobre sua abolição nacional, e segundo, os limites dos poderes federais *versus* a autonomia dos estados.

A questão do escravismo e da desigualdade dos indivíduos, seja ou não a razão da secessão, encontra-se entre as causas e justificativas alegadas pelos estados separatistas, como aponta BRUCHEY (1988:53-5). No caso da Carolina do Sul, o próprio Jefferson Davis assim se manifestou:

> We recognize the fact of the inferiority stamped upon that race of men by the Creator, and from the cradle to the grave, our Government, as a civil institution, marks that inferiority.[6]

A visão preconceituosa estava presente também na declaração de secessão do Texas; mencionava que os estados não escravistas proclamavam a igualdade dos homens, sem distinção de raça ou cor, mas sabidamente a raça africana era tida e havida como inferior e dependente[7]. O negro, na visão do autor George Fitzhugh, era uma "criança crescida", necessitando da proteção econômica e social da escravidão. Em uma sociedade livre da escravidão, o antagonismo capital-trabalho produziria *"robber barons"* e escravos pauperizados, inexistentes na sociedade escravista. Em sua visão, o capitalismo induziria uma guerra do rico com o pobre e do pobre com outro pobre, gerando negros livres que seriam vencidos na corrida da livre concorrência, enquanto a escravidão lhes assegurava segurança econômica e civilização moral[8].

A sociedade idealizada ao norte era a do capitalismo de pequena escala, na qual norte-americanos brancos teriam a oportunidade de mobilidade social, direito à propriedade e ao controle de seu próprio trabalho. Sinalizando o racismo latente, para garantir a supremacia branca pleiteava-se a proibição de ocupação das pradarias ao sistema escravista, aos negros livres e imigrantes chineses oriundos da Califórnia. A mesma supremacia branca constituía a idéia geral dos sulistas livres de todas as classes, tida como sentimento natural, legítimo e essencial para uma sociedade civilizada (MOORE, 1966:117), o mesmo sentimento presente na população branca do nordeste e meio oeste, mesmo quando não favorável ao escravismo.

---

[6] Jefferson Davis Papers, Jefferson Davis' reply in the Senate to William H. Seward, Feb. 29, 1960, disponível em < http://jeffersondavis.rice.edu/resources.cfm?doc_id=1502>, consulta em 22/05/2007.

[7] *Confederate States of America, A Declaration of the Causes Which Impels the State of Texas to Secede from the Federal Union*, The Avalon Project at Yale Law School, <http://www.yale.edu/lawweb/avalon/csa/texsec.htm>, consulta em 28/02/2007.

[8] FITZHUGH, George: *The Universal Law of Slavery*, Africans in America, PBS <http://www.pbs.org/wgbh/aia/part4/4h3141t.html>, consulta em 28/02/2007.

A segunda questão para a divergência dizia respeito à extensão dos poderes da União sobre a soberania dos estados; o sul entendia que a federação, surgida depois dos estados, não poderia intrometer-se em questões soberanas e legislar sobre a legítima propriedade privada; a União não poderia impedir a livre movimentação territorial de seus bens legítimos, incluindo os escravos, e quando da ocupação de terras a oeste, os proprietários deveriam estabelecer-se tendo seus escravos como mão de obra.

Se a questão mais evidente para a secessão foi a defesa ou condenação do escravismo, introduzido no período colonial, como afinal ocorreu essa divisão, tendo em vista a identidade de valores quanto à supremacia branca? Na verdade, as tensões norte-sul no período pré-guerra originaram-se em outras questões além escravismo. Questões de política partidária, entendimentos distintos sobre federalismo e direitos dos estados, expansionismo, economia e modernização, comércio livre e protecionismo, enfim, não uma questão de princípios, mas de poder. Questões sobre direitos dos escravos eram subjacentes às questões econômicas e políticas, podendo ser consideradas apenas como pano de fundo para as questões reais em disputa, da hegemonia de uma forma de produção sobre outra, da predominância de um modelo de organização social sobre outro, isto é, sociedade de base agrária *versus* sociedade industrial.

Em sentido amplo, a maneira pela qual o norte se modernizava ameaçava profundamente o sul; para além de maior poderio econômico, o norte desenvolvia novos valores sociais, urbanos, enquanto o sul se apegava aos valores tradicionais rurais. A ascensão do Partido Republicano ao poder, em apenas oito anos, trazia em seu bojo a ideologia do capitalismo competitivo, de trabalhadores livres e com direitos iguais, e sinalizava ao sul a direção em que caminharia o futuro (STEWART, 1976:293-7)

O desenvolvimento econômico, o crescimento populacional e a urbanização enriqueceram e fortaleceram o norte; ao tempo da secessão, um terço da sua população vivia em cidades, contra 10% no sul (BRUCHEY, 1988:5). A mais importante atividade econômica dos Estados Unidos, a indústria, encontrava-se concentrada na Nova Inglaterra; o norte abastecia-se de matéria-prima no sul, revendendo-lhe depois o produto têxtil acabado, com maior valor agregado, reduzindo-o a um mero produtor de alimentos e matérias-primas. Os republicanos favoreciam uma agenda econômica protecionista, com obras públicas, inflação e uma grande máquina estatal. Barreiras tarifárias favoreceriam as manufaturas e outros

empreendimentos ao norte, mas seriam pagos principalmente pelos produtores agrícolas do sul; a lucratividade da cultura de algodão com mão de obra escrava seria drenada para beneficiar principalmente as indústrias têxtil e de manufatura do norte.

Faltavam ao sul tanto a organização social como o capital para industrializar-se, e ao sentir-se gradativamente dominado política e economicamente, viu-se diante de dois caminhos, o da subserviência ou o da rebelião. Entendendo os efeitos sobre sua economia, decidiu deixar a União e adotou o segundo, mas faltavam-lhe os meios econômicos e militares para tanto. Podemos afirmar a maior importância dos interesses econômicos entre os fatores determinantes da emergência do conflito; o imposto sobre a importação constituía-se na fonte primária de recursos do governo federal, e também na via política pela qual o norte pretendia criar barreiras à competição estrangeira e enriquecer, pois a economia agrária do sul sempre resistiu às barreiras tarifárias.

Embora concentrassem sua atenção no desenvolvimento do mercado interno, em detrimento do comércio exterior, política essa não abraçada pelos estados do sul, por volta de 1860 os Estados Unidos já eram uma potência econômica. Sua produção de manufaturados era inferior somente à da Inglaterra, igualara-se à da França e já ultrapassara as da Alemanha e da Rússia. Seu poderio militar, entretanto, era bastante reduzido; comparado aos 862 mil homens do exército russo, ou aos 347 mil do exército britânico, o exército norte-americano possuía somente 26 mil soldados, e mesmo as guerras contra o México e os indígenas não afetaram pesadamente os recursos produtivos. A situação mudaria radicalmente a partir de 1861, com o crescimento vertical dos recursos nacionais destinados ao conflito interno, e com as dificuldades logísticas e militares de combater em frentes tão amplas e distantes. Ao final do conflito, os Estados Unidos teriam se transformado na maior potência militar do mundo, e adquirido a experiência faltante na condução de uma guerra em larga escala (KENNEDY, 1987:178-9).

Iniciadas em abril de 1861, as hostilidades duraram quatro anos, custando cerca de 620 mil vidas norte-americanas, número superior à soma das baixas sofridas desde a
Guerra de Independência até a Guerra do Vietnã. O sul foi sobrepujado pelo poderio econômico e industrial do norte, com melhor organização política, financeira e de transportes, bem como maior população.

Os confederados tentaram envolver a Inglaterra no conflito em 1861, buscando produzir uma depressão econômica por meio do embargo de embarques de algodão, evitada com o aumento do cultivo no Egito e na Índia . Ao contrário, a economia britânica foi estimulada pela venda e transporte de armamentos, enquanto o fracasso de suas colheitas de grãos obrigou-a a importá-los do norte; em 1862, seu peso na pauta de exportações da União elevou-se de 25% à quase 50%. Enquanto a economia do norte florescia, com a produção de mais armas, navios e a construção de ferrovias, a economia sulista decaia, pois o bloqueio naval do norte impediu a exportação de algodão para a Inglaterra.

Em janeiro de 1863, o presidente Lincoln proclamou a libertação de todos os escravos nos estados rebelados, bem como a aceitação de negros no Exército e Marinha da União. Na prática, não se libertou de início qualquer escravo, pois a aplicação da lei dependia da vitória militar sobre os estados confederados, deixados de fora os estados escravistas não rebelados. Mais de 200 mil combatentes negros foram anexados às forças federais, e a medida em que avançavam sobre o território sulista, mais e mais escravos eram liberados. Diante da superioridade inimiga, aos confederados restou somente frustrar-lhe os ataques e retardar o mais possível o final do conflito, logrando adiar a inevitável derrota até abril de 1865.

A Guerra de Secessão pode ser considerada o primeiro conflito industrializado do mundo; ambos os lados valeram-se de modernas armas leves e de artilharia, comunicações por telégrafo, navios encouraçados, movimentação de tropas por ferrovia, e outros implementos bélicos. A guerra foi vencida pelo poderio econômico e industrial do norte, mais importante que a perícia dos generais e o sacrifício dos soldados. Criou-se um novo modo de combater, um *American Way of War*, calcado na mobilização maciça do poderio industrial-tecnológico para vencer o inimigo, método que garantiria por um século a supremacia militar norte-americana, atravessando duas guerras mundiais. Cristalizou-se no exercício da soberania intervencionista, e viria constituir-se no *modus operandi* hegemônico da nação nos anos subseqüentes.

Os primeiros sinais de esgotamento do modelo surgiram durante a Guerra da Coréia e tornaram-se explícitos na Guerra do Vietnã. Mudara o tipo de adversário, mudara a forma de combater, e apenas a supremacia bélica e industrial já não mais seria capaz de vencer um conflito.

O período da Reconstrução, seguinte à vitória da federação, foi marcado por várias mudanças importantes nos planos social, político e econômico. Um elemento central da economia sulista, a escravidão, havia sido abolido, e com o retorno dos proprietários às suas plantações, seria necessário contratar ex-escravos para trabalhar a terra, pagando-lhes o mínimo possível, visando manter as plantações lucrativas e sob controle da aristocracia branca. Era inimaginável a igualdade racial para proprietários de escravos por várias gerações, bem como para o homem branco pobre, que via no negro alguém com quem deveria agora competir para obter trabalho, caso lhe fossem estendidos todos os direitos.

O resultado foi o desenvolvimento de uma sistemática de partilha de colheitas (*sharecropping*) prejudicial aos trabalhadores, posto que planejada para mantê-los na pobreza. Para evitar revoltas, usou-se de violência aberta ou a hostilidade velada; intimidações, espancamentos ou mortes por meio de turbas, milícias ou da recém criada Ku Klux Klan, tornam-se comuns. Não há quem os proteja e, intimidados, analfabetos e pobres, os negros não têm alternativa senão aceitar os contratos leoninos e voltar a trabalhar para os antigos senhores.

A questão dos direitos dos negros não teria solução no período da Reconstrução; posteriormente foram editadas as *Jim Crow Laws*, leis restringindo direitos civis e políticos, tornando a segregação racial aberta e permitida, mantida viva até 1965.

O final do conflito viu emergir novos papéis para o governo, sepultada a idéia de uma máquina estatal limitada, idealizada pelos fundadores da nação. Johnson tornou-se abertamente pró-sul, desmobilizando o exército ainda em 1865 e reduzindo as forças de ocupação em 85%, restando somente 38 mil soldados no ano seguinte. Em oposição, formou-se no Congresso um grupo de republicanos radicais, propondo uma Reconstrução mais estrita, com a divisão dos estados do sul em distritos militares, a exigência da adoção de novas constituições estaduais e do voto negro, a ratificação da 14ª emenda, além de subsídios e assistência para os ex-escravos.

A Reconstrução terminou de forma melancólica; em 1877, seguindo acirrada disputa presidencial entre o republicano Rutherford B. Hayes e o democrata Samuel Tilden, ambos se proclamam vencedores, mas Hayes é declarado presidente. Em acordo político de bastidores, os republicanos aceitam encerrar a Reconstrução em troca da presidência.

A existência de terra livre para ser ocupada sinalizou importante diferença entre as economias dos Estados Unidos e da Europa, pelo menos até a guerra civil. Com pouco capital e parcos implementos, um imigrante ativo e ambicioso poderia adquirir um lote a baixo preço e cultivá-lo com seu próprio trabalho e esforço, tornando-se independente. Com terra livre, inexistiam a sobre-oferta de mão de obra e o exército industrial de reserva, privando o capitalista da possibilidade de rebaixar os salários e o padrão de vida dos trabalhadores; os salários deveriam ser suficientemente compensadores para evitar o abandono do trabalho da fábrica, em troca de uma vida de pequeno fazendeiro independente. A terra livre permitiu uma comunidade de trabalho unindo capitalistas e o proletariado, latifundiários e pequenos proprietários de terras, garantindo a existência da democracia norte-americana, cuja ameaça pelo crescimento da aristocracia sulista escravocrata foi evitada com a guerra civil (ROSENBERG, 1939:208-10).

Muitas oportunidades de negócios surgiram na retaguarda dos combates; era preciso produzir armas, munições, navios, alimentos, vestuário, calçados e tantos outros materiais essenciais a um conflito. Era mister expandir as ferrovias para permitir a movimentação de tropas, unificar o país e ocupar as terras a oeste; para substituir os homens chamados às armas, urgia intensificar a produção de máquinas agrícolas, como a ceifadeira. Era necessário fomentar a mineração e a extração de petróleo, enfim, inúmeras tarefas lucrativas esperavam para serem realizadas, ainda mais para atender à demanda do crescente mercado nacional, fechado pelas barreiras tarifárias.

Algumas das fortunas que se consolidariam nas últimas décadas do século nas mãos dos chamados *robber barons*, iniciaram-se durante o conflito; brechas se abriram na antiga ordem social, permitindo aos jovens e desconhecidos aventureiros por elas penetrar, assenhorando-se de verdadeiros impérios na mineração, nas ferrovias, no petróleo, no varejo, na carne. John D. Rockefeller prosperou vendendo provisões à União antes de iniciar-se no refino e transporte de petróleo que o fariam imensamente rico. Philip Armour tornou-se o imperador da carne, Jay Cooke o principal financiador da União, levantando enormes somas ao vender títulos do governo para a população, colorindo-os de motivos patrióticos ou "pintando-os de vermelho, branco e azul".

A economia do norte manteve-se aquecida durante a Reconstrução, com as indústrias que se expandiram rapidamente, antes e durante o conflito, assumindo a dianteira; industriais

passaram a dominar vários aspectos da vida nacional, incluindo assuntos sociais e políticos. Empreendedores do norte, pejorativamente chamados de *carpetbaggers* e vistos no sul como oportunistas e exploradores, para lá acorreram em busca de oportunidades; mais tarde, com a saída dos republicanos, seriam expulsos pelos sulistas "redentores". O sul retomou a cultura de algodão, sua principal atividade econômica, não recebendo os benefícios esperados da industrialização e sofrendo os efeitos da queda da demanda internacional pelo algodão.

Iniciou-se programa de expansão da malha ferroviária sulista, financiado por investidores do norte e pelo aumento da carga tributária, que chegou a quadruplicar, mesmo com a baixa demanda de cargas e passageiros (FRANKLIN, 1961:141-8). O pânico de 1873, com a quebra da firma de Jay Cooke, originado pela especulação financeira na indústria ferroviária, precipitou um efeito dominó, espalhando-se por todo o país e atingindo fortemente a economia do sul. O sucesso da ferrovia transcontinental, inaugurada em 1869, animou investimentos especulativos na expansão da malha ferroviária, projetando-se uma segunda linha transcontinental. O excesso de oferta levou à insolvência 89 das 364 ferrovias dos EUA, o preço do algodão caiu à metade, levando muitos plantadores, comerciantes e atacadistas à bancarrota.

As conseqüências econômicas da guerra foram substanciais, o conflito foi um divisor de águas no desenvolvimento da nação, alterando seu conceito e substância (THORNTON e EKELUND, 2004:81-101). Entre atividades representativas de avanços tecnológicos anteriores à guerra, como a ferrovia, a indústria pesada e instituições de pesquisa científica, algumas tiveram seu desenvolvimento retardado pela guerra, mas outras, notadamente as de aplicação bélica, desenvolveram-se acentuadamente e produziram novos avanços tecnológicos, mais tarde incorporados à produção de bens de consumo. Todavia, a guerra civil trouxe em seu bojo o crescimento da dívida pública, com o aumento dos impostos e a ascensão de uma aristocracia financeira, que se aproveitou de facilidades governamentais para a exploração de minas e ferrovias durante o esforço de guerra, resultando na rápida concentração de capital e no fim da terra prometida para os imigrantes (ROSENBERG, 1939:209).

O capital assumiu papel determinante nas décadas seguintes à guerra civil, estimulando-se a formação de corporações, pois se tornara mais difícil a um único indivíduo possuir todo o capital necessário para realizar empreendimentos demandando maciços investimentos

(BRUCHEY, 1988:59). Também era necessário obter a matéria-prima, organizar a produção, disciplinar a força de trabalho e desenvolver mercados e sistemas de transporte e distribuição. As estruturas políticas, sociais e econômicas desenvolvidas para o antigo regime centrado na agricultura e no comércio, precisaram ser modificadas, ou mesmo criadas, para servir às novas realidades da produção, refletindo as necessidades de uma sociedade capitalista, urbana e industrializada, não sem provocar insatisfação, intranqüilidade e resistência entre os que sofreram com a acumulação capitalista. (BROWN, 1979:13-14).

1.2- Período pós-reconstrução e a formação das grandes fortunas

Os anos de conflito e seguintes viram surgir uma classe de jovens empreendedores que dominariam o cenário econômico e transformariam os Estados Unidos. De uma democracia agrário-mercantilista, surgiria uma dinâmica sociedade industrial unificada, cujo efetivo controle econômico estaria nas mãos de uma elite. Diante de crises importantes muitos dos novos capitães de indústria agiram em desacordo com os padrões sociais normais e aceitáveis, muitas vezes fora da lei, motivando a alcunha de *robber barons*. Por suas mãos, a produção em massa substituiu o modo de produção disperso e artesanal, a atividade industrial unificou-se, passou a ser mais eficiente. Massas de trabalhadores agrícolas e imigrantes foram organizadas para o trabalho industrial, as riquezas do país foram exploradas, as instituições políticas conquistadas, a filosofia social transmutada para uma de caráter pecuniário, um novo país foi construído, sempre movido pelo desejo de ganho pessoal (JOSEPHSON, 1934:vii).

Os “barões ladrões” enriqueceram mais pelas manipulações financeiras do que por meio da operação das empresas que dirigiam; eram impiedosos no trato dos negócios e totalmente corruptos, ou, dito de outra forma, o sistema em que operavam era totalmente corrupto. Alguns poucos indivíduos acumularam quantidades imensas de riquezas e passaram a dominar, de forma praticamente monopolista, importantes segmentos econômicos como as ferrovias, as finanças, a siderurgia, o petróleo e outros. Das maiores fortunas existentes nos Estados Unidos em 1900, a maior parte originara-se da atividade ferroviária, ou de finanças, quase sempre ligadas às ferrovias, depois siderurgia, varejo, madeireiras, empreendimentos imobiliários inerentes à venda de terras no trajeto das ferrovias, e claro, petróleo, resultantes do desenvolvimento e concentração industrial do período.

Nomes como os de Jay Cooke, Jay Gould, Jim Fisk, Andrew Carnegie, J.P. Morgan, John Davison Rockefeller, James Hill, Gus Swift, Collis Huntington, Leland Stanford, Daniel Drew, Henry Frick, Edward H. Harriman, Henry Villard e James Buchanan Duke estão intrinsecamente ligados ao crescimento econômico dos EUA no período, atuando de forma a fazer jus à alcunha de *robber barons* (JOSEPHSON, 1934:32; DEBOUZY, 1972:9).

Jay Cooke, então um dos homens mais ricos dos Estados Unidos, financista do governo durante a guerra civil, arruinou-se depois da quebra de sua firma por conta da especulação com ações de ferrovias. A quebra expôs um esquema de corrupção envolvendo um futuro presidente, James Garfield, o líder democrata no Congresso James Brooks, o vice-presidente, o vice-presidente eleito, numerosos senadores e congressistas, democratas e republicanos (JOSEPHSON, 1934:164, DEBOUZY, 1972:86-96). Cooke se recuperaria financeiramente com mineração, sendo sua posição no mercado ferroviário tomado por John Pierpoint Morgan.

Filho de banqueiro, J. P. Morgan se iniciara cedo nas atividades financeiras, e fizera algum dinheiro especulando com café. No início da guerra civil, envolveu-se em negociata da venda de carabinas obsoletas para a União, antes descartadas como inservíveis pelo próprio Exército. Durante a guerra, Morgan e o banqueiro Edward Ketchum especularam fortemente para dominar o mercado de ouro, elevando o seu preço. Após a crise de 1873, ocupou-se em desenvolver e consolidar um império ferroviário, recuperando empresas em dificuldades.

Morgan tornou-se acionista e controlador de grande parte das companhias que reorganizou, socorrendo várias vezes o governo financeiramente, como após o pânico de 1893. Com a queda das reservas de ouro do governo americano, muitas firmas, bancos e ferrovias foram à falência; Morgan levantaria recursos para financiar o governo, sob severas e lucrativas condições. Em 1896 iniciou a consolidação das indústrias de eletricidade, aço, equipamento agrícola e manufaturas, e no início do século XX era a força principal por trás dos trustes, controlando praticamente todos os setores básicos da indústria norte-americana. A partir daí, dedicou-se a concentrar as indústrias financeira e de seguros, controlando ainda a *White Star Line*, dona do desafortunado navio Titanic. Formou a *US Steel* em 1901, após adquirir os ativos de Carnegie, criando a primeira companhia bilionária dos EUA (DEBOUZY, 1972:127-133).

Durante o Pânico de 1907, Morgan foi instrumental na resolução da crise, organizando uma equipe de executivos de bancos e trustes para redirecionar moeda entre os bancos, garantir os créditos internacionais e a compra de ações de primeira linha. Mas Morgan, atuando em nome da família Rothschild, também é apontado como o iniciador da crise, ao espalhar rumores da insolvência do Banco Knickerbocker, de Nova York, e precipitando a corrida a esse e outros bancos. Superada a crise, voltou à tona o assunto da necessidade de um banco central, sendo formada a *National Monetary Commission* para propor legislação preventiva de pânicos futuros, dela participando o senador Nelson W. Aldrich, tido como "a voz autêntica de J. P. Morgan" (DEBOUZY, 1972:137-140).

De todos os *robber barons*, Jason "Jay" Gould, financista, construtor de ferrovias e especulador, é considerado o mais aético. Pioneiro das falências fraudulentas, obtinha favores legislativos de Boss Tweed, cabeça da máquina política do partido democrata conhecida como Tammany Hall, que controlou Nova York entre 1854 e 1934. Além de ferrovias, Gould controlava a companhia telegráfica Western Union e os trens elevados de Nova York. Um associado de Gould, Jim Fisk, iniciou sua carreira contrabandeando algodão pelas linhas inimigas durante a guerra civil, e mais tarde envolveu-se em negociatas com finanças, ferrovias e especulação de ouro, para tanto subornando legisladores e comprando juízes, práticas comerciais comuns à época (DEBOUZY:1972:71-5).

Andrew Carnegie, ainda jovem, associou-se a um inventor de carro dormitório para viagens de primeira classe, sucesso que lhe permitiu ascensão na carreira ferroviária, sendo designado superintendente do transporte ferroviário militar e das linhas telegráficas da União no início da guerra civil. Investiu 40 mil dólares em um poço de petróleo na Pensilvânia em 1864, transformados um ano depois em mais de um milhão. Após a guerra, dedicou-se à siderurgia, introduzindo nos EUA o processo Bessemer de transformação de ferro em aço, com o qual fez fortuna. Fundou a *Carnegie Steel Company*, chegando a ser nos anos 1890 a maior e mais lucrativa indústria no mundo, vendida a J. P. Morgan em 1901 para transformar-se na US Steel (DEBOUZY, 1972:103-12).

James Jerome Hill notabilizou-se nas ferrovias, mineração de carvão e transporte por vapores, comprando empresas falidas para recuperá-las e revendê-las com lucro. Hill investia grande parte dos lucros nas próprias ferrovias, lançando-os como despesas

operacionais para evitar a pressão federal sobre as tarifas ferroviárias, manobra inovadora na ocasião.

Henry Villard representava investidores europeus em ações de ferrovias dos Estados Unidos, tornando-se também financista e grande investidor ferroviário. Com hábil manobra, obteve a opção de compra de uma próspera linha de navegação fluvial por US$ 100 mil, levando-a Nova York, onde a incorporou e lançou ações; em seguida, obteve uma hipoteca garantida pelos bens a serem adquiridos. Com os fundos levantados, adquiriu a companhia de navegação por três milhões de dólares, logo reavaliada em 10 milhões (JOSEPHSON, 1934:239).

Philip Armour fez seu nome suprindo carne, principalmente suína, para o exército da União, até executar, em 1865, um dos mais famosos golpes do período. Antevendo a vitória com o progresso das tropas na direção da capital sulista, vendeu grande quantidade de carne de porco a descoberto no mercado de Nova York, a preços ao redor de 40 dólares o barril. Com a vitória, o preço das *commodities* caiu acentuadamente, arruinando milhares de fazendeiros e centenas de *traders*, mas permitindo que Armour cobrisse seus contratos a descoberto com porco a 18 dólares o barril, resultando em ganho líquido de dois milhões de dólares da noite para o dia. Capitalizado, consolidou o mercado comprando concorrentes mais fracos e modernizou sua indústria, a primeira a produzir carne enlatada e uma das primeiras a adotar a "linha de desmontagem" (JOSEPHSON, 1934:51-3, 59, 102-3).

Gustavus (Gus) Swift criou um império frigorífico, desenvolvendo um dos primeiros vagões refrigerados e permitindo a sua companhia transportar carne já processada, e não animais vivos, para os mercados consumidores. Foi dos pioneiros na utilização da "linha de desmontagem", evitando o desperdício; as sobras do processamento eram usadas na manufatura de cola, fertilizante, sabão, e outros produtos. Para controlar os preços pagos pelo gado em pé oferecido pelos criadores, os frigoríficos se organizaram e forma a oferecer o menor preço possível, e criaram companhias de vagões refrigerados para transportar todos os alimentos perecíveis, recebendo das ferrovias pelo uso dos vagões e dos produtores pelo transporte de seus produtos (JOSEPHSON, 1934:284-5).

John D. Rockefeller foi certamente o mais emblemático dos *robber barons*, tanto por sua fortuna, o primeiro bilionário norte-americano, quanto por sua sagacidade e inventividade

para os negócios, sendo-lhe creditada a criação de várias artimanhas comerciais, por meio das quais viria dominar o mercado de petróleo nos EUA.

Até meados do século XIX, o petróleo, embora conhecido por aflorações à superfície e sua presença indesejável em poços artesianos, não possuía aplicação prática. Os nativos norte-americanos atribuíam-lhe propriedades curativas, e foi assim, envasado *in natura*, que passou a ser oferecido como remédio para todos os males por mascates nas povoações: três colheres de chá, três vezes ao dia, "curavam" dores em geral, cólera morbo, bronquite, males do fígado, tuberculose e até câncer.

William Avery Rockefeller, "*Doctor Big Bill*", pai de John D. Rockefeller, era um desses mascates; abandonara a família com o filho ainda adolescente para percorrer as trilhas e oferecer seu "remédio" (JOSEPHSON, 1934:45-6; CHERNOW, 1998:73). Marcas como "*Seneca Oil*", "*American Medicinal Oil*", "*Kier's Petroleum", "Kier's Rock Oil" foram* algumas das mais famosas, vendidas em todo o país e até exportadas para a Europa.

Mas Samuel Kier não estava satisfeito; mandando analisar o óleo por um químico de Filadélfia, recebeu a sugestão de destilá-lo para usá-lo como iluminante. Conselho seguido, Kier passou a vender o novo produto com sucesso. Outro empreendedor, George Bissell, enviou amostra para Yale, e após análise, o professor Silliman revelou-lhe que por simples destilação, era possível produzir querosene de iluminação, parafina, gás e óleo lubrificante, quase sem desperdícios. Abertas muitas possibilidades para o óleo natural, o problema era como obtê-lo em quantidade. Bissell leu no rótulo de "Kier's Petroleum" que o "remédio natural" era obtido na Pensilvânia, a partir de um poço artesiano de mais de cem metros de profundidade. Somente em 1859, outro empreendedor, Edwin L. Drake, ou "coronel" Drake, finalmente obteve sucesso e descobriu petróleo explorável comercialmente no noroeste da Pensilvânia (HARPER, 1995:9-12).

Em 1862, John D. Rockefeller, cuja firma de fornecimento de provisões prosperara durante a guerra civil, foi procurado por Samuel Andrews, dono de uma pequena refinaria, em busca de financiamento para construir uma refinaria maior, pois detinha um processo para extrair maior quantidade de querosene de iluminação do petróleo cru, já disponível a partir de vários campos abertos. A nova empresa prosperou a partir do investimento inicial de 5 mil dólares e do crescimento da demanda, levando Rockefeller a vender sua parte na firma de provisões e comprar a parte do sócio na refinaria. O mercado aquecido levou-o a concentrar

seus esforços no novo negócio a partir de 1865. Com o acirramento da competição entre produtores e refinadores, e o crescimento dos interesses das ferrovias, responsáveis pelo transporte, foi admitido um novo sócio capitalista, Henry Flagler, e logo uma segunda refinaria foi aberta em Cleveland, elevando a companhia à condição de maior produtor naquela cidade (JOSEPHSON, 1934:110-11).

Os pioneiros na constituição de um cartel para a defesa de seus interesses comerciais foram os produtores de sal, reunidos na *Michigan Salt Association* (JOSEPHSON, 1934:115), não obstante a existência de legislação específica vedando combinações comerciais secretas com objetivos monopolísticos em vários estados da União. As indústrias frigorífica, do açúcar e de *whiskey* seguiram o exemplo, empreendendo em comum atividades de pesquisa, desenvolvimento de mercados de exportação e compra de insumos, propaganda e venda, sendo que o mais bem sucedido dos cartéis pioneiros, formado em 1880, foi o dos matadouros de Chicago. Por volta de 1889, apenas cerca de vinte destilarias de *whiskey* ainda operavam, contra mais de oitenta anteriores ao plano, resultando em grandes economias e lucros elevados, pois o cartel controlava a produção de bebidas e álcool, ditando quantidades, tipos e locais de produção (JOSEPHSON, 1934:283-4).

O rápido desenvolvimento econômico após o conflito entre os estados levou ao surgimento da moderna economia industrial nos EUA. A descoberta e exploração de petróleo permitiram o barateamento e disseminação da iluminação a querosene, melhor que o antigo óleo de baleia. Lubrificantes derivados de petróleo substituíram o sebo animal, novos processos de refino produzindo lubrificantes específicos para diversos usos industriais. Implementos agrícolas aumentaram a produtividade nos campos, outras invenções como a máquina de costura, a máquina de escrever, máquinas ferramenta, vagões frigoríficos, novos processos de produção de aço, técnicas desenvolvidas durante a guerra na produção de armamentos, a evolução dos meios de transporte e da mineração, e novos métodos de administração científica, introduzidos por Frederick W. Taylor, permitiram a produção em massa de bens de consumo, alimentos e vestuário, enquanto o telégrafo, a prensa rotativa, e o telefone revolucionaram os meios de comunicação (BRUCHEY, 1988:119-20).

A transformação não se limitou aos EUA; entre 1880 e 1914, as principais economias do mundo passariam por uma revolução nas condições e modelos de produção, consolidando a produção em massa, com intensa concentração industrial, mudanças sociais e a emergência do capital monopolista enquanto modelador da política interna e externa. Nas

décadas anteriores à Primeira Grande Guerra, o uso crescente da eletricidade na indústria, o aperfeiçoamento do motor a vapor, a afirmação do automóvel e o surgimento dos primeiros aviões e dirigíveis, somados ao apoio maciço do capital financeiro, originaram as corporações, com formação de cartéis e trustes. As crises econômicas periódicas permitiram a "assepsia do mercado", com o desaparecimento das empresas mais fracas e o domínio dos conglomerados. Logo, em todas as economias importantes, os meios de produção encontravam-se sob o controle de um número reduzido de empreendimentos, com a transformação do capitalismo baseado na livre concorrência em monopólio (ROSENBERG, 1939:262-3).

Grande desenvolvimento econômico, produção em massa, concentração econômica, monopólios, grandes fortunas. Esse o caminho conduzindo à enorme acumulação de capital na forma de fortunas individuais dos *robber barons*, simbolizados por John D. Rockefeller, pioneiro tornado referência a ser seguida. Quando se somaram esforços para enfraquecer o cartel da *South Improvement Company*, ele formou o *trust*, dissolvido mais tarde quando o imenso poder econômico da *Standard Oil* levantou o sentimento público e elevou as pressões políticas para investigar sua origem.

A combinação de recursos naturais abundantes, vasta área agricultável, evolução tecnológica e crescente volume de capital disponível para investimento, transformaram os Estados Unidos. A eficiente combinação de recursos naturais e técnicas modernas de produção tornou as empresas americanas comparáveis às melhores do mundo, donas de um enorme mercado doméstico e de economias de escala não disponíveis às empresas européias. Em 1890, o censo populacional mostrou mais pessoas nas cidades do que na zona rural; por outro lado, a grande área cultivada, a mecanização da agricultura e a eficiência dos meios de transporte, tornou os produtos agro-pecuários norte-americanos mais baratos do que os europeus, suscitando a ameaça de superprodução e da incapacidade de absorção do mercado doméstico. Para manter a economia em crescimento, seria necessário conquistar os mercados mundiais (KENNEDY, 1988:243-5).

Após a guerra civil, a frouxidão das instituições políticas e a inexistência de um regramento defensor dos interesses da sociedade, permitiram sua direção pelos interesses ou apetites dos autocratas (JOSEPHSON, 1934:6). O poder do grande industrial tornou-se comparável ao de um novo senhor feudal, comandando tanto a terra como o povo. Ao mesmo tempo, exigia um Estado forte, com autoridade sobre as massas para suprimir rebeliões ou

qualquer ameaça de agitação, dele demandando ainda uma política interna de proteção tarifária contra a competição estrangeira, e uma política externa que lhe garanta novos mercados. Em troca, forneceria os recursos para o exército e a polícia, assumindo esses encargos como um seguro contra perigos internos e externos (ROSENBERG, 1939:269-70).

Assim, quer se tratasse de Rockefeller em Cleveland, Carnegie em Pittsburgh, Vanderbilt em New Jersey ou Hill em St. Paul, os *robber barons* eram *profit seekers*, buscavam obstinadamente o lucro, tanto por meio do comércio e da produção de riqueza, como por hábil manipulação do mercado de ações. O conceito de lucro vigente à época era o de lucro contábil, a diferença positiva entre o preço de venda e o custo de produção. O conceito de lucro econômico, incremento da riqueza de um investidor proporcionado pelo investimento realizado, levando-se em conta o custo de oportunidade do capital, ainda não estava cristalizado. Manipulando o ambiente econômico para estabelecer monopólios e obter lucros acima do normal sem qualquer contribuição à produtividade, os magnatas se tornaram *rent-seekers* (TULLOCK, 1998).

O conceito de "*rent seeking*", o uso de poder político ou institucional para extrair transferências de riqueza do restante da economia pela via do poder discricionário do governo, foi primeiramente abordado por Gordon Tullock, economista norte-americano de pensamento afinado com a Escola Austríaca, em seu artigo de 1963, *The Welfare Cost of Tariffs, Monopolies and Theft*, no qual discutiu os custos sociais das barreiras tarifárias e dos monopólios. Como comentou James Buchanan, Prêmio Nobel de Economia de 1986, ao falar sobre o trabalho de Tullock, com quem viria dividir a autoria de vários trabalhos, não se tratava de um comportamento novo, mas algo que sempre esteve presente. Anne O. Krueger, ex-economista-chefe do Banco Mundial e ex-diretora do Fundo Monetário Internacional, foi a introdutora do termo *rent-seeking* em seu artigo *The Political Economy of the Rent-Seeking Society* (KRUEGER, 1974:291-303).

Embora a introdução do conceito de *rent-seeking* seja formalmente creditada a Tullock e Krueger, sua descrição pelos autores nos remete ao conceito marxista da extração da mais valia. Coggiola (1998:83), descreve como *rentista* (*rentier*), o capitalista desvinculado da produção e que se limita a cobrar os dividendos produzidos por suas empresas, ou seja, cuja renda advém somente da posse de capital, enquanto o conceito de *rent-seeking*, no glossário editado pelo periódico *The Economist*, é descrito como *"cortar para si uma fatia maior do bolo sem tornar o bolo maior"*. Ou seja, receber alguma coisa simplesmente por

controlar um processo ou recurso, não cria nenhum benefício social, ao contrário, transfere riqueza criada pelo trabalho para grupos de interesse. É o que ocorre, por exemplo, quando uma empresa faz *lobby* para conseguir do governo empréstimos, dotações, subsídios ou proteção tarifária, práticas afinadas com a essência do capitalismo.

Em linhas gerais, o final do século XIX sinalizou o início de uma nova era, com o progressivo desaparecimento do empreendedor independente, em favor da concentração econômica e a formação de *pools*, cartéis, trustes e, mais tarde, corporações. Introduziram-se novas formas de gestão das atividades produtivas, com verticalização e economias de escala, das quais Rockefeller e a *Standard Oil*, se não os pioneiros, foram os mais destacados exemplos, de um lado laudados, mas de outro publicamente condenados.

O crescente poder econômico dos monopólios, principalmente no mercado de petróleo, levou o Congresso a fazer investigações que desaguaram na votação do Ato Sherman em 1890, a primeira lei anti-monopólio dos EUA. A redação final deixava clara a preocupação principal em prevenir combinações entre indivíduos ou empresas que incorressem no aumento do custo dos produtos para os consumidores, porém não em evitar a dominação de uma indústria por uma empresa específica. Seria ilegal apenas o monopólio por ela obtido por meio de práticas anti-concorrenciais, não porque seu produto ou serviço superava os demais, garantindo-lhe a supremacia nas vendas. Antecipando os efeitos da legislação proposta, a *Standard Oil* entrara preventivamente em processo de auto-liquidação, sendo reincorporada como uma *holding* em New Jersey. Na prática, o Ato Sherman foi-lhe inócuo (JOSEPHSON, 1934:394)

Visto que o Ato Sherman pouco interferiu na diminuição do poder econômico dos monopólios, e diante do temor de que em poucos anos o país seria controlado por apenas alguns poucos indivíduos, o Estado procurou introduzir, nas duas décadas seguintes, outros dispositivos legais criando obstáculos a sua expansão. Também havia pressões políticas para o aperfeiçoamento dos sistemas bancário e tributário, taxando-se as grandes fortunas e a transmissão de heranças. A *Standard Oil* controlava em 1904 mais de 90% da produção de petróleo e 85% das vendas, a maior parte constituída por querosene para exportação. Diante de novas evidências, o Departamento de Justiça processou-a em 1909 por práticas monopolísticas com base no Ato Sherman, sendo a *Standard Oil* por fim condenada a dividir-se em trinta e quatro companhias independentes em 1911.

Em 1913, por iniciativa do senador republicano Nelson W. Aldrich, futuro sogro de John D. Rockefeller Jr., foi aprovada a 16ª Emenda Constitucional, conferindo ao Congresso norte-americano poderes para coletar impostos sobre a renda de quaisquer fontes, sem a obrigação de dividir proporcionalmente o resultado entre os estados. Também de sua iniciativa foi a aprovação do *Federal Reserve Act*, criando o *Federal Reserve System*, ou simplesmente *Fed*, composto por doze bancos privados controlados pelo capital monopolista, o qual passou a desempenhar funções de banco central, controlando o sistema monetário do país e também a emissão de moeda.

Em maio de 1908, o Congresso aprovara a criação da *National Monetary Commission* com a missão de propor legislação regulatória. As negociações para a constituição do *Fed* foram mantidas em segredo do público, e em novembro de 1910 foi efetivamente concebido o sistema, em um hotel na ilha de Jekyll, Georgia. Participaram, entre outros, Abraham Piatt Andrew, secretário assistente do Departamento do Tesouro, Paul Warburg (principal responsável pelo projeto e representante de *Kuhn, Loeb & Co*.), Frank Vanderlip (presidente do *National City Bank of New York*), Henry P. Davison (sócio da J. P. Morgan Co.), Charles D. Norton (presidente do *First National Bank of New York*), controlado por Morgan, e Benjamin Strong (presidente do *Morgan's Banker' Trust Co*.).

Finda a reunião, o projeto do *Federal Reserve Act* foi apresentado ao Congresso, sendo aprovado em dezembro de 1913; ao sistema foi outorgado o controle das taxas de juros e da base monetária, com a criação de uma nova moeda dos Estados Unidos, a *Federal Reserve Note*. Mais um passo havia sido dado pelos capitalistas financeiros no sentido de capturar as estruturas de governo.

O conjunto de ações governamentais anti-monopólio colocou as grandes fortunas e os monopólios em condições desvantajosas, agravadas em 1916 com a instituição de impostos sobre a transmissão de heranças. Se aparentemente tais ações poderiam asfixiar o grande capital, na prática tal não ocorreu, pois seus donos buscaram meios de protegê-lo da voracidade fiscal e dos obstáculos à sua expansão. Um deles foi a constituição de fundações, forma de organização isenta de impostos e sem restrições de atuação além-fronteiras. A legislação restritiva foi contornada, e a criação do *Fed* permitiu o controle do sistema financeiro a seu favor.

George Peabody, mercador e banqueiro de Massachusetts (BERLINER, 1985:7-8), criou em 1867 a primeira das fundações destinadas ao bem estar. O *Peabody Education Fund* construiu escolas para brancos e negros e treinou professores, assistindo os estados do sul assolados pela guerra. O início do século XX veria a multiplicação de instituições desse tipo, a maioria delas criada por homens ricos, apenas um passo adiante da opinião pública ultrajada, de suas consciências ou do coletor de impostos (GOULDEN, 1971:19). Tendo assumido a liderança em assuntos educacionais pela criação de universidades e institutos de pesquisa, em resposta às necessidades de profissionais com treinamento técnico e gerencial para operar suas indústrias (BROWN, 1979:9), ao final de suas carreiras os *robber barons* passaram a criar fundações. Por meio dessas instituições poderiam operar sem restrições fora do território norte-americano, sem a necessidade da prestação de contas a terceiros, e sem impostos.

Raymond Fosdick, escrevendo sobre a Fundação Rockefeller, da qual foi presidente de 1936 a 1948, relata que muitos filantropos adquiriram suas fortunas sob condições únicas na história dos EUA, não raro por métodos que, permitidos a seu tempo, não mais estariam de acordo com a consciência social ou os requisitos da lei (FOSDICK, 1952:5). Sem rodeios, GOULDEN (1971:20) afirma que a maior parte das fortunas controladas pelas fundações, acumulada na era dos *robber barons*, o foi de forma inescrupulosa, acompanhada de grande miséria humana, por homens que se aproveitaram de forma consciente do período de vale-tudo vigente.

Desde longa data ações de beneficência vinham sendo praticadas pelos *robber barons*; Rockefeller, batista devoto, desde seu primeiro pagamento ofereceu o dízimo à sua igreja, com doações crescentes na medida da expansão de sua fortuna, principalmente para causas envolvendo saúde pública e educação, como a Universidade de Chicago. Carnegie tornou-se um filantropo ligado à educação, como foram Leland Stanford, fundador da *Stanford University*, e Johns Hopkins, cuja fortuna, derivada de negócios com *whiskey* e ferrovias, foi legada após sua morte para a criação da *Johns Hopkins University* e do *Johns Hopkins Hospital*. Mas além das razões fiscais, a criação de fundações poderia ter razões tais como assegurar a "imortalidade corporativa" de uma empresa, transferindo seu controle acionário para uma fundação, protegendo-a dos tributos de sucessão, da possibilidade de dissipação pelos herdeiros e da venda a terceiros. Ou ainda, dada a origem da fortuna, a aquisição de prestígio social ou de uma consciência limpa, ou mesmo dar destinação aos recursos financeiros na ausência de herdeiros (GOULDEN, 1971:21-24).

DOWIE (2001:xxxvi) descarta o desejo de proteger o capital industrial como o motivo central da criação das fundações nos EUA. Embora aceite tal possibilidade, apresenta como motivo principal o desejo sincero de reforma, refutando a tese de conspiração monolítica dos *robber barons* apenas para proteger o sistema que os enriqueceu. Por outro lado, vistos a desintegração da antiga ordem social e o temor da revolta das classes trabalhadoras, ambos resultantes da industrialização capitalista, não seria de admirar, entende Brown, que homens e mulheres ricos apoiassem os programas das organizações de caridade e dos movimentos de trabalho social, de forma a evitar o descontentamento das massas e a revolução (BROWN, 1979:22). O ponto final sobre a questão da motivação dos homens ricos virem a constituir fundações, se para legar sua riqueza para o benefício público ou por outro motivo, é colocado pela afirmação de John T. Jones, Jr., então presidente do *Houston Endowment*:

> Whether this wish is motivated by pure virtue, a slightly-tarnished desire to see a name perpetuated beyond the grave, or nothing more than sheer animal hatred for the Federal government is not of concern to us. (GOULDEN, 1971:20)

1.3 – Grandes fundações

Após comprar a siderúrgica de *Painter's Mill*, Andrew Carnegie renovou-a completamente, deixando intocada *Painter's Row*, a favela onde moravam seus operários, sem água potável ou instalações sanitárias adequadas. Tornado *trustee* da Universidade Cornell, Carnegie sensibilizou-se com as privações dos professores na aposentadoria e criou um fundo cujos rendimentos pagariam pensões a professores de instituições credenciadas; não se preocupou, porém, com as privações enfrentadas diariamente pelos operários das siderúrgicas. (JOSEPHSON, 1934:362-3). Carnegie é lembrado como o filantropo que iniciou um sistema de pensões para professores universitários e espalhou bibliotecas nos Estados Unidos, e não como o industrial sem escrúpulos que obrigava os trabalhadores a turnos de doze horas nas siderúrgicas, impedia sua organização em sindicatos e reprimia violentamente suas manifestações por melhores condições de trabalho. Com o passar dos anos, apaga-se a memória e se legitimam as fortunas das fundações (GOULDEN, 1971:49).

Henry Smith Pritchett, doutor em astronomia, ex-presidente do *Massachusetts Institute of Technology*, e presidente da *Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*,

organizada em 1905 "*para promover o avanço e a difusão do conhecimento e do entendimento entre o povo dos Estados Unidos",* listou as condições mínimas para uma faculdade candidatar-se às doações: 200 mil dólares de dotação ou faturamento anual de 100 mil dólares, a introdução de critérios de admissão recomendados pela fundação, e pelo menos oito departamentos chefiados por professores doutores. O *Teachers Insurance and Annuity Association*, fundo igualmente presidido por Pritchett, tornou os direitos de pensão transferíveis entre instituições participantes, e os professores passaram a evitar as demais, forçando assim sua submissão à fundação. O fundo tornou-se auto-suficiente, mas a aproximação entre fundações e universidades já se consumara; a partir de então, a educação passou a ser a área de eleição para a concessão de doações, com as fundações assumindo o controle das universidades (GOULDEN, 1971:124-7).

Por que John D. Rockefeller criou a fundação que leva seu nome? Raymond B. Fosdick (1952:4-6), seu presidente de 1936 a 1948, desqualifica a hipótese de um escudo contra a censura pública, lembrando o espírito religioso do fundador, sempre contribuindo para sua igreja e acreditando na cooperação divina para a construção da *Standard Oil*. Uma frase atribuída a Rockefeller, "*God gave me my money*", proferida durante uma entrevista em 1905, é explicada pelo próprio John D.:

> I believe the power to make money is a gift from God...to be developed and used to the best of our ability for the good of mankind. I believe it is my duty to make money and still more money and to use the money I make for the good of my fellow man according to the dictates of my conscience (COLLIER, 1976:48).

O reverendo Frederick T. Gates, então secretário executivo da *American Baptist Education Society*, conhecera Rockefeller em 1890, por ocasião das tratativas para a fundação da Universidade de Chicago. Em suas memórias, Gates relata sua preocupação com a maneira como a medicina era ensinada e praticada nos EUA, com vários ramos e vertentes, todos, a seu ver, dissociados da ciência e igualmente parcos em resultados. Tal visão destilara-se a partir de seu relacionamento com médicos de sua congregação, tanto "regulares" como homeopatas, durante suas atividades como pastor batista. Em 1897, Gates leu durante suas férias a obra do médico William Osler, *The Principles and Practice of Medicine*, auxiliado por um dicionário de termos médicos, o que lhe valeu reforçar suas idéias sobre a precariedade do ensino da "medicina científica" nos EUA. Creditou essa deficiência ao pouco tempo de desenvolvimento dos instrumentos de investigação como o microscópio, a química e a teoria microbiana de Pasteur, bem como não terem chegado até a medicina, dada a característica

comercial de suas escolas, as doações de vulto recebidas por outras áreas da ciência, como a astronomia, a química e a física (BROWN, 1979:34).

Convencido de que o futuro residia na "medicina científica", Gates vira fracassar a proposta da criação de uma instituição dedicada à pesquisa médica científica na Universidade de Chicago, a ser financiada por Rockefeller. A universidade decidira absorver o *Rush Medical College*, e Rockefeller, um adepto da homeopatia, não desejava endossar uma instituição alopática (BERLINER, 1985:53). Gates recomendou a criação de uma instituição independente, inspirada nos Institutos Koch, de Berlim, e Pasteur, de Paris. Por sua influência direta, foi criado em 1901 o *Rockefeller Institute for Medical Research*, hoje Rockefeller University. Após os tropeços iniciais, a direção foi assumida a partir de 1903 pelo médico Simon Flexner, patologista de renome e ex-assistente de William Henry Welch na Johns Hopkins, dando rumo e impulso às pesquisas propostas (GATES, 1977:179-84).

Promover a educação primária no sul do país sem distinção de cor ou credo; essa a missão do *General Education Board* (GEB), organizado em 1902. A instalação de fazendas-modelo, para a promoção de novos métodos agrícolas, a implantação de escolas de ensino médio, a promoção de ensino superior e a criação de escolas para o treinamento de professores negros foram parte de suas atividades. (GATES, 1977:215). O GEB foi ainda pioneiro na introdução do primeiro dos vários programas de saúde pública da Rockefeller, mais tarde exportados para todo o mundo, constituindo importantes suportes na crescente dominação econômica, comercial e militar dos EUA (BROWN, 1979:48).

Criada em 1909, a *Rockefeller Sanitary Commission*, obteve em cinco anos, coordenada por Wickliffe Rose, que mais tarde visitaria o Brasil, a erradicação da ancilostomose nos estados do sul. Tais experiências preliminares resultaram no desejo de criar uma estrutura de maior porte, dirigida por *trustees* com conhecimento especializado em educação, artes, agricultura, cidadania e medicina. Ainda em 1909, Rockefeller, seguindo as idéias de Gates, criou a Fundação Rockefeller, solicitando no ano seguinte sua incorporação pelo Congresso norte-americano. Suas expectativas frustraram-se porém no Senado, pois suspeitava-se de algo além de apenas beneficência por trás de suas doações. A nova instituição visaria:

> (...) promover o bem-estar e avançar a civilização dos povos dos Estados Unidos e seus territórios e possessões e de terras estrangeiras na aquisição e disseminação de conhecimento, na prevenção e alívio do sofrimento e na promoção de todo e qualquer dos elementos do progresso humano (FOSDICK, 1952:15).

As maiores ações filantrópicas de Rockefeller foram concomitantes aos seus maiores problemas nos negócios e constrangimentos públicos; uma série de artigos escritos por Ida Tarbell e publicados a partir de 1902 na revista *McClure's*, tornaram públicos os métodos utilizados pela *Standard Oil*, bem como a origem da riqueza que Rockefeller estava distribuindo. Em seguida à publicação dos artigos, a *Standard Oil* foi multada em 29 milhões de dólares por violações da legislação anti-monopólio, tendo sido revelado o pagamento de 100 mil dólares ao senador Joseph B. Foraker para que *"cuidasse de aspectos da legislação anti-monopólio*" porventura lesivos aos interesses da companhia (GOULDEN, 1971:33-4).

Em conseqüência, o Senado condicionou a incorporação à introdução de emendas no projeto da fundação, e à exata definição de suas propostas atividades. Diante da relutância do Congresso, a saída para Rockefeller foi solicitar, sem as modificações pedidas, a incorporação sob as leis do estado de Nova York, rapidamente obtida em 1913. Agora a declaração de propósito era "promover o bem-estar da humanidade por todo o mundo".

Em 1914 ocorreu a primeira prova de fogo diante da opinião pública: acabou em tragédia uma greve na *Colorado Fuel and Iron Company*, em Ludlow, no Colorado, da qual três *trustees* e o próprio Rockefeller eram diretores. Em 20 de abril, a guarda armada da empresa e a milícia estadual invadiram o campo dos grevistas, abrindo fogo e matando seis trabalhadores, incendiando suas tendas e cremando duas mulheres e onze crianças. À uma comissão de inquérito do Congresso, liderada pelo Senador Frank Walsh, Rockefeller alegou desconhecer as condições nas quais viviam os empregados e suas famílias, e os motivos que os teriam levado à greve (CHERNOW, 1998:571-90).

A Comissão Walsh expôs as relações do capital com a classe trabalhadora, criticando e apontado o papel das fundações para a construção de uma superestrutura destinada a aumentar o controle do capital sobre a sociedade[9]. No inquérito, Walsh questionou Rockefeller se alguma vez ele recebera um relatório de qual teria sido o resultado caso as somas doadas para beneficência tivessem sido empregadas em melhorias salariais e das condições de vida para os empregados nas comunidades das quais ele obtinha seu lucro, e se ele não julgava serem demasiadamente penosas doze horas de trabalho nas aciarias. Respondendo negativamente, Rockefeller afirmou não estar suficientemente familiarizado

[9] *Commission on Industrial Relations. Final Report.* O relatório final da Comissão Walsh está disponível na Internet em <http://www.openlibrary.org/details/finalreportofcom00unitiala> - pg. 116-119.

com o trabalho executado pelos trabalhadores para opinar. Ao final dos trabalhos, a comissão recomendou a liquidação da fundação e o dispêndio de seus ativos, oriundos de salários não pagos aos trabalhadores, de forma a aliviar o desemprego e diminuir doenças e acidentes, porém sem sucesso (GOULDEN, 1977:38). Rockefeller triunfara afinal.

A *American Tobacco Company* fez de James Buchanan Duke um homem rico, que se vangloriava de ter ensinado ao mundo como fumar cigarros. Sua outra fonte de riqueza era a *Duke Power Company*, hoje *Duke Energy*. A opinião pública com relação aos negócios, em sua opinião, era formada pelos advogados, que dominavam o governo, pelos pregadores, que dominavam a igreja, ou pelos médicos, que tinham algo a dizer sobre a vida e a morte. Ainda em vida, informou seus *trustees* como repartir sua fortuna entre universidades, hospitais, orfanatos e igrejas, surgindo dessa forma a *Duke University*, destinada a ter as melhores escolas de direito e medicina do sul. Mas sua visão sobre saúde era bem mais objetiva:

> People ought to be healthy. If they ain't healthy they can't work, and if they don't work they ain't healthy. And if they can't work there ain't no profit in them (GOULDEN, 1977:47).

O grande capital geralmente não origina novos partidos, preferindo adentrar os existentes e transformá-los de acordo com suas necessidades, tal como sucedeu com o Partido Republicano após 1870, tornado representante do capital financeiro e dos trustes industriais. Sua plataforma apoiava tarifas elevadas, não interferência do governo nos assuntos do capital, repressão contra os movimentos trabalhistas, a construção de uma grande Marinha e a expansão colonial dos Estados Unidos nas Américas e no Pacífico. Minando a substância da democracia, restou da tradicional Constituição dos EUA apenas a casca vazia (ROSENBERG, 1939:273). Vimos como o grande capital[10] financeiro se organizou para controlar o sistema financeiro norte-americano, com a criação do *Fed*, e como as medidas legislativas anti-monopólio foram neutralizadas com a instituição das fundações, as quais evoluiriam com a organização da filantropia em larga escala, dirigida de forma a privilegiar os interesses financeiros de seus organizadores.

---

[10] Em nosso entendimento, o termo "imperialismo" se aplicaria adequadamente ao que estamos descrevendo, ou seja, a época em que o capital financeiro se transforma em fator dominante no mundo inteiro. Se evitamos o termo "imperialismo" é porque sabemos que o mesmo foi desprezado na sua acepção vulgar, isto é, a conquista militar de um país por outro. Para sermos mais claros e evitarmos essa má interpretação, usamos aqui, e no restante do presente trabalho, o termo "grande capital" ou "grande capital estrangeiro" (NA).

A primeira onda da filantropia organizada nos Estados Unidos surgiu com a criação das fundações Carnegie e Rockefeller, ambas voltadas para a promoção do bem estar social, com as ressalvas já comentadas, e o uso inovador de fortunas por meio da "filantropia científica".

O uso de recursos da filantropia para defender o capitalismo teria surgido posteriormente, mais por ação dos *trustees* do que dos fundadores. A segunda onda de filantropia, iniciada após a Segunda Guerra Mundial, trouxe um novo foco, o investimento na formulação de políticas públicas, com o aumento de recursos empregados em análise de políticas e em *public advocacy*, de forma a influenciar os tomadores de decisão, promovendo mudanças na legislação e outras políticas governamentais, favorecendo grupos de interesse ou organizações. Utilizando-se o poder das doações, criaram-se ligações entre agências governamentais, pesquisadores de ciências sociais e organizações não lucrativas, com as fundações mediando as relações entre a academia e o governo, com o fim de formar uma sociedade nacional nos EUA (DOWIE, 2001:4-6).

As fundações gigantes foram e são objeto de crítica; traduzindo riqueza em poder, são capazes de criar, sustentar e disseminar uma ideologia protetora do capitalismo, esquivando-se de críticas e podendo contratar os melhores cérebros e mesmo líderes políticos de esquerda para fazer seu trabalho; esse é o seu mais nefasto produto, na visão da historiadora Jean Roelofs. Sobre as fundações filantrópicas privadas norte-americanas, assim se expressam Karl e Katz:

> Dinheiro que deveria estar nas mãos do público está sendo retido por aristocratas para propósitos além do controle de instituições democráticas; a liberdade acadêmica das universidades está sendo subvertida pelo controle dos orçamentos acadêmicos pelas fundações; políticas públicas estão sendo determinadas por grupos privados; a pesquisa científica e acadêmica e a criatividade artística de indivíduos estão sendo abafadas pela ênfase das fundações em pesquisa de grupo; esforços individuais são obstados por demandas materialistas e orientadas pelos negócios dos gestores das fundações, fundações são os bastiões da elite anglo-saxônica resistindo ao desenvolvimento normal de uma sociedade pluralista e étnica (KARL e KATZ, 1983:253).

Durante o período do macartismo, o congressista Carroll Reese observou que o suporte das fundações a projetos de igualdade de direitos para negros e brancos, educação integrada e direito de voto para as minorias, estaria "*minando o nosso modo de vida norte-americano*". Outras acusações dizem respeito a subverter a livre-iniciativa capitalista, com mais envolvimento das fundações na política e mais envolvimento do governo em filantropia,

renunciando aos tradicionais valores norte-americanos de responsabilidades individuais e livre escolha (DOWIE, 2001:14-15).

Das mencionadas ligações entre grandes fundações e organizações não governamentais, uma merece especial atenção; trata-se do *Council on Foreign Relations* (GRAZIANO, 2004:145-7). Criado em 1921, com origens na célula norte-americana da *Round Table*[11], o CFR identificava-se inicialmente com os interesses de J. P. Morgan, porém o poder inclinou-se ao longo do tempo para a família Rockefeller.

O CFR edita desde 1922 o periódico *Foreign Affairs*, o qual freqüentemente traz em suas páginas artigos autorais antecipando as principais políticas internacionais norte-americanas. Os membros do CFR, admitidos somente mediante convite, representam os extratos mais elevados do mundo dos negócios, dos grandes escritórios de advocacia, da mídia e da academia nos EUA. Desses quadros, saíram grande parte dos ocupantes dos cargos dos escalões superiores do governo norte-americano, não importando se republicano ou democrata (PERLOFF, 1988:3-8; STANLEY et al., 1967: passim; MILLS, 1956: passim).

Paul Warburg, banqueiro teuto-americano com fundamental importância na criação do *Fed*, foi depois indicado pelo presidente Woodrow Wilson (1913-1921) para compor sua diretoria, por ele ocupada de 1914 a 1918. Foi também membro fundador do CFR e seu diretor até sua morte em 1932, e ainda, sucessivamente, o primeiro presidente do *American Acceptance Council* e do *International Acceptance Bank of New York*, bem como assessor de Franklin D. Roosevelt enquanto governador do estado de Nova York.

Embora um estudo aprofundado do CFR fuja ao escopo do presente trabalho, seu papel na formulação "extra-oficial" das políticas de governo dos EUA traz à tona a relação entre as grandes fundações, o capital monopolista e o governo, constatada quando se comparam as listas de nomes dos *trustees*, das diretorias das grandes corporações e dos ocupantes dos cargos de primeiro escalão do governo norte-americano desde a criação do CFR[12].

---

[11] A Rhodes Round Table, entidade com raízes na Sociedade Fabiana criada por Cecil Rhodes, começou a tomar forma por volta de 1890. A sociedade propunha o estabelecimento de um governo mundial, a partir da reunião da Grã-Bretanha e dos Estados Unidos (ALLEN e ABRAHAM, 1983:90-6).

[12] Uma leitura interessante é a obra de STANLEY et al., *Men who govern. A biographical profile of federal political executives*. Washington, The Brookings Institution, 1967.

De uma forma não absoluta, o período mais intenso do envolvimento das fundações com a medicina, e por extensão, com a formatação do sistema de atenção à saúde, pode ser dividido em duas partes. A primeira, englobando a última década do século XIX e chegando até 1910, caracteriza-se como a fase na qual foram estabelecidas as bases para a introdução da "medicina científica"; a segunda, de 1910 a 1935, representou a fase de suporte das fundações para as mudanças na educação médica (BERLINER, 1985:128).

As doações das grandes fundações para a área da saúde foram superadas somente pelas relativas à educação. Desde muito cedo as fundações envolveram-se com questões da medicina, seja na pesquisa ou no ensino médico e, marginalmente, na saúde pública. Antes da criação da Fundação Rockefeller, foram criados o *Institute for Medical Research* e a *Sanitary Commission*, já mencionados, acreditando-se que a "medicina científica" lideraria os aspectos da saúde pública, impressão essa partilhada por Carnegie. Outras fundações seguiram seu exemplo, e algumas, como a *Henry J. Kaiser Family Foundation,* a *Robert Wood Johnson Foundation* e o *Howard Hughes Medical Institute*, fizeram da medicina e da saúde o seu único campo de atuação. Os motivos apontados para essa dedicação são vários, desde oferecer aos ricos proteção contra as doenças dos pobres, a criação de uma força de trabalho industrial mais saudável e produtiva, o avanço da ciência, o fortalecimento do capitalismo, e os sempre mencionados impulsos humanitários e de caridade (DOWIE, 2001:73-5).

Considerando-se especificamente a saúde, a fortuna de Rockefeller foi de longe a maior fonte de capital para o desenvolvimento da ciência médica nos Estados Unidos, a transformação da educação médica em pesquisa científica e o desenvolvimento de programas de saúde pública, tanto locais quanto os exportados para todo o mundo (BROWN, 1979:104). Ademais, desde muito cedo, antes ainda da criação de seu instituto, os Rockefeller preocupavam-se com a competição entre as fundações. Em 1902, Rockefeller Jr. buscou um acordo tácito com Carnegie, para que sua fundação não entrasse no campo da pesquisa médica, mesmo já tendo feito doações para o Instituto Koch de Berlin e para Madame Curie (BERLINER, 1985:92).

O envolvimento da filantropia corporativa na reforma do ensino médico provocou um embate por seu controle entre os médicos praticantes e a classe capitalista associada aos médicos acadêmicos, revelando-se, em última análise, uma questão de a quais interesses serviria o sistema de atenção à saúde (BROWN, 1979:136).

Mas, e os resultados? No final da década de 80, Goulden se fez a mesma pergunta:

> If one is satisfied with the present American medical system, with its emphasis on research and experimentation rather than on basic patient care, its determination to limit as severely as possible the number of persons permitted to practice, its increasing centralization of professional services in lavish facilities that are more factories than clinic, its incessant increase in costs that is inexorably carrying treatment beyond the grasp of the ordinary citizen, and its tenacious clutch on conservative political concepts, then foundations have succeed (GOULDEN, 1988:121).

Mais de uma década depois, o financista George Soros, criador do projeto "*Medicine as a Profession"*, declarou, identificando uma posição unânime entre médicos, reitores, historiadores e economistas da saúde, sobre quanto o dinheiro é importante atualmente na medicina, tão poderoso para determinar decisões médicas a ponto de exercer uma influência corruptora: *"nunca precisamos tanto de ética profissional para nos sobressairmos contra as forças de mercado como agora*" (DOWIE, 2001:77). Entretanto, a posição de Soros contrapõe-se à que Goulden relata ter ouvido de um ex-executivo da *Ford Foundation* quando questionado sobre maneiras mais racionais de aplicação dos recursos:

> Hell, everyone in 'formal medicine' and education in the whole country has a vested interest in continuing the present system (...) they are getting nourishment - and by that I mean dollars - from the foundations. Why should they get involved in cabalistic plots to kill the most golden of geese? (GOULDEN, 1988:122).

Como se chegou a esse estado de coisas?

Capítulo 2

A medicina nos Estados Unidos - um esboço histórico

People of the same trade seldom meet together, even for merriment and diversion, but the conversation ends in a conspiracy against the public or in some contrivance to raise prices.

Adam Smith

2.1 - Reforma da educação médica nos EUA e o Relatório Flexner

A primeira escola de medicina dos EUA, criada em 1765 no *College of Philadelphia*, atual Universidade da Pensilvânia, foi um esforço de seu idealizador, John Morgan, e de uma elite médica para introduzir alguma hierarquia e sistematização na prática médica colonial. Na Grã-Bretanha do século XVIII, os profissionais de saúde dividiam-se em médicos, cirurgiões e boticários, e os membros do *Royal College of Physicians and Surgeons* vinham das camadas mais elevadas da sociedade, possuindo treinamento profissional formal e acadêmico. Morgan sabia ser impossível reproduzir na colônia a estrutura da metrópole, mas esperava poder criar uma liderança médica reverenciada por seus subordinados. O primeiro passo seria fundar escolas de medicina e depois ligá-las a sociedades médicas, responsáveis pela regulação da prática profissional. A revolução de independência interrompeu mas não encerrou o movimento, e com a vitória, escolas foram fundadas em Nova York, Boston e Baltimore, criando-se sociedades médicas locais (WHEATLEY, 1988:3-4).

A tentativa de criar uma estrutura reproduzindo uma hierarquia profissional fracassou, pois faltava ao novo país a infraestrutura social e institucional para suportar um modelo de educação médica de inspiração européia. A educação médica tomou contornos de negócio; mesmo na escola de Filadélfia, as taxas coletadas nas palestras pertenciam aos professores, como na Universidade de Edimburgo. Multiplicaram-se as escolas, em geral criadas por grupos de médicos que buscavam auferir prestígio e renda, em localidades que ganharam importância com a criação da escola. Para manter o fluxo de candidatos, os critérios de admissão foram continuamente reduzidos, e os interesses dos donos de escolas e das sociedades médicas entraram em choque: os primeiros buscavam aumentar o

alunado, as últimas procuravam reduzir o número de praticantes (WHEATLEY, 1988:3-7). No Brasil, desde o último quartil do século XX, até a atualidade, ocorreria o mesmo fenômeno da multiplicação de escolas de medicina e o embate entre seus interesses e os representativos das sociedades médicas, como comentaremos mais adiante.

Por volta de 1800, os médicos norte-americanos praticavam a medicina que desejassem, sem instâncias reguladoras ou outras barreiras de entrada, em ambiente de livre mercado. Na visão então prevalente, a partir de textos modificados de Hipócrates, as doenças não se originariam no corpo, mas seriam distúrbios causados por desequilíbrio dos quatro humores, sangue (fogo), fleuma (terra), bile amarela (ar) e bile negra (água). Além da medicina profissional ortodoxa ou regular, mais comum nas cidades, havia uma variedade de correntes de pensamento médico populares, como os herbalistas, terapeutas naturais, hidroterapeutas, thomsonianos, cientistas cristãos, ecléticos e homeopatas. Militares ou civis, os médicos eram homens, e assim também os enfermeiros; às mulheres cabiam as atividades de parteiras, o cuidar de familiares enfermos, muitas vezes fazendo o papel de médicos nos locais mais afastados. Poucos médicos eram cirurgiões, e poucos cirurgiões eram médicos; escassos eram os medicamentos disponíveis, derivados de plantas ou minerais, como mercúrio e arsênico, e medidas terapêuticas heróicas, como sangrias, purgativos, vomitórios e o uso de sanguessugas e ventosas, estavam na ordem do dia (STARR, 1982:38, 47-55)

Antes uma filosofia ou arte do que uma ciência, a profissão médica evoluiu sem quaisquer modelos pré-existentes, e a formação de quase todos os médicos norte-americanos da época deu-se na forma de aprendizado, acompanhando um médico praticante. Até 1800, apenas três escolas, Pensilvânia, Harvard e Dartmouth, suplementavam tal aprendizado com palestras feitas por médicos experimentados; mais rara ainda, a complementação dos estudos na Europa, principalmente na Escócia, reservada aos estudantes mais afluentes, dos quais se contavam cerca de cem no país. (BROWN, 1979:61). Um relatório publicado em 1889 pelo *Illinois Board of Health*, após avaliar todas as escolas médicas nos EUA e no Canadá, mostrou a existência de 179 "regulares", 26 homeopáticas, 26 ecléticas, treze "variadas" e outras treze consideradas "fraudulentas" (BROWN, 1979:136).

A passagem do *Medical Practices Act* no estado de Nova York em 1806, requerendo o licenciamento dos médicos "regulares", logo revogado, marcaria o início de uma luta de quase um século da medicina ortodoxa para restringir a prática profissional dos que

denominava "irregulares". Os médicos norte-americanos não possuíam então a importância social ou a afluência profissional que hoje possuem; a maioria, principalmente os estabelecidos no campo, enfrentavam dificuldades para se manter apenas com o exercício da prática médica. Era-lhes recomendável exercer uma atividade econômica paralela, como a criação de gado ou explorar uma farmácia. Nas cidades, mesmo com o número maior de médicos, a situação não era necessariamente melhor; a falta de credibilidade do público na profissão, com origem na ineficácia dos tratamentos disponíveis, era o maior obstáculo, gerando baixa procura de seus serviços (STARR, 1982:65).

Por todo o século XIX, a profissão médica viu-se constantemente frustrada em seu desejo de alcançar a confiança do público, elevar seus rendimentos e sua importância social, sempre presente o que os "regulares" denominavam de excesso de médicos. Com pouco prestígio e confiança rodeando a profissão, muitas pessoas preferiam tratar-se com herbalistas ou outras formas não "regulares" de atendimento, mais baratos e muito menos agressivos do que as medidas heróicas da medicina regular, tanto ineficazes e desagradáveis, quanto por vezes, letais (BROWN, 1979:60-2). Mas ao longo do século XIX, com a vantagem de não precisar derrubar nenhuma estrutura feudal, a profissão médica iria percorrer um longo caminho, até transformar-se, ganhar prestígio, aceitação, organização e, já no século XX, finalmente conseguir impor-se.

Para tanto, três seriam os principais obstáculos a transpor. Primeiro, construir um consenso em bases técnicas para eliminar as disputas entre as várias vertentes médicas, pois sem a confiança do público na validade das terapêuticas, não seria possível monopolizar a prática médica e eliminar a concorrência. Segundo, o fracasso das iniciativas anteriores dos "regulares" para o licenciamento, mostrou que a falta de uma base técnica para conquistar o suporte popular enfraquecia as possibilidades do controle político sobre a regulação da entrada na prática médica. Por último, entre a própria vertente "regular" dominante, interesses econômicos distintos colocavam em oposição os donos de escolas e os médicos praticantes (BROWN, 1979:67).

Por conta da variedade de linhas de pensamento, de sua dispersão territorial e ainda pelo sentimento negativo com relação à regulamentação da profissão, a constituição de sociedades representativas do interesse dos médicos evoluiu lentamente nos EUA. Ademais, dada a não exigência de diploma para o exercício profissional, e inexistência de um padrão de formação, não se poderia falar em uma "classe médica" no contexto de

laissez-faire do período jacksoniano. Havia desde os graduados em escolas européias de renome, até os práticos, os quais nunca freqüentaram qualquer escola. A competição pelo *status* na medicina pautava-se pela capacidade em adquirir pacientes com proeminência social e a indicação para escolas médicas ou hospitais. De forma geral, aos estratos sociais mais afluentes correspondia a elite médica, da medicina regular, enquanto às camadas menos favorecidas cabiam os profissionais com menor formação, dos quais os primeiros procuravam manter-se distantes, evitando qualquer associação (STARR, 1982:81). Após a interrupção causada pela guerra civil, com os EUA crescendo em riqueza e poder, a elite médica voltou a buscar assegurar sua legitimidade (WHEATLEY, 1988:8).

Mesmo fracassadas as tentativas de estabelecer associações representativas nacionais, havia certo grau de organização localizado, como na cidade de Nova York. Em meados do século XIX, lá existiam, em círculos concêntricos, a pequena *Medical and Surgical Society*, grupo de elite com 34 membros conhecidos como "*the hospital men*", detentores de metade dos cargos de consulta nos hospitais e dispensários da cidade. Em seguida, os 273 membros da *New York Academy of Medicine*, e por último, a sociedade médica do condado, aberta a todos os praticantes regulares, cerca de oitocentos. Assim posicionados, nem os médicos melhor situados nem os menos favorecidos mostravam interesse no licenciamento obrigatório para o exercício profissional. Os primeiros, por pouco terem a ganhar, dado já estarem bem colocados; os menos educados, com pouca ou nenhuma formação acadêmica, por temerem ser excluídos da prática médica pela legislação (STARR, 1982:90). Entretanto, estava claro para todos que o crescimento do número de médicos levaria à diminuição de seus rendimentos e de sua posição social (BROWN, 1979:65).

Em 1846, foi organizada em Nova York uma convenção visando planejar uma associação médica nacional. Uma das lideranças, Nathan Davis, jovem médico de 30 anos, fundaria no ano seguinte a *American Medical Association*, AMA, cujo programa objetivava elevar e padronizar os requisitos para a obtenção do diploma, aumentar os ganhos dos médicos e introduzir um código de ética, vedando tanto a possibilidade de pacientes julgarem seus médicos, como os desentendimentos entre médicos e cortesia profissional aos "irregulares" (BROWN, 1979:66). Na convenção chegou-se ao entendimento que ocorreria uma fuga dos estudantes para outras escolas menos exigentes, frustrando os planos, se apenas as escolas de Nova York elevassem os requisitos; impunha-se uma abordagem nacional para o problema. Mas, apenas dois anos antes, ocorrera em Nova York a repulsa dos estatutos estaduais de licenciamento, assim não se poderia contar com o apoio do estado para o que

os médicos consideravam a degradação dos padrões profissionais. A solução deveria vir do âmbito interno da profissão, excluindo os profissionais sectários e sem treinamento.

Com poucos associados, parcos recursos, organização deficiente e autoridade questionada, a AMA obteve escassos resultados nos seus primeiros cinqüenta anos de vida. Os "irregulares " acusaram-na de tentar monopolizar a profissão, e algum sucesso foi obtido para mantê-los fora dos cargos médicos federais, uma da poucas reservas profissionais da associação. Com o florescimento dos "irregulares" e o fracasso da adoção pelas escolas médicas de planos voluntários de reforma curricular, os objetivos de monopólio foram frustrados; sem poder conceder o licenciamento profissional, fornecer algum benefício ou aplicar punição que estimulasse a participação, a AMA definhou. Para reverter esse efeito, esforços no sentido da convergência de interesses iniciaram-se no final da década de 1870. Iniciativas de licenciamento ou reforma curricular não avançariam enquanto fossem percebidas como manobras dos "regulares" para obter vantagens sobre os demais médicos, e somente acordos intra-classe permitiram a retomada das negociações para introduzir o licenciamento, tido como protetor da profissão contra médicos não treinados (STARR, 1982:92).

Curiosamente, as maiores pressões contra o licenciamento vieram do interior da própria classe médica, pois eram médicos os donos das denominadas "fábricas de diplomas", com requisitos de ingresso não uniformes, senão inexistentes, e destituídas de um currículo padronizado e unificado. Dessa forma, as primeira medidas para a adoção do licenciamento aumentaram a demanda por diplomas fornecidos por tais escolas, com o crescimento acentuado de seu número entre 1800 e 1900, período no qual foram fundadas perto de 400 delas (BROWN, 1979:64). Porém, com os requisitos para o exercício profissional tornados mais estritos, barrando o licenciamento de seus egressos, os proprietários as viram ameaçadas de extinção e passaram a opor-se ao licenciamento, como forma de defender seus interesses. Mesmo assim, no final do século XIX os EUA possuíam um médico para 568 habitantes, número elevado se comparado com o da Alemanha, de um médico para 2.000 habitantes (BROWN, 1979:67).

Para um número crescente de médicos, tornava-se evidente que a profissionalização da medicina somente ocorreria caso fossem desenvolvidas uma ideologia e uma prática compatíveis com as idéias e interesses dos grupos dominantes social e politicamente, visto ser essencial que estes acreditassem na sua eficácia. A "medicina científica", de influência

crescente na profissão, forneceu os elementos necessários para uma aliança entre a profissão médica e outras profissões representantes da classe capitalista, engenheiros, advogados, administradores das novas corporações. A medicina encontrara uma ideologia compatível com a visão de mundo da classe capitalista, bem como dos estratos gerenciais e profissionais emergentes (BROWN, 1979:71).

Por volta de 1900, a AMA possuía cerca de oito mil membros, contra 33 mil membros de todas as sociedades médicas, locais, estaduais e nacionais reunidas, entre elas o *American Congress of Physicians and Surgeons* e a *American Academy of Medicine*. Existiam ainda cerca de 77 mil médicos não associados a qualquer instituição. A aliança entre os novos médicos-cientistas, professores das escolas de medicina interessados na disseminação da "medicina científica" e no domínio da profissão, e a elite da prática médica, permitiu-lhes tomar o controle da AMA por meio de um golpe político (BROWN, 1979:83).

Em 1901, durante sua convenção, a AMA, liderada por George H. Simons, revisou seus estatutos e criou um novo corpo legislativo (*House of Delegates*), com representantes oriundos das sociedades médicas estaduais em número proporcional ao número de membros, tornando-se assim uma confederação das sociedades médicas estaduais, e estas, por sua vez, confederações das sociedades médicas locais (condados). Não mais seria possível a qualquer médico tornar-se membro de uma sociedade médica estadual ou nacional, sem antes associar-se à sociedade médica local. Fortaleceram-se as sociedade médicas estaduais, e estas fortaleceram a AMA, a qual passou a 70 mil membros em 1910, a metade dos médicos dos EUA, proporção esta que atingiria 60% em 1920. Em um curto período de tempo, conquistara-se a tão perseguida unidade médica, iniciando-se o período da medicina organizada (STARR, 1982:109-11).

Tabela I

Efeitos da organização de AMA nos estados - EUA (1902-1904)

Estado	Membros (ano)	Membros (ano)	Receita US$(ano)	Receita US$(ano)
Michigan	454 (1902)	1.772 (1904)	1.615	4.813
Missouri	258 (1903)	1.600 (1904)	774	3.200
Ohio	992 (1902)	2.640 (1904)	N/D	N/D
Tennessee	386 (1902)	1.097(1904)	N/D	N/D

Fonte: JAMA 44, 15/04/1905, citado em Starr, 1982, pg.110.

Para os médicos, o primeiro benefício derivado da filiação obrigatória traduziu-se na defesa contra acusações de má-prática, as quais estavam se tornando comuns no início do século XX. Eram formuladas por clientes insatisfeitos buscando compensações, levados que foram a acreditar na quase infalibilidade da ciência médica. Tal como estabelecido pelos tribunais, as ações deveriam correr na localidade na qual o médico praticava, e o associativismo tornou quase impossível o testemunho contrário de colegas. A oferta da defesa pelas sociedade médicas, enquanto benefício direto aos associados, adquire importância quando se constata que entre 1900 e 1915, o número de ações por erro médico superou o número de ações movidas durante todo o século XIX (ROTHSTEIN, 1972:324).

Devido a isso, e ao sucesso obtido contra as condenações, as associações passaram a obter os prêmios de seguro contra má-prática em condições vantajosas, repassando-as aos seus membros. Os não membros, caso conseguissem contratar seguro, o fariam a custos bem mais elevados, surgindo assim um incentivo adicional para sua adesão. As sociedades locais, transformadas em árbitros da posição e do sucesso profissional dos médicos, não mais puderam ser ignoradas, pois haviam se tornado as vias de acesso para a associação a grupos profissionais mais elevados, como a AMA (STARR, 1982:111).

Equacionado o problema associativo, restava resolver as questões que motivaram inicialmente a criação da AMA, quais sejam, o controle do acesso e do número de escolas de medicina, o processo de formação profissional e a elevação dos ganhos dos médicos e de sua posição social. Todavia, ao contrário do que se esperava, a introdução do licenciamento para o exercício profissional não reduziu a formação do grande número de médicos; ao contrário, estimulou o aparecimento de mais escolas de medicina, as denominadas "fábricas de diplomas", beneficiando diretamente seus proprietários na forma de receitas e prestígio, como se pode verificar na Tabela IV a seguir.

Tabela II

Escolas médicas e estudantes de medicina - EUA (1880-1900)

	1880	**1900**	**Variação**
Escolas médicas	100	160	60%
Estudantes de medicina	11.826	25.171	112,84%

Fonte: Starr, 1982, pg. 112.

Com maior número de médicos, expansão não acompanhada pelo crescimento da população[13], acirrou-se a competição entre profissionais, o que levou a AMA a constatar a necessidade de auxílio externo para enfrentar a situação.

2.2 - Crescimento da "medicina científica"

Estudos nas áreas de fisiologia, anatomia, patologia e bacteriologia, desenvolvidos na Europa a partir de meados do século XIX e com maior impulso no último quarto, resultaram em avanços técnicos tornando a ciência médica mais efetiva. Tais práticas atraíram a elite médica norte-americana para universidades da Alemanha e da Áustria, e mais tarde ajudaram a modificar a medicina praticada, quando do retorno dos alunos aos EUA. Especializando-se em ginecologia, cirurgia, oftalmologia ou outro dos novos ramos da medicina, puderam atrair uma clientela também elitizada, resultando na progressiva aceitação das práticas da chamada "medicina científica" pelos médicos formados localmente. Iniciava-se um processo histórico, colocando em contradição as novas forças emergentes e as vantagens advindas da adoção da "medicina científica", a qual, no futuro abalaria fortemente a posição da profissão médica (BROWN, 1979:71-5).

Dois problemas enfrentados pela medicina no final do século XIX seriam solucionados pela adoção do modelo científico: a falta de confiança do público na efetividade de suas práticas, e a competição no interior da profissão. A campanha pela aceitação da "medicina científica", com matérias nos principais jornais e revistas, artigos na imprensa médica enfatizando os resultados obtidos, principalmente no campo da bacteriologia, e profetizando os futuros sucessos da ciência médica, centrou-se nas camadas dominantes e na nova e emergente classe média. Ambas eram frutos da intensa industrialização pós-guerra civil, e foram particularmente atraídas pelo apelo de um tipo de medicina espelhando sua cultura industrial, sua ideologia e seus valores. Tal como a administração científica segmentava os processos de produção em componentes, reorganizando-os para maximizar os lucros, a "medicina científica" dividia o corpo em partes, sob o controle de médicos cientificamente especializados, para torná-lo mais saudável e eficiente.

---

[13] Artigo do *JAMA* comentou a produção anual, pelas mais de 160 escolas de medicina, de quase o dobro dos cerca de 3.300 médicos que seriam necessários para suprir a demanda resultante do crescimento da população, morte e aposentadoria. JAMA 37 (1901) 270.

Em função das necessidades de pesquisa e do ensino da "medicina científica", surgiu uma nova categoria de medicina acadêmica, a dos médicos cientistas (BROWN, 1979:95-6). Sua disseminação, porquanto declarada mais eficiente pelos médicos "regulares" do que as demais vertentes, trouxe-lhes as vantagens da eliminação da concorrência via aliança com as escolas de medicina, dados os interesses comuns, solapando as demais correntes e subordinando-as às forças dominantes, ora legitimadas (BROWN, 1979:75-80).

Naturalmente, as classes menos favorecidas sofriam duplamente com essa dominação; primeiro, ao serem excluídas da profissão, e segundo, ao perderem o acesso aos cuidados médicos pela elevação dos honorários, agora inacessíveis. Enquanto as classes afluentes buscavam os especialistas mais em voga, os pobres afluíam aos ambulatórios dos hospitais-escola, fazendo as vezes de material de ensino e pesquisa para estudantes e professores (BROWN, 1979:96).

Objetivando "*elevar e padronizar os requisitos para a educação médica*", a AMA criou em 1904 seu *Council on Medical Education*, CME, composto por cinco professores de grandes universidades norte-americanas e dirigida pelo cirurgião Arthur Dean Bevan. A escola de medicina de Harvard, reorganizada a partir de 1869 por seu presidente, Charles Eliot, e a escola de medicina da universidade Johns Hopkins, fundada em 1893 por obra de seu presidente Daniel Coit Gilman, quatro anos após a criação de seu hospital, eram os grandes modelos da chamada "medicina científica". Dois nomes selecionados por Gilman para compor o corpo docente possuíam particular importância: William Henry Welch, professor de patologia formado em Breslau, trazendo a influência germânica para a escola norte-americana, e William Osler, médico canadense que cumpriria importante papel no desenvolvimento do ensino da clínica médica nos hospitais-escola (WHEATLEY, 1988:14).

Consumado o controle da AMA pelos reformadores, foram delimitados os critérios técnicos necessários para formar médicos cientistas durante sua conferência nacional em 1905, mais tarde utilizados para avaliar e julgar as escolas de medicina (BROWN, 1979:84). Com esse viés, o CME estabeleceu os requisitos para obter o licenciamento: currículo mínimo de quatro anos de bacharelado, mais quatro de curso médico e a aprovação em um teste de aptidão. Entretanto, sua proposta de curso "ideal", visando equiparar a educação médica norte-americana àquelas do Reino Unido, França e Alemanha, estipulava cinco anos de curso médico, incluído um ano de ciências básicas, e um sexto ano de internato em hospital-escola para a prática clínica. Em 1906, o conselho examinou as 160 escolas médicas

existentes, e após avaliar se a escola possuía fins lucrativos, requisitos para admissão (e sua aplicação), currículo, instalações, corpo docente e as respectivas percentagens de alunos aprovados nos exames estaduais de licenciamento, atribuiu-lhes conceitos, com os resultados mostrados na Tabela V:

Tabela III

Resultado da inspeção de escolas médicas pela AMA - 1906

Categoria	Quantitativo	Descrição
A	82	Aprovadas
B	46	Imperfeitas, recuperáveis
C	32	Sem salvação

Fonte: Starr, 1982:118

Para proteger a imagem da categoria de olhares e julgamentos externos, os resultados da pesquisa realizada pelo CME não foram tornados públicos, embora tenham sido apresentados e discutidos em reunião da *American Medical Association*. Para a atribuição de conceitos, adotaram-se critérios consoantes com a política de criar barreiras para o ingresso na profissão, quais sejam, diminuir o número de escolas e alinhar os currículos com a "medicina científica". Para atingir esse objetivo, sem que fosse acusada publicamente de ser sectária ou monopolista, a AMA decidiu contratar uma instituição externa para realizar uma "pesquisa inédita", repetindo a já realizada, de forma a poder apresentar seus resultados como vindos de "fonte idônea" e não comprometida formalmente com a associação, garantindo sua aceitação sem restrições. A escolhida foi a *Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, cujo presidente, Henry S. Pritchett, a considerava um agente promotor de mudanças educacionais, não apenas uma provedora de pensões para professores (BERLINER, 1985:97).

Não se deve perder de vista o objetivo dos reformadores em obter o poder de impor os instrumentos de profissionalização que assegurassem altos rendimentos, prestígio social e contínua prosperidade para a profissão (BROWN, 1979:69). O processo para atingir esse fim é essencialmente político e social, no qual o poder e a retórica são mais importantes do que o conhecimento, treinamento e trabalho. A natureza do trabalho, o ideal de treinamento, o código de ética e o corpo de conhecimentos teóricos constituem a ideologia de uma profissão, o que Freidson (1988:79-80) denomina uma retórica deliberada em um processo político de *lobby*, relações públicas e outras formas de persuasão para obter um fim

desejado, o controle total sobre seu trabalho. Veremos mais adiante, quando discutirmos a medicina no Brasil, que tal processo não se limitou aos médicos norte-americanos, instalando-se também entre nós e persistindo até a atualidade.

Vista dessa forma, a história da medicina norte-americana pode ser entendida como um processo político no qual as reformas específicas, não obstante o quanto possam ter aumentado a efetividade técnica dos médicos, foram também instrumentos de persuasão e símbolos de legitimidade. Os líderes reformistas buscaram obter o controle sobre as condições econômicas e de trabalho da medicina para estabelecer uma hierarquia de autoridade e poder entre as profissões da saúde, de forma a assegurar aos médicos o seu topo, garantindo-lhes rendimentos tão altos quanto possíveis. O suporte para atingir esse objetivo, modificando as forças econômicas, sociais e técnicas no interior da medicina, deveria vir de fora da profissão, das classes sociais já proeminentes e dotadas de poder político, mais especificamente da nova classe dos capitalistas que controlavam os grandes empreendimentos industriais e comerciais (BROWN, 1979:70, 83).

Que se pretendia dar um caráter elitista à profissão pode ser depreendido pelo discurso do presidente da AMA, Frank Billings, ao referir-se com desdém às "*escolas do crepúsculo*", cujas aulas noturnas permitiriam "*ao contínuo, ao condutor de bonde, ao zelador e outros empregados durante o dia, obter uma graduação*" (BILLINGS, 1903:1271-6). Quando foi organizado o curso de medicina da *Johns Hopkins University*, pretendia-se extirpar os social e economicamente "incapazes" com o requisito de um bacharelado prévio para a admissão, justificando-se a medida por conta do elevado custo da educação médica científica, tal como manifestado por John Shaw Billings, cirurgião e criador da *New York Public Library*:

> It does not pay to give a $5,000 education to a $5 boy (BROWN, 1979:87).

Pritchett, convidado em 1908 por Bevan a participar de uma iniciativa de reforma do ensino médico e a examinar o material coletado na pesquisa do CME, respondeu afirmativamente com base no programa da *Carnegie Foundation* para reformar e racionalizar o ensino superior do país; todavia, desde logo ficou claro que o trabalho deveria ser desenvolvido conjuntamente com o CME (BERLINER, 1985:106). Após um encontro com Bevan, Pritchett consultou-se sobre o alcance do estudo com Charles Eliot, presidente da universidade de Harvard e *trustee* da *Carnegie Foundation*, do *Rockefeller General Education Board* e do *Rockefeller Institute for Medical Research*, e com seu diretor, Simon Flexner, o qual sugeriu

o nome de seu irmão, Abraham Flexner, para dirigir os trabalhos (BROWN, 1979:143-4), (BECK, 2004:2139-40), (BERLINER, 1985:103).

Abraham Flexner, antigo mestre-escola, sem qualquer experiência médica ou mesmo de organização de uma escola de medicina, então desempregado e disposto a aceitar qualquer atividade de natureza acadêmica que melhorasse suas finanças (FLEXNER, 1960:70-1), procurou Pritchett, buscando uma colocação, ao retornar de viagem de estudos à Alemanha. A inexperiência na área da medicina tornou a indicação de Abraham Flexner difícil de ser defendida por Pritchett perante a diretoria da fundação, a qual desejava alguém com mais familiaridade com o assunto. Não obstante, Pritchett exigiu liberdade para indicar seus assistentes, assumindo total responsabilidade pela indicação (FLEXNER, 1941:110).

No primeiro encontro para discutir o projeto, em 28 de dezembro de 1908, definiu-se que o trabalho seguiria as linhas da pesquisa anterior, enfatizando-se a necessidade de manter desconhecida do público a associação entre o *Council on Medical Education* e a *Carnegie Foundation*, pois pretendia-se que a pesquisa tivesse a aparência e o peso de um trabalho independente, capaz de influenciar a opinião pública (BERLINER, 1985:107-8).

Flexner, graduado pela Johns Hopkins, estudou o material coletado pelo CME e foi a Baltimore encontrar-se com professores da escola de medicina da universidade, com os quais possuía relações, de modo a inteirar-se do funcionamento de uma escola médica e criar um padrão de trabalho que lhe permitisse realizar a avaliação (FLEXNER, 1960:74). Cinco pontos críticos, abaixo elencados, seriam examinados, e a partir dos resultados colhidos na avaliação, as escolas de medicina seriam agrupadas nas mesmas categorias do estudo anterior do CME (BERLINER, 1985:108-9), sendo o resultado revelado ao público na forma de um relatório:

- requisitos de admissão à escola (e sua aplicação),
- efetivo e qualificações do corpo docente,
- montante de recursos disponível para financiar a instituição (oriundos de doações e mensalidades), e sua alocação,
- qualidade e adequação dos laboratórios e qualificação e treinamento de seus professores,
- relação entre a escola e seus hospitais associados: livre acesso aos leitos, livre indicação de médicos e cirurgiões dos hospitais pela escola.

Publicado em junho de 1910, o Boletim nº 4 da *Carnegie Foundation*, intitulado *Medical Education in the United States and Canada*, porém mais conhecido como Relatório Flexner, discutia em sua primeira parte a história do ensino médico nos EUA, descrevendo como deveria ser e como era na realidade; recomendava um currículo, discutia os aspectos financeiros da educação médica e propunha um plano para re-adequar o ensino médico, bem como abordava os assuntos do sectarismo e do ensino médico para mulheres e negros (FLEXNER, 1960:156). A segunda parte, em tom beirando o sarcástico, sumarizava os achados da avaliação de 155 escolas de medicina e doze de pós-graduação nos Estados Unidos e no Canadá, as quais Flexner alegava ter visitado. Dessas, cinqüenta estavam integradas a universidades, enquanto as demais eram dirigidas por seu corpo docente médico, sem controle externo (BROWN, 1979:147).

Na visão da AMA, as escolas nível A, de currículo alinhado ao “modelo científico,” deveriam servir de exemplo para as demais, enquanto as de nível B poderiam ser mantidas, caso revissem seus métodos e currículos, ajustando-os para atingir o nível A. As de nível C deveriam ser simplesmente fechadas, bem como as escolas destinadas exclusivamente a mulheres, recomendando-se a drástica redução das escolas para estudantes negros. Mulheres, dizia Flexner, " *raramente são equipadas para os rigores mentais da medicina e, se pertencentes às classes média ou superior, são melhores pacientes do que médicas*". Quanto aos negros, sua prática "*deveria limitar-se à sua própria raça*". Não obstante, a auto-proteção, senão a humanidade, deveria estimular a sociedade branca a suportar o treinamento aperfeiçoado para médicos negros, pois dez milhões deles viviam em contato próximo a 60 milhões de brancos (FLEXNER, 1910:178-180). Quanto ao financiamento, deveria vir de dotações das fundações, não das mensalidades dos alunos, e apenas para as escolas que aceitassem seguir o modelo proposto.

O relatório recebeu farta divulgação, com ampla cobertura nos principais jornais norte-americanos, matérias de primeira página explorando a precariedade de muitas escolas de medicina, e 15 mil cópias impressas para distribuição gratuita. Flexner foi recompensado com aumento de salário e a missão de escrever um relatório sobre a educação médica na Europa, avaliando escolas na Alemanha, Reino Unido e França. O Boletim Número Seis da *Carnegie Foundation*, *Medical Education in Europe*, foi publicado em 1912, enquanto Flexner se envolvia com a reformulação do ensino médico nos EUA, atividade que o

colocaria, ainda no mesmo ano, à serviço do *General Education Board* (BERLINER, 1985:118-123, 143).

Na imprensa médica, as reações após a publicação do relatório foram variadas. O *Journal of the American Medical Association*, JAMA, sem revelar nenhum entendimento prévio com a *Carnegie Foundation*, naturalmente posicionou-se a favor, endossando integralmente o relatório (BERLINER, 1985:120). Outros periódicos como o *Denver Medical Journal*, o *American Medical Compound*, o *Halifax Medical Journal* e o *Medical Sentinel*, foram eloqüentes em suas críticas, fazendo restrições à forma apressada de sua confecção e à injustiça da avaliação de escolas pequenas e respeitáveis, sem levar em conta os recentes melhoramentos introduzidos. O *Medical Era* acusou Flexner de ser um censor auto-intitulado e leigo, no que foi endossado pelo *The Hospital Bulletin*, atribuindo-lhe "*vaidade de proporções hercúleas*". O *New York State Journal of Medicine* acusou a fundação de ser "*um tipo de conselho educacional supremo, tentando ditar as políticas e dessa forma ameaçar a liberdade das escolas médicas por meio de um édito imperial, varrendo instituições de uma penada, sem prestar contas a ninguém*" (HIATT, 1999:18).

O *Medical Record* imputou a Flexner o "pecado" de não ter descoberto que:

> (...) todas essas escolas, com a exceção de um pequeno número insignificante, estão em processo de aperfeiçoamento, e várias associações estão trabalhando constantemente para encorajar e forçar as escolas mais pobres a elevar seus padrões e melhorar seus métodos de ensino. Dado o enorme progresso alcançado por esforço próprio, o trabalho do Sr. Flexner nos parece um desperdício de esforços e um dispêndio desnecessário do dinheiro que o Sr. Carnegie ganhou com esforço (HIATT, 1999:18-9).

A maior crítica ao trabalho de Flexner reside em sua inspeção apressada nas escolas visitadas, admitida como "rápida" por ele próprio, tendo realizado o trabalho em menos de um ano (FLEXNER, 1960:74, 79, 87). A dispersão geográfica das escolas avaliadas, as viagens realizadas por trem, o tempo despendido em trânsito e no retorno à Nova York após as visitas realizadas, os critérios de avaliação por amostragem, revelam um prazo muito exíguo. Em virtude dessa rapidez, descrita pelo próprio Flexner, existem conjecturas quanto a ele ter realmente visitado todas as escolas, como alegado (HIATT, 1999:21).

A aplicação das recomendações do relatório teriam como conseqüência a redução do número de médicos formados, especialmente de negros, mulheres, bem como de brancos oriundos das camadas mais pobres e da classe trabalhadora, elitizando a profissão e

elevando a posição social e os rendimentos dos médicos. Eram objetivos justificáveis e necessários, segundo Flexner, pelas características da "medicina científica" e pelo seu novo papel social, tal como declarado como propósito pelas fundações envolvidas, porém sem levar em conta o interesse público. Mas seriam os passos descritos suficientes para avaliar, com correção e profundidade, a real condição das escolas médicas, e mais ainda, por que Flexner, a serviço da AMA e da *Carnegie Foundation,* avaliou as condições materiais das escolas de medicina, e não o processo de formação médica e o seu resultado?

Essa reflexão parece ter escapado a Pritchett, que somente em 1913 acordou para a contradição entre o objetivo da fundação, de racionalizar o ensino superior e estimular um grupo profissional a ocupar um papel de importância social, e os objetivos da corporação médica, de fechar escolas indiscriminadamente, interrompendo a tentativa de construir um sistema de ensino médico uniforme, sem levar em conta os interesses públicos, tal como definidos pelas fundações (BROWN, 1979:152-3).

Avaliando-se o processo de consolidação e fechamento de escolas médicas antes e depois do Relatório Flexner, conclui-se que ele auxiliou um processo já em curso. Entre 1904 e 1915, 92 escolas fundiram-se ou fecharam, 44 delas entre 1904 e 1909, enquanto outras 48 seguiriam o mesmo caminho entre 1910 e 1915. Quanto aos médicos negros, o impacto foi mais acentuado; com o fechamento das cinco escolas condenadas pelo relatório, o número de médicos negros disponível para a população negra caiu, conforme dados da tabela a seguir, quando comparados com a média nacional de um médico para cada 684 habitantes (BROWN, 1979:154).

Tabela IV

EUA - População negra: médicos por habitante

Ano	Médico negro/habitantes negros
1910	1 para 2.883
1942	1 para 3.337

EUA, média nacional (1910): 1 médico/684 habitantes

Fonte: Brown, 1979, pg. 154.

O efeito mais impactante do relatório consistiu em aglutinar os interesses da elite médica, dos docentes médicos-cientistas e da afluente classe capitalista. Todavia, ao tornaram-se as fornecedoras externas do capital para a reforma da educação médica e da própria profissão,

as fundações acumularam o poder de ditar os termos dessas mesmas reformas. Como regra geral, as doações condicionavam-se ao levantamento de igual soma pelos beneficiários, à aceitação do direcionamento da linha de pesquisa, à subordinação dos hospitais-escola aos interesses da escola de medicina, e ao assalariamento dos professores em período integral. O chamado "*full-time plan*", embora não mencionado no Relatório Flexner, tornava funcionários assalariados das escolas aderentes os professores de clínica médica e de especialidades, exigindo a reversão para a escola de todos os honorários recebidos por consultas na prática privada. Esperava-se assim reduzir a independência dos médicos, encorajar a aplicação da ciência à medicina e romper com o paroquialismo e o nepotismo na escolha do corpo docente (BROWN, 1979:157; BERLINER, 1985:139).

Gates acreditava que a ciência descobriria a causa das doenças e a tecnologia desenvolveria meios para prevení-las ou curá-las, antevendo a transformação da medicina em ciência e de seus praticantes em cientistas, por meio das instituições Rockefeller (BERLINER, 1985:142-3). Porém, as pessoas não pudessem pagar pelos serviços, de nada adiantariam os esforços. A independência financeira dos médicos constituía um obstáculo entre a população e os benefícios da ciência, de forma a aliviar seus sofrimentos e tornar os trabalhadores mais saudáveis, pois apenas os mais ricos poderiam beneficiar-se.

Vista assim, a atividade comercial da medicina violava os interesses da sociedade capitalista, e para privilegiá-los, subordinando os médicos e suas práticas à necessidade de cuidados médicos acessíveis, o *General Education Board* assumiu o plano de período integral enquanto política central na educação médica, esperando estimular a adoção de preço fixo para os serviços médicos nas escolas participantes, ao mesmo tempo influenciando a opinião pública para forçar a disseminação do conceito por todo o país. Mas a adoção do plano de período integral seria uma cunha a separar os interesses da elite médica e das instituições Rockefeller, alterando a relação entre os médicos e as universidades (BROWN, 1979:158).

A primeira escola de medicina a introduzir o plano de período integral foi a Johns Hopkins, inspirando-se nas escolas alemãs nas quais vários de seus professores haviam estudado; para eles, a medicina traduzia-se em ciência e laboratórios, não em pacientes e consultas. Tradicionalmente, professores de medicina usavam o prestígio adquirido para desfrutar de conceito elevado e manter rendosas clínicas particulares, tornadas inviáveis caso fosse adotado o plano de período integral. As reações contrárias, como esperado, não foram

poucas; alegava-se que os médicos, confinados aos laboratórios e enfermarias de hospitais-escola, perderiam o contato com a realidade da prática médica e se tornariam maus professores. Osler, um dos mais ardentes defensores da medicina como arte, posicionava-se contra a adoção do período integral e a ênfase na medicina laboratorial, em detrimento daquela exercida à beira do leito (TAUBER, 1992:599-600), uma das razões que o levou a deixar a Johns Hopkins para lecionar em Oxford, de onde continuaria suas críticas.

Para além da simples semântica, os embates sobre a importância relativa da ciência e da arte na medicina, entre médicos praticantes e médicos cientistas, giravam em torno dos interesses financeiros dos primeiros. Tratava-se, em última instância, de decidir quem controlaria a medicina, se os facultativos com suas clínicas privadas, ou os cientistas dos laboratórios, com seus salários muito baixos. A *American Medical Association* inicialmente não se opôs ao *full-time plan*, mas a partir de 1914 colocou-se frontalmente contra. Se a ênfase dada à medicina como arte dizia mais respeito à *praxis medica* ou às questões financeiras, é um assunto aberto ao debate, mas os motivos pecuniários não podem ser simplesmente ignorados. Arthur Bevan, secretário do *Council on Medical Education*, taxou o *full-time plan* de aético e ilegal, por privar os professores de seus honorários (BEVAN, 1915:110-11); lembremos porém o interesse da AMA em controlar o ensino médico e limitar o acesso à profissão, ultimamente controlando a assistência médica, controle esse que os professores da "medicina científica" acreditavam dever ser por eles exercido.

Se os médicos cientistas de laboratório apoiavam o plano, os médicos praticantes eram frontalmente contrários, pois entendiam que sua implementação significaria redução de rendimentos e de prestígio social, resultando em menor oportunidade de sucesso profissional (BERLINER, 1985:147). Por trás dos ataques da AMA, havia a percepção de que a posição de professor de medicina deixaria de ser uma lucrativa adição à prática clínica, enquanto a lealdade dos professores de tempo integral estaria com as escolas, não com a profissão organizada. Conseqüentemente, o plano de período integral enfraqueceria o poder da AMA e do CME nas escolas de medicina aderentes, e para desacreditá-lo lançou-se uma campanha de oposição.

Harvard, a escola de medicina de maior prestígio, recusou-se a aderir ao plano, mesmo à custa do não recebimento das doações do GEB; sua resistência foi possível por conta de sua reputação e pela proeminência de seus professores nos círculos sociais de Boston, os quais se mantiveram firmes em sua posição de manter suas lucrativas clínicas privadas. O

proposto "plano Harvard" permitiria que os professores de clínica e especialidades retivessem parte de seu tempo para a prática privada, e esse acabou sendo o meio encontrado para viabilizar futuras doações, como as realizadas para a Universidade Colúmbia (BERLINER, 1985:163-6).

Com o advento da Primeira Guerra Mundial e o posterior envolvimento dos EUA, as fundações buscaram outros campos de atuação fora da Europa, empreendendo projetos na Austrália, Oriente e América Latina, inclusive no Brasil. Ao final do conflito, encontraram espaço para influir e disseminar seu modelo quando da reconstrução dos sistemas de educação médica europeus, mas encontraram resistência ao plano de período integral na Grã-Bretanha, onde se chegou ao meio termo, com liberdade parcial para os médicos empreenderem suas práticas privadas; na França, houve a recusa expressa em submeter-se ao plano (BERLINER, 1985:167). O pós-guerra ofereceu um auspicioso momento para a internacionalização do capital norte-americano, e a Fundação Rockefeller, com mais de 100 milhões de dólares para gastar, virtualmente sem restrições de como e onde fazê-lo, pode fazer compras a preços muito deprimidos, por conta da premente necessidade européia por capital.

Flexner, contratado pelo GEB para servir como secretário para a educação médica, aplicou-se em selecionar escolas para receber doações, condicionadas ao plano de período integral e à obtenção local de fundos em montante equivalente ao da doação. Em 1914 tornou-se *trustee* da mesma instituição, e pode defender seus próprios planos perante a diretoria, incompatibilizando-se com Gates ao propor doações para escolas públicas, às quais se opunha violentamente. Flexner empenhava-se em criar um sistema de ensino de "medicina científica" da forma mais racional possível, desconsiderando se a escola era privada ou pública, enquanto Gates entendia que tal sistema não poderia ser separado da macro-política econômica nacional; ressentia-se da "intromissão" do governo nos primeiros anos das fundações. Ambos permaneceriam em antagonismo no GEB até o deixarem em 1928, mas a história da medicina norte-americana seria incompleta sem a menção desses dois homens e das instituições por eles representadas (BERLINER, 1985:170-5).

São atribuídas a Abraham Flexner muitas das mazelas do atual sistema de saúde norte-americano, e por extensão, dos sistemas de saúde influenciados por suas idéias. Entre elas, o alto custo da atenção médica advindo do pequeno número de escolas (argumento não

aplicável no caso brasileiro[14]), a excessiva ênfase científica e tecnificação, com a conseqüente desumanização, e uma estrutura profissional dissociada das necessidades da população. Os menos críticos o julgam um bem intencionado reformador, que não poderia antever a extensão dos desdobramentos da reforma do ensino médico, já em curso quando foi publicado seu relatório, e da adoção do plano de período integral, mesmo não sendo de sua autoria. Nas palavras do próprio Flexner, a mais importante conseqüência do relatório foi Gates tê-lo lido e levado ao GEB para organizar a reforma do ensino médico, a qual ele pode afinal empreender (WHEATLEY, 1988:197-9).

2.3 - Desenvolvimento do hospital

Se a atual imagem do hospital nos remete a uma estrutura altamente diferenciada para a recuperação da saúde, local privilegiado para o ensino médico, pesquisa e desenvolvimento de novas técnicas de diagnóstico e tratamento, lembremos que há pouco mais de um século, hospital e medicina pouco tinham em comum. Se na Europa alguns hospitais já desempenhavam funções relacionadas à educação médica desde o século XVIII, nos Estados Unidos tais funções eram desconhecidas até a abertura do Johns Hopkins, em 1889. Entre 1870 e 1910, o hospital saiu da periferia para o centro da educação e da prática médicas, transformando-se de casa da morte em local por excelência do trabalho médico[15]. Mudou seu papel, mudaram também sua organização interna e suas instâncias de autoridade, passando dos *trustees* para os médicos, destes para os administradores (STARR, 1982:145-6), e finalmente para as corporações.

Até o século XIX, na Europa como nos EUA e no Brasil, os hospitais acolhiam principalmente enfermos destituídos (VOGEL, 1980:5), aguardando a morte, oferecendo-lhes também conforto espiritual. Dos 10.414 pacientes admitidos em hospitais da Grã-Bretanha em 1861, apenas 14 não eram enquadráveis como pobres conforme as *Poor Laws*. Foi somente após a introdução do novo *Medical Practice Act* no reino, em 1858, que pacientes provenientes da classe trabalhadora foram compelidos a procurar hospitais em busca de cuidados médicos. Nos EUA, o primeiro hospital geral especificamente criado para cuidar de doentes, o *Pennsylvania Hospital*, surgiu na Filadélfia em 1752, seguido pelo *New*

[14] O número de escolas de medicina, até então estável, cresceu exponencialmente a partir de meados da década de 1960, durante a gestão de Jarbas Passarinho na pasta da Educação. Pretendia fragmentar o corporativismo médico por meio do grande aumento do número de profissionais disponíveis, esperando assim fazer cair os custos da atenção médica.

[15] Para uma leitura sobre a evolução do hospital medieval, ver ROSEN, 1980:335-370.

York Hospital em 1791, e pelo *Massachusetts General Hospital* em 1821, em Boston. Para abrigar as vítimas das epidemias durante a primeira metade do século XIX, construíram-se hospitais públicos nas maiores cidades norte-americanas, sendo os cuidados geralmente prestados e custeados por entidades beneficentes ou religiosas (BERLINER, 1985:129-33).

Outro surto de construção hospitalar seguiu-se à guerra civil, com a instalação de 130 mil leitos para tratar de feridos do conflito, porém o advento da anestesia e a disseminação de sua utilização começavam a mudar as funções do hospital; o éter, o clorofórmio e o óxido nitroso já eram conhecidos, mas sua capacidade anestésica e aplicabilidade cirúrgica não estavam estabelecidos. As primeiras experiências cirúrgicas bem sucedidas com o uso de éter datam da primeira metade do século XIX, a pioneira ocorrendo em outubro de 1846 no *Massachusetts General Hospital* (STARR, 1982:156).

As técnicas anestésicas difundiram-se para outros centros médicos norte-americanos e também para a Europa, tornando as cirurgias mais comuns e menos dolorosas. Na Grã-Bretanha, em função de seus indesejados efeitos da indução de vômitos e sua inflamabilidade, o éter foi em larga medida substituído pelo clorofórmio, cuja utilização por profissionais menos capacitados envolve todavia mais riscos, tendo causado acidentes fatais evitáveis. Se as cirurgias se tornaram indolores, as técnicas de assepsia ainda não eram conhecidas; seriam introduzidas somente no final do século XIX, explicando a elevada taxa de mortalidade dos pacientes por infecções contraídas após as cirurgias.

Os trabalhos pioneiros do médico austro-húngaro Ignaz Semmelweis, mostraram em 1847 notável redução na mortalidade de parturientes por febre puerperal na clínica obstétrica do Hospital Geral de Viena, obtida pelo simples expediente de requerer dos médicos que lavassem as mãos em solução clorada antes de examinar as pacientes. Tais recomendações não foram bem aceitas e encontraram a resistência dos médicos, conservadores e refratários às novas descobertas, mesmo quando o cirurgião inglês Joseph Lister provou, em 1865, a teoria da assepsia (STARR, 1982: 156). O necessário embasamento teórico para dar sustentação científica a esses trabalhos pioneiros, propiciando a disseminação das técnicas de assepsia, somente veio à luz em 1880, com as descobertas de Louis Pasteur ligando os micro-organismos às doenças. A teoria microbiana das doenças, juntamente com os trabalhos de Robert Koch, descobridor dos bacilos da tuberculose em 1882 e da cólera em 1883, revolucionaram a medicina da época, e ambos, Pasteur e Koch, são considerados os fundadores da bacteriologia (STARR, 1982:135).

Se até então o médico valia-se de poucos instrumentos para examinar o paciente, dispunha de reduzidos medicamentos para prescrever, com tratamentos e cirurgias realizando-se na casa do doente, vários desenvolvimentos tecnológicos ocorreram paralelamente para transformar a estrutura e a função dos hospitais. A eletrificação das cidades, por exemplo, permitiu melhorias na iluminação, a adoção de elevadores, melhores sistemas de ventilação e outros equipamentos elétricos, enquanto sistemas de distribuição de água e coleta de esgotos melhoraram as condições sanitárias. Tais mudanças, mais a introdução de aparelhos de raios-X em 1896-7, e de laboratórios de análises clínicas em 1901, bem como o aumento da segurança das cirurgias, com as técnicas de assepsia, deram ao hospital mais conforto e uma função terapêutica, passando de local de sofrimento e caridade para um de produção de saúde. O movimento iniciado acelerou-se até transformar o sistema de atenção à saúde em hospitalocêntrico, privilegiando a atenção curativa em detrimento da preventiva, situação mantida até os dias atuais, fazendo da porta do hospital a entrada preferencial do sistema (STARR, 1982:136-7).

As alterações de funções e padrões hospitalares, em razão das incorporações de tecnologia, exigências legais e benfeitorias destinadas a elevar o conforto e a segurança, refletiram-se no aumento do seu custo de construção, como pode ser verificado na tabela a seguir, construída a partir de dados coligidos por Goldwater em 1930:

Tabela V

EUA - Variação do custo de construção hospitalar 1870-1905

Ano	Custo de construção/ft³	Volume/paciente ft³	Custo por leito US$
1870	15¢[1]	6.000	900
1905	20¢[2]	6.000	1.200
1905	40¢[3]	11.000	4.400

[1] os hospitais da época possuíam sistemas hidráulico, de aquecimento e ventilação muito simples.

[2] custo de construção do padrão hospitalar de 1870 em 1905.

[3] custo de construção incorporando novos padrões de sistemas hidráulico, aquecimento, ventilação, anti-incêndio, elevadores, etc., e considerando novo padrão de volume/paciente ft³ alocado.

Fonte: Starr, 1982, pg. 160.

O custo da construção por ft³ (pé cúbico), cresceu de um terço entre 1870 e 1905, considerando-se a manutenção do padrão de construção vigente em 1870, alocando-se 6.000 ft³ por leito em um padrão de construção modesto, com sistemas hidráulico, de

aquecimento e ventilação muito simples. Levando-se em conta os padrões de construção, incorporação de tecnologia e aumento de volume alocado, agora de 11 mil ft³ por leito, o custo de instalação elevou-se 550% no período (STARR, 1982:160-1).

Novos serviços, tornados possíveis com o avanço científico e melhores acomodações, permitiram atrair pacientes pagantes e amortizar parte dos custos de instalação dos novos equipamentos tecnológicos. As primeiras décadas do século XX viram o hospital transformar-se e acrescentar novas funções relacionadas à recuperação da saúde, ainda que limitadas aos que podiam pagá-las. O novo padrão de utilização do hospital, também pelos mais favorecidos, já se estabelecera por volta de 1910, e esses, juntamente com os muito pobres, constituíam a pequena parcela dos que buscavam o hospital para receber cuidados de saúde. Em 1912, apenas 13% dos doentes eram encaminhados para tratamento hospitalar, os demais eram tratados em casa, mas por volta de 1930 o hospital já se firmara como o ponto central do sistema de cuidados médicos (BERLINER, 1985:133-5).

Como essa mudança profunda se deu em tão curto espaço de tempo? Somente as transformações científicas e tecnológicas, bem como as melhorias relativas ao conforto das acomodações não explicam o ocorrido, embora seu peso não possa ser ignorado. Aqui devemos considerar, de um lado, as transformações da economia política ocorridas nos Estados Unidos entre 1860 e 1900, incluindo-se o crescimento da população, a urbanização, a industrialização e a conseqüente emergência do proletariado industrial, e de outro, a concentração da riqueza nas mãos dos capitães de indústria e da emergente classe de dirigentes empresariais capitalistas, cristalizada nas ações das fundações no campo da educação em geral, e do ensino médico e da medicina em particular (VOGEL, 1980:97-101).

Durante a segunda fase do envolvimento mais intenso das fundações com a medicina, de 1910 a 1935, 90% a 95% de todas as doações para fomentar a "medicina científica" originaram-se das instituições Rockefeller, sendo o *General Education Board* o maior doador privado. Dessa forma, análises do período devem considerar esse fato e focalizar a atuação das instituições Rockefeller e seu poder de influência, tanto local como internacionalmente. Se inicialmente as fundações foram olhadas com desconfiança, o escopo reduzido de suas atividades com grupos específicos, tais como negros e populações rurais pobres no sul dos Estados Unidos, de certa forma protegeu-as de críticas. Porém, na medida de seu crescente envolvimento com questões de maior visibilidade e de interesse coletivo, passaram a ser alvos de maiores críticas e resistências. Pode-se afirmar que a evolução mais significativa

ocorrida nesse período foi a consolidação do hospital como o local preferencial da atenção médica (ROSNER, 1980:71-81).

Três fases marcaram o crescimento dos hospitais norte-americanos; a primeira, iniciada em 1751, durou um século e viu surgir dois tipos de hospitais, os voluntários, majoritariamente protestantes, filantrópicos e dirigidos por leigos, e os públicos, com origem nos asilos e operados pelos governos locais, dos condados ou o federal. A segunda iniciou-se em torno de 1850, nela surgindo hospitais com características religiosas, étnicas e especializadas, refletindo a chegada de grandes levas de imigrantes católicos. A terceira, de 1890 a 1920, viu o surgimento e a disseminação dos hospitais com finalidade lucrativa, operados por médicos ou corporações, refletindo o potencial de lucro advindo dos progressos da cirurgia. Predominantemente cirúrgicos, não associados a escolas médicas e dependendo exclusivamente de honorários, os novos hospitais sujeitaram-se os aos altos e baixos do mercado e da sorte, poucos conseguindo sobreviver (STARR, 1982:169-71).

O interesse inicial dos médicos em fundar hospitais advinha do prestígio e da posição social decorrentes, visto que os serviços médicos prestados em suas dependências não eram então cobrados. Quando da fundação do *Pennsylvania Hospital*, em 1752, médicos prontificaram-se a trabalhar voluntariamente e ainda doar os medicamentos durante três anos (STARR, 1982:152).

Não possuindo fundos para erigí-los pessoalmente, os médicos buscaram apoio financeiro nas comunidades, com banqueiros, advogados, comerciantes e líderes políticos. Tais subscritores influíam na estrutura organizacional e na própria operação dos hospitais, inclusive na indicação de pacientes pela via de cartas de apresentação, por exemplo. Para esses *trustees*, os benefícios de servir ao interesse social poderiam traduzir-se em benefícios próprios: a filantropia hospitalar era um método tão bom como qualquer outro para transformar riqueza em prestígio e posição social, como se veria mais tarde com Rockefeller. ”A caridade paga dividendos" (STARR, 1982:152-3).

Confirmado o hospital enquanto necessidade e centro da prática médica, o controle do acesso às suas instalações transformou-se em ferramenta de poder entre a pequena elite da comunidade médica; seu poder foi desafiado pela grande maioria de médicos marginalizados, quer pela via do enfrentamento, quer pela abertura de novos hospitais. As pressões financeiras e as exercidas pela concorrência levariam por fim os hospitais mais

antigos a abrir suas portas para outros médicos que não apenas os de sua equipe de visitantes (STARR, 1982:146).

Pacientes de enfermaria eram atendidos sem custo pela equipe do hospital, enquanto pacientes de quartos privados eram atendidos por seus médicos particulares. Grandes enfermarias permitiam economia de pessoal de enfermagem, e hospitais construídos antes de 1880 contavam praticamente só com enfermarias. Mas mesmo os pobres os evitavam, receosos de servir como material de aprendizado para médicos iniciantes, ou terem seus corpos utilizados para aulas de anatomia após a morte. Atrair pacientes significava alterar a concepção do hospital para a de um lugar de cura, e na medida que os hospitais se popularizaram, alterou-se sua estrutura de acomodação. Estudos feitos em 1908 mostraram que os hospitais então construídos possuíam apenas 28% dos leitos em enfermarias, enquanto 40% da capacidade correspondiam aos leitos privados; surgiam como novidade os leitos semi-privativos, grau intermediário de conforto dirigido à classe média, novo público a ser atraído (STARR, 1982:159; VOGEL, 1982:78-96).

Dos 149 hospitais existentes nos Estados Unidos em 1873, o número cresceu para 6.665 em 1913, com 70% deles possuindo até 50 leitos, menos de 200 contando com 200 ou mais leitos. Atrair pacientes habituados a receber atenção médica no lar, significava ultrapassar a imagem tradicional do hospital como refúgio para os pobres ou casa da morte, e transformá-lo em local para a produção de saúde baseada em princípios científicos, à imagem das plantas industriais (ARDNT e BIGELOW, 2005:233-61). Não mais uma coleção de pessoas doentes, mas "uma fábrica de saúde", especializada na conversão de homens e mulheres doentes, consumidores de recursos, em cidadãos geradores de riqueza. Essa visão alinhava-se com os valores da classe capitalista e dos emergentes estratos gerenciais, e permitiria aos detentores do capital penetrar nos processos produtivos hospitalares, supervisionar os trabalhadores de saúde, padronizar a doença e seu tratamento e organizar os hábitos de saúde dos trabalhadores em geral, disciplinando produção e produtores (BERLINER, 1985:136-7).

Objetivos perseguidos, mas raramente atingidos, em função da resistência dos médicos em serem enquadrados no sistema de produção industrial, pois afinal acompanhavam e tratavam seus pacientes nos hospitais dos quais não eram empregados. Havia ainda deficiente formação de pessoal de enfermagem e serviços auxiliares, e a inerente dificuldade na padronização de doenças e tratamentos, a um tempo em que subsistiam

várias correntes de pensamento médico, com a convivência de profissionais treinados de forma variada. Não obstante, o despontar do hospital contribuiu para a padronização do diagnóstico e tratamento. A instalação das primeiras escolas de enfermagem nos EUA precisou vencer a resistência dos médicos, sob a alegação de que enfermeiras, uma vez educadas, não aceitariam cumprir as ordens sem discussão, gerando conflitos não de todo resolvidos e ainda presentes, mesmo em nosso meio. A tabela seguinte mostra a evolução do número de escolas de enfermagem nos Estados Unidos, no período de 1853 a 1910:

Tabela VI

EUA - Escolas de enfermagem 1853-1910

Ano	Nº de escolas
1853	3
1900	400
1910	1.129

Fonte: Starr, 1982, pg. 156.

Programas formais de administração hospitalar somente teriam início na década de 1920, porém em 1908 fundou-se a *Association of Hospital Superintendents*, embrião da *American Hospital Association*, criada em 1908 para defender os interesses da nascente indústria hospitalar. Seria seguida em 1933 pela criação do *American College of Hospital Administrators*. Fundado em 1913, *Modern Hospital* era então o único periódico a ocupar-se das questões pertinentes à administração hospitalar e, se não sob os auspícios diretos da *American Hospital Association*, seu corpo editorial e de colaboradores pertencia quase que exclusivamente àquela organização, refletindo suas opiniões, alinhadas aos interesses capitalistas, no conteúdo editorial (ARNDT e BIGLELOW, 2005:233-61).

Para os médicos, a regra de proibição de cobrança de honorários, vigente até as últimas décadas do século XIX, representava uma concorrência desleal, um "*roubo de pacientes*" que "*mataria a cirurgia privada*", situação que somente se alteraria com a passagem do século. Por volta de 1880, nenhum hospital norte-americano permitia a cobrança de honorários médicos, mas em 1905, um relatório do *Boston Medical and Surgical Journal* sobre hospitais da Nova Inglaterra, mostrou apenas cinco hospitais, de um total de 52 pesquisados, proibindo tal cobrança. Paulatinamente, de forma não generalizada, persistindo situações ambíguas, permitiu-se a cobrança de honorários para pacientes em quartos privados, mantida a proibição para com os pacientes nas enfermarias. Insatisfeitos,

médicos iniciaram movimentos para assumir o controle de hospitais, buscando a cooperação e integração mesmo entre profissionais rivais, deixando de lado o antagonismo e o ciúme para transformar o hospital em sucesso (STARR, 1982:163-5).

Sob o argumento de que a política de "porta aberta" era benéfica para tanto para médicos como para hospitais, o *National Hospital Record* apontou a existência, em 1907, de um movimento para a abertura de hospitais a médicos não pertencentes ao seu quadro, mas oponentes da idéia apontavam para os hospitais europeus, possuidores de pequenas equipes permanentes e fechadas, como o exemplo a ser seguido, argumentando vantagens econômicas e organizacionais (ROSLER, 1982:95-99). Com os médicos particulares visitando seus pacientes em horas incertas, e com a rotatividade dos médicos estagiários e estudantes de enfermagem, o sistema apontaria para o caos. O debate sobre as vantagens de corpo clínico aberto ou fechado ainda não se encerrou; há quem advogue os benefícios de um ou outro sistema, e tanto nos EUA como no Brasil, persiste a discussão. Então como agora, a questão financeira, na época argumento decisivo para o estabelecimento de um ou outro modelo, permanece importante.

Com a multiplicação dos hospitais, vários vivenciaram situações deficitárias, somente superáveis com o admissão de pacientes pagantes. Então, médicos detentores de clientela particular numerosa e lucrativa, poderiam, se bem relacionados e favoravelmente inclinados ao hospital, recomendar a internação de um paciente mesmo não existindo necessidade para tanto. Em decorrência, cresceram as posições de direção para médicos que pudessem funcionar como "alimentadores" dos leitos hospitalares. Na cidade de Nova York, essa mudança foi mais evidente entre 1900 e 1910, quando a proporção de médicos filiados a hospitais cresceu de 15,6% para 42,3%, conforme dados do estudo desenvolvido por David Rosner. Outros estudos revelaram crescimento de 36,8% para 52% entre 1921 e 1927, também em Nova York. Em termos nacionais, esse número alcançou dois terços dos médicos em 1928, e aproximadamente 83% em 1933 (STARR, 1982:166-7).

Essa ascensão não ocorreu uniformemente; médicos negros, de origem eslava ou italiana primavam pela ausência nas equipes hospitalares, os negros especialmente excluídos por não pertencerem às associações médicas locais, visto ser-lhes negado o direito associativo. Médicos católicos e judeus somente passaram a obter posições em equipes após a abertura de hospitais denominacionais ou pela especial intervenção de seus representantes. Em

outros locais, como Cleveland em 1920, 25% da classe médica controlava 80% dos hospitais (STARR, 1982:167).

Enquanto os hospitais dependiam de doações, os *trustees* eram fundamentais, porém quando a receita passou a depender do tratamento de pacientes, o sucesso da instituição passou a depender dos médicos que os traziam (STARR, 1982:162).

Pressões de custos crescentes e crises financeiras forçaram os hospitais a rever sua forma de administração; do antigo sistema informal das instituições de caridade, para uma metodologia alinhada aos métodos de negócios. Contabilidade cuidadosa e coordenação dos serviços auxiliares de diagnóstico, hotelaria, nutrição, lavanderia, etc. Com a antiga política de isenção de honorários médicos, pacientes que poderiam pagar procuravam os hospitais em busca de tratamentos gratuitos, evitando as despesas que teriam se permanecessem em tratamento domiciliar. Contra essa situação colocaram-se os médicos cujos pacientes valiam-se desse subterfúgio, encorajando os hospitais a apresentar-lhes suas contas, e abolindo progressivamente os tratamentos sem cobrança. Em 1922, receitas cobradas de pacientes representavam 65,2% da receita total dos hospitais gerais norte-americanos, segundo o anuário de 1923 do *U.S Bureau of Census* (STARR, 1982:161).

O domínio dos médicos na administração dos hospitais nos Estados Unidos começou a declinar nas décadas de 1930 e 1940, quando o número de administradores formados cresceu (programas de administração hospitalar iniciaram-se na década de 1920), tornando-se mais comuns os desafios à autoridade médica. No Brasil esse efeito somente seria observado com mais de duas décadas de atraso, já no final do período da ditadura militar. A cisão entre médicos e administradores deu origem a duas linhas de autoridade, a clínica e a administrativa, esta vendo os hospitais como "centros médicos", e aquela como locais de trabalho do médico, adicionais às suas práticas de consultório. Com altos e baixos, o conflito ainda não terminou, e à medida que os processos de atenção à saúde se tornaram mais e mais dependentes de decisões financeiras, as relações tenderam a se esgarçar.

A evolução da tecnologia e das necessidades do hospital são citadas como os motivos da sucessiva passagem de autoridade nos hospitais norte-americanos dos *trustees* para os médicos e destes para os administradores, como um processo imanente de mudança organizacional, inteiramente dependente das necessidades funcionais, tal como sugere Starr (1982:178). Em nossa opinião, essa é uma explicação demasiado simplista,

privilegiando questões tecnológicas e funcionais. Desconsidera os interesses organizados, inicialmente dos médicos e, posteriormente, do nascente complexo médico-hospitalar, conseqüência da expressão dos capitalistas, e tornados efetivos por via das fundações e das escolas de medicina, bem como das nascentes indústrias farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares.

Em contradição ao observado no final do século XIX nas corporações industriais, quando estas se dividiram em múltiplas unidades, os hospitais permaneceram em um patamar de evolução pré-industrial, em função dos interesses locais que os sustentavam. Não obstante as pressões para a adoção de estrutura e metodologia gerencial do mundo dos negócios, e das inerentes vantagens da integração organizacional, esta não foi adotada. Hospitais permaneceram com operações independentes e redundantes, não uniformes, cada qual fazendo compras, recrutamento, cobrança de contas, relações públicas, levantando capital, entre outros, de forma individual (STARR, 1982:177), situação mantida até os dias de hoje na maior parte dos hospitais brasileiros.

A maioria dos hospitais do período mencionado, 1912-1920, ainda estavam muito longe da instituição científica ideal, não viam o hospital como "negócio" e não implementaram, ou não possuíam condições para tanto, a estrutura organizacional prescrita de forma tão detalhada. Ademais, ainda persistem questões presentes na época, como os conflitos entre a adoção de novas tecnologias e seus custos, a adoção de práticas gerenciais do mundo empresarial e a preocupação dos cuidados com o paciente, além de tensões nas relações entre médicos e administradores, já citada no trabalho de Arndt e Bigelow (2005).

Sucede que o hospital tornou-se peça fundamental nos projetos financiados pelas fundações para garantir o desejado aumento da utilização dos serviços médicos. O estabelecimento de hospitais comunitários permitia o pagamento de menores salários pelos grandes empregadores (POST, 1908:823). Com o suporte proporcionado pelo hospital, a casa do operário podia ser menor, e os salários mantidos em níveis mais baixos, sem que se alterasse seu padrão de vida. Do ponto de vista do empresário, o hospital tornava-se barato, diminuindo o desperdício, permitindo um ganho econômico e o incremento, tanto da eficiência técnica como do padrão de vida dos empregados (HOLMES, 1906:318-9).

Crescendo o número de pessoas tratadas em hospitais, formou-se o senso comum de somente neles ser possível a prática da boa medicina. O médico, ora aprisionado no interior

do hospital, adquiriu uma visão reducionista da doença, um "olhar clínico", como descreve Foucault, limitado ao alcance de suas observações do doente em seu leito hospitalar. Visão distorcida e irreal da extensão da morbidade e mortalidade fora do seu ambiente de trabalho, excluindo a etiologia da doença e os fatores sociais que a mediam, influenciam ou causam, sobrevindo uma preocupação menor com o cuidar (FOUCAULT, 1987:17-8, 59-60).

As transformações sofridas pelo hospital o fizeram adquirir muitas das características elencadas por Goffman em seu texto *Características das Instituições Totais*, termo por ele criado para descrever instituições nas quais a vida de seus habitantes é completamente regulada pela autoridade (GOFFMAN, 1974:12-33).

Os altos muros, o isolamento da sociedade subjacente, divisão explícita entre um corpo de pessoas confinadas, chamadas de internados, e outro corpo menor, denominado equipe, socialmente integrado ao mundo exterior. Características totalitárias englobando rotinas de despersonalização - o paciente do leito 34, o caso de úlcera do 1º andar - todas as atividades diárias rigidamente agendadas, compondo um ciclo imposto de regras aplicadas por um corpo de agentes, parte de um plano racional para atingir o objetivo final da instituição. Entre internados e equipe, a relação é formal e pré-estabelecida, alargando a distância social; a equipe julga-se superior, dona da razão, vendo os internados, inferiorizados, como amargos e não confiáveis. Em seus primórdios, o hospital infantil de Boston, no seu afã de isolar as crianças do mundo exterior, estabeleceu rotinas de visita permitindo a presença de apenas um dos pais de cada vez, em dias úteis, das onze ao meio dia, praticamente excluindo a possibilidade de visita dos pais que fossem trabalhadores (STARR, 1982:158).

Mesmo de forma imperfeita e incompleta, o hospital terminou por replicar a divisão de trabalho e a hierarquia da fábrica, tendendo a fazer emergir, por meio da tecnologia, uma forma "comodificada" da medicina.

Do ponto de vista social, o hospital passa da categoria social "comunal" para a "associativa", a primeira referindo-se a laços familiares, irmandades ou outras ligações de solidariedade ou lealdade, e a segunda a relações envolvendo trocas econômicas ou associações baseadas em interesses ou fins compartilhados (WEBER, 1947:136-9). Hospitais medievais, ligados a ordens religiosas ou similares, possuíam intensa característica comunal, enquanto os desenvolvidos a partir do final do século XIX, já possuíam, em sua maioria, ao menos

algumas das características associativas de negócios, ainda que não de forma completa ou perfeitamente disseminada, mas com tendência de expansão.

A teoria microbiana das doenças, incorporada pela "medicina científica", produziu desdobramentos políticos percebidos e apropriados por Gates e outros; dessa forma era possível a integração da nascente sociedade industrial com valores técnicos e culturais, legitimando o capitalismo e desviando a atenção de outras causas estruturais e ambientais da doença. Gates acreditava no importante papel cultural da medicina, e discursando durante as comemorações do décimo aniversário do *Rockefeller Institute*, afirmou ser uma "*força unificadora*" o desejo de todo ser humano por saúde, "*cujos valores vão ao palácio do rico e à choupana do pobre*". Medicina, disse Gates, "*penetra em todos os lugares*", e portanto, "*os valores da pesquisa médica são os valores mais universais da terra, os mais íntimos e importantes valores para todo o ser humano vivente*". Em função dessa universalidade, a Fundação Rockefeller se deu conta daquilo que os missionários já sabiam: a medicina poderia ser usada para converter e colonizar (BROWN, 1979:122).

As instituições Rockefeller haviam introduzido programas de saúde pública no sul dos Estados Unidos em 1909, ajudando a diminuir a resistência aos seus programas de desenvolvimento de escolas públicas e projetos agrícolas, e rapidamente deixaram de auxiliar missionários religiosos na China, instituindo em seu lugar programas de "medicina científica" de modelo norte-americano. Em carta a Rockefeller, Gates explicou:

> (...) all the nations and all the islands of the sea are actually open and offer a free field for the light and philanthropy of the English speaking people (...) Christian agencies as a whole have very thoroughly invaded all coasts, all strategic points, all ports of entry and are thoroughly entrenched where they are (BROWN, 1979:123).

O trabalho missionário, continuou Gates, além de converter gentios em cristãos tementes a Deus, oferecia outras possibilidades:

> Quite apart from the question of persons converted, the mere commercial results of missionary effort to our own land is worth, I had almost said a thousand fold every year of what is spent on missions (...) Missionary enterprise, viewed solely from a commercial standpoint, is immensely profitable. From the point of view of means of subsistence for Americans, our import trade, traceable mainly to the channels of intercourse opened up by missionaries, is enormous. Imports from heathen lands furnish us cheaply with many of luxuries of life and not a few of the comforts, and with many things, indeed, which we now regard as necessities (BROWN, 1979:123).

Gates afirmava ainda que teria sido impossível o crescimento das exportações norte-americanas, impulsionando a indústria e a manufatura, não fosse a conquista comercial de terras estrangeiras possibilitada pelo trabalho anterior de missionários (BROWN, 1979:123).

A combinação medicina e saúde pública seria mais efetiva do que missionários ou uma ação militar para atingir os mesmos fins, tal como seria observado não só na China ou no Brasil, onde a Fundação Rockefeller desembarcou em 1915, como em todo o mundo. O trabalho médico serviria de cunha para a introdução de influências culturais, abrindo o caminho para a implantação de indústrias e escolas.

George E. Vincent, presidente da Fundação Rockefeller de 1917 a 1929, corroborou as palavras de Gates ao afirmar que "*a assistência médica leva vantagem sobre metralhadoras para dominar povos primitivos e trazê-los para relações coloniais desejadas*". No exterior, os emissários da Fundação Rockefeller reconheciam abertamente o uso da medicina para cooptar vozes discordantes para a sociedade industrial capitalista e, embora seus programas domésticos possuíssem os mesmos objetivos, Gates e outros eram mais reservados ao discutí-los (BROWN, 1979:122-4).

Rapidamente, a medicina deslocava a religião como ferramenta de ordem social. As mesmas manobras, quando feitas por meio da educação, eram facilmente percebidas e denunciadas. Com o apoio de vários jornais, a *National Education Association* atacou as fundações Carnegie e Rockefeller em 1914, denunciando sua intenção de transformar as escolas em "*usinas para a manufatura de homens e mulheres feitos de acordo com as especificações de Carnegie e Rockefeller*". A manipulação pela via da medicina possuía caráter mais insidioso, e poderia servir como veículo para os esforços de dominação norte-americana da América Latina, Ásia e África (BROWN, 1979:124).

No contexto da sociedade industrial, a "medicina científica" se passaria por uma nova "religião", criando novas leis morais, novos "deveres", novas definições de certo e errado nas relações interpessoais, carreando os valores da ciência para todas as pessoas por meio de seu apelo universal. Gates, o pastor batista convertido ao "cienticismo", via o *Rockefeller Institute for Medical Research* como um "seminário teológico", presidido pelo "reverendo" Simon Flexner[16] (BROWN, 1979:125).

[16] Simon Flexner, na verdade professava a religião judaica.

O novo "credo" fornecera uma base racionalizadora para a indústria, permitindo organizar a produção de forma a alinhá-la aos objetivos do lucro e do crescimento do capital, ao mesmo tempo minando os argumentos dos trabalhadores de que a nova tecnologia serviria para eliminar seu controle sobre os processo produtivos. Mais ainda, a aplicação da ciência à indústria resultou na despolitização do processo produtivo, estabelecendo a noção de que progresso é igual a tecnologia. Esse é ainda hoje um caminho extensivamente trilhado na justificativa de maiores e constantes gastos na saúde, "vendendo-se" ao público usuário a idéia de quão maiores os gastos em tecnologia, maiores serão os benefícios em saúde.

A implicação dessa mensagem é clara, traduzida na necessidade do capitalismo para produzir o crescimento econômico, dependente pois da marcha do progresso científico e tecnológico. Ora, Habermas considera ilusória a pretensão de elaborar-se uma ciência pura; suas obras desvelam as raízes humanas mais profundas do trabalho científico, expondo os interesses subjacentes ao desenvolvimento da ciência. Ciência e tecnologia são principalmente desenvolvidas de modo a serem úteis à sociedade capitalista; em outras palavras, o desenvolvimento do sistema social parece ser determinado pela lógica do progresso técnico-científico. Trata-se de travestir, por meio da ciência, o exercício do controle e do poder, legitimado pelo capitalismo, pela via da racionalização (HABERMAS, 1975:303-30).

Como parte da campanha pela ciência, a "medicina científica" auxiliou a disseminação da cultura industrial, primeiramente nos EUA e posteriormente no mundo, desenvolvendo uma perspectiva ideológica legitimadora, tanto das desigualdades sociais nas economias capitalistas, como da miséria decorrente da apropriação privada de recursos humanos e ambientais.

A partir dos trabalhos de Pasteur e Koch, identificando os agentes externos causadores de doenças específicas, a medicina assumiu uma perspectiva individual, encorajando a adoção de terapias determinadas para o tratamento de doenças específicas, dessa forma desviando a atenção das causas econômicas e sociais da doença, tal como havia sido apontado por Virchow. Constatando que agentes patogênicos viviam em organismos sadios, Virchow explicou que sua ação patogênica se processava somente quando tais organismos tornavam-se enfraquecidos por algum agravo mental, fisiológico ou ambiental, resultando então a doença.

As fundações de Rockefeller não suportaram financeiramente pesquisas médicas dedicadas ao estudo da relação entre fatores sociais, saúde e doença. Em seus primórdios, as atenções focalizaram-se sobre as ciências básicas, química, física, biologia, patologia, bacteriologia, fisiologia, farmacologia e cirurgia experimental, de tal sorte a ignorar o impacto do ambiente social, econômico e físico sobre a saúde e a doença. Mesmo quando do estabelecimento das primeiras escolas de saúde pública, Johns Hopkins e o Instituto de Higiene paulista, verificou-se a disseminação desse reducionismo biológico pelas instituições Rockefeller, com foco nas ciências básicas e não nos problemas sociais.

Na campanha contra o amarelão empreendida no sul dos Estados Unidos, por exemplo, as ações fixaram-se no combate ao ancilostomídio causador, não se "distraindo" com questões sociais, muito embora, mais tarde, já durante a Segunda Guerra Mundial, quando do estabelecimento do Serviço Especial de Saúde Pública após o alinhamento do Brasil à causa dos Estados Unidos, esses preceitos tenham sido empregados no saneamento das bases militares ocupadas por pessoal norte-americano e nas áreas de produção de matérias-primas estratégicas ao esforço de guerra dos EUA.

Mas o fato fundamental a ser ressaltado, diz respeito à profunda transformação sofrida pela medicina norte-americana entre as últimas décadas do século XIX e 1930, em decorrência da adoção dos princípios da nova "medicina científica", fruto da associação dos interesses da corporação médica e do grande capital financeiro, intermediado pelas fundações, sem a qual as modificações até agora discutidas não teriam sido possíveis. Os médicos, saindo de uma condição desprestigiada e de frustração profissional, raros aqueles capazes de sobreviver apenas exercendo as artes curativas, dada a concorrência das denominadas "seitas", ascenderam a uma posição de prestígio social, poder e considerável afluência (BROWN, 1979:192).

São as conseqüências dessas transformações, algumas não antecipadas quando da concepção do modelo, bem como suas implicações quando de sua importação e implantação no Brasil, à luz das contradições aqui encontradas, é que passaremos a apresentar e discutir nos capítulos seguintes.

PARTE II

A MEDICINA NO BRASIL
CORPORAÇÕES MÉDICAS E SEU CONTEXTO ECONÔMICO

Capítulo 3

Medicina brasileira da Colônia ao Império

A enfermidade cria dependência. O doente necessita não só de tratamentos médicos, mas também de cuidados e de abrigo.

George Rosen

A tarefa de descrever a evolução econômica e política do Brasil, do período colonial até o final da Primeira República, abrangendo portanto mais de quatro séculos, e ainda relacioná-la com a evolução das instituições médicas e de atenção à saúde no País, seria, por si só, tarefa suficiente para ocupar vários volumes. Entretanto, nos limites do presente trabalho, interessa-nos evidenciar, da Colônia à República, as mais emblemáticas articulações entre economia, política e medicina, de forma a compreender as contradições que se estabeleceriam no ambiente da saúde no período 1942-1966, em torno dos interesses organizados com pretenções hegemônicas.

Da mesma forma como não podemos discutir interesses econômicos desconectados das relações de poder, isolando-os dos interesses políticos, ora em acordo, ora em contradição, tampouco poderemos falar da evolução da medicina, nem dos interesses das corporações médicas, desconectados da economia e da política. O discurso da ciência ou da evolução da ciência, assumido por um grupo já hegemônico ou que pretenda sê-lo, procurará legitimar a instrumentalização para a manutenção do poder ou para alcançá-lo (portanto uma ferramenta de afirmação social, política e econômica), permanecendo em segundo plano as necessidades e benefícios para a população. Dessa forma, vemos a evolução da medicina no Brasil como um fenômeno simultaneamente político e econômico, na medida que as corporações médicas influem e são influenciadas pelas circunstâncias políticas e econômicas vigentes, ao mesmo tempo agentes e pacientes das mudanças sociais.

A periodização da história da medicina no Brasil, proposta por Coni (1952) e adotada pela maioria dos autores ao tratar do tema, ancora-se no critério da evolução do conhecimento e da técnica da arte de curar no País, possuindo dois momentos demarcadores. Primeiro, o início do ensino médico em 1808, em Salvador e no Rio de Janeiro, acompanhando as

transformações políticas e administrativas advindas da transferência da corte portuguesa para o Brasil, e sua nova condição de sede do reino. Segundo, o início das pesquisas em território nacional, com base nas então novas disciplinas da ciência experimental, pelos pensadores da retro-denominada "Escola Tropicalista Baiana", Wucherer, Paterson e Silva Lima. Dessa forma, divide-se a história da medicina brasileira em três fases; a primeira, do início da colonização até o estabelecimento do ensino médico no País, uma segunda fase intermediária, pré-científica, e por fim a fase científica (SANTOS FILHO, 1977:6-7).

Tal periodização é atualmente criticada por sua herança positivista (EDLER, 2002:358), mas é outra a visão de nosso trabalho, centrado no surgimento e desenvolvimento de um modelo de medicina característico das sociedades capitalistas. Interessa-nos, em primeiro plano, entender o papel desempenhado ao longo do tempo pelas instituições médicas como agentes do controle dos indivíduos e das populações, pela via das ações ligadas ao saber médico; em segundo plano, quais relações econômicas e de poder foram estabelecidas para tal fim. Não obstante o simbolismo dos marcos delimitadores mencionados, entendemos que os processos transformadores não se fazem de forma abrupta, tampouco linear. Portanto, faremos outras demarcações, as quais vemos como mais adequadas aos fins propostos, pontuadas pelas mudanças políticas, econômicas e de poder centradas nos interesses dos médicos e de suas corporações, à luz da periodização consagrada no estudo da história econômica do Brasil.

3.1 - Período colonial - 1500-1808

A estrutura de atenção à saúde existente em Portugal ao tempo do descobrimento, bastante primitiva, como se poderia imaginar, refletia os parcos conhecimentos então existentes sobre os fenômenos biológicos, a fisiologia, a origem das doenças, a química, a farmacologia e até mesmo sobre a anatomia humana. As profissões em torno da saúde, se assim podemos denominá-las, englobavam os físicos, cirurgiões e boticários, sendo esses últimos responsáveis pela formulação dos medicamentos.

Físicos[17] ou médicos eram profissionais diplomados em escolas européias, como Coimbra ou Salamanca, habilitados a exercer a medicina clínica, mas não a cirurgia. O cirurgião diplomado ou cirurgião-barbeiro, aprendia seu ofício na prática, acompanhando um cirurgião

[17] Em inglês, o vocábulo *physician* ainda designa o praticante da medicina.

habilitado, sendo-lhe permitido o exercício profissional após a aprovação perante uma banca, recebendo então sua Carta de Examinação. Esta autorizava-o a exercer apenas a cirurgia, então resumida em amputar, ressecar, desarticular, lancetar abcessos e tumorações, tratar de ferimentos, ligar vasos sanguíneos e reduzir luxações e fraturas (SANTOS FILHO, 1977:291-2), naturalmente sem o benefício da anestesia. A partir de 1430, também aos físicos foi exigida a aprovação em exame perante o físico do rei para obter a carta de licença, sem a qual sujeitavam-se à prisão e ao confisco de seus bens (MACHADO et al., 1978:24-25).

Para controlar o exercício das atividades de físico e de cirurgião no reino, fora criado em 1260 o cargo de cirurgião-mor dos exércitos; o regimento de 1448 regulamentou as funções do cirurgião-mor; incumbindo-o de regularizar o exercício da medicina e da cirurgia via licenciamento e legalização, bem como da inspeção das boticas, as farmácias da época. Em 1521, com a criação da Fisicatura-mor, a responsabilidade de licenciar os profissionais, regulamentar e fiscalizar a profissão de físico passou ao físico-mor, o qual deveria ainda fiscalizar as boticas do reino, juntamente com boticários aprovados.

As atividades de físico e cirurgião eram exercidas separadamente, não sendo permitido a um exercer a atividade do outro. O cirurgião-mor e o físico-mor eram uma extensão da autoridade do soberano, exercendo-a em seu nome de forma a garantir o cumprimento do estamento legal por meio da concessão de cartas de lei, alvarás, regimentos e licenças, e ainda coletando taxas, julgando e punindo as transgressões das normas. Inexistia então a preocupação com a saúde pública ou a produção do saber médico.

Candidatos à obtenção da carta de licença, deveriam fornecer prova documental ou testemunhal comprovando dois anos de estágio de acompanhamento junto a um físico aprovado, bem como serem aprovados em exame teórico e prático perante banca composta pelo físico-mor, seu presidente, e outros físicos, a qual acompanharia o candidato em visitas aos doentes para aquilatar sua competência. Para garantir a homogeneidade e o cumprimento do ordenamento jurídico, havia "*soldados da saúde*", armados e a serviço do físico-mor para prender os infratores (MACHADO et al., 1978:26-29).

De forma geral, o atendimento aos enfermos dava-se em seus próprios domicílios, não sendo costumeiro o recolhimento a uma instituição hospitalar. O hospital medieval possuía características muito distintas daquelas hoje associadas a tais instituições: em princípio

reservado aos destituídos de posses, tratava-se de um local para aguardar a morte, destinado mais ao conforto espiritual e ao preparo para o desenlace, visando a salvação da alma, do que para a recuperação da saúde. Ao capelão da agonia cumpria percorrer as enfermarias e confortar os moribundos, ministrando-lhe os sacramentos (MACHADO et al., 1978:64).

Dentre as primeiras instituições hospitalares em Portugal, contavam-se o Hospital Termal de Nossa Senhora do Pópulo, cuja construção iniciara-se em 1485 por iniciativa da rainha D. Leonor, e o Hospital Real de Todos os Santos, fundado em 1492 pelo rei D. João II. Seu sucessor, D. Manuel I, aprovou o estatuto da *Irmandade de a invocação a Nossa Senhora da Misericórdia*, criada em 1498 por sua irmã, a rainha viúva D. Leonor. A entidade compromissava-se com o tratamento dos enfermos, o auxílio aos presos, o socorro aos necessitados e o amparo aos órfãos, tendo como alvo os segmentos mais pauperizados da população, os chamados "envergonhados". No mesmo ano de 1498 surgiu a Santa Casa de Lisboa, primeira de uma série de instituições de caridade a se instalar no reino, seguindo-se no ano seguinte a fundação da Santa Casa do Porto.

Compartilhando o mesmo compromisso, cada santa casa possuía autonomia administrativa e financeira, sendo inicialmente composta por cem "irmãos", daí o termo irmandade. Sua manutenção financeira era assegurada pela figura do provedor, cargo honorífico, e ocupado em geral por um elemento destacado da comunidade, capaz de prover as necessidades da instituição, quer de seu próprio bolso, quer buscando recursos junto às figuras sociais proeminentes ou negociantes instalados na região. Outras ordens religiosas mantinham estruturas de atenção aos enfermos, em torno das catedrais ou mesmo de instituições de ensino, como no caso dos colégios jesuítas, cujos sacerdotes também eram iniciados na arte de curar. Em linhas gerais, essa estrutura se replicaria na colônia, porém em amplitude mais modesta.

O também astrônomo Mestre João, acompanhando a frota do descobrimento, foi o primeiro físico a chegar ao Brasil. Em sua carta ao rei D. Manuel I, escrita em espanhol, queixou-se de uma ferida na perna, maior que a palma de sua mão; começara com uma simples coceira e agora o incomodava muito, pois não conseguia curá-la. E porque o físico escrevera em espanhol ao rei português? Herson sugere que Mestre João seria um judeu imigrado para Portugal, fugindo da Inquisição espanhola, membro de uma das seiscentas famílias mais abastadas para as quais foi concedido o direito de entrada em troca de pagamento em ouro

(HERSON, 1996:17-18). De qualquer forma, a medicina ibérica não era das mais avançadas na Europa, e muito escassos os conhecimentos, medicamentos e recursos, tendo na sangria, quer direta, pelo corte de um vaso, ou por meio de sanguessugas, a principal arma do arsenal terapêutico. O ensino em Portugal, espelhado no de Salamanca, baseava-se na leitura de Galeno, Hipócrates, Rázis e Avicena; mais tarde introduziu-se o estudo da anatomia e a prática hospitalar (SANTOS FILHO, 1977:277), estrutura que persistiu até a reforma pombalina de 1772[18].

A partir dos anos 30 do século XVI, chegaram os primeiros profissionais de saúde, cirurgiões-barbeiros, barbeiros, boticários e seus aprendizes, nas expedições colonizadoras organizadas por donatários das capitanias. Eram o que de mais rudimentar havia no reino, homens simples, lusos e espanhóis, quase todos judeus, cristão-novos ou meio cristãos; traziam instrumentos do seu ofício de lancetar, sangrar, cortar, serrar, e suas caixas de botica com os poucos medicamentos disponíveis. Aqui seriam nômades como na Europa, oferecendo seus serviços de vila em vila, de povoado em povoado, atendendo a clientela e seguindo a pé até a próxima parada. Igualmente cristão-novos foram os primeiros ocupantes do cargo de físico-mor, com mais prestígio que os demais, pois possuíam carta de licença e exerciam uma atividade outorgada pelo rei (SANTOS FILHO, 1977:60-61). Assim também foram, do século XVI até meados do século XVIII, todos, ou quase todos, os cirurgiões e boticários a exercer a profissão no Brasil (HERSON,1996:21).

Em 1549, acompanhando a comitiva de Tomé de Souza, primeiro governador geral, chegaram os padres jesuítas; aqui teriam importante papel na prática médica local, atendendo a todos sem distinção. Lancetavam, sangravam, sarjavam e partejavam, cuidavam dos doentes, hospitalizavam, forneciam e ministravam medicamentos. Alguns estudaram medicina, ou possuíam noções práticas; mais tarde, irmãos boticários e enfermeiros foram instruídos no noviciado, incorporando-se na prática o conhecimento adquirido da medicina indígena. Criaram-se formulações próprias, e a mais famosa, *Triaga brasilica*, de composição secreta, prestava-se para praticamente todos os males, verdadeira panacéia (SANTOS FILHO, 1977:61-62).

---

[18] Em 1772, operou-se na Universidade de Coimbra a Reforma Pombalina, exigindo dos aspirantes à carreira médica o domínio do latim, conhecimentos do grego, da filosofia moral e racional e do francês ou inglês. Devia cursar as matérias das faculdades de filosofia e matemática antes do curso médico de cinco anos, com uma cadeiras em cada ano: matéria médica e farmácia, anatomia, prática das operações e arte obstétrica, teoria médica com prática hospitalar de medicina e cirurgia no hospital, aforismos de Hipócrates e Boerhaave e prática hospitalar, repetindo prática médica e cirúrgica hospitalar no quinto ano, após o que submetia-se a exame (SANTOS FILHO, 1977:291).

Ainda no início da colonização, fundaram-se as primeiras santas casas, instituições de caridade de natureza religiosa e ligadas à Igreja Católica Romana, espelhadas no modelo existente na metrópole. A primeira teria sido fundada em Santos por Brás Cubas, em 1543, embora noticie-se um núcleo de atendimento instalado em Olinda em 1539. Em ambos os casos, inexistem provas documentais e, para nossos objetivos, a questão carece de importância. De qualquer sorte, nos hospitais coloniais inexistiam protocolos de formulação precisa do diagnóstico ou da assistência médica a ser prestada, e havia poucos profissionais disponíveis. No início do século XVIII, a Santa Casa do Rio de Janeiro contava com dois físicos, um cirurgião, um enfermeiro, seu ajudante e mais dois escravos para cuidar de cerca de 250 enfermos (MACHADO et al., 1978:59). Note-se que o problema da superlotação de hospitais está presente desde longa data.

Pouquíssimos físicos e cirurgiões vieram ter ao Brasil, por conta de condições tão inóspitas. Concorriam para mantê-los distantes as poucas vantagens profissionais, o distanciamento dos centros produtores de conhecimento, vigente a proibição do ensino superior nas colônias, e as dificuldades de acesso às tecnologias mais modernas, no caso, os remédios europeus da época, somando-se ao desconhecimento da flora local. Cartas eram escritas da colônia ao rei solicitando a presença de médicos, dando conta da precária situação dos que aqui viviam, mas era difícil encontrar voluntários dispostos a transferir-se, aconselhando-se ao rei que obrigasse a vinda de quem tivesse na corte "menos embaraço", ou seja, menor poder político (MACHADO et al., 1978:24-25).

Na falta de físicos, e sendo poucos os profissionais habilitados, grandes as dificuldades e distanciadas as povoações, também "curavam de medicina" os cirurgiões, os boticários e seus aprendizes, bem como os aprendizes de barbeiros[19] e de cirurgiões, os anatômicos, os algebristas, os curandeiros, os entendidos, curiosos e outros que tais (SANTOS FILHO, 1977:63-64). A aderência às normas regimentais era frouxa, motivando sucessivas ordens reais para que se intensificasse a fiscalização. Em 1744, o físico-mor elaborou o regimento a ser seguido por seus comissários no Brasil, agora em maior número, e o crescimento populacional e urbano talvez justificasse maior preocupação da metrópole com as condições sanitárias da colônia (MACHADO et al., 1978:30).

---

[19] Barbeiros além de cortar os cabelos e fazer a barba, encarregavam-se também da pequena cirurgia, sangrando, aplicando sanguessugas, ventosas, clisteres, arrancando dentes, etc. Havia, além de brancos, portugueses e nativos, escravos barbeiros, cujos donos embolsavam os rendimentos obtidos com seu trabalho (SANTOS FILHO, 1977:340-341).

Dirigido especificamente aos "Estados da América", o regimento de 1744 repetiu disposições anteriores, adotando penalidades para serem aplicadas pelos comissários do físico-mor. Estes deveriam ser formados em Coimbra, e se incumbiriam de visitar e fiscalizar as boticas da terra e lojas de drogas a cada três anos, além das boticas dos navios que chegassem ao porto, acompanhados por três boticários formados, um escrivão e um meirinho. Um verdadeiro tribunal itinerante, bem coloca Machado et al., cobrando antes, e bem, os emolumentos de sua fiscalização, os quais não poderiam exceder o dobro do cobrado na metrópole, incluindo, além de emolumentos para as diferentes autoridades da colônia em cada exame e visita regular, também os destinados ao físico-mor, aos cinco examinadores da corte, ao escrivão e ao meirinho do juízo, ao escrivão da vara do meirinho e mais a esmola para os santos Cosme e Damião (MACHADO et al., 1978:29-34).

Com tantos beneficiários, o sistema parece não ter funcionado bem; em 1782, a rainha D. Maria I extinguiu os cargos de físico-mor e cirurgião-mor, substituindo-os pela Junta do Protomedicato, formada por sete deputados com mandato de três anos, encarregando-a das mesmas tarefas e justificando a medida no próprio texto da lei:

> (...) muitos estragos que, com irreparável prejuízo da vida de meus vassalos, têm resultado do pernicioso abuso e extrema facilidade com que muitas pessoas faltas de princípios e conhecimentos necessários se animam a exercitar a faculdade de medicina e arte de cirurgia e as freqüentes e lastimosas desordens praticadas nas boticas destes Reinos e meus Domínios Ultramarinos, em razão de que muitos boticários ignorantes se empregam neste exercício, sem terem procedido aos exames e licenças necessárias para poderem usar da sua arte (ABREU, 1901:189, *in* MACHADO et al., 1978:35).

Durante o período colonial e até o início do século XIX, a cirurgia e a medicina foram exercidas por escassos cirurgiões e físicos diplomados na metrópole, ou, mais tarde, na França. Dos estudantes brasileiros que iam a Coimbra para se formar físicos, alguns preferiam permanecer na Europa ou, quando retornavam, radicar-se nas cidades e vilas maiores. Enquanto os jesuítas aqui estiveram, desde o século XVI até serem expulsos em 1759 pelo Marquês de Pombal, os colégios da Companhia de Jesus serviram de centro de formação e divulgação de conhecimentos práticos de atenção aos enfermos e preparação de remédios (SANTOS FILHO, 1977:118-9). Ao contrário de outras potências colonizadoras nas Américas, Portugal não permitia a instalação de instituições de ensino superior no Brasil. Assim, foi somente durante a ocupação da metrópole por tropas napoleônicas,

quando impedida de enviar os cirurgiões habilitados e os físicos diplomados para a colônia, que se pensou na instalação de escolas médicas no país[20].

Com poucos profissionais, inevitável o acúmulo de atividades; Ventura da Cruz Arraiz, nomeado físico-mor e cirurgião-mor do Estado do Brasil em 1655, exercia ao mesmo tempo atividades de médico da cidade e Câmara em Salvador, com as atribuições de:

> (...) curar e visitar os oficiais da Câmara e suas famílias todas as vezes que o chamarem, sem por isso levar mais que o dito salário; ir aos navios e barcos que vierem com a notícia de mal contagioso; vir ao Senado todas as vezes que for chamado (MACHADO et al., 1978:28, 52).

Privilegiado pelos padrões coloniais, Ventura da Cruz Arraiz não era um médico típico, pois evidentemente inexistiam cargos para todos os demais físicos e cirurgiões, os quais, em sua maioria, não atingiram afluência ou posições sociais de destaque.

A estrutura legal coercitiva, os pesados tributos cobrados pela metrópole, a limitação do mercado interno, restrições quanto ao progresso técnico, a dispersão demográfica, aliados ao deficiente sistema de transporte e à escassez de capitais, constituindo fatores impeditivos ao desenvolvimento econômico brasileiro no período colonial (FERREIRA LIMA, 1970:121-6), também conformaram o sistema de atenção à saúde no período. Poucos médicos e cirurgiões, assistência precária, poucos hospitais, dissociação entre a prática médica e o hospital, a superlotação, a crônica falta de recursos.

Embora a autonomia tenha ocorrido somente passados mais catorze anos, o período colonial brasileiro findou em 1808, com transferência da corte e do príncipe regente para o Rio de Janeiro (PRADO JÚNIOR, 1981:101). Mudanças na situação jurídica e administrativa da colônia impactariam fortemente em sua economia e também na estrutura da medicina e da atenção à saúde, como veremos a seguir, nos colocando diante de outra situação desfavorável, a dependência com relação à Inglaterra.

---

[20] No final do século XVIII e início do XIX, alguns cirurgiões ministraram aulas de cirurgia e anatomia no Rio de Janeiro, em Minas Gerais e São Paulo, uma tentativa para instruir rapidamente cirurgiões, tão escassos no Brasil (SANTOS FILHO, 1991:27).

3.2 - Período joanino - 1808-1922

Mesmo antes da chegada da corte, reconheceu-se a necessidade de treinar localmente profissionais que pudessem dispensar cuidados de saúde ao menos aos soldados, cuja mortalidade era elevada nos hospitais então existentes. Ademais, para a nova sede do reino não seria mais possível trazer físicos e cirurgiões, dada a ocupação francesa da metrópole. Por sugestão do cirurgião do reino, o pernambucano José Correia Picanço, conselheiro em matérias de medicina e saúde, acompanhante da comitiva real e antigo lente em Coimbra, fundou-se a Escola de Cirurgia da Bahia em fevereiro de 1808. Funcionaria no Hospital Real Militar de Salvador[21], ensinando duas cadeiras básicas, cirurgia especulativa e prática, e anatomia e operações cirúrgicas. Em abril do mesmo ano, foi criada a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro, para funcionar no Hospital Real Militar da Corte e ensinar anatomia, ligaduras, partos e operações de cirurgia (SANTOS FILHO, 1991:9-10, 28) [22].

Seus currículos de quatro anos formariam apenas cirurgiões; os físicos seguiriam formando-se somente em Coimbra; em ambas as escolas o ensino seguiu de forma precária, não havendo corpo docente formal, ou mesmo instalações adequadas.

Dada sua pouca efetividade, a Real Junta do Protomedicato, criada para substituir os antigos cargos de físico-mor e cirurgião-mor, foi extinta por meio de um alvará régio no início de 1809, recriando-se a antiga estrutura e os mesmos cargos. Triunfara a pressão corporativa de físicos e cirurgiões para voltar a controlar a profissão, prerrogativa que lhes fora retirada por D. Maria I.

No Rio de Janeiro criou-se a cadeira de medicina clínica teórica para formar cirurgiões com conhecimentos médicos básicos[23], visando assim atender as populações das povoações distantes e os enfermos das naus aportadas; para a vigilância sanitária dos portos brasileiros, criou-se o cargo de provedor de saúde da costa e estados do Brasil. Em 1810, três alunos da Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro, foram enviados a Edimburgo para estudos cirúrgicos, e de lá para aperfeiçoamento em Londres, de forma a futuramente poderem ensinar e dirigir as escolas brasileiras (MACHADO et al., 1978:172).

---

[21] O Hospital Real Militar da Bahia fora criado em 1799 no local do antigo colégio dos jesuítas.
[22] Alguns autores citam novembro como o mês da fundação.
[23] Constavam do programa da cadeira princípios elementares da médica e farmacêutica, polícia médica, higiene geral e particular, terapêutica (MACHADO et al., 1978:172).

Em 1813, ampliados os cursos, a Escola Anatômica, agora Academia Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro, seguiu para o Hospital da Misericórdia; em 1815, a escola baiana, neo-denominada Academia Médico-Cirúrgica da Bahia, mudou-se para o Hospital da Misericórdia de Salvador. Os conhecimentos médicos e cirúrgicos deveriam convergir, suprindo as crescentes necessidades locais, mas estacionou-se na formação do cirurgião. Refazendo o quarto e quinto anos do curso regular, e se aprovado com distinção no exame final, o aluno receberia carta de cirurgião formado[24], podendo curar todas as enfermidades onde não houvesse médico, e até vir a titular-se doutor em medicina. Apoiados pelo cirurgião-mor, os médicos lusitanos opuseram-se à iniciativa, impedindo a obtenção do título de médico pelos formandos brasileiros. Controlando a titulação, a Fisicatura poderia restringir o número de cirurgiões, negando-lhes o acesso aos direitos dos médicos (MACHADO et al., 1978:175). Todavia, a criação dos cursos locais afetou a procura na metrópole, e somente diplomaram-se 45 dos 67 brasileiros matriculados em Coimbra no século XVIII (SANTOS FILHO, 1991:29).

Com as reformas curriculares em ambas as escolas, um currículo mais extenso e critérios mais estritos de admissão, replicando os modelos europeus, a Coroa objetivava criar uma barreira entre o empirismo dos cirurgiões-barbeiros, parteiras e sangradores, e os médicos formados (PEARD, 1999:16).

Muito escassos eram ainda os conhecimentos sobre a origem ou as causas das doenças, geralmente debitadas a condicionantes ambientais, a condições ou hábitos de vida ou da moralidade. O hospital permanecia um local de morte, no qual a doença corria o risco de perder seu aspecto original, logo contaminada pela "febre das prisões ou dos hospitais", comenta Tenon (1788:451, *in* FOUCAULT, 1987:17). "*O paciente se enfraquece, a língua seca, torna-se saburrosa, o semblante torna-se lívido, a pele pegajosa, descora-se a urina, sobrevém a diarréia, a opressão nas vias respiratórias, e finalmente a morte, no oitavo, no décimo primeiro dia, no décimo terceiro o mais tardar*". Nenhuma doença de hospital é pura, recomendando-se tratar o paciente em casa para deixar o próprio mal desdobrar-se em sua verdade, evitando a distorção do hospital. A medicina a domicílio é, naturalmente, respeitosa. No plano terapêutico, ainda presente o dilema entre a medicina atuante, heróica, e a medicina expectante.

[24] Conhecido como cirurgião de seis anos, em contraposição ao cirurgião de cinco anos.

Durante o período joanino, não obstante avanços na valorização profissional dos físicos e cirurgiões, sua posição social ou sua organização corporativa não evoluíram; viver exclusivamente da prática profissional era fato raro, tal como comentado com referência aos profissionais norte-americanos contemporâneos. Inexistiam de fato os partidos políticos ou outras organizações que não a maçonaria, e mais de uma década ainda transcorreria até a criação da primeira sociedade médico-cirúrgica.

3.3 – Primeiro reinado e período regencial- 1822-1840

A lusofobia pós-autonomia desviou de Coimbra para Paris os estudantes brasileiros buscando formação ou especialização; data de então a influência francesa na medicina brasileira, perdurando até o final da Segunda Guerra Mundial. No século XIX, a medicina francesa viveria a revolução do "nascimento da clínica", como a denominou Foucault, pautada por três princípios basilares: reconhecer no paciente a doença mediante a observação e descrição minuciosas dos sintomas e sinais, explicar uma patologia específica pela alteração verificada no cadáver em tecidos e órgãos, e combater a doença com terapêuticas eficazes e racionais (FERREIRA, 1994;59). Pela primeira vez em milênios, relata Foucault, tinha-se a impressão de que os médicos, livres de quimeras e teorias, abordavam o objeto de sua experiência na pureza de um olhar não prevenido (FOUCAULT, 1987:225). Nas escolas brasileiras, ensinava-se ao estudante identificar a doença e classificá-la por meio de sinais e sintomas, sem cogitar em nenhum momento de suas causas internas; eram sempre externas as causas: clima, alimentação, estilo de vida e condição do ar.

As mesmas precárias condições sócio-econômicas do período colonial ainda vigiriam no ensino médico e nos cuidados de saúde (SANTOS FILHO, 1991;10); a presença de poucos médicos e cirurgiões, "curiosos" praticando a medicina e a cirurgia, hospitais raros e superlotados, com equipes reduzidas e mal preparadas, falta de medicamentos. Não obstante, se observariam mudanças importantes no período, com o início da organização corporativa dos médicos e a progressiva aproximação, não sem sobressaltos e contradições, entre a medicina e o Estado. A necessidade de transpor obstáculos levaria ambos, Estado e medicina, a uma associação simbiótica, com a identificação de pontos de interesse comum e a implementação de ações convergentes ao longo do tempo, logrando obter vantagens mútuas. É Luz quem afirma ter sido a medicina do século XIX forjada no

conceito de conhecer o corpo social por intermédio do corpo do homem, e de intervir politicamente nesse corpo, ao mesmo tempo cuidando da saúde dos cidadãos e da saúde das cidades (LUZ, 1982:13).

Desde o período colonial, estendendo-se pelo período de permanência da corte portuguesa em terras brasileiras, não se arraigaram o conceito de autoridade do Estado e os sentimentos de nação e de patriotismo. A autoridade na colônia personificava-se no senhor de engenho, figura emblemática, representante do poder, da justiça e da ordem no interior dos latifúndios. Uma elite urbana, surgida com a descoberta de ouro e diamantes, possuía interesses divergentes daqueles do reino, opondo-se à extorsão econômica da metrópole na forma de sabotagem econômica e instalação de focos de rebeldia nas cidades. Contrariada a expectativa do Estado de subordinação à sua autoridade, cumpria-lhe intervir de forma a controlar esse processo de caos urbano, mas viu-se diante do esgotamento de seu aparelho repressivo jurídico-policial. A justiça debatia-se entre a submissão às instâncias de poder, Estado, clero e família, cada qual procurando manipular sua aplicação benefício próprio, e à polícia, a qual, instada a cumprir a lei, curvava-se ante os interesse privados (COSTA, 1999:19-21).

Em contraponto, o clero sempre defendeu seus próprios interesses, associando-se às famílias contra a metrópole, até que os atritos entre a Coroa portuguesa e os jesuítas resultaram em sua expulsão do reino, inviabilizando a utilização desse dispositivo disciplinador. Ao Estado, restou utilizar-se da militarização, e o fez por intermédio do Marquês de Lavradio; valeu-se da disciplina militar para combater a desordem política, criando os terços auxiliares. Encontrou forte oposição dos militares regulares, os quais viam nos "paisanos de farda" uma ameaça à sua integridade institucional; resistia também a velha ordem colonial, personificada na elite agro-exportadora. Assim, o recrutamento recaía apenas sobre os homens jovens das camadas sociais mais pobres, isentando-se a elite econômica, mesmo porque, com tantos focos de insubordinação, armar a população representava um risco importante. O antagonismo entre igreja e metrópole se abrandaria com a expulsão dos jesuítas, mas somente a abdicação de Pedro I e a ascensão da elite agrária ao poder equilibrariam os conflitos entre ela e a Coroa (1999:23-28).

Estava posto o problema para o Estado nacional: como subordinar a população sem militarizá-la ou armá-la, fazendo-a compactuar com a ordem estatal? Com a inserção da medicina higiênica no controle político dos indivíduos, estabeleceu-se uma nova estratégia,

incorporou-se a cidade e a população ao campo do conhecimento médico, de forma a harmonizar os interesses da corporação médica e da elite agrária. Costa (1999), ao afirmar a inexistência de intencionalidade no manuseio recíproco desses interesses, contraria as evidências de que a medicina, ao aliar-se ao novo regime almejando libertar-se da tutela jurídico-administrativa herdada da metrópole, iniciou a jornada da sua independência e da construção de um projeto de hegemonia pela via da medicalização da sociedade. Contava com sua capacidade de influenciar o Estado, fazendo-o medicalizar suas ações políticas, e de penetrar seu aparelho, elegendo ou nomeando médicos para posições no seu interior.

O processo iniciou-se em 1826, quando o ensino médico independeu-se da Fisicatura. O cirurgião-mor do Império, contrariando os estatutos, impugnou as cartas de cirurgião expedidas pelas escolas do Rio de Janeiro e da Bahia quando da conclusão dos cursos. Um decreto imperial solucionou o impasse, estabelecendo a autonomia de ambas as academias médico-cirúrgicas na concessão das cartas de cirurgião e de cirurgião formado, exonerando-as da subordinação ao físico-mor e ao cirurgião-mor do Império. A Fisicatura, instituição herdada da metrópole, passou a ser vista então como ineficiente, representante dos interesses portugueses no Brasil e, na visão médica, corpo estranho a ser eliminado do organismo nacional (LUZ, 1982:121). Dois projetos de lei apresentados em 1827 previam a criação de cursos de medicina e, em agosto de 1828, foram extintos os cargos de físico e cirurgião mores, bem como o de provedor-mor da saúde. Finda a Fisicatura, as atribuições de saúde pública, inspeção de alimentos e boticas reverteram às Câmaras (MACHADO et al., 1978:174-77).

A polícia médica, responsável pelo controle da higiene pública e apontada como um poder monstruoso, arbitrário e relapso, foi criticada pelos médicos desde sua criação em 1809. Os médicos propunham um novo tipo de concepção e organização da medicina, de inspiração européia, em nome da qual faziam as críticas[25]. A nova medicina, não limitada ao campo jurídico-burocrático da legalidade, restringindo direitos, fiscalizando e punindo, apresentava-se como agente positiva da transformação social, recuperando e buscando a normalização de uma realidade hostil e diversa por meio do regramento. Com a passagem das atribuições de higiene para as câmaras municipais, a nova medicina, recém esboçada, parecia condenada ao desaparecimento. Exigia-se do ocupante do cargo de provedor de saúde da

[25] Machado et al. aqui utilizam a denominação "medicina social", termo somente introduzido em 1848, em artigo publicado por Jules Guérin na *Gazette Médicale de Paris*, no qual propunha abandonar as denominações "polícia médica, "higiene pública" ou "medicina legal", por julgá-las vacilantes e isoladas, para reuni-las sob a denominação de "medicina social"

Câmara, somente o segundo maior escrutínio para vereador, e nenhum conhecimento médico; os médicos se levantariam contra a denominada "higiene desmedicalizada" (MACHADO et al., 1978:179-84), uma incoerência, pois enquanto as câmaras municipais foram responsáveis pela saúde pública, eram médicos os redatores das posturas que dela tratavam.

A influência francesa do período ligava-se diretamente à expansão do ensino universitário e da pesquisa científica, bem como ao controle do exercício profissional (CORADINI, 2005:2). Inspirada na Academia Francesa de Medicina, e no vácuo deixado pela extinção da Fisicatura, criou-se em 1829 a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (SMRJ), objetivando a articulação de um discurso próprio dos médicos, inexistente quando da passagem das atribuições de higiene para as câmaras municipais.

Formado no Rio de Janeiro e doutorado em Paris, o médico mineiro Joaquim Cândido Soares de Meirelles trouxe a influência da academia francesa na volta ao Brasil, procurando direcionar seus pares, a elite médica carioca, então congregada nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia, a reproduzir o modelo francês. A nova instituição, de pronto apresentou-se como guardiã da saúde pública e defensora da ciência[26]. Declarando objetivos filantrópicos, de promover melhorias no ensino da medicina e de colaborar com o governo nas questões de saúde, a SMRJ foi reconhecida por decreto imperial em 1830, tendo Soares de Meirelles como seu primeiro dirigente, e por presidente honorário o Ministro dos Negócios do Império, José Joaquim Carneiro de Campos.

Luz (1982:121-22), vê a SMRJ como uma das instituições sobre as quais centrou-se a estratégia de hegemonia de grupos sociais que atingiram o poder após a autonomia[27]. Com a nova entidade criava-se o espaço corporativo da medicina no Brasil, iniciando duas frentes de luta. De um lado, a elaboração da "medicina social"[28] e o planejamento de sua implantação na sociedade; de outro, o controle da formação e do exercício da profissão médica, fechando o mercado para os denominados charlatões. Os membros da sociedade pretendiam realizar o que a *American Medical Association* faria mais tarde, em linhas gerais,

---

[26] Além de Meirelles, participaram da fundação o médico italiano Luiz Vicente de Simoni, José Francisco Xavier Sigaud, Jean Maurice Faivre e José Martins da Cruz Jobim.

[27] Luz, (1982:123), e Machado et al., (1978:185), utilizam a nomenclatura *Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro*, instituição que somente surgiria em 1886, para designar a *Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro*, fundada em 1829 e transformada na Academia Imperial de Medicina em 1835.

[28] Utilizamos a terminologia empregada por Machado et al., mesmo com a ressalva anterior.

nos Estados Unidos. A principal diferença entre ambas residia na pretensão da SMRJ em penetrar o aparelho de Estado, objetivo ausente dos planos da AMA e aqui justificado, na visão corporativa, como necessário para consolidar a presença da "medicina política" na sociedade. Na visão dos médicos, a sociedade se sustentaria pelo saber médico, ao qual deveriam subordinar-se o direito, a educação, a política e a moral, no projeto de construção de uma sociedade medicalizada (MACHADO et al., 1978:213, 194).

Ferreira et al. creditam a criação da SMRJ à influência mobilizadora do movimento em torno da idéia de reforma e modernização do antigo sistema colonial, surgido no final do século XVIII. Para os autores, o legado cultural desse movimento foi a afirmação do valor utilitário da ciência, e a SMRJ sua herdeira, na medida que promovia a institucionalização da medicina e afirmava seu valor utilitário para a construção de uma sociedade civilizada nos trópicos (FERREIRA et al., 1998:479).

Machado e Luz destacam três táticas políticas empregadas pela classe médica para alcançar o poder: atacar a legitimidade das câmaras municipais no trato das questões de higiene, oferecer suas "luzes e conselhos" ao governo, tornando-o dependente do saber médico, e penetrar as câmaras municipais para agir no seu interior (MACHADO et al., 1978:218-22; LUZ, 1982:122). Os médicos saberiam articular-se para conseguir o seu intento; desde seu início, a sociedade denunciou a incompetência das câmaras municipais em matérias de higiene pública, apontando-as como leigas, destituídas do saber médico e incapazes de fazer cumprir a legislação sanitária. Em seu lugar deveria estar uma instituição que aportasse esse saber, apta a elaborar e executar um sistema sanitário completo, bem como assegurar seu cumprimento pela população. Em paralelo às críticas, a medicina ofereceu sua assessoria técnica às câmaras; afinal, o objetivo de aproximar-se do Estado estava presente no próprio estatuto da nova associação:

> Constituída em corpo científico, a sociedade se tornará uma guarda vigilante da Saúde Pública e oferecerá nas ocorrências difíceis apoio ao governo, assinalando as causas que ameaçam a Saúde Pública, traçando regras de conduta na invasão e marcha das epidemias, propondo leis sanitárias em harmonia com o estado atual dos conhecimentos médicos, com as relações comerciais dos povos e as Instituições Constitucionais do Brasil [29]

A medicina apresentou- se ao Estado como instrumento tranqüilizador, de luz e paz, para guiá-lo e esclarecê-lo, transformando o caos em calma. Em troca, a medicina esperava

[29] Estatutos da Sociedade de Medicina do RJ, *Semanário de Saúde Pública*, Nº 5, 1831:25.

apoio e garantia. Como forma de tornar-se conhecida e legitimar-se como fonte de saber sobre a saúde, a sociedade enviou ofício às câmaras municipais de todo o país, oferecendo-se no aconselhamento de assuntos de saúde pública e enfatizando a necessidade da aceitação da oferta. A resposta foi favorável, várias câmaras agradeceram e aceitaram a oferta, cujo objetivo era criar demanda no seio da administração municipal, fazendo-a buscar e implementar as diretrizes da sociedade. Estas versariam sobre tudo: febres, epidemias, cemitérios, fábricas, hospitais, quartéis, escolas e bordéis, de forma a influir na administração das cidades, tornando-as dependentes do saber médico e sua proposta de organização urbana.

A SMRJ logo se organizou em comissões permanentes. A Comissão de Moléstias Reinantes passou a percorrer as casas de saúde e hospitais da capital imperial, promovendo levantamentos demográfico-sanitários e necrológicos. A Comissão de Vacina ocupou-se da vacinação da população[30]; a de Consultas Gratuitas tornou-se a ponta de lança da promoção da imagem da sociedade entre os habitantes da capital, e havia ainda a Comissão de Salubridade Geral. Ainda em 1830, foi por ela elaborado relatório abordando aspectos da educação física infantil, dos casamentos precoces, da ausência de registros civis, dos sepultamentos no interior das igrejas, do funcionamento de hospitais e boticas, da assistência aos alienados, da construção civil de casas, arruamentos, esgotos, abastecimento de água, limpeza urbana, entre outros, documento esse que dilatava o âmbito de intervenção médica e estabelecia um programa. Propunha a extinção ou ordenação de tudo que pudesse obstaculizar o funcionamento normatizado da cidade.

Com base em dados de mortalidade infantil e incidência de doenças em adultos, a família tornou-se o foco das críticas médicas, definida como incapaz proteger a vida de crianças e adultos. O discurso higienista conseguiria impor-lhe uma educação física, moral, intelectual e sexual, revolucionando os costumes familiares e atrelando a vida privada dos indivíduos ao destino político de uma classe social. Conjugal e nuclear, normatizada pela higiene, surgiria a nova família burguesa. Corpo, sexo, sentimentos conjugais e familiares foram usados como instrumentos de dominação política e sinais de diferenciação social de classe, enquanto a ética ordenadora do convívio social burguês modelou o convívio familiar,

[30] A vacinação com o pus vacínico iniciou-se no Brasil em 1804, sendo criada em 1811 a Junta Vacínica da Corte, transformada na Junta Central de Vacinação em 1831 e reformulada em 1846 para originar o Instituto Vacínico do Império. A primeira legislação de obrigatoriedade da vacinação data de 1832, mas sua obediência encontrou resistências da população.

reproduzindo no lar os conflitos e antagonismos de classe existentes na sociedade, pairando uma consciência de superioridade sócio-racial na camada burguesa (COSTA, 1999:12-14).

Deve ser evidenciada a preocupação declarada em devolver a saúde às cidades, não aos indivíduos, ao passo que a saúde da mão de obra escrava, mola propulsora da atividade agro-exportadora, sequer era mencionada. Centrado o foco nos aglomerados urbanos, a questão do escravo citadino era abordada apenas tangencialmente, não como homem doente, mas como causa ou transmissor das doenças próprias das suas “disposições hereditárias", um agente da desordem na visão da sociedade (LUZ, 1982:123, 126-7; MACHADO et al., 1978:354-6). Estabelecendo uma contradição entre discurso e prática, os membros da SMRJ, a elite médica da capital do Império, não abdicaram de suas práticas privadas, continuando a consultar seus pacientes individuais.

Bem sucedido, o esforço da SMRJ em criar uma legislação expressando seu projeto de "medicina social" resultou na organização de um Código de Posturas sob sua influência, promulgado pela Câmara Municipal do Rio de Janeiro em 1832. O código legislava sobre a salubridade municipal, abrangendo os espaços urbanos a serem transformados; a medicina e os medicamentos, hospitais, casas de saúde, asilos, o trato das moléstias contagiantes, prisões, escolas, cemitérios e enterros, quartéis, pântanos, águas infectadas, currais, matadouros, açougues, alimentos, fábricas, etc. Pouca coisa escaparia da ação medicalizadora, e mesmo a polícia médica, integrada como parte da legislação municipal, estaria fora de seu alcance. No ano seguinte a Comissão de Salubridade produziu novo relatório, criticou os pontos falhos da legislação, mesmo esta sendo por ela inspirada, denunciando sobretudo os pontos de sua não aplicação, porquanto a sociedade procurava elaborar o corpo doutrinário da "medicina social" e intervir na realidade, assessorando e criticando a implementação das medidas de higiene (MACHADO et al., 1978:186-90).

Incomodava-a porém, a separação entre o saber médico e o poder, e essa separação levaria à penetração das câmaras pelos médicos; defendiam-na para tornar eficazes as medidas de higiene pública e política médica, ligando saúde ao patriotismo, pois somente cidadãos saudáveis poderiam contribuir para o engrandecimento da pátria. Vários médicos surgiriam nos anos seguintes entre os edis, crescendo sua influência. (MACHADO et al., 1978:195, 215, 220-2). A par dessa bem sucedida empreitada, percebendo a importância de atuar de forma articulada em diversas frentes, ladeados por políticos, religiosos, militares e membros da corte, os médicos procuraram penetrar outras instituições, como a Sociedade

Auxiliadora da Indústria Nacional e o Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro, de forma a levar adiante seu projeto. Com representantes em todo o país, ambas as instituições objetivavam construir o saber nacional, articulando-o e difundindo-o por todos os espaços possíveis; levaram de arrasto os projetos da medicina social, necessariamente política, por sua relação com o Estado e pela forma de intervenção na sociedade, penetrando suas instituições (MACHADO et al., 1978:240-3).

Reproduziam-se novamente os ideais da Sociedade Real de Medicina francesa. Após a revolução, propusera-se a criação de uma grande polícia da salubridade, que prescreveria os livros e as obras a redigir, os cuidados a prestar nas doenças reinantes, publicando inquéritos realizados sob seu controle. Autônomo, o olhar médico circularia no espaço em que se desdobra e se controla, distribuindo para o cotidiano o saber adquirido, ao mesmo tempo ponto de convergência e centro de difusão. O espaço médico poderia coincidir com o espaço social, atravessá-lo e penetrá-lo inteiramente (FOUCAULT, 1987:33-34). Transplantado para o Brasil, o projeto prosperou, sendo que as epidemias irrompidas no Rio de Janeiro a partir dos anos 1830[31], provavelmente aplainou o caminho da SMRJ.

Consolidando a relação da SMRJ com o Estado, a Regência ofereceu-lhe em 1835 a transformação em Academia Imperial de Medicina (AIM), incluindo uma subvenção anual do governo para seu custeio. Na ocasião, o discurso de Meirelles salientando a importância da ordem e da civilização não poderia ser mais oportuno. 1835 foi o ano da Cabanagem, do início da Guerra dos Farrapos e também da eleição do regente uno. Por meio do combate ao charlatanismo, a academia enfatizaria seu outro objetivo, a defesa da ciência médica para os acadêmicos ("charlatões" eram todos os profissionais de saúde desviantes de seus postulado) e sua luta visaria uniformizar o saber médico via normatização do ensino e do exercício profissional, contrapondo-se à uma medicina popular, avessa ao controle do corporativismo médico. Tratava-se de legalizar a medicina como a verdade da cura (MACHADO et al., 1978:216, 191-2).

Em 1830, a Câmara dos Deputados solicitara à sociedade que elaborasse um plano organizacional das escolas médicas do Império[32]. Apresentado no ano seguinte, tratou-se de uma cópia dos estatutos da Faculdade de Paris, prontamente aprovada pelo Parlamento.

---

[31] Varíola em 1834/35, febre amarela em 1840 e 1849, cólera 1855/56.

[32] A comissão compunha-se dos médicos José Martins da Cruz Jobim, Joaquim José da Silva, José Maria Cambuci do Vale, Joaquim Vicente Torres Homem, Octaviano Maria da Rosa, João Maurício Faivre e Joaquim Cândido Soares de Meirelles.

Três seriam os cursos oferecidos: medicina, farmácia e obstetrícia. Em 1832 as antigas academias médico-cirúrgicas foram transformadas em faculdades de medicina, passando os novos cursos de medicina a ter seis anos de duração, concedendo aos habilitados o título de doutor em medicina. Pela nova legislação, ninguém poderia curar, partejar ou ter botica sem um título conferido ou aprovado pelas ditas faculdades, uma cópia do artigo 26 do decreto de Marly, promulgado na França em março de 1707, regulamentando a prática da medicina e a formação dos médicos (FOUCAULT, 1987:48-49). A mesma luta contra os charlatões e os empíricos, os não titulados, o mesmo desejo de controlar o ensino, na contra-tendência do que fizera a maioria dos estados norte-americanos, desregulando a prática médica e a do direito para eliminar um resquício "aristocrático" do período imperial (COELHO, 1999:37).

Com a transformação das escolas de medicina, aumentaria a influência francesa nas faculdades. No Rio de Janeiro, a maioria dos primeiros catedráticos formou-se na Faculdade de Medicina de Paris, outros na Academia Médico-Cirúrgica local, homogeneizando-se o pensamento médico de elite, ora limitado aos parâmetros determinados pela medicina clínica francesa. Por conseqüência, viriam reproduzir-se aqui as controvérsias ditas "científicas" da medicina parisiense, sendo a de maior repercussão a disputa entre a doutrina de Broussais, o brousseísmo, e o ecletismo médico.

Para François Broussais, criador da "medicina fisiológica", não existiam doenças, mas sim "irritações" localizadas, propagadas por "simpatia" para outros órgãos na forma de uma "inflamação" geral, tendo origem em estímulos internos ou externos; um sistema baseado em proposições simples, válidas para qualquer enfermidade. Como tratamento, propunha o método "antiflogístico", com sangrias, sanguessugas e dietas enérgicas. Os ecléticos, diante da alta mortalidade hospitalar seguinte aos "tratamentos", eram céticos quanto às possibilidades de cura dos sistemas médicos dogmáticos, principalmente o brousseísmo. Fiavam-se na observação, na experiência e nos dados estatísticos, fugindo da especulação, pretendendo transformar a medicina em ciência exata. Na Faculdade de Medicina do RJ, o ensino da medicina clínica contava com professores adeptos de ambas as tendências, e o debate seguiria por décadas (FERREIRA, 1994:62-63).

Edler (2002:358-9), contrapõe-se à visão do saber médico nacional explicado de forma heterônoma, a partir da tradução dos interesses dominantes, como fazem Machado et al. (1978) e Luz (1982). A esse respeito, fazemos duas observações que nos parecem

pertinentes; a primeira, é que a instalação das escolas médicas nacionais se deu a partir da necessidade de resposta às demandas das guarnições militares aqui instaladas, por conta da alta mortalidade dos soldados nas instituições hospitalares existentes, como já comentado, bem como às da comitiva real transplantada. A segunda, é que a mão de obra escrava, passível de reposição uma vez esgotada sua reserva de trabalho, não era foco de atenção da medicina instituída; para ela, havia a medicina africana, cujas práticas foram trazidas com as levas de cativos, e ainda a medicina indígena, associada aos cuidados dos religiosos, principalmente jesuítas. Assim, se o saber médico não expressava os interesses dominantes, ao menos era focalizado nas patologias que impactavam negativamente sobre esses mesmos interesses.

Ao tempo em que poucos eram os médicos formados, as práticas curativas estendiam-se aos licenciados, barbeiros, sangradores, etc., sendo impossível impor restrições de alçada e partilhar a clientela. Agora, com a criação das faculdades de medicina, não desejavam os médicos sofrer a concorrência dos não estudados, alegando dedicar os melhores anos de suas vidas ao estudo e aos pacientes. O comércio e a indústria, acreditavam, deveriam ser livres, mas não a medicina e a farmácia, posto não serem indústrias ou mesmo profissões livres, requerendo estudos e sacrifícios. Ciência da vida, a medicina somente poderia ser exercida pelos médicos, e quem se atravessasse em seu caminho seria taxado de charlatão[33] (MACHADO et al., 1978:192-3, 200-3).

Em pleno andamento, a hegemonia da profissão médica na condução dos assuntos da saúde estruturava-se. "(...).*os médicos sabem o caráter de sua luta como ninguém: normatizar internamente a medicina, externamente a sociedade"* (MACHADO et al., 1978:200). Se no período colonial a assistência médica representava a visão caritativo-assistencial da religião, reduzida a uma atividade social marginal, no Império a visão higienista faria coincidir a saúde da população e a do Estado (COSTA, 1999:30).

Ferreira (1999a:155) levanta restrições quanto à descrição de Machado et al. da organização da profissão médica emulando um partido político, com bem elaboradas

[33] De novo, o discurso médico do fechamento do mercado aos não acreditados pela corporação; hoje, esse discurso está presente na construção de um dispositivo legal que defina o que configura "o ato médico", isto é, qual o rol de práticas passíveis de execução exclusiva pelo médico. Não se utilizam mais as corporações médicas do termo "charlatão", mas busca-se circunscrever uma reserva de atribuições, excluindo outras profissões de saúde: odontólogos, psicólogos, obstetrizes, fonoaudiólogos, terapeutas outros. A motivação, novamente, a proteção da sociedade contra os "não habilitados". O discurso é o velho de sempre, apenas a terminologia é atual.

estratégias e táticas de conquista do poder, argumentando que a ação da AIM não representava *in totun* a medicina, mas apenas sua porção elitizada e ligada à corte, respaldando-se em Luz (1982), quanto à inexistência de um projeto monolítico de poder entre os médicos. Embora concordando com essa última posição, não encontramos elementos para abraçar a opinião de Ferreira, pois essa mesma fração elitizada da medicina, ligada à corte, foi um núcleo específico de poder tornado dominante e detentor do controle interno da profissão, este um dos objetivos confessos da academia.

Machado et al. (1978:155), enfatizam um processo de transformação política iniciado no século XIX atingindo a medicina, resultando no surgimento de duas características ainda persistentes nos dias atuais; a penetração da medicina na sociedade, incorporando o ambiente urbano como objeto da reflexão e prática médica, e a aliança da medicina com poder de Estado, enquanto apoio científico indispensável à sua prática[34]. O discurso médico propunha então um deslocamento do mote da doença para o da saúde, substituindo-se a ação direta sobre a doença individual pelo "médico político", ao qual caberia dificultar o aparecimento da doença, buscando na sociedade suas causas e contra elas agindo. Todavia, a simples observação comprova que o transcurso das ações efetivamente empreendidas não sucedeu dessa forma.

O discurso, comenta Foucault (2006:10), não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, *mas aquilo pelo que se luta, o poder do qual se quer apoderar*. E foi o discurso o objeto da luta da corporação médica no século XIX, a busca do poder e do controle do saber e da prática médica, e por meio delas, o controle da sociedade. E para tanto, tornava-se imperativo aliar-se ao Estado, qualquer que fosse o regime político, e penetrar as instâncias de poder para manobrá-las em seu próprio interesse.

O planejamento do combate às causas das doenças pressupõe o conhecimento dessas mesmas causas, e até o surgimento da teoria bacteriana, sedimentada por Pasteur e Koch entre 1865 e 1875, as causas determinantes das doenças, supunha-se, restavam nos miasmas presentes nos aglomerados urbanos, ou ainda em razões do comportamento moral. Assim se expressam Machado *et al.* com relação à interferência da medicina no espaço social:

---

[34] Pode-se dizer que o oposto ocorreu nos Estados Unidos, onde a medicina seguiu seu curso quase sempre de forma independente, sem relação oportunística com o Estado.

> Se a sociedade, por sua desorganização e mal funcionamento, é causa de doença, a medicina deve refletir e atuar sobre seus componentes naturais, urbanísticos e institucionais, visando a neutralizar todo perigo possível. Nasce o controle das virtualidades; nasce a periculosidade e com ela, a prevenção. (...)a medicina em tudo intervém e começa a não ter mais fronteiras (...) o perigo urbano (...) exige a criação de uma nova tecnologia de poder capaz de controlar os indivíduos e as populações, tornando-os produtivos ao mesmo tempo que inofensivos (MACHADO et al., 1978:155-6)

O partilhamento democrático da responsabilidade com outras instâncias da sociedade não é cogitado, ignorados são o diálogo construtivo e multifacetado com outros componentes da tessitura social, apenas se procura legitimar a atuação magistral da medicina, na época com seu saber centrado na teoria dos miasmas. Ora, assumir que a "verdade científica", tal como entendida nos limites de um contexto histórico, veste-se de características dogmáticas para balizar inconteste todos os estamentos sociais, sem discussão, é um pensamento no mínimo carregado de presunção. E o que é desorganização? E o que é mal funcionamento? Qual a legitimidade desse poder auto-outorgado de emitir juízos e pareceres, de criar normas ? Quem ungiu essa nova classe de eleitos do saber social?

Naturalmente, foram os próprios médicos, reunidos sob a égide da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, transmutada em Academia Imperial de Medicina, e mais tarde em Academia Nacional de Medicina, que se auto-ungiram e auto-outorgaram o poder, ainda que esse lhe fosse delegado pelo governo: afinal, quem eram os membros do governo que propiciaram tal prebenda? Eram médicos, eram deputados e senadores médicos, professores das faculdades de medicina, membros das sociedades médicas, que obtendo acesso aos círculos íntimos do poder, puderam dispensar benesses à corporação médica, à qual se atribuiu, pela via da introdução da figura normalizada do médico, a missão de transformar o desviante em um ser normalizado. E quem era esse ser iluminado, qual formação teve para arvorar-se em fiel da conduta social, criador dos critérios de normalidade, rotulando de anormal a diversidade?

Era um ser de escassa formação acadêmica, centrada na leitura de textos tradicionais, carente de observações experimentais, de rasa formação humanística, mas senhor de um forte desejo de ascensão social, perseguido insistentemente no século XIX. A partir daí, o olhar médico se fixaria na bipolaridade entre o normal e o patológico, entre a norma e o seu desvio, que deveria ser corrigido pela medicalização.

3.4 - A medicina no segundo reinado - 1840-1889

No período de 1840 a 1889, o estamento médico viveria intensas transformações, centradas tanto na essência da prática profissional via revisão do paradigma clínico, este induzido pela evolução dos conhecimentos científicos e tecnológicos principalmente no terço final do século, como na organização corporativa em torno dos objetivos de controle profissional e de medicalização da sociedade anteriormente descritos. Ao mesmo tempo, se promoveriam as iniciativas de aproximação com as instâncias governamentais, mais tarde evoluindo para a penetração dos círculos mais íntimos do poder. Por outro lado, as mudanças políticas e econômicas pelas quais passaria o País, teriam relevância relativa no desenrolar de seus projetos. Se por um lado tenderiam ao bloqueio das aspirações de controle e re-ordenamento social pretendidos, por outro veriam multiplicar-se o número de iniciativas nesse sentido, iniciando-se a disputa pela hegemonia entre grupos de interesse rivais.

No todo, a transição do regime monárquico para o republicano não traria mudanças significativas nos objetivos da corporação médica quanto ao controle interno da profissão e à ascensão sócio-econômica. Mas as mudanças trazidas, de um lado pela transição do modelo capitalista local, centrado inicialmente na mão de obra escrava e posteriormente no trabalho livre assalariado, com a emergência da nova elite cafeeira, e de outro, pelo deslocamento do eixo de dependência da Inglaterra para os Estados Unidos, fariam alterar os focos de interesse, resultando em desdobramentos importantes e tentativas de realizar mudanças nos centros de poder.

Mantendo seu projeto de "medicina social" iniciado no governo anterior, visando ao controle interno da profissão e externo da sociedade, a Academia Imperial de Medicina dedicaria redobrados esforços na primeira década do governo de Pedro II para combater o charlatanismo, denominação ampla para englobar qualquer outra vertente de abordagem dos problemas médicos não enquadráveis na visão oficial. Logo após a maioridade do imperador, instituiu-se o cargo honorífico de Médico da Imperial Câmara, uma sinecura, objetivando estabelecer o quadro de médicos da corte imperial. (FERREIRA, 1994:63). Na capital, médicos destacados, em geral docentes da faculdade de medicina, recebiam títulos de nobreza, circulavam pela corte, enveredavam pela política, tornavam-se deputados, senadores, presidentes de província e até ministros de Estado. Em Salvador, tanto a faculdade de medicina como os professores eram mais modestos, os títulos de nobreza uma

exceção, alcançando projeção os médicos que se aventuravam pela política ou migravam para o Rio de Janeiro (SANTOS FILHO, 1991:11-12).

Peard (1999:17) descreve as agruras para alcançar uma carreira médica de sucesso, quase sempre dependente de patrocínio, pois eram poucos os postos cobiçados. Assinala o surgimento, nas duas cidades, da competição entre médicos a partir de meados do século XIX, debitando tal ocorrência, antes inexistente, ao incremento de egressos das escolas nacionais, tornando-lhes menos favorável a relação entre o número de pacientes e médicos. Dados da década de 1840, ressalvando sua confiabilidade, apontam as dificuldades para a obtenção de clientes: o município do Rio de Janeiro possuía aproximadamente 137 mil habitantes e ao redor de 90 médicos, ou seja, aproximadamente um médico para cada 1.133 habitantes. Considerando-se apenas a população urbana, a relação chega a um médico para cada 1.086 habitantes, caindo a um médico para cada 666 habitantes quando se exclui a população escrava, que não ia ao médico (COELHO, 1999:73). Já em 1862, crônica publicada na *Gazeta Médica do Rio de Janeiro*, aludia à concorrência acirrada:

> (...) os médicos, desesperados com o lisonjeiro estado sanitário [da Corte], vingam-se uns dos outros, procurando cada um deslocar o colega de alguma casa de partido, prometendo fazer o mesmo serviço mais baratinho, censurando as receitas do outro...(EDLER, 1982:82 n4).

De qualquer modo, embora ambas as faculdades de medicina seguissem o modelo francês, e perdessem autonomia no reinado de Pedro II, principalmente após a reforma curricular de 1854 proposta pelo Barão do Bom Retiro[35], as recompensas para um médico no Rio de Janeiro eram muito maiores do que na Bahia. Em parte por conta da maior parcela da população capaz de demandar serviços médicos, do maior número de instituições de saúde, do maior corpo discente e docente da faculdade de medicina, mas também por conta da existência de uma associação médica, a Academia Imperial de Medicina. Mais importante era a proximidade da corte, compensando os efeitos da perda de autonomia via relações com os círculos do poder, potencializadas pelo interesse do *imperador* em assuntos

[35] O propósito declarado da reforma era alinhar os currículos com os últimos desenvolvimento do ensino médico europeu, com melhoria dos laboratórios e instalações clínicas, e aumento das atividades práticas, melhoramentos cuja implementação ainda tardaria mais três décadas, enquanto o ataque à autonomia das instituições foi implementado de pronto. O governo imperial, controlava as finanças, indicava os diretores e por vezes relevava o resultado de concursos para a escolha de professores, fazendo nomear seu apadrinhado (PEARD, 1999). No concurso para a cátedra de Clínica Interna da Faculdade de Medicina do RJ, em 1866, a decisão da banca foi favorável a José Joaquim da Silva, mas o governo decretou a vitória de João Vicente Torres Homem (FERREIRA, 1994).

médicos[36]; Pedro II chegava a freqüentar reuniões da AIM e a assistir a defesas de teses na Faculdade de Medicina do RJ, conhecendo pessoalmente vários médicos cariocas.

Mesmo predominando a influência francesa, os trabalhos que se desenvolviam na Inglaterra também vieram rebater entre nós. Edwin Chadwick[37], advogado e reformador social inglês, publicou em 1842 o *Report on an Enquiry into the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain*, mostrando a correlação entre as condições precárias de moradia, falta de água limpa, de esgotos e da coleta e destinação adequadas do lixo, e o conseqüente aparecimento de doenças (ROSEN, 1980:236-7). Se hoje isso nos parece uma obviedade, na época o programa enfrentou fortes resistências políticas e da população.

Em Salvador, a medicina era profissão de gente pobre, comenta Peard (1999:19), filhos de comerciantes, representantes da pequena burguesia, evidenciando a função social da escola e seu papel de veículo da ascensão social do mulato. Vários professores da faculdade de medicina baiana que alcançariam fama e prestígio, como Lino Coutinho, Domingos Carlos da Silva, Luís Anselmo da Fonseca e Raimundo Nina Rodrigues, eram mulatos. No Rio, a proximidade com a corte refletia-se no maior financiamento disponível para a escola local, no desequilíbrio na concessão de títulos de nobreza[38] e cargos públicos, no maior brilho e sofisticação da comunidade médica carioca.

E quantos eram esses médicos? Na Academia, apenas trinta, nos cargos da corte outra vintena, quase sempre os mesmos, a elite médica do Rio de Janeiro[39], acercando-se do Estado para moldá-lo a sua conveniência e medicalizar a sociedade. Com esse fim combateria qualquer obstáculo a sua frente, empunhando a bandeira da verdadeira medicina. Pouco sabia sobre a origem das doenças, atribuindo a maioria delas as hipóteses atmosféricas, aos miasmas[40], emanações tropicais cuja existência atestava-se antes pelos

---

[36] Durante a Guerra do Paraguai, para incentivar a ida de estudantes e professores aos campos de batalha, ofereceram-se concessões como isenção de concursos, exames e freqüência às aulas. Para um estudo detalhado, ver Luz, 1982:140, 146-150.

[37] Edwin Chadwick, mais tarde agraciado com o título de *Sir*, seria um dos três membros, nenhum deles médico, do *General Board of Health* criado pelo *Public Health Act* de 1848.

[38] Dos 49 títulos de nobreza conferidos a médicos por Pedro I e Pedro II, apenas um foi dado a um médico baiano.

[39] Interessante estudo considerando a profissão do pai como indicador de origem e posição social dos membros da Academia, mostra predominância de profissões vinculadas à magistratura ou às forças armadas, seguida das profissões vinculadas à medicina, evidenciando uma endogenia profissional (CORADINI, 2005).

[40] Miasma, em grego, poluição, ou, em sentido amplo, "mal ar". Para os médicos, as emanações das áreas pantanosas ou insalubres em geral.

seus efeitos do que pela possibilidade de comprovação química; oriundas dos pântanos vizinhos à cidade, atuariam ao mesmo tempo sobre o físico e o moral dos indivíduos:

> Os habitantes dos países pantanosos são todos fracos e valetudinários; têm a pele sem cor, ou antes amarelada, as carnes moles e sem elastério, infiltradas de sorosidade e apresentando uma inchação repulsiva; os olhos embaçados, sem expressão e muitas vezes amarelos: o peito comprimido, pescoço comprido, as pernas finas e o ventre volumoso. (...) Sob o plano moral são homens tristes e melancólicos, apáticos e indolentes, ignorantes, miseráveis, supersticiosos, pouco industriosos. Pode-se verificar, nos homens destas regiões, uma certa insensibilidade moral: são indiferentes e mesmo brutos no trato com suas famílias e pouco dados à fidelidade conjugal. A influência dos eflúvios paludosos sobre o moral faz do homem que a sofre um devasso, um libertino (GOMES, 1852:3, in MACHADO et al., 1978:270-1).

A cirurgia era ainda cruenta; em 1847, o médico Domingos Marinho de Azevedo Americano realizou no Hospital Militar do Rio de Janeiro a primeira cirurgia com o uso de éter; no ano seguinte, ocorreu a primeira cloroformização, pelo médico Manuel Feliciano Pereira de Carvalho, mas por muitos anos persistiria no restante do País a prática cirúrgica sem anestesia e assepsia, com alta mortalidade pós-operatória. As amputações seguiriam respondendo pela maior parte do movimento cirúrgico, estando ainda no futuro as descobertas de Pasteur e Lister e sua introdução no Brasil.

Nas maiores cidades começaram a surgir as primeiras casas de saúde, pequenas instituições leigas e particulares, de propriedade de médicos, provedoras de cuidados de saúde. A pioneira, de propriedade do cirurgião Antônio José Peixoto, estabelecida no Rio de Janeiro em 1845, cobrava de cada associado "assinaturas" anuais de 50$000 para dar-lhe assistência médico-cirúrgica e direito à internação (SANTOS FILHO, 1991:474), configurando, talvez, o primeiro "plano de saúde" brasileiro. Sucederam-na outras casas de saúde ilustres, tendo como consultantes os mais eminentes médicos da cidade do Rio de Janeiro, e oferecendo variedade de acomodações e serviços, desde os mais luxuosos, reservados aos mais abastados, até tabelas especiais, bem mais modestas, para os pacientes escravos[41]. A prestação de serviços de saúde deixava de ser uma atividade apenas caritária, praticada pelas ordens religiosas, para iniciar o seu desenvolvimento enquanto negócio.

No plano hospitalar, mantidos os hospitais das ordens religiosas e Santas Casas, a partir de 1840 surgiram sociedades beneficentes para o socorro mútuo de associados, como a

[41] Para um estudo pormenorizado das casas de saúde, ver Santos Filho, 1991:473-480.

Beneficência Portuguesa do Rio de Janeiro, objetivando proporcionar trabalho, alimentação, educação, socorro médico/hospitalar e auxílio funeral aos portugueses necessitados. Espelhado na pioneira, que em 1858 inaugurou o hospital da Real e Benemérita Sociedade de Beneficência Portuguesa do Rio de Janeiro, o modelo expandiu-se para diversas cidades brasileiras durante o século XIX. O exemplo foi igualmente seguido pelas instituições congêneres, fundando-se hospitais beneficentes em Recife (1855), Belém (1856), Porto Alegre (1859), Pelotas (1861), Salvador (1866), Campos (1872), São Paulo (1876), Santos (1878) e outros mais, processo mantido no século seguinte com a evolução da imigração (SANTOS FILHO, 1991:472-3). Também no Rio de Janeiro, inaugurou-se em 1852 o Hospício de D. Pedro II, introdutor de um tratamento mais humanizado para os alienados, como preconizado por Pinel.

A homeopatia, a partir de sua introdução no Brasil em 1840, trazida da França por um discípulo de Hanhnemann, Benoît Jules Mure, ou Bento Mure, médico formado na Universidade de Montpelier e convertido à homeopata após curar-se de tuberculose, seria o alvo de eleição da elite médica no combate ao que julgava ser uma intrusão em seus domínios. A AIM iniciaria campanha sistemática de descrédito para combatê-la e igualá-la ao charlatanismo, para tanto buscando o concurso do governo imperial. Não seria fácil, a doutrina homeopática disseminara-se na Europa, encontrando adeptos entre médicos "regulares" de nomeada, e ameaçava fazê-lo também aqui, tendo como principal discurso a pouca efetividade das práticas médicas "oficiais".

Em 1843, Mure estabelecera na corte a Escola de Homeopatia do Rio de Janeiro, mais tarde Instituto Homeopático do Brasil, e em 1846, ao diplomarem-se os primeiros alunos, a AIM enviou ao imperador uma representação, lembrando os termos da lei de 1832 que regulara a prática médica. Os certificados do curso homeopático não se equivalem aos títulos mencionados na lei, manda declarar o monarca, não podendo seus portadores praticar a medicina; determina ao chefe de polícia que impeça os diplomandos de medicar sem os títulos das faculdades de medicina. Os homeopatas reivindicam autorização para a prática profissional e a continuidade de seus cursos, e a reação da medicina "oficial" não tarda: pergunta, *o que mais farão os embusteiros que pretendem substituir a ciência por sua seita? Que nuvem negra assoma os céus prenhe de tempestades?* E rugem: *as trevas não triunfarão, pois ali estará o anjo defensor enviado pela providência, não permitindo aberrações que destruam o sistema*. Ameaçada, a medicina "regular" acena com a

destruição da ordem social, responsabilizando o imperador e as autoridades pelas conseqüências.

Fazendo coro às manifestações em "defesa da ciência", Machado et al. inflamam-se nesse ponto de sua obra para defender o que supõem representar a ordem social, acrescentando, ao comentar a presença em Campinas de um homeopata:

> A resposta da verdadeira medicina não se faz esperar, na pessoa de um médico de grande prestígio na localidade, arrasta o charlatão perante a autoridade policial, sendo por isso condenado (MACHADO et al., 1978:203-5).

Escrita em 1978, e considerada uma referência sobre a história da medicina brasileira, a obra de Machado et al. ainda reflete a aversão à homeopatia existente em seu tempo e professada pelos representantes da medicina social; passado mais de um século, o preconceito permanecia profundamente arraigado. A homeopatia seria reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina como especialidade médica em 1980, mas a posição dos autores em tão celebrada obra nos faz refletir sobre a dificuldade da aceitação do novo, e de como, quando ameaçados em seus interesses e instados a reconhecer novas luzes, reagem e resistem os representantes do poder consolidado.

Não recua a academia; ainda em 1846, convidada pelo governo central a apresentar um projeto de lei de saúde pública, responde propondo o restabelecimento de um tribunal privativo da classe à semelhança do papel antes desempenhado pelo Protomedicato, gerando uma cisão interna entre os acadêmicos. O médico José Martins da Cruz Jobim, formado em Paris, diretor da Faculdade de Medicina do RJ por mais de vinte anos, futuro presidente da AIM, deputado e senador do Império, foi contrário ao ante-projeto. Ao propor-se um tribunal médico especial e privativo, alegava, contrariando a constituição do Estado, abria-se a possibilidade de clamorosa censura contra a classe. A AIM não desiste, e no ano seguinte faz outra investida, nova representação ao imperador enfatizando a saúde pública e a profissão médica. Os mesmos motes, as mesmas ameaças à ordem pública; "*era a dissolução premeditada do que a legislação sábia e previdente antepunha à liberdade sem limites que se desejava implantar no Império de Santa Cruz*". Machado et al. dão voz e razão aos acadêmicos:

> O proceder do governo e a astúcia dos homeopatas concorrem para creditar a nova doutrina junto ao povo, antes apegado às leais tradições. A homeopatia integra um plano da subversão da ordem que, em princípio, vai além das fronteiras da medicina, confundindo-se com os intentos de um desenfreado liberalismo (MACHADO et al., 1978:21).

Solicitava a academia ao imperador a faculdade de formular um regulamento, enquanto não se decretasse uma lei de saúde pública, "*em harmonia com as leis que vigoram e capaz de remediar os danos que atualmente prejudicam a saúde dos habitantes da capital do Império*", a se aplicar com todo o rigor legal. Os esforços do movimento médico "oficial" teriam êxito com a criação da Junta de Higiene em 1850; seu regulamento, ainda mais estrito do que a lei de 1832 quanto ao exercício profissional, somente o permitia mediante o respectivo título conferido pelas escolas de medicina brasileiras, exigindo que médicos, cirurgiões, boticários, parteiras e dentistas o exibissem perante as autoridades de saúde pública em cada província, para serem vistados, sem o que não teriam validade. Afirmam Machado et al.:

> Figura pejorativa ao nível moral, político e científico, o charlatão é o obstáculo que se tem que remover para que a medicina social se assegure o controle perfeito, interno a usa profissão e externo da sociedade (MACHADO et al., 1978:210).

Em 1853, já senador, Cruz Jobim rejeitou o pedido feito ao Congresso por Maximiano Marques de Carvalho, professor da Escola Homeopática do Brasil, para que se instituísse uma cadeira de homeopatia nas faculdades de medicina do Império. A homeopatia declinaria daí em diante, para ser reabilitada somente no século seguinte.

A academia era menos resistente aos médicos, mesmo estrangeiros, que seguissem suas regras. Também formado em Montpelier, como Mure, chegou ao Brasil em 1839 o médico judeu polonês Piotr Czerniewicz, logo abrasileirado para Pedro Chernoviz. Após sua chegada, queixava-se em carta das agruras da profissão; se havia uns poucos médicos bem sucedidos, a maioria ganhava com dificuldade seu sustento, sobrevivendo por conta de outras atividades lucrativas (HERSON, 1996:402).

Em 1840, Chernoviz revalidou seu diploma e tornou-se membro da Academia Imperial de Medicina, publicando nos anos seguintes duas obras que lhe deram fama e fortuna. Dirigido aos médicos, o *Formulário ou guia médico* descrevia os medicamentos, elencando suas propriedades e doses para as doenças apropriadas, ensinando a arte de formular e mencionando as plantas medicinais e águas minerais do Brasil.

Destinado ao público leigo, o *Dicionário da medicina popular*, de imensa utilidade na difusão das práticas da medicina "oficial" nos distantes rincões onde não havia médicos, servia também para a instrução dos denominados charlatões, praticantes leigos da medicina. De leitura acessível, descrevia as moléstias e aconselhava os medicamentos a utilizar, de fácil formulação (GUIMARÃES, 2005:501-14); levado pelas mãos de Cruz Jobim, o autor entregou uma cópia ao imperador. Anos mais tarde, Chernoviz desencantou-se com a academia e esta com ele, talvez pelo sucesso alcançado pelas publicações (COELHO, 1999:71-72), as quais ensinavam a curar e a formular, levando ao temor da perda de clientela pela corporação. Já prestigiado e afortunado, Chernoviz retornou à Europa.

Com o crescimento do prestígio pessoal, influência e poder, os médicos que atingem cargos eletivos ou ocupam prebendas da corte, acomodam-se, passam a cuidar mais de interesses próprios do que da classe, e menos ainda interessam-se por questões envolvendo a massa da população. Em carta endereçada ao redator da revista da Academia Imperial de Medicina, o médico J.A.S, não identificado no original, refere-se aos médicos no Parlamento como *esperanças malogradas*. Nunca a classe médica tivera tantos representantes nacionais, e nunca houve "*época mais calamitosa e mais prejudicial e retroativa à mesma classe como a em que nos achamos*". Queixava-se da inação da AIM junto às corporações de saúde do Exército e da Armada, bem como da saúde pública, deixando-se levar apenas para as "*mesquinhas questões políticas*"[42]. A revista refutou prontamente as acusações, e nada mais fez.

Quanto à saúde pública, várias epidemias assolaram a capital do Império, como as de febre amarela em 1840 e 1849, essa última severa, vitimando mais de quatro mil pessoas. Tardando a resposta da Câmara Municipal, o governo imperial assumiu o comando da crise, solicitando à AIM um plano para combater a epidemia, traduzido nas "*Providências para prevenir e atalhar o progresso da febre amarela, mandadas executar pelo Ministério do Império por aviso desta data*". Reativada a polícia médica, é a oportunidade da medicina social demonstrar a eficácia das medidas por ela defendidas, instalando-se a Junta de Higiene Pública. Vencida a crise, projetou-se um trabalho preventivo, incluindo vacinação e o controle do exercício da medicina e de todos os locais de uso público ou potencialmente de risco para a saúde coletiva.

---

[42] *Os médicos no Parlamento - Esperanças Malogradas"*, *in* Annaes de Medicina Brasiliense, 4(4):75-77, out. 1848.

A partir de 1850, a Academia Imperial de Medicina perdeu espaço na condução dos destinos da saúde, com a transferência da vigilância da profissão e a responsabilidade pela legislação sanitária para a Junta de Higiene Pública, ligada ao Ministério do Império. Rebatizada de Junta Central de Higiene Pública no ano seguinte, centralizaria e coordenaria as ações de saúde pública, o exercício da medicina e de outras profissões de saúde. Sua missão: *proteger a saúde da população e proteger e defender a ciência*, firmando a hegemonia do higienismo e da anátomo-clínica em relação às práticas de prevenção da doença e promoção da saúde. Tomando a clínica como paradigma, e a partir da concepção do processo saúde-doença, os médicos reafirmavam-se como categoria socialmente legítima para falar de políticas de saúde (MEHRY, 1992:51). Mas discurso e prática não são necessariamente associados; com pomposas funções, a junta compunha-se de cinco membros, mais um contínuo e um servente. Uma contradição entre o proposto e o realizado de fato, mesmo porque inexistia homogeneidade de pensamento e conduta no seio da corporação médica.

Outras epidemias importantes ocorreram fora da capital imperial, como a de febre amarela na Bahia em 1849, espalhada para outras cidades litorâneas e chegando a Santos em 1850, e a de cólera em 1855, no Pará, no Recife e em Salvador. Em 1889, na transição para a República, a febre amarela voltou a atacar terras paulistas, manifestando-se em Campinas e atingindo novamente Santos, onde provocou grave epidemia. Focos epidêmicos surgidos em terras da economia cafeeira, pela primeira vez colocaram sob ameaça o produto de maior importância para a economia agro-exportadora.

Vale salientar que Machado et al. empregam a expressão "medicina social" mesmo em situações anteriores a 1848, ano da introdução do termo por Jules Guérin em artigo publicado na *Gazette Médicale de Paris*, no qual defendia o monopólio da profissão médica sobre a prática médica o saber (NUNES, 1998:107-16).

No mesmo ano, irrompida a epidemia de tifo na Alta Silésia, o médico e ativista alemão Rudolf Virchow afirmou que a solução não viria medicando-se individualmente os pacientes, ou alterando-se a legislação sobre alimentação, habitação ou vestuário. Atribuindo as causas a um conjunto de fatores econômicos e sociais, condicionou a solução a ações radicais, capazes de promover melhorias com amplo alcance populacional. Virchow acreditava ser a medicina uma ciência social, e a política, nada mais do que a medicina em

grande escala. Seu discurso somava-se às abordagens realizadas por outros médicos e teóricos sociais, como Salomon Neumann, médico e associado de Virchow, já a partir dos anos 1830, sobre problemas sociais advindos da industrialização (ROSEN, 1980:78-80).

Neumann era enfático defensor da caracterização da medicina como ciência social, postulando que seu não reconhecimento como tal resultaria no usufruto de apenas uma pequena parte de seus benefícios potenciais. Nessa linha, Rosen elenca dois princípios abraçados pelos defensores da idéia; o primeiro responsabiliza o Estado pela saúde da população, visto todos possuírem direitos iguais em um ambiente democrático. O segundo reconhece a importância dos efeitos advindos das condições econômicas e sociais sobre a saúde e a doença, devendo tais relações serem submetidas à investigação científica. A simples transposição desses conceitos, formulados em meados do século XIX, para as condições brasileiras de então, já evidenciavam contradições.

De imediato, como considerar democrático um país de governo monárquico no qual o soberano controlava o Parlamento por meio do Poder Moderador, e cuja única classe com alguma voz era a elite agro-exportadora? Ademais, vivia-se em um regime de escravatura no qual escravos, índios e outros excluídos da cidadania, poderiam influir no perfil epidemiológico nacional: a medicina oficial via o negro *como causa de desordem, sexualidade desregrada, paixões, doenças, vaidade, egoísmo, brutalidade* (MACHADO et al., 1978:354). Por outro lado, em plena vigência da teoria miasmática, como admitir o efeito das condições sócio-econômicas sobre a saúde e a doença?

3.4.1 - A Escola Tropicalista Baiana

Em meados da década de 1860, um grupo de médicos da Bahia, desvinculados da faculdade de medicina local, começou a estudar a etiologia das doenças tropicais prevalentes entre os extratos mais pobres da população, afligindo notadamente os escravos. O projeto da AIM não continha essa preocupação, ou creditava-lhe importância secundária, pois a força de trabalho escrava era vista como passível de substituição, uma vez esgotada sua reserva laboral (LUZ, 1982:129), posição essa distinta daquela adotada nos estados escravistas dos EUA.

Denominado por Coni (1952) de "Escola Tropicalista Baiana"[43], o novo movimento questionava as leituras européias feitas das doenças prevalentes no Brasil, calcadas no determinismo racial e climatológico. Os "tropicalistas" contribuíram para a revisão do modelo nosológico aceito, pelo qual os habitantes das áreas tropicais sofriam degeneração irreversível via ação climática[44]; se nos escravos as doenças associavam-se à pobreza, parcas condições de higiene, más condições de vida e nutrição, exacerbadas pelo calor e umidade, pretendiam identificar seus agentes causais. Além de estudarem males epidêmicos como a febre amarela e o cólera, desenvolveram pesquisas originais sobre parasitoses como filariose e ancilostomose, além da hanseníase, tuberculose e beribéri. Conceitualmente, situavam-se no limite entre o paradigma miasmático/ambientalista e a teoria dos germes (BENCHIMOL, 2000:266), mesclando de forma eclética as novas idéias médicas européias com as mais enraizadas na cultura médica local, como assinala Peard *in* Edler (2002:362).

O ensino médico oficial, ministrado nas faculdades de medicina do Rio de Janeiro e de Salvador, de influência francesa e pouco centrado na realidade brasileira, baseava-se na observação clínica e buscava na teoria miasmática/ambientalista[45] a explicação das doenças, acreditando que emanações do solo e os ares impuros provocavam as moléstias que acometiam a população. Os estudos dos "tropicalistas" incorporaram novas disciplinas das escolas européias, principalmente alemãs[46], a bacteriologia, parasitologia e anatomia patológica, o uso do microscópio, ainda não disseminados no Brasil. Empreendendo a pesquisa da patologia, tornaram-se pioneiros da medicina experimental, mesmo sem intenção, desafiando o ensino e a prática médica locais, pois tais disciplinas seriam incorporadas ao currículo regular somente no final do século XIX, com a institucionalização dos trabalhos de Louis Pasteur.

Três médicos estrangeiros, Otto Wucherer, John Paterson e Silva Lima, fundadores da retro-denominada Escola Tropicalista Baiana, são considerados os introdutores da medicina experimental no Brasil.

---

[43] Embora consagrado pelo uso, o termo "escola" carrega certo exagero por tratar-se de um pequeno grupo de médicos reunidos em torno de um periódico, a *Gazeta Médica da Bahia*.

[44] Joseph Sigaud, médico francês que permaneceu no Brasil de 1825 a 1856, membro fundador da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, publicou em 1844 *Du climat et des maladies du Brésil; ou statistique médicale de cet empire*. Focalizando pela primeira vez as moléstias mais comuns no país, tornou-se referência nas propostas de re-ordenamento urbano.

[45] A teoria miasmática das doenças perdurou até cerca de 1875, enfraquecida progressivamente pelos trabalhos de Pasteur e outros sobre a teoria bacteriológica.

[46] Flexner sofreu a mesma influência ao visitar a Europa, incorporando-a em seu modelo.

Otto Edward Henry Wucherer, médico nascido em Portugal e formado na Alemanha, filho de pai alemão e mãe brasileira, trabalhou em hospitais na Inglaterra e em Portugal antes de retornar ao Brasil, em 1843. Mais tarde seria conhecido pelos seus estudos em ofidiologia e descobertas dos agentes da ancilostomose e filariose. Wucherer forjaria a identidade do grupo baiano, criando seus programas de pesquisa e relatando-os na imprensa médica da Europa.

O médico escocês John Ligertwood Paterson especializou-se cirurgião em Londres após graduar-se em Edimburgo, chegando a Salvador no início da década de 1840 e lá permanecendo a maior parte da vida; retornou várias vezes à Grã-Bretanha, onde trabalhou com Joseph Lister, cirurgião inglês introdutor da assepsia, método que Paterson ajudou a divulgar na Bahia.

Português, José Francisco da Silva Lima veio ainda menino ao Brasil, graduando-se em medicina na faculdade baiana; seu foco de atenção recaía no beribéri e no ainhum, tumoração acometendo os artelhos dos escravos. Perseverante, Silva Lima manteve unido e produtivo o grupo de pesquisadores, viajando à Europa diversas vezes para atualizar-se e divulgar os trabalhos brasileiros.

Wucherer e Paterson, mesmo não pertencendo aos quadros da faculdade de medicina baiana, fizeram-se conhecidos durante as epidemias de febre amarela e cólera, durante as quais se deram os eventos que originariam o movimento tropicalista. Ambos identificaram prontamente o surto de febre amarela surgido em Salvador em 1849, propondo medidas de quarentena não endossadas pelos docentes da faculdade de medicina e pelo Conselho de Salubridade Pública da província, pois implicariam na interrupção do movimento portuário. Pela imprensa local, a comunidade médica afirmou não serem tão graves a doença e a possibilidade de contágio, atribuindo os casos mais graves à predisposição dos pacientes ao mal, ao pânico gerado e à terapêutica inadequada. Bastou crescer o número de casos para ficar patente o acerto do diagnóstico e o risco de contágio[47].

[47] Em 1851, realizou-se em Paris o I Congresso Internacional de Saúde, opondo miasmáticos e contagionistas, estes vistos como retrógrados, despidos do senso de progresso; ao contrário, a hipótese atmosférica era apresentada como moderna, coerente com as idéias de progresso, individualismo e liberdade associadas com a Revolução Industrial (TESH, S., em IYDA, 1993:35).

Em 1855, os sintomas apresentados por marinheiros ingleses foram debitados por médicos locais à comida estragada; confirmado o cólera, abalou-se o conceito e a causalidade dos miasmas. Sem refutar a importância das condições higiênicas e climatológicas, Wucherer e Paterson criam não serem essas as causas primordiais das doenças; mais uma década transcorreria até a formação do grupo que as pesquisaria.

Com início informal, as reuniões do grupo, cerca de catorze médicos, ocorriam na casa de Paterson, objetivando a discussão de casos clínicos, a literatura européia recente, a troca de experiências. Analisavam-se, na medida do seu surgimento e aplicabilidade nas doenças tropicais, as mais avançadas ferramentas da medicina: a fisiologia, a análise química, a parasitologia, a bacteriologia e a patologia. Em 1866, foi lançada a *Gazeta Médica da Bahia*, periódico para divulgar os estudos do grupo; por conta das pesquisas originais e pela crítica à medicina tradicional, os três fundadores atraíram alguns professores da faculdade de medicina baiana, mas não conseguiram integrar-se ao seu corpo docente. Com as atividades práticas desenvolvidas na Santa Casa de Misericórdia local, e sem receber apoio oficial ou financeiro, os "tropicalistas" constituíram-se em força inovadora e um contraponto à hegemonia da AIM.

Wucherer descobriu em 1866 um novo parasita na urina de pacientes com elefantíase ou filariose, mais tarde denominado *Wuchereria bancrofti*. No intestino de pacientes falecidos de hipoemia intertropical, mas não nos falecidos de outras enfermidades, encontrou outro parasita, o *Ancilostoma duodenale*, relacionando-o à causa da doença, então creditada à má alimentação, condições precárias de higiene e ação deletéria do clima sobre o sangue[48], publicando os achados em vários números da *Gazeta Médica da Bahia*.

A partir daí, a historiografia clássica descreve uma polêmica iniciada entre Wucherer e a Academia Imperial de Medicina; segundo a versão veiculada pelo próprio Wucherer e por Júlio de Moura na *Gazeta* (EDLER, 2004), a descoberta, discutida na academia, teria sido rejeitada após votação unânime (CONI, 1952:34, FERREIRA, 1994:76). Torres Homem, tido como o mais veemente opositor à descoberta, teria continuado criticando as idéias de Wucherer mesmo após a origem parasitária da doença ter sido reconhecida, mantendo a afirmação de serem os parasitas conseqüência e não causa.

[48] José Martins da Cruz Jobim, brousseísta, proferira em 1835 palestra na Academia Imperial de Medicina versando sobre *As doenças que mais afligem a classe pobre do Rio de Janeiro*, enfatizando a hipoemia intertropical, popularmente conhecida por cansaço ou opilação, caracterizada por anemia profunda e o desejo compulsivo de comer terra (FERREIRA, 1994), cujo texto publicou posteriormente na Revista Médica Brasileira de nov. 1841.

Esse suposto embate vem sendo abordado de forma a transformá-lo em evento emblemático do choque de forças entre a medicina oficial, domínio da metafísica dos sistemas médicos, e a medicina experimental, simbolizando as dificuldade para a implantação de novos modelos institucionais. Para Luz (1982:129), tratava-se do confronto entre o elitismo da AIM e a preocupação com as classes trabalhadoras e escravos da denominada Escola Tropicalista Baiana.

O mito construído a partir do suposto embate é revelado por Edler (2002:363), assinalando que as tentativas de particularizar o movimento científico e corporativo dos médicos baianos, mesmo sem negar-lhe os méritos e impactos positivos sobre as instituições médicas do País, pecam ao atribuir-lhe um sentido inovador radical, tanto diante do passado médico nacional quanto do movimento médico e científico que lhe era contemporâneo. Outros movimentos médicos, enfatiza, inclusive a própria AIM, poderiam reivindicar os atributos de promoção do progresso e propagação das ciências médicas, consignados por Peard somente à Escola Tropicalista.

A criação da Junta de Higiene Pública em 1850 trouxe um fato subjacente; se por um lado, com deseja Mehry, os médicos se reafirmavam como categoria socialmente legítima para falar de políticas de saúde, por outro reverteu no esvaziamento da Academia Imperial de Medicina enquanto instituição. Se ela representava a ortodoxia médica, guardiã dos cânones sagrados que a separavam dos charlatões, qualquer desafio à sua legitimidade científica seria enfrentado por seus membros, os quais, ao menos em público, deveriam demonstrar sua submissão aos valores sacerdotais professados.

No contexto sócio-profissional, lembra Edler (2004:3-4), mudanças na ciência envolvem mais do que a admissão ou rejeição de teorias, traduzindo-se em alterações na hierarquia das disciplinas. Enxergar o movimento tropicalista sob uma luz mítica, conferindo-lhe um viés heróico "*na busca da verdade que fará triunfar a razão sobre arcaicos preconceitos mantidos por interesses mesquinhos"*, significa não perceber que esse grupo buscava distinguir-se de seus oponentes, ocupantes de postos-chave na hierarquia profissional, e que a adoção de sua nova linguagem da parasitologia helmíntica ligava-se tanto à manutenção de suas identidades quanto aos seus desejos de mobilidade sócio-profissionais, embora esse não fosse seu objetivo precípuo. Continua Edler:

> Se levarmos em conta o contexto mais amplo da crise da medicina anatomoclínica em que emergiam as especialidades médicas (WEIZ, 1997), consideraremos os conflitos e negociações entre os dois grupos como uma luta entre representações voltadas ao reconhecimento social de identidades sócio-profissionais distintas. Da representação, aceita ou recusada, produzida por cada grupo sobre si próprio e seus oponentes, dependeria a afirmação ou negação de suas respectivas autoridade, credibilidade e legitimidade sócio-profissionais (EDLER, 2004:4).

Se de um lado recusavam a nova teoria, os acadêmicos estenderam a reconciliação ao grupo divergente; Júlio de Moura e Otto Wucherer foram convidados a se tornar membros correspondentes da AIM, mas recusaram e empreenderam uma estratégia de enfrentamento visando o reconhecimento e afirmação de seus postulados, para romper com o monopólio científico da academia (EDLER, 2004:8). Esta se preocupava com seu esvaziamento, tornado mais agudo a partir de 1881 pela criação da Inspetoria Geral do Império, substituta da Junta Central de Higiene Pública; a pouca expressão da AIM evidenciara-se nas discussões sobre as reformas do ensino médico em 1879, quando se criaram as bases para a implementação da medicina experimental, espelhada no modelo alemão.

A discussão que aqui empreendemos não é sem propósito; a primeira luta pelo poder no interior da categoria médica ocorreu pela via do desafio mediado pelo conhecimento científico, padrão doravante observado nos futuros embates. Esvaziada em seus poderes, a Academia Imperial de Medicina perderá espaço e se diluirá, mas seus membros se rearticularão para preservar seus interesses. Na medida da evolução da subordinação ao capitalismo internacional, a ciência, nascendo a partir de interesses sociais, particulares e reais, organizará racionalmente a produção econômica e também a produção de idéias, ordenando o comportamento social das classes e grupos sociais subordinados, ditando modelos de concepção em todos os ramos da atividade humana, e inclusive na medicina. E essa medicina, ao mesmo tempo em que se propõe a normatizar a sociedade, pressupondo-a apenas paciente, esqueceu-se da ação recíproca dessa mesma sociedade sobre as instituições médicas.

Na verdade, cada discurso médico, ao tentar impor um modelo específico de conhecimento, trazia em seu bojo uma proposta de intervenção médico-social, e por mais conflitantes que os modelos e práticas pudessem ser entre si, possuíam em comum o fato de tomarem como interlocutor central o Estado, para aparelhá-lo em sua estratégia de hegemonia dominante (LUZ, 1982:17). Não seria diferente no futuro, como veremos.

A Escola Tropicalista entraria em decadência a partir da morte de Wucherer, em 1873, ao tempo da divulgação das teorias bacterianas de Pasteur. Afetado pelas lutas políticas que resultariam na abolição do escravismo e no golpe republicano, o movimento deixou de existir de forma organizada por volta de 1885 (BENCHIMOL, 2000:268-9). Suas idéias já se haviam integrado ao pensamento médico dominante pela ascensão profissional de integrantes do movimento, agora ocupando cadeiras nas faculdades, cargos políticos, honoríficos e na administração, influenciando as novas gerações de médicos. A *Gazeta Médica da Bahia* continuaria circulando, ainda que de forma errática, até 1934[49],

Uma dissidência médica na capital do Império levou à fundação de uma nova entidade em 1886, a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro; novamente, os estatutos declaravam propósitos de "*estudar e discutir (...) assuntos de medicina e cirurgia e suas ciências auxiliares (...) defender os interesses da classe médica e promover a união de seus membros; dar parecer sobre questões profissionais e de interesse da classe, quando consultada"*. Uma contradição evidente a perpassar todo o nosso período de estudo, é a onipresente declaração do propósito de "unir a classe" quando surgem várias entidades desprovidas de massa crítica de representatividade.

A nova SMCRJ pretendia diferenciar-se da Academia Imperial por seu caráter não elitista; para associar-se, bastaria a indicação de um membro, garantindo ao médico de vocação não acadêmica o almejado título que lhe daria um lugar junto à elite da profissão. A organização dos primeiros congressos científicos, ainda no período imperial, insere-se nos méritos da nova entidade.

No contexto da preocupação com a salubridade, e portanto produtividade, da mão de obra assalariada imigrante, surgiram de forma pioneira em São Paulo, na década de 1880, as primeiras ações de higiene pública visando à manutenção da força de trabalho (MEHRY, 1987:47). Ainda que restritas ao esforço de um único médico, Marcos Arruda, as investigações bacteriológicas e parasitológicas vinculadas à agricultura cafeeira se institucionalizariam no período republicano e se estenderiam à industria, mais um passo na consolidação da medicalização da sociedade.

Na segunda metade do século XIX, as investigações de Pasteur e Koch fariam ruir a teoria miasmática, iniciando a Era do Germe e transmutando a orientação profissional da

[49] Tentativas de relançamento da revista foram feitas nas décadas de 1960-70, e em 2004.

medicina, das pessoas para a doença (NUNES, 1998:109). Tal processo faria suscitar o que Salomon-Bayet (1986:12) denominou de "*la pastorization de la médecine*", distinguindo-a de "*la pasteurization da la médecine*" para traduzir, além de seu sentido revolucionário teórico, o esforço medicalizador de "pastoreio" mediado pela legislação da saúde pública, a institucionalização do ensino e a ação no plano político e social. Se da maior importância para a saúde pública, porquanto permitiu estabelecer uma relação indivíduo-agente, a descoberta dos micro-organismos ainda propiciou a construção de um modelo epidemiológico, doravante o padrão básico da saúde pública, a partir da interação entre o ambiente e esses dois elementos. O mesmo modelo, ao transbordar para o Brasil, resultaria em nova investida para o controle social, mais uma vez mediado pela busca da inserção no aparelho de Estado.

Nesse ponto, consideramos relevante ressaltar as três fases administrativas atravessadas pelos serviços de saúde pública no período imperial: uma primeira, de centralização absoluta, seguiu a tradição colonial e durou até 1828, quando foi extinta a Fisicatura. A segunda, de descentralização absoluta, foi de 1828 a 1850, com a transferência para as câmaras municipais das atribuições de saúde pública, inspeção de alimentos e boticas. Entre 1850 e 1889, nova centralização, com a criação de órgãos provinciais e municipais subordinados a um órgão central, a Junta de Higiene, mais tarde Junta Central de Higiene Pública (MASCARENHAS, 1973:434), substituída em 1881 pela Inspetoria Geral do Império. Veremos como a alternância de períodos de centralização e descentralização se constituirá em fenômeno padrão nas tentativas de reforma das estruturas públicas de atenção à saúde, chegando tal situação até nossos dias.

Capítulo 4

Da Primeira República ao governo Vargas

- De que faleceu o pai de Vossa Excelência?
- De Febre Amarela...
- Bonita côr!...

Luís da Câmara Cascudo

4.1 – Primeira República - 1889-1930

A República recebeu do Império dois problemas distintos na saúde. Malgrado as iniciativas da "medicina social", as cidades persistiam como focos de doenças infecto-contagiosas: tuberculose, febre amarela, malária, varíola e cólera combinavam-se para abater a população, atingindo igualmente ricos e pobres (o crescimento populacional do Rio de Janeiro devia-se à migração, pois a taxa de mortalidade há muito superara a de natalidade). O desestímulo à imigração estrangeira erguia barreiras ao crescimento econômico, dependente de mão de obra importada. Os ricos eram duplamente atingidos, pessoalmente e em seus interesses econômicos. Na outra ponta, as endemias rurais, chamadas de "trindade maldita" por Belisário Penna (ancilostomose, malária e mal de Chagas), tolhiam o desenvolvimento do interior. Falando sobre a ancilostomose, Penna, o pequeno gigante[50], descrevia-se como *"...caixeiro-viajante da higiene, caixeiro viajante da saúde! Orando a analfabetos e homens cultos; ao povo e aos políticos; a governados e governantes; nas fazendas, nas cidades; no norte e no sul - ensinando seu evangelho: botina, necatorina e latrina*" (NAVA, 1983, *in* THIELEN e SANTOS, 2002:397).

Também herança do período imperial, os muitos órgãos responsáveis pelo controle das doenças[51]; todavia, como aponta Sposati, em Iyda, a teia de interesses associados no aparelho de Estado, o compadrio entre fiscais e vereadores, e a não instalação de uma estrutura administrativa sanitária à altura do problema, impediu, ou ao menos dificultou, a implementação de medidas sanitárias eficazes. O último orçamento imperial destinou 19,6% dos recursos às forças armadas, 35% às ferrovias, 7% à imigração estrangeira, e apenas

[50] Belisário Penna era de baixa estatura, medindo menos de 1,5m.
[51] De 1828 a 1850, os serviços de saúde pública eram responsabilidade dos municípios; de 1850 a 1889, o encargo passou a um órgão central, com ramificações provinciais e municipais.

0,4% à higiene pública (IYDA, 1993:30-32). Na República; os gastos com a saúde permaneceram na rubrica "Socorros Públicos", englobando recursos a serem utilizados em ocasiões emergenciais.

Diante de tais desafios, a opção do governo central se daria pelo enfrentamento dos problemas urbanos, o saneamento rural viria somente após a "descoberta dos sertões" e de estabelecida a possibilidade da cura de sua população doente e sua integração à comunidade nacional (HOCHMAN, 1998:61). Em 1912, em expedição científica organizada pelo Instituto Oswaldo Cruz Belisário Penna e Artur Neiva percorreriam durante sete meses partes do norte e nordeste brasileiro, mapeando as condições climáticas, sócio-econômicas, nosológicas e sanitárias locais, revelando em relatório com ampla repercussão nos meios intelectuais, o abandono de uma população doente, sem identificação com o País (HOCHMAN, 1998:66-71).

A Constituição de 1891, transferindo aos estados a responsabilidade pela saúde pública, legando à União o controle dos portos e do Distrito Federal (BLOUNT, 1972:41), garantiu aos grandes estados a supremacia regional, sem fragmentar o poder central[52]. Tomando como paradigma os Estados Unidos, os primeiros constituintes desconsideraram as diferenças quanto à origem e formação dos dois países, bem como a diversidade entre as antigas províncias e o modo de enfrentamento dos problemas sanitários.

No plano nacional, a convergência dos interesses da União e da burguesia agro-exportadora dava-se no saneamento dos corredores de exportação e do Distrito Federal, fazendo-se imperioso construir um aparato para o enfrentamento coordenado das questões de higiene. Em 1897 foi criada a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), dirigida por Oswaldo Cruz e subordinada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Ao espelhar-se no campanhismo como modelo de saúde, o Estado voltava-se para o saneamento e a imunização vacinal, tendo Oswaldo Cruz como paradigma de saber médico, apoiado na pesquisa e na experimentação para combater epidemias e endemias (NUNES, 2000:257). Assim postos, os interesses nacionais espelhavam os das regiões de maior dinamismo econômico, portanto hegemônicos (CASTRO SANTOS, 1980:239; COSTA, 1985:13). E quem, senão as regiões mais dinâmicas, poderiam ter interesse em perseguir o objetivo do saneamento?

[52] Para uma discussão aprofundada sobre as relações de interdependência entre estados e União, ver Hochman, 1998.

Pois foram precisamente tais estados a tomar a dianteira nas questões de saúde, a qual o governo federal somente retomaria a partir da I Grande Guerra.

No plano estadual, tomando-se São Paulo como exemplo, e sob a hegemonia da elite cafeeira, incorporou-se a saúde como área de atividade estatal (IYDA, 1993:33-34); em 1891 foi criado o Serviço Sanitário paulista[53] e estabelecida a vacinação anti-variólica obrigatória[54]. Estruturas e técnicas então desenvolvidas foram mais tarde utilizadas na capital nacional, apropriadas pelo poder público e disseminadas pelo país (HOCHMAN, 1993:42); Emílio Ribas, em seu combate à febre amarela em SP, precedeu Oswaldo Cruz e forneceu-lhe o modelo para a campanha no Rio de Janeiro. Se a gestão de Ribas[55] significou a consolidação da era pausteuriana na saúde pública paulista, cristalizando práticas sanitárias voltadas para os interesses dominantes, respondendo adequadamente a alguns surtos epidêmicos, não se interferiu nos determinantes das condições de vida e trabalho da massa assalariada urbana e rural, deterioradas em conseqüência das relações de produção vigentes em São Paulo (MEHRY, 1987:87; COSTA, 1985:42)).

Os motivos paulistas para empreender o esforço saneador ligavam-se à economia cafeeira; de um lado, a imagem de insalubridade das terras a cultivar inibia a migração da mão de obra estrangeira necessária ao crescimento econômico da principal atividade produtiva do estado[56]. Por outro, para produzir os desejados resultados econômicos, cumpria assegurar condições de salubridade à força de trabalho já instalada. Ambas resultavam em prejuízos para a elite agro-exportadora, tampouco imune aos efeitos das doenças evitáveis, cujo contágio desejava evitar. O surto de peste bubônica eclodido em Santos em outubro de

---

[53] Para um detalhado relato da evolução dos serviços sanitários paulistas, ver ALMEIDA, Marta. *São Paulo na virada do século XX: um laboratório de saúde pública para o Brasil*, Tempo, Rio de Janeiro, 19: 77-89, 2005.

[54] Cerca de 1/6 da arrecadação estadual foi destinada para o saneamento e higiene, revelando a importância que lhes foi atribuída pelas autoridades paulistas, seja pelas necessidades reais do estado, seja pela facilidade de manipulação das verbas consignadas. Blount (1972:42) comenta o demasiado arrojo dos planos, resultando na sua reforma em 1893, e na promulgação de um Código Sanitário em 1894. O sistema fracassou por conta da relutância das câmaras municipais em implementar as medidas de saúde prevista no código. Alternam-se tendências municipalizantes/estadualizantes dos serviços, cujo alcance pode ser apreendido em Telarolli Junior, 1996.

[55] Ribas esteve à frente do Serviço Sanitário em SP de 1897 à 1917.

[56] O trabalhador rural imigrante temia adoecer, pois o custo do atendimento médico e dos medicamentos poderia arruiná-lo ou endividá-lo seriamente. Telarolli Junior (1996:29-30), comenta que o custo de uma consulta médica na fazenda, adicionado dos medicamentos necessários, equivaleriam a um hectare de terra ou à remuneração do colono pelo cuidar anual de mil cafeeiros, uma soma entre 40$000 e 60$000. Um parto domiciliar, auxiliado por parteira, custava 25$000, daí serem ainda comuns as antigas práticas tradicionais comuns no período colonial, além de benzeduras e homeopatia.

1899[57], exigiu do governo paulista medidas enérgicas para sua contenção, buscando minimizar os prejuízos econômicos e favorecer a política de imigração. Mais adiante se confirmaria a teoria do médico cubano Carlos Finlay quanto à transmissão da febre amarela pelo mosquito, garantindo o sucesso da campanha de erradicação do vetor e levando à eliminação da doença em 1906.

A construção de uma base de investigação científica sobre os fundamentos laboratoriais da microbiologia, empreendida nas estruturas paulistas, muito favoreceria a escolha futura da Fundação Rockefeller de um parceiro local para empreender seus trabalhos de campo então voltados para a prevenção.

Com auxílio, supervisão e direção da Fundação Rockefeller, o Instituto de Higiene paulista abriu suas portas em 1918, objetivando ao mesmo tempo prover a cadeira de higiene da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e preparar técnicos para ocupar cargos de saúde pública. A partir de então, cresceu o papel da instituição na formulação das políticas sanitárias estaduais e na elaboração das propostas de intervenção sobre o ambiente urbano, traduzidas na tentativa de criar na população uma consciência sanitária pela via da educação. O médico Geraldo Horácio de Paula Souza[58], ex-bolsista da FR, foi o primeiro diretor do Instituto de Higiene, e sua atuação nessa instituição, no Serviço Sanitário paulista e na Sociedade Brasileira de Higiene, criada em 1923, foi de fundamental importância para a penetração e difusão dos modelos de saúde pública da fundação entre nós[59].

A Reforma Paula Souza dos serviços de higiene paulistas, empreendida em 1925, inaugurou a fase médico-sanitária, calcada na educação sanitária da população levada à efeito nos Centros de Saúde, sob o conceito de que a saúde pública deve procurar proteger a saúde, ao mesmo tempo emulando os métodos de comunicação e persuasão individuais para a superação de resistências utilizados anteriormente por Carlos Chagas com bom resultado. Mesmo São Paulo, porém, não estava imune aos desmandos políticos; entre 1892 e 1930, comenta Mascarenhas, deputados estaduais desviaram recursos para combater as endemias contando com a inexistente fiscalização das autoridades sanitárias, dando-lhes destinação eleitoreira (IYDA, 1993:34).

---

[57] Adolpho Luz e Vital Brazil haviam corretamente diagnosticado a doença, confirmada pouco depois por Oswaldo Cruz.
[58] Paula Souza e Carlos Chagas foram dos primeiros brasileiros a receber bolsas da FR.
[59] Uma discussão interessante a respeito é encontrada em CAMPOS, Cristina de, *São Paulo pela lente da higiene. Propostas de Geraldo de Paula Souza para a cidade*, Rima Editora, São Carlos, SP, 2002.

Assim, a primeira fase do movimento sanitarista da Primeira República compreende a gestão de Oswaldo Cruz na chefia dos serviços federais de saúde (1903-1909), centrado no combate às epidemias de febre amarela, peste e varíola no Rio de Janeiro, saneando o importante canal de exportação e reduzindo os prejuízos à economia nacional[60]. Data do período a criação em São Paulo do Instituto Butantan, e do Instituto Soroterápico, futuro Instituto Manguinhos, no Rio de Janeiro, duas importantes instituições produtoras de vacinas[61].

Já a segunda fase, nas décadas de 1910-1920, adquire dimensão ideológica e avança para além das fronteiras da medicina; é o período no qual se procuraria incorporar à nação os habitantes doentes e esquecidos do sertão pela via do saneamento rural e do combate à ancilostomose, malária e mal de Chagas, negando-se a admitir o determinismo racial e climático. Para tanto se constituiriam agências e políticas governamentais de saúde pública, incorporando instituições estrangeiras como a Fundação Rockefeller, aqui chegada em 1915, e surgiriam organizações como a Liga Nacionalista, Liga da Defesa Nacional e Liga Pró-saneamento do Brasil. Esta última, fundada em 1918, dispunha-se a despertar as elites políticas e intelectuais para a precária situação sanitária dos sertões, com vistas a obter apoio para uma efetiva ação de saneamento (HOCHMAN, 1998:59-63). Foram suas pressões, capitaneadas por Belisário Penna, que levaram à criação do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1920.

Se Luz (1982) refere-se ao projeto científico de Oswaldo Cruz como também político, traduzido no sanitarismo (NUNES, 2000:258), atribui às campanhas a função delimitadora de áreas específicas de atividade estatal, sua organização e a formação dos intelectuais necessários ao seu funcionamento. Tratava-se de criar, por meios racionais, científicos, um consenso sobre a legitimidade dessa ação estatal, garantindo tanto a legitimação interna como a das práticas do Estado e de seus agentes enquanto portadores de um saber particular (IYDA, 1993:39). De qualquer sorte, desde a criação da DGSP até a formação do

---

[60] Em novembro de 1904 eclodiu no RJ a Revolta da Vacina, manifestação popular contra as medidas draconianas de Oswaldo Cruz instituídas no combate à epidemia de varíola. Ver SEVCENKO, Nicolau. *A revolta da vacina - mentes insanas em corpos. rebeldes*. São Paulo, Brasiliense, 1984, e MEIHY, José Carlos Sebe; BERTOLLI FILHO, Cláudio. *História Social da Saúde. A opinião pública versus poder, a Campanha da Vacina 1904*. Estudos Cedhal 5, São Paulo, 1990.

[61] As duas instituições produtoras de imunobiológicos foram criadas após o surto de peste bubônica de 1899 em Santos, pois Instituto Pasteur de Paris, único produtor do soro e vacina antipestosos, não poderia responder à demanda mundial. Dirigido pelo Barão de Pedro Afonso, com direção técnica de Oswaldo Cruz, foi criado na fazenda de Manguinhos o Instituto Soroterápico do Rio de Janeiro. O Instituto Soroterápico de São Paulo, instalado na fazenda Butantan, foi dirigido por Vital Brazil.

Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1920[62], dirigido por Carlos Chagas, a estrutura de controle estatal centralizou-se e tornou-se mais intervencionista (CASTRO SANTOS e FARIA, 2003:21), especialmente após a pandemia de gripe espanhola de 1918, cuja vítima tardia mais ilustre foi o presidente eleito Rodrigues Alves. As reformas sanitárias de Chagas[63], ao criarem estruturas estatais de saúde pública, resultaram na institucionalização e rotinização das ações de higiene (NUNES, 2000:258).

Em 1915, dois anos após sua criação, discutida no capítulo anterior, a Fundação Rockefeller enviou ao Brasil uma missão chefiada por Wickliffe Rose, antigo professor de filosofia tornado fiduciário da FR, então presidente do recém criado *International Health Board*. Rose coordenara o programa para combater a ancilostomose, febre amarela e malária no sul dos Estados Unidos[64] e auxiliaria na fundação das futuras escolas de saúde pública das universidades Johns Hopkins e Harvard. Ostensivamente, viera para "identificar os centros médicos de excelência" brasileiros, com vistas à implementação de programas semelhantes. Mas o que de fato teria motivado Rose a selecionar o Brasil para uma das primeiras iniciativas internacionais do IHB, e visitá-lo sem ser convidado, em plena vigência do conflito europeu? Quais as perspectivas vislumbradas, quais os resultados esperados?

Lembremos, ainda nas últimas décadas do período imperial o incremento no número de empresas dos EUA instaladas no País[65], reflexo tanto da superprodução que obrigara as indústrias norte-americanas a buscar novos mercados externos, quanto da retomada dos caminhos do Destino Manifesto e, ao tempo da vinda de Rose, do Corolário Roosevelt, cujos termos davam aos Estados Unidos poder internacional de polícia e o direito de intervir nas nações da América Latina quando julgassem ameaçados seus interesses. Com a I Grande Guerra em andamento, mesmo que os Estados Unidos só viessem a participar diretamente do conflito em 1917, fazia-se ainda necessário garantir a salubridade dos trabalhadores nos campos de produção de borracha[66].

---

[62] As pressões da Liga Pró-saneamento do Brasil, capitaneadas por Belisário Penna, foram decisivas na sua criação.

[63] Diferentemente dos métodos coercitivos e policialescos de Oswaldo Cruz, a Reforma Carlos Chagas privilegiou a comunicação e a persuasão individual na busca da superação das resistências, procedimento que seria emulado por Paula Souza nas reformas paulistas de 1925.

[64] Para uma crônica da formação da *Rockefeller Sanitary Commission* e sua atuação na erradicação da ancilostomose no sul dos EUA, ver ETTLING, John *The germ of laziness. Rockefeller philanthropy and public health in the new south*. Harvard University Press, Cambridge, 1981.

[65] Para uma descrição detalhada, ver MONIZ BANDEIRA, 1973:185, e DOWBOR, 1982:101.

[66] O Sindicato Farquhar fundara a *Amazon Land Colonization Co.* para explorar a borracha da Amazônia (MONIZ BANDEIRA, 1973:193).

Ademais, a FR procurava fomentar a expansão das atividades empresariais norte-americanas nos países onde atuava via suporte operacional, estudos de campo, etc. Tal postura transparece na carta enviada por Rose a Percival Farquhar[67] em abril de 1915, na qual comunicava àquele considerado como o último dos "*robber barons*", a possibilidade de estudo da ancilostomose no Brasil, ou a realização de qualquer outra investigação na América Latina que o pudesse interessar[68].

Satisfeito com o que encontrou, Rose escolheu o Brasil como cabeça de ponte para a "invasão" da América Latina. Acreditando na liderança brasileira no continente, e no efeito demonstração que teria sua cooperação com a FR (CASTRO SANTOS, 1989:105), enviou nova missão no ano seguinte para, entre outras atividades, viabilizar a implantação de estruturas destinadas à formação de quadros que atuariam nos projetos de prevenção e campanhas de saúde pública da fundação[69]. Rose repetiu o equívoco tão comum aos norte-americanos, rotulando os países ao sul do Rio Grande como uma grande "*Pan-Cucarachia*", desconsiderando as diferenças e rivalidades regionais, bem como a língua distinta falada no Brasil. Um major do corpo médico do exército norte-americano foi incluído entre os membros da nova missão; ainda que médico, era primeiramente militar, a quem, certamente, não passaram despercebidas as condições nacionais de defesa e a produção de insumos estratégicos.

Os programas sanitários da FR no Brasil evoluíram segundo duas linhas de ação: incentivando a participação das comunidades em programas locais de controle de ancilostomose, para garantir ações duradouras, e combatendo o vetor da febre amarela, além de ações focadas no desenvolvimento do ensino médico em São Paulo, como veremos adiante. Sua estratégia básica de ação consistia em organizar e propor planos de assistência em nível estadual, cujo financiamento inicial caberia 25% ao governo do estado[70]

---

[67] Farquhar, figura controvertida, possuía inúmeros interesses nos Estados Unidos e na América Latina, mas fundamentalmente era um especulador com os ativos das próprias companhias que fundara. Ao mesmo tempo que sua genialidade conseguia levantar capital para novos investimentos, produzia a ruína de seus investidores. No Brasil, adquiriu a concessão para a construção da ferrovia Madeira Mamoré, tristemente célebre pela alta mortalidade de seus trabalhadores, e no sul do país, suas atividades de extração predatória de madeira levaram à Guerra do Contestado. Seus negócios prosperavam no Brasil graças a suas boas relações com o governo, sendo Ruy Barbosa um de seus maiores amigos brasileiros. Para a vida e realizações de Percival Farquhar, consultar GAULD, Charles A. *The last titan: Percival Farquhar: American entrepreneur in Latin America*.

[68] Documento 011 da Coleção Rockefeller, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

[69] Rose introduziria as "bolsas de estudo", utilizadas como importante elemento de cooptação dos futuros dirigentes das instituições locais dos países-alvo da FR (MARINHO, 2003:36).

[70] No caso dos estados do norte e nordeste, a maior parte dos gastos foi assumida pelo governo federal já em 1921 (CASTRO SANTOS, 1989: 105-106)

e 75% à FR nos anos iniciais. Uma comissão médica seria organizada pela fundação e enviada aos estados para coletar informações sobre prevalência, distribuição, diagnóstico, tratamento e importância econômica das doenças, sendo também responsável por fornecer equipamentos científicos e pessoal qualificado, treinado segundo métodos da FR, e instalar laboratórios e postos de combate às endemias (CASTRO SANTOS e FARIA, 2003:67).

São Paulo, mesmo desenvolvendo uma política autônoma de serviços sanitários, não escapou da FR; por conta de sua *'colonização produtiva de imigrantes europeus'*, a fundação escolheu-o como "vitrine" para os demais estados, na expectativa de que os recursos aplicados tivessem maior impacto produtivo (FARIA, 2002:562).

Subestimando-se a experiência e o conhecimento técnico-científico nacionais, em boa medida capazes de responder aos problemas de saúde pública da época, e adotando-se os métodos e técnicas norte-americanas, impostos de forma autoritária (LABRA, 1985:376), o problema começava, passados alguns anos, quando a fundação deixava de aportar recursos e se afastava, deixando para trás uma estrutura onerosa que poucos estados poderiam financiar. Avolumaram-se as críticas aos métodos da Rockefeller, suspeitando-se de uma "invasão americana" por intermédio de expedientes sanitários, da tentativa de penetração do protestantismo e mesmo da possibilidade de se estarem testando métodos de tratamento utilizando brasileiros como "cobaias" (FARIA, 2002:572). Por outro lado, a fundação recebeu adesões de importantes sanitaristas brasileiros, como Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Clementino Fraga, Adolpho Lutz e Vital Brazil[71].

Todavia, o balanço geral foi-lhe positivo e a FR pode cumprir seus objetivos no Brasil. E quais eram esses? Dada a íntima relação e o entrelaçamento de objetivos entre as fundações, o "*big business*" norte-americano e a própria estrutura de governo dos EUA, pode-se afirmar que, muito além do simples exercício de filantropia religiosa, os objetivos eram, sobretudo, geopolíticos e geoeconômicos. Tratava-se de criar condições para o exercício da Doutrina Monroe, da América para os norte-americanos, estabelecendo bases para a entrada e a expansão dos interesses do grande capital internacional. No campo da saúde, tratava-se de criar uma estrutura receptiva para a exportação dos métodos de organização do trabalho sanitário e do ensino médico, que possibilitariam a transferência da hegemonia, até então ligada às escolas européias, sobretudo da França, para os EUA.

---

[71] Ao iniciarem-se os trabalhos da Fundação Rockefeller no Brasil em 1917, Carlos Chagas e Vital Brazil foram por ela indicados para participar de uma comissão consultiva (CASTRO SANTOS, 1989:105)

Dois momentos de autuação da FR podem ser identificados na área da saúde; o primeiro, com ênfase na saúde pública e no ensino médico, foi o momento do saneamento e da preparação dos mercados, de cativar corações e mentes; iniciou-se com sua fundação em 1913, estendendo-se até a década de 1930. O segundo, focalizado no desenvolvimento do ensino médico e da pesquisa científica após a Segunda Guerra Mundial, visava sua adequação ao modelo do complexo médico-hospitalar. Em ambos ocorreu o amplo fornecimento de bolsas de estudo aos candidatos dotados do "perfil correto", isto é, permeáveis à doutrinação da fundação e com boa probabilidade de virem a ocupar posições de direção em seu país de origem quando de seu retorno, funcionando como "embaixadores" da FR e advogando a adoção de sua metodologia. Entre 1917 e 1962, dos cerca de 1.800 bolsistas da América Latina, 443 (24,6%) eram brasileiros (FARIA, 2007:78-79).

A maioria dos autores nacionais que escreve sobre a atuação da Fundação Rockefeller no Brasil, especialmente na área da saúde, o faz de maneira passional e se ressente das críticas às "*boas intenções" da instituição*", motivadas "*por puro altruísmo e desejo de ajudar a humanidade*" Assim, Faria (1995:109-10, 2001:10, 2002:586), afirma que a FR sempre "*procurou adaptar suas atividades às situações históricas, culturais e sanitárias do Brasil*", e tanto o modelo campanhista como a formação de profissionais "*foram conduzidos em parceria com a elite médica e sanitária atuante no Brasil*". Por outro lado, aponta a autora "o lado bom da dominação" das economias periféricas pelas economias do centro, bem como se queixa da escassa literatura a respeito e da visão simplista apresentada:

> (...) a escassa literatura (...) apresenta uma visão simplista do papel desempenhado pelas missões (...) da Rockefeller, (...) descritas como 'representantes científicas de políticas imperialistas', sua atuação (...) pautada (...) por uma relação de dominação de uma sociedade industrial sobre uma sociedade agrária. Tais correntes teóricas quase sempre desconhecem a realidade complexa desses padrões de dominação, que não impedem, necessariamente, que os povos e governos do Terceiro Mundo possam realizar conquistas importantes nos terrenos social, político e sanitário, tirando proveito dessa dominação.(...) (FARIA, 1995:100-11).

Tais colocações nos remetem às sugestões feitas pelo Barão do Patí de Alferes aos sacerdotes confessores quanto à necessidade de incutirem nos escravos a idéia de resignação e amor ao seu senhor, a quem deveriam ver como pai e representante de Deus, oferecendo-lhe o sacrifício de seu trabalho, pois "*esta vida não é nada em comparação da eternidade*". Os fazendeiros, não deveriam regatear o custo das visitas dos sacerdotes, pois

além de necessárias ao bem estar e à educação espiritual das almas, reforçavam a moralidade, a ordem e a submissão (WERNECK SODRÉ, 1964:181).

Ainda segundo a autora, as relações entre a FR e as instituições nacionais conduziram-se como negociações *entre iguais*:

> (...) estamos diante de um cenário institucional construído sobre o terreno da negociação. A interação entre brasileiros e norte-americanos não foi marcada pela hegemonia destes sobre aqueles, mas antes, por um relacionamento entre iguais (...) (CASTRO SANTOS e FARIA, 2003:10).

Na esteira dos comentários de Faria, Paiva apresenta sua visão:

> Numa imagem de água e óleo, construíram-se dois modelos de interpretação em nossa produção intelectual: de um lado, uma historiografia com inspiração supostamente marxista, que busca compreender a presença da Rockefeller no país como uma manobra do imperialismo e do capitalismo norte-americano. Assim, toda a atividade da Fundação é lida em seus sentidos ocultos, não manifestos, eminentemente calcada na idéia de dominação e instrumentação política e econômica (PAIVA, 2005:207).

Sem fugir ao objeto de nosso trabalho, caberia ressaltar que autores norte-americanos como Berman (1983), Berliner (1985), Goulden (1971), Wormser (1977), Arnove (1980, org.), Brown (1979), mesmo Dowie (2001) e Wheatley (1988), e entre nós Labra (1985), apresentam leituras bastante diversas daquelas apontadas por Faria e Paiva, confirmando nossas interpretações. De outro modo, Cueto (1994) [72], Marinho (2001, 2003), focalizando respectivamente a atuação da FR na América Latina e em São Paulo, e Weaver (1967), fazem leituras, esta última mais geral, que enobrecem o papel das fundações filantrópicas e sua vocação altruísta.

Mas seria apenas coincidência a abertura em 1915 das duas primeiras agências brasileiras do *The First National City Bank of New York*, banco da família Rockefeller? O *City* fora o primeiro banco norte-americano a conceder um empréstimo ao Brasil, um milhão de libras tomado pelo governo de São Paulo no auge da crise seguinte à baixa dos preços internacionais do café em 1906. Outra empresa do clã, a *Standard Oil Company of New Jersey* fundara em 1912 a *Standard Oil Company of Brazil*, mas desde 1897 seus interesses eram representados no país pela Empresa Industrial de Petróleo (MONIZ BANDEIRA,

[72] Cueto, ex-bolsista da FR, reúne vários antigos colegas para uma elegia aos "missionários".

1973:185-6, 197). E como falar em diálogo entre iguais na vigência da política do "*big stick*"[73], ou em plena "*dollar diplomacy*"[74] do governo Taft (1921-1930)?

Retornando ao foco da saúde pública, sua principal função residiria na circulação e distribuição de mercadorias, inclusive na mercadoria força de trabalho estrangeira, dada a imigração estrangeira dar-se fazer subvenção governamental, e não na reprodução da força de trabalho no âmbito da produção. Ademais, a política de Oswaldo Cruz, focalizada nas doenças endêmicas, ignorava a tuberculose, principal causa de mortalidade no período estudado (COSTA, 1985:82-3). A partir dos anos 1920, quando o enfoque campanhista deixou de dar conta do problema, a saúde pública enfrentou a ascensão da assistência médica individual e começou a perder o monopólio dos serviços de saúde. Foi também a partir dos anos 1920 que a interferência do governo federal nos estados encontrou menos resistência, em função da crise econômica cafeeira agravada com a I Grande Guerra (IYDA, 1993:37, 48).

Em função do desenvolvimento industrial do País, feito de forma desordenada e com pesado ônus pessoal para os trabalhadores, os movimentos sociais do operariado para a melhoria das condições de trabalho, envolvendo a jornada de trabalho de oito horas, a regulamentação do trabalho da mulher e do menor, e também questões de salubridade laboral, evoluíram para as amplas greves do operariado entre 1917 e 1919 (COSTA, 1985:85-6). Algumas conquistas obtidas, surgiram estruturas de proteção social mantidas por contribuições de patrões e empregados, desaguando, após fortes pressões, na criação das caixas de aposentadorias e pensões, as CAPs, propostas por Eloy Chaves, deputado paulista, e consubstanciadas na lei que leva seu nome[75]. Com a finalidade de prestar assistência médica e oferecer benefícios a seus contribuintes, como descontos em medicamentos, aposentadorias e pensões, surgiram em janeiro de 1923 as primeiras CAPs para os empregados das ferrovias existentes no País.

Organizadas por empresas, as CAPs foram a primeira modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado[76], sendo relativamente comum a compra de serviços de

---

[73] Teddy Roosevelt, em setembro de 1901, durante visita a uma feira em Minesota, usou pela primeira vez a expressão que o caracterizaria: "*speak softly and carry a big stick and you will go far*".
[74] *Dollar diplomacy* refere-se à política do governo e das corporações norte-americanas, sobretudo na América Latina, de forçar a abertura de mercados por meio de poder econômico, diplomático e militar.
[75] Decreto Legislativo nº 4.682, de 24/01/1923.
[76] Entre 1888 e 1923, estabeleceram-se alguns benefícios para empregados dos Correios, Casa da Moeda, Imprensa Régia, Arsenal da Marinha, Ministério da Fazenda, Capatazia da Alfândega do RJ, Estradas de Ferro do Império, e tornado compulsório o seguro contra acidentes do trabalho em 1912.

terceiros para os beneficiários, à semelhança do atual credenciamento de médicos (COHN e ELIAS, 2001:13-18).

Após o ato final do governo imperial, o início do novo regime sob a égide da espada alcançou a corporação médica ainda em disputa sobre a primazia na condução das políticas de Estado quanto à higiene e saúde públicas. A quem caberia o espólio? À Academia Imperial de Medicina, renomeada Academia Nacional de Medicina após o golpe republicano? Aos herdeiros da Escola Tropicalista Baiana ou ao movimento da medicina legal? Aos dissidentes da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro? Que papel teriam as novas entidades médicas surgidas nos primeiros anos do regime republicano?

A análise das diversas propostas de intervenção médica entre 1870 e 1930 revela um traço comum; buscando superar as questões de saúde de forma conjuntural, ignoraram as condições estruturais originais, sobrepondo-se ou sintetizando-se em novos discursos ao longo do tempo, sem real superação prática. Nessa trajetória das propostas institucionais de saúde, alguns eixos discursivos podem ser identificados mais nitidamente por conta das mudanças abruptas no período, tanto no plano interno quanto no externo, percebendo-se sua interligação com a organização dos estamentos de poder da medicina e com as formas de sua intervenção social (LUZ, 1982:18-19).

Surgiriam no período as estruturas do aparelho estatal de saúde, construídas, em nome de uma "intervenção eficaz", sob os pressupostos da centralização do comando e da unificação institucional; da higienização da sociedade, ora assistencialista, ora sanitarista; da origem social da doença, fruto de fatores biossociais, aí incluídos os hábitos alimentares, sexuais e morais, o estilo de vida e o crescimento urbano desordenado; da atenção médica curativa, privilegiando a ação individualizada, e do campanhismo, com soluções maciças planejadas e implementadas centralmente. A apropriação desses eixos se daria por grupos de interesse dentro ou fora do aparelho estatal, isolados ou em conjunto, articulados entre si de forma associativa ou em confronto, ora apoiando-se em projetos de interesse comum, ora enfrentando-se.

A partir daí seriam definidos os principais grupos ao redor dos quais se daria a disputa pelo poder durante a Primeira República e períodos subseqüentes, durante os quais os agentes sociais médicos mais importantes não se limitariam a militar em um único movimento ou instituição, optando pela pluralidade e utilizando-se de vários para viabilizar suas propostas

políticas (LUZ, 1982:21). Por outro lado, a criação das instituições de saúde pública traria da medicina uma dupla resposta; uma endereçada às contradições no plano da saúde, oriundas da ordem social instaurada via estrutura de produção capitalista, e outra refletindo o poder decorrente da associação com o Estado nessa mesma estrutura.

Talvez em virtude da melhor compreensão das questões da saúde na formação social brasileira nesse intervalo, é grande o número de autores que se debruçam sobre a problemática do período. Blount (1972), Mascarenhas (1973), Luz (1982), Moraes (1983), Labra (1985), Castro Santos (1980, 1985, 1987, 1993, 1998, 2003), Meihy e Bertolli (1990), Mehry (1987), Campos (1991), Escorel (1990), Hochman (1993, 1998), Telarolli Junior (1996), Ribeiro (1993), entre outros, tecem detalhadíssimo estudo sobre os destinos da saúde no intervalo delimitado por dois golpes militares, em 1889 e 1930. Por essa razão, e por não ser esse o objeto do presente trabalho, não nos propomos a fazer um estudo em profundidade, limitando-nos a ressaltar os pontos mais relevantes, tanto do ponto de vista político e econômico, quando de seus impactos nos movimentos médicos do período e suas injunções com as políticas de Estado.

O fenômeno iniciado na década de 1860, com o desafio do monopólio do saber médico da Academia Imperial de Medicina pela Escola Tropicalista Baiana, seguido pela criação da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, teria continuidade na Primeira República com a multiplicação e fragmentação ainda maior das entidades médicas. Diferentemente do que se passou nos Estados Unidos, com a crescente representatividade corporativa da *American Medical Association*, no Brasil ocorreram sucessivas fraturas em torno da expressão de interesses médicos localizados, mesmo quando envoltas no desejo de alcançar a hegemonia, dissipando assim a representatividade nacional da "classe médica".

Buscando aproximar-se do Estado, a Academia Imperial de Medicina cedeu-lhe a autonomia institucional; curvou-se ao seu mando pela dependência financeira, em troca de seu papel consultivo. Paralelamente, manteve-se em isolamento intelectual e ungiu-se do posto supremo do conhecimento médico acadêmico nacional, resultando em sua progressiva estagnação (FERREIRA, 1998:481). Desde a criação da Junta de Higiene em 1850, não mais conseguiu a ANM impor seu projeto; perderia seu papel de consultora do Estado para assuntos relacionados à saúde pública e a primazia da indicação dos ocupantes de cargos

públicos na corte[77]. A academia manteve, ao envelhecer, os mesmos objetivos de medicalização da sociedade e controle da profissão, disposta a oferecer suas luzes ao Estado, mas sem ser por ele chamada a contribuir.

Nas décadas seguintes, manteria sua estratégia de aproximação com o Estado, agora sob a forma do convite às "autoridades" para as sessões solenes de gala, incluídos o presidente da República e seus ministros, nas quais falaria de si mesma para seus membros e convidados, enaltecendo glórias passadas, distanciada dos problemas de saúde do mundo quotidiano. A ANM não se envolveu com as várias epidemias que assolaram o Rio de Janeiro, deixando passar em brancas nuvens a de gripe espanhola em 1918, responsável por milhares de vítimas. Seu compromisso, afirmava, era com a ciência, mas o seu modo de ver e fazer ciência, visando o controle social.

Ao reduzido mundo da ANM faltava a leitura dos múltiplos aspectos das formações sociais capitalistas; sua visão era essencialmente urbana, idealizada a partir de situações de seu entorno no Rio de Janeiro, se tanto alcançando a problemática dos grandes centros; era um mundo de autoridade, conservador. A partir da década de 1920, a academia enrijeceu seu projeto de medicalização do espaço urbano e suas doenças, mantendo aversão às práticas naturais e à homeopatia; em 1927, Miguel Couto, presidente vitalício, ainda falava em miasmas. Para "melhorar a raça", propunha-se a exclusão social de tuberculosos, leprosos e alcoólatras em instituições específicas, salvo se os pacientes ou suas famílias pudessem arcar com os custos do tratamento. De novo, a velha contradição entre discurso e prática.

Importava fortalecer-se diante do poder do Estado para vir a constituir-se como tal. e intervir na sociedade via modelo "científico". Vigia entre seus membros uma crise de definições, objetivos e representatividade; antes, buscavam eles outros meios de divulgação de suas idéias, antes de apresentá-los à instituição. Tratando-se da conseqüência à saúde de um efeito social, menos importava a descrição do fato ou a análise de um evento, do que a visão de quem o relatava a seus pares, esperando por eles ser referendado. O povo excluía-se das preocupações dos acadêmicos; viam-se como elite e seu discurso a ela dirigia-se; falavam de um projeto médico-social sem romper com o modelo de Estado (MORAES, 1983:141-165).

---

[77] A tentativa de arejar a instituição em 1885 reformando seu estatuto, esbarrou em dois problemas crônicos; os parcos recursos oficiais destinados a usa manutenção, pois a Academia jamais conseguira independer-se financeiramente, e a escassa participação dos sócios nas atividades da instituição, o que nos leva de volta ao primeiro problema.

Qualquer regime ou presidente, houvesse ou não a possibilidade de intervir na sociedade, a ANM festejava sua presença. Nas reuniões solenes, reiteravam-se os pedidos de novas instalações para a instituição, enfatizava-se a necessidade de novos hospitais e da regulamentação da profissão médica, discurso que transposto para o século XXI, nos parece estranhamente familiar.

A evolução da produção nos aglomerados urbanos produziu nova proposta da academia para a solução dos problemas de saúde. Centrada na eugenia e na educação, embutia a perspectiva de controle social; não se menciona a prevenção, a qual supostamente se daria pela educação higiênica. A reivindicação de um Estado centralizador, capaz de intervir nas ações de saúde de forma a organizar e garantir medicamente a ordem social e política, desvela uma visão autoritária, destarte não causando admiração seu apoio ao golpe de 1930.

Esvaziado desde o final dos anos 1880, o movimento tropicalista baiano veria um de seus últimos colaboradores, Raimundo Nina Rodrigues, médico maranhense radicado em Salvador, construir carreira própria. Às idéias de controle social via medicina legal da "Escola Nina Rodrigues" iriam somar-se às da Academia Imperial de Medicina e da Escola Tropicalista Baiana. Colaborador desde 1888 da *Gazeta Médica da Bahia*, na qual chegaria a redator-chefe, Rodrigues publicou artigos sobre variadas doenças, casos clínicos, epidemias e higiene pública, revisando a questão racial brasileira. Após publicar seu livro *As raças humanas e a responsabilidade penal no Brasil*, em 1894 (MAIO, 1995:230), abandonou o tropicalismo e dedicou-se ao estudo da biossociologia, inspirado nas teorias médico-legais de Lombroso sobre o criminoso nato, e de Wundt sobre a psicologia coletiva, incorporando ainda o pensamento racista e eugênico de Galton, o mito da supremacia branca e da "raça germânica", temperados como o positivismo de Comte e os estudos de Darwin sobre a evolução das espécies.

A eugenia, pensava Rodrigues, forneceria a cientificidade biológica para permitir ao poder médico sobrepor-se ao jurídico; ele postularia a intervenção social, o controle social das "raças inferiores", considerando os negros mentalmente inferiores, portadores de "deficiências genéticas" traduzidas em taras físicas ou mentais, antagônicas à ordem social vigente e predisponentes à criminalidade, não devendo pois serem considerados como

cidadãos. A contradição evidente de suas afirmações residia na ascendência mulata de Nina Rodrigues, muito embora tenha ele pesquisado a afro-influência na cultura brasileira.

O surgimento do discurso relacionado à medicina legal, no final do século XIX e início do XX, incorporando temas anteriormente objeto de estudo de outras disciplinas, é visto por Luz (1982:166) como pretensão de influir sobre o direito, a educação e a vida política do País, orientando o legislativo ou legislando diretamente. A autora vê essa atitude como uma tentativa de recuperar ou ampliar o prestígio social dos médicos e sua progressiva perda de autonomia político-científica, tal como denunciado por Nina Rodrigues em seus trabalhos, de modo a permitir a concretização dos projetos médicos de intervenção social. Aqui nos parece clara a emulação do discurso antes empreendido pela SMRJ/AIM sob a bandeira da "medicina social", corroborando as observações de Edler (2004). Comenta Nunes:

> (...) percebe-se a presença da idéia do controle social, tanto no momento em que predomina a perspectiva da higiene através do controle sanitário da população, quanto no da medicina legal, através do controle jurídico-administrativo (NUNES, 2000:257).

Mesmo tendo o Estado absorvido as práticas médico-legais derivadas do modelo médico-eugenista, os médicos não alcançaram a autonomia pretendida. No momento em que se esboçam mecanismos de controle externo da corporação médica, ou ao menos se apresentam obstáculos à progressão de seus projetos de intervenção social, não podemos deixar de pensar no surgimento da influência das forças capitalistas no ordenamento das linhas de pesquisa da medicina dita científica, buscando capturar o conjunto das práticas de saúde para sua órbita.

Uma via alternativa de institucionalização médica, a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, articulou-se à margem da tutela estatal e em volta de objetivos comuns, como a construção de um conhecimento médico nacional, mas, como vimos, o descompasso entre o aumento do número de médicos e a escassa produção intelectual não se resolveu por seu intermédio. O comparecimento dos membros às sessões, desde sua fundação, manteve-se tão baixo quanto a observada na Academia Nacional de Medicina, pois a participação efetiva na vida acadêmica não se constituía em requisito para obter o almejado título de sócio da entidade.

Por outro lado, a organização de congressos em diferentes estados da federação permitiu estabelecer um relacionamento até então inexistente entre médicos de regiões distintas, e

mesmo do estrangeiro, uma atividade bem sucedida e estendida até os anos 1920. No entanto, o exame do temário dos congressos permite observar o colonialismo cultural ao qual se reduzia a chamada produção científica nacional, uma reprodução modificada, se tanto, dos trabalhos dos centros médicos então considerados mais adiantados. Configurando uma contradição aos seus objetivos iniciais de manter-se independente e à margem da tutela estatal, a SMCRJ construiu em 1918 sua sede própria em terreno cedido pelo Governo Federal.

Em 1927, membros da Sociedade fundaram o Sindicato Médico Brasileiro, entidade dedicada à "defesa da categoria médica", mais tarde rebatizada de Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro. Entre suas reivindicações, a regulamentação da prestação de serviços gratuitos para limitá-los aos "verdadeiramente necessitados", medidas contra a "prática ilegal da medicina pelos farmacêuticos e curandeiros", a criação de órgãos para "zelar pela observância do Código de Deontologia Médica" e legislação para a "proteção e defesa do trabalho dos médicos". Sua luta seria coroada em 1945, com a criação dos Conselhos de Medicina e a oficialização do Código de Deontologia.

Emulando suas congêneres cariocas, formou-se em 1895 a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, cujas finalidades, entre outras, incluíam a "*defesa dos interesses da classe médica, a elaboração de pareceres sobre questões de interesse da classe médica, (...) a promoção e auxílio à criação de instituições instrutivas e beneficentes relacionadas à profissão médica*".

Desde sua fundação, a nova sociedade envolveu-se com projetos de criação de uma faculdade de medicina no estado, mas, quando o governo paulista finalmente decidiu por sua criação, dela não participou a SMCSP, embora alguns de seus membros, como Arnaldo Augusto Vieira de Carvalho, de quem ainda muito ouviremos falar, tenham participado da organização da nova escola e sido por ela contratados. De poucas realizações, a Sociedade passou a denominar-se Academia de Medicina de São Paulo em 1953, continuando sua existência, ainda que de forma vegetativa, até a atualidade, mantendo o objetivo de ”*estimular o progresso da medicina e ciências afins, (...) à disposição de todos os poderes públicos e também da imprensa para o estudo de questões de caráter médico-social*".

A mesmice do discurso e dos objetivos de todas as organizações mencionadas, se por um lado representa a institucionalização e o controle do exercício da medicina, ou pelo menos o

desejo de empreendê-los, por outro estabelece uma instância de acumulação de capital de relações e de consagração de imagens sociais (CORADINI, 2005:2). O próprio recrutamento de associados, via cooptação, embutindo a promessa de aquisição de capital de relações sociais e a expectativa de reciprocidade, resulta no "efeito clube" descrito por Bourdieu (1984, *in* CORADINI, 2005:4).

Tal diversificação da representatividade corporativa conduziria, nos novos fóruns de debate, à discussão de temas relacionados ao exercício profissional, suas modalidades e condições de trabalho e, recursivamente, como primeira medida de fechamento de mercado, meios para restringir o acesso ao ensino médico, sob o temor de "degradação" da profissão pela proliferação de cursos médicos. Um discurso ainda atual, com presença garantida nos veículos de mídia das corporações médicas.

No limiar do século XX, a própria atividade médica transformava-se, com a incorporação científica e tecnológica ao ensino e prática da profissão, especialização e ampliação do atendimento hospitalar, institucionalização da saúde pública, fragmentação da representatividade corporativa, criação de periódicos e organização de congressos. Nova organização do ensino médico ocorrera em 1891, com a alteração da denominação das faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia para Faculdade de Medicina e Farmácia, e a reforma da estrutura curricular. O desenvolvimento econômico e a expansão urbana exigiriam a criação de novas escolas de medicina no Rio Grande do Sul (1898), Minas Gerais (1911) e Paraná (1912), além de São Paulo.

A Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, criada no final de 1912, foi instalada em janeiro do ano seguinte tendo como seu primeiro diretor o médico Arnaldo Vieira de Carvalho, o mesmo responsável por sua organização e antigo diretor do Instituto Vacinogênico, uma dependência do Instituto Bacteriológico do Estado de São Paulo, criado em 1893.

Sua criação seria de grande importância para a introdução do modelo biomédico flexneriano de ensino da medicina no Brasil, como se verá mais adiante. Estruturas e práticas pioneiramente implantadas em São Paulo, em função do desenvolvimento econômico e da urbanização decorrentes da agricultura cafeeira e da industrialização, seriam posteriormente difundidas para outros estados da federação.

Tanto a capital do estado quanto Santos, principal porto de exportação, apresentavam um quadro sanitário precário, ensejando medidas do governo estadual para seu saneamento, as quais, por sua vez, demandariam um pólo formador de profissionais médicos e de atividades correlatas, visto ser necessário tanto o controle das moléstias transmissíveis quanto a capacitação de agentes para sua identificação e combate (SILVA, 2004:307-9). A importância econômica dos esforços de capacitação empreendidos em São Paulo, comenta a autora, transparece no surgimento de um conjunto de laboratórios de análises químicas e bacteriológicas, laboratórios farmacêuticos e hospitais de isolamento, unificados pelas conquistas do conhecimento microbiológico. O estado tornou-se ao mesmo tempo saneado e difusor de conhecimento científico, auto-qualificado como a vanguarda do conhecimento científico nacional.

Rose acertou ao apostar em São Paulo; a Fundação Rockefeller encontraria na faculdade paulista a porta de entrada para a difusão do modelo flexneriano no Brasil; além das perspectivas econômicas favoráveis do estado, enfrentaria menos resistência às propostas de alteração acadêmica. As escolas médicas mais antigas, e mesmo as recém criadas, seguiam a tradição européia de ensino, de influência franco-germânica, sendo mais refratárias às tentativas de implantação do modelo flexneriano. A escola paulista não só possuía uma auto-imagem científica vanguardista, como tinha premência em obter suporte financeiro para construir instalações próprias. Suas atividades transcorriam então em algumas poucas dependências alugadas no centro de São Paulo, mais outras cedidas por empréstimo da Faculdade de Direito, Escola Politécnica e Santa Casa de Misericórdia, da qual Arnaldo Vieira de Carvalho também era diretor clínico, mesmo enquanto diretor da faculdade (MARINHO, 2003:47).

Vieira de Carvalho formalizou o pedido de cooperação com a FR por meio de carta enviada em novembro de 1916 à Richard Mills Pearce, subalterno de Rose; a resposta afirmativa informava sua viagem ao Brasil no início do ano seguinte, para acerto dos termos. Pearce julgava que a presença no corpo docente da faculdade de dois antigos discípulos, Alexandrino Pedroso e Benedicto Montenegro, facilitaria as tratativas entre o governo do estado e a fundação quanto às contrapartidas financeiras. Em troca de fundos da FR, Vieira de Carvalho comprometeu-se com Pearce a permitir que a fundação organizasse o Departamento de Higiene da faculdade, indicasse seu diretor, que viria dos EUA, e o dirigisse por cinco anos (MARINHO, 2003:57-59).

Com a morte de Vieira de Carvalho em 1920, a subalternidade da faculdade e a arrogância dos norte-americanos passou a ser questionada tanto no meio acadêmico quanto no seio do governo paulista, alcançando também repercussão na imprensa:

> (...) a Fundação Rockefeller foi penetrando, cada vez mais, nos negócios da saúde pública e da medicina e cirurgia, acabando por ajudar a definir, praticamente, a política estadual para o setor. Sua interferência no Serviço Sanitário e no Instituto de Higiene foi sempre muito intensa, a ponto de a imprensa veicular que 'todos os que não pensam de acordo com a missão Rockefeller foram sacrificados (MARINHO, 2003:62).

Começava a resistência do governo paulista ao controle forâneo, o qual, se não foi suficiente para neutralizar o processo, serviu ao menos para retardá-lo e amenizá-lo, levando a FR a ameaçar com a ruptura do acordo; mas então, de onde viria o financiamento?[78] Tampouco era conhecido se a fundação era de fato uma instituição filantrópica, uma ponta de lança do americanismo, ou ainda uma infiltração religiosa protestante. Estava aberta uma crise institucional no interior da faculdade, com a formação de dois blocos opostos, situação pacificada com a nomeação de um diretor estranho ao quadro, Pedro Dias da Silva (MARINHO, 2003:73).

Entretanto, a eterna pressão por mais recursos e as dificuldades em conseguir do governo estadual os necessários aportes, fez ceder as reticências; como contrapartida ao dinheiro, a FR exigiu a limitação do número de vagas, fixadas em 50, a dedicação em tempo integral dos docentes das cadeiras básicas, ênfase no trabalho de laboratório, organização da estrutura acadêmica em departamentos e sua vinculação a um hospital de ensino. Em 1925, reformado e ajustado seu estatuto ao modelo flexneriano, a escola passou a denominar-se Faculdade de Medicina de São Paulo. Ampliada a concessão de bolsas de estudo, seguiram para os Estados Unidos os médicos que, ao retornar, promoveriam a "*institucionalização do ambiente científico*", de forma a "*melhorar a condição de eficiência dos laboratórios e ambulatórios de diversas cadeiras da faculdade*". A colonização intelectual em marcha.

Em 1928, liberados mais recursos da FR, iniciou-se a construção do edifício central da faculdade, destinado às salas de aula, laboratórios, biblioteca e estruturas administrativas, terminado e inaugurado em 1931. Mas então, já ocorrera o golpe de 1930, e a revolta paulista de 1932 estava no horizonte. Eram outros tempos.

---

[78] Aqui questionamos Faria, tanto quanto à negativa da autora relativa ao papel da FR enquanto representante científica de políticas imperialistas, como por sua afirmação sobre a interação entre brasileiros e norte-americanos pautar-se por um relacionamento "entre iguais".

Podemos agora afirmar que no período 1914-1930 não houve uma política de saúde, mas várias políticas nascidas das instituições de saúde, ora paralelas, ora convergentes, mesmo possuindo origens sociais distintas, porém sob crescente centralização e concentração do saber e poder, manifesto na especialização e individualização da intervenção médica na sociedade, ao mesmo tempo em que há uma impossibilidade da imposição dos modelos de intervenção médica à sociedade, por conta da própria origem e isolamento social representada pelos grupos médicos (MORAES, 1983:174-6). Durante a Primeira República a capacidade de regulação e intervenção da União sobre questões da esfera da saúde pública expandiu-se de forma considerável, principalmente nos anos 1920, construindo uma estrutura administrativa que chegou ao período varguista e permaneceu sem alterações significativas.

Hochman, ao discordar do que denomina visão geral das políticas estatais de saúde na Primeira República, ligando-as às estratégias das classes dominantes subordinadas aos interesses do capitalismo, aqui incluídos os principais atores públicos, sanitaristas e burocratas da saúde em particular, oferece uma outra explicação: as políticas de saúde são partes de um todo mais amplo e complexo, tanto o Estado como as elites estatais possuindo especificidades conferidoras de autonomia em relação aos interesses societais (HOCHMAN, 1993:40-41).

Parece-nos que o autor aqui desenvolveu um raciocínio circular, pois as classes dominantes compuseram os quadros estatais, portanto confundem-se com as "elites estatais" em cujo nome governam, ou seja, planejam, articulam e implementam as políticas públicas de saúde, diminuindo a influência das camadas populares nas instâncias públicas, pois à essa influência, afirmam Cloward e Piven, contrapõe-se o Estado (IYDA, 1993:19).

Mas Hochman está correto ao afirmar que "*os resultados de longo prazo de uma política que beneficia grupos dominantes pode ser a incapacidade futura desses mesmos grupos para continuar, de forma autônoma, a influenciar e receber benefícios dessa política estatal*", como demonstrou Olson (1965)[79].

[79] Para uma discussão sobre rendimentos de ações coletivas e a teoria dos grupos, ver OLSON, Mancur. *The logic of collective action – public groups and the theory of groups*, Cambridge, Harvard University Press, 1965.

4.2 - Período Vargas - 1930-1945

O governo provisório golpista encontrou as estruturas de saúde pública implantadas ainda nos anos 1920; o DNSP dedicava-se fundamentalmente ao combate das endemias nos grandes centros e corredores de exportação, resquício dos esforços campanhistas anteriores, enquanto os esforços saneadores do ambiente rural eram intensificados, principalmente no norte e nordeste, com o concurso da Fundação Rockefeller. Tais esforços justificavam-se; a febre amarela ainda ameaçava a Capital, vitimada por novo surto apenas dois anos antes, a malária grassava no interior do País, cresciam os casos de lepra e a tuberculose figurava como a mais importante ameaça urbana (HOCHMAN, 2005:129). Invertendo a tendência descentralizadora anterior, a União procuraria centralizar as políticas sanitárias a partir de 1930.

São Paulo fora exceção; a economia capitalista cafeeira preocupara-se com as questões de mão de obra no período pós-escravista e com o saneamento nos aglomerados urbanos; implementou uma reforma sanitária a partir de 1925, construindo vários centros de saúde e instalando uma estrutura administrativa nos padrões da Fundação Rockefeller. Presente no estado desde 1916, a fundação intensificara sua atuação entre 1920 e 1930 (FARIA, 2002:564).

No âmbito nacional, a cooperação da Fundação Rockefeller seria decisiva para a criação de duas estruturas de combate às endemias, o Serviço Nacional de Febre Amarela, em 1937, e o Serviço de Malária do Nordeste, em 1939, fornecendo financiamento, tecnologia e pessoal técnico; não obstante, os serviços revelaram-se pouco funcionais devido à falta de vias de acesso. Com a precariedade da malha rodo-ferroviária, as viagens faziam-se difíceis, muitas vezes somente realizáveis por navegação costeira ou avião (HOCHMAN, 2005:138).

4.2.1 - Criação do MESP

Em 14 de novembro de 1930, três dias após a instalação do governo provisório, decretou-se a criação de um novo órgão, o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP)[80]. Tratava-se de antiga aspiração do médico Azevedo Sodré, falecido no ano anterior (LABRA, 1985:89). Fora deputado e diretor da Faculdade de Medicina do RJ, fundador da Sociedade

[80] Decreto nº 19.402, de 14/11/1930.

de Medicina e Cirurgia do RJ e do importante periódico *O Brazil-Médico*, e membro da Liga Pró-saneamento do Brasil. Se o sanitarismo ainda não conseguira obter um órgão de primeiro escalão na estrutura de governo, devendo partilhá-lo com a educação, remover as questões da saúde pública da alçada do Ministério da Justiça já constituía um avanço.

Foram mineiros todos os ocupantes da pasta no primeiro governo Vargas, e a explicação transcende à simples coincidência; Minas Gerais apoiou o movimento golpista da Aliança Liberal, porém no estado conviviam dois grupos políticos rivais. O primeiro, ligado ao Partido Republicano Mineiro de Arthur Bernardes, representava a oligarquia tradicional, e o segundo, identificado com os "tenentes" e o movimento de outubro de 1930, estava ligado a Olegário Maciel, único presidente de estado não substituído por um interventor federal (LEVINE, 1980:20; DULLES, 1967:93).

Todavia, no imediato pós-golpe, tanto Maciel quanto Bernardes encontravam-se fortalecidos, pois ambos haviam apoiado Vargas. Na partilha dos sete ministérios então existentes, contra os mais de trinta atuais, Minas ficou somente com o de Relações Exteriores, mantido o anterior ocupante Afrânio de Mello Franco. Os mineiros julgavam-se merecedores de mais cargos federais, pelo apoio decisivo no golpe, desejando participação mais ativa no cenário político nacional. O impasse criado com a ameaça de renúncia de Maciel foi afinal contornado, via negociação entre Gustavo Capanema e Oswaldo Aranha, com a criação de um novo ministério, cujo ocupante, indicado pelo governante mineiro, passaria a ser o porta-voz dos interesses do estado perante o presidente da República (FONSECA, 2007:110-11).

A direção do MESP foi entregue a Francisco Campos, ex-deputado mineiro pelo PRM e ex-secretário do interior de MG. Antonio Carlos, o candidato natural mineiro para a sucessão presidencial da antiga política do "café com leite", preterido por Washington Luís em favor de Júlio Prestes, nomeara-o seu interlocutor com os conspiradores gaúchos. Golpista de primeira hora, Campos fora indicado por Olegário Maciel (DULLES, 1967:93) e recebia agora o posto em retribuição aos serviços prestados, trazendo na bagagem as credenciais de um trabalho anterior na área da educação. Para enfraquecer o PRM e oferecer apoio político ao novo regime, juntamente com outros dois secretários mineiros, Amaro Lanari (finanças) e Gustavo Capanema (interior e justiça), Francisco Campos[81] liderou em 1931 a

[81] Francisco Campos ocupou vário cargos políticos, foi um dos elementos centrais no planejamento do golpe de 1937, após o qual ocupou a pasta da Justiça e foi responsável pela redação da nova

formação da Legião de Outubro, mais tarde Legião Liberal Mineira (LEVINE, 1980:21), milícia de cunho fascista, conhecida como "os camisas cáqui" por conta de sua indumentária[82].

O MESP compunha-se inicialmente de quatro departamentos, três deles dedicados à saúde; um teria vida curta: o Departamento Nacional de Assistência Pública, dedicado ao atendimento social de indigentes e outros não incluídos, desapareceu em dezembro de 1931. O Departamento de Medicina Experimental, composto pelo Instituto Oswaldo Cruz e "outras instituições congêneres", dedicar-se-ia à pesquisa e formação de pessoal especializado, mas permaneceria restrito ao IOC. Nesse novo arranjo, o baluarte do sanitarismo ganharia maior aporte de recursos, mas perderia autonomia, tornando-se mais vulnerável às interferências políticas externas. Incorporado ao novo órgão, o Departamento Nacional de Saúde Pública, agora comandado pela figura emblemática de Belisário Penna, permaneceria inalterado em sua estrutura, com funções nominalmente pouco distintas daquelas da Primeira República. Teria três diretorias, a de Serviços Sanitários do Distrito Federal, a de Defesa Sanitária Marítima e Fluvial, e a de Saneamento e Profilaxia Rural[83].

Em sua obra *Saneamento do Brasil*, Penna criticara o federalismo e defendera a adoção de políticas nacionais para combater as endemias de ancilostomose, malária e mal de Chagas por meio de políticas de saúde pública do governo federal. Se a situação parecia favorável sob o ponto de vista político, pois o novo regime trazia um ideário nacionalista, contrapondo-se ao federalismo, Penna logo se decepcionou em função das restrições financeiras durante o governo provisório, reclamando "que o escopo da ação" do DNSP era "muito mais carioca do que nacional". Do orçamento de 34 contos do DNSP para 1930, 24 contos destinavam-se à ações no Distrito Federal, ficando menos de um terço para aplicação no restante do País (FONSECA, 2007:119), o qual canalizava recursos para o equacionamento da grave crise cafeeira que o atingira na década anterior, e ainda levaria alguns anos para arrefecer. Não obstante os cortes orçamentários atingirem todos os ministérios, o MESP recebia, proporcionalmente, um maior aporte de verbas, tendo sido criado, à semelhança do que foi a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira, CPMF, um selo sanitário para ser afixado a documentos federais, estaduais e municipais[84].

Constituição. Mais tarde participaria da conspiração que derrubou o governo de Jango Goulart e da redação dos Atos Institucionais I e II.

[82] Outra instituição similar, a Legião Revolucionária de São Paulo, foi criada por João Alberto e Miguel Costa ainda em 1930.

[83] Decreto Nº. 19.402, de 14/11/1930.

[84] Decreto No. 21.335, de 29/04/1932.

Em carta dirigida a Getúlio Vargas, Penna manifestou sua decepção; sentia-se desesperançado quanto à execução das idéias de toda uma vida:

> Depois de veemente e pertinaz propaganda pelo saneamento rural, de haver alcançado os governos da necessidade de instituir os serviços de profilaxia (...), depois de todo esse esforço, e quando a confiança do governo revolucionário me entrega a direção da saúde pública, vejo-me forçado a concordar com a supressão desses serviços (...) e ficar manietado sem o direito da mínima iniciativa nem mesmo na sede do Departamento, por insuficiência de recursos[85]

Se o regime golpista herdou a agenda sanitarista da Primeira República, quais teriam sido os elementos de inovação e rompimento, se existentes? Como evoluíram as políticas de saúde pública *vis a vis* as políticas de assistência médica individual introduzidas para os trabalhadores de algumas empresas, via criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões a partir de 1923? Como se desenvolveram as questões relativas ao ensino médico, e qual a influência alcançada pelo corporativismo médico nas estruturas de governo?

A sombra de um ideário nacionalista, com a pretensa intenção de construir a identidade nacional, forjada no Estado Unitário, forte e centralizado, erguiria um aparato governamental formado por novas estruturas, órgãos, delegacias, dependências, agências, enfim, uma miríade de estruturas burocráticas próprias dos regimes totalitários. Salvo nos primeiros anos de governo, quando por absoluto contingenciamento de recursos a União refluiu em sua reduzida participação nos estados (FONSECA, 2007:119), a saúde pública espelharia esse mesmo processo, com o aumento da centralização e burocratização, acompanhadas da procriação cunina de estruturas específicas para o enfrentamento recortado de problemáticas sociais, marcas do novo governo. Almejava-se a ação conjugada nas esferas federal, estadual e municipal, sob comando central e execução descentralizada. As pretendidas diretrizes de fortalecimento da administração federal e introdução de medidas de racionalização administrativa, ao menos inicialmente, somente aconteciam no papel.

Na saúde pública, a administração de Francisco Campos, mais ligado à educação, significou mais um tanger dos bois do que a introdução de inovações; mais uma acomodação administrativa. Belisário Penna no DNSP, e Carlos Chagas, no IOC, eram de fato os efetivos gestores da saúde pública (FONSECA, 2007:117), e ambos sofreriam muito o

---

[85] Carta de Belisário Penna a Getúlio Vargas, 02/07/1931 - disponível em http://www.tre-se.gov.br/servicos/Biblioteca_tamplates/BibliotecaVirtual/Livros/L_Repensando_O_Estado_Novo.pdf - consulta em 18/07/20007.

contingenciamento financeiro. O mineiro Penna substituiria Campos interinamente por três meses em 1931, quando, após a fracassada tentativa de golpe articulada por Oswaldo Aranha para depor Olegário Maciel, Campos teve sua lealdade ao governo questionada por Aranha. Demitindo-se em setembro de 1931, retornou à pasta em dezembro do mesmo ano.

Novamente demissionário em setembro de 1932, diante das acusações de Olegário Maciel, com quem rompera politicamente, de conspirar com aliados de Arthur Bernardes para oferecer apoio aos rebelados paulistas, Campos foi substituído permanentemente por Washington Pires, médico neurologista, professor da Faculdade de Medicina de Minas Gerais, ex-deputado federal mineiro. O novo indicado do governador das alterosas faria uma administração marcada pelas divergências com Belisário Penna, centradas nas questões da autonomia do DNSP e da destinação das verbas recolhidas com o selo sanitário. Penna entendia que para garantir a execução das políticas de saneamento rural e profilaxia, seria necessária a manutenção da autonomia do DNSP, longe da influência dos políticos. Incompatibilizado com o ministro, Penna deixou o DNSP no final de 1932, substituído por Raul de Almeida Magalhães, antigo diretor de saúde pública em Minas Gerais.

No início de 1933, a pretendida alteração da regulamentação do selo sanitário colocou novamente Penna e Pires em rota de colisão; tentando atrair a opinião pública para sua causa com o apoio da imprensa, Penna argumentou que o pretendido compartilhamento das receitas do selo sanitário com a assistência hospitalar e médico-social contrariaria os objetivos na legislação que o criara, desviando os recursos destinados ao saneamento rural. Penna foi novamente vencido[86]; as reformas de Pires para o MESP foram implementadas em 1934, com a extinção do DNSP e a criação da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social (DNSAMS), responsável pela:

> (...) orientação, coordenação e fiscalização superiores de todos os serviços de saúde pública e assistência médico-social executados diretamente pela União, ou por esta em cooperação com outros poderes administrativos, e ao qual caberá ainda estabelecer entendimento com as organizações sanitárias regionais no sentido de uniformizar, articular e ampliar as providências técnico-administrativas que atendam ao mesmo interesse coletivo individual.[87]

[86] Ingressando no movimento integralista em 1932, Penna deixou o DNSP e a carreira de sanitarista, aposentando-se no início de 1933; após o fracassado golpe integralista de 1938, afastou-se da vida pública para recolher-se à sua fazenda, onde faleceu em 1939.
[87] BRASIL, Coleção de Leis, 1934 (3):647-649. Decreto Nº 24.438, de 21/06/1934.

A DNSAMS seria composta por duas seções técnicas gerais, uma de Saúde Pública e outra de Assistência Médico-Social, e o ato de sua regulamentação externaria as intenções centralizadoras da reforma, ainda que mediadas por acordos com as autoridades locais, pois o novo órgão deveria:

> (...) constituir-se o centro de coordenação de todas as providências da União, dos Estados, municípios e das iniciativas privadas relativas à saúde pública, assistência a psicopatas, assistência hospitalar e demais modalidades de assistência médico-social.[88]

Aprovada nos estertores finais do governo provisório, cerca de um mês antes da promulgação da nova Carta, a reforma proposta por Pires foi o primeiro passo efetivo na expansão dos serviços além-fronteiras do Distrito Federal, instituindo a então moderna estrutura dos centros de saúde, já adotado em São Paulo por conta da influência do modelo postulado pela Fundação Rockefeller. Outro ponto que merece atenção, talvez devido ao fato de Washington Pires não ser sanitarista, diz respeito à pretendida incorporação da assistência médica e psiquiátrica às atividades de saúde pública sob uma mesma coordenação, bem como da atenção materno-infantil. Tratava-se de tentativa de recolocar sob o teto do MESP ao menos parte da assistência médica, cuja competência estava à cargo do também recém-criado Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC).

4.2.2 - Reforma Capanema

Os efeitos da reforma Pires seriam sentidos apenas após a posse, em julho de 1934, já no governo constitucional, de outro mineiro, o advogado Gustavo Capanema, primo de Olegário Maciel, o governador mineiro recentemente falecido; seria o último ocupante do cargo até o final do governo Vargas, em 1945. Capanema, logo após assumir o cargo e acercar-se de conhecimentos sobre o funcionamento do MESP, manifestou, em carta dirigida à Vargas, sua preocupação em concluir sua reorganização, pois o mesmo "*não dispunha de uma estrutura sólida e harmônica, que lhe permitisse regular funcionamento com os proveitosos resultados que Vossa Excelência desejava*" (ARQUIVO CAPANEMA, FGV/CPDOC, GC 34.06.21:7)

A nova proposta de reforma, elaborada por uma comissão de notáveis sanitaristas e apresentada em finais de 1935, alteraria mais uma vez a estrutura recentemente reformada.

[88] BRASIL, Coleção de Leis, 1934 (4):1401. Decreto Nº 24.814, de 14/07/1934.

Em sua exposição de motivos, depois de relatar que estudara a composição do ministério, investigando quais estruturas, em sua opinião, deveriam ser suprimidas ou acrescentadas, de modo a assegurar o funcionamento harmônico da estrutura, com vistas a simplificar o trabalho e torná-lo mais célere, com economia de recursos financeiros, Capanema comentou:

> Examinei principalmente como deve o Ministério dilatar os limites de sua presença, projetando-se em todo o território nacional do país, para levar o seu concurso e a sua influência a todas as unidades federadas (BRASIL, 1935:2)

Essa maior ação nos estados, a ser empreendida mediante acordos ou convênios com os governos locais, pressupunha a progressiva passagem para os estados dos órgãos executivos da União, para a qual se reservaria a ação financiadora dos órgãos públicos e privados conveniados, além do papel normatizador e coordenador das ações locais, evitando-se o atrito direto com as instâncias estaduais (FONSECA, 2007:138), pois, afinal, vivia-se um período ainda constitucional.

A proposta de reforma, esbarrando em dificuldades para sua aprovação, mais uma vez centradas na centralização ou descentralização dos serviços e na autonomia dos estados, evidenciava as dificuldades do governo em controlar o Congresso[89], e somente seria aprovada e implementada a partir de janeiro de 1937[90]. Viria acompanhada de uma nova definição de atribuições do MESP, até então limitadas à continuidade das antigas atribuições do DNSP, embora conglomeradas na nova sigla DNSAMS. A aprovação da proposta Capanema em clima de legalidade democrática, com pleno funcionamento do Congresso, mesmo espelhando a extensa representação fragmentada, presentes mais de 50 agremiações políticas, permite concluir que se fez a conciliação possível dos interesses divergentes em torno das políticas de saúde, seguindo todavia os padrões de instabilidade política do período (FONSECA, 2007:162).

Com a reforma, a nova denominação do órgão passou a ser Ministério da Educação e Saúde (MST), com todas as atividades referentes à saúde agrupadas no novo Departamento Nacional de Saúde (DNS). Para sua direção foi designado o médico João de Barros Barreto, diretor interino da DNSAMS, ex-bolsista da Fundação Rockefeller na *Johns*

---

[89] Para uma análise detalhada dos debates em torno da aprovação da proposta de reforma do MESP apresentada por Capanema, ver FONSECA, 2007:133-61.
[90] Lei nº 378, de 13/01/1937.

Hopkins School of Higyene and Public Health, membro da comissão que desenhara a nova estrutura do MESP (FONSECA, 2007:178), e antes disso diretor do Serviço Sanitário paulista por breve período em 1931.

Barreto seria o braço direito de Capanema e o acompanharia durante toda a sua gestão na pasta da educação e saúde[91]. A reforma efetivamente significou o alinhamento da instituição às propostas varguistas, por certo já antevendo o novo golpe; as estruturas resultantes, em linhas gerais, sobreviveriam quando da criação do Ministério da Saúde, em 1953, chegando mesmo até o governo militar pós-1964.

Finalmente os órgãos governamentais decidiram-se pela atenção à tuberculose, então o flagelo infeccioso dos centros urbanos; na Capital Federal, a Inspetoria dos Centros de Saúde teria novas atribuições a exercer nos centros de saúde, enquanto a profilaxia ficaria a cargo do Serviço de Saúde Pública do Distrito Federal. As ações sociais do Estado reservavam-se às crianças, aos idosos e aos indivíduos não incluídos pela via do trabalho ou desprovidos de uma estrutura familiar de suporte, isto é, aos pobres e indigentes em condições de incapacidade de prover seu próprio abrigo, alimentação e tratamento, (ARQUIVO CAPANEMA, FGV/CPDOC, GC 34.06.21).

Explicava-se a segmentação: os cidadãos incluídos pela via do trabalho deveriam buscar atendimento nos serviços vinculados ao Ministério do Trabalho, comentados a seguir, estando portanto fora da alçada assistencial do MES. Não obstante, a persistente falta de recursos orçamentários tornava, essa assistência social disponível, na prática, ainda que de forma precária, apenas no espaço geográfico do Distrito Federal.

O novo DNS teria sob seu comando quatro divisões, respectivamente Divisões de Saúde Pública, Assistência Hospitalar, Assistência a Psicopatas e de Amparo à Maternidade e à Infância, mantendo-se o Instituto Oswaldo Cruz como instituição de caráter científico, destinada à pesquisa na área de patologia experimental, porém, como comentado, submetido a forte esvaziamento de suas funções e atividades, com perda de pesquisadores e não atualização de equipamentos em razão do contingenciamento financeiro. A morte prematura de Carlos Chagas, em novembro de 1934, iria enfraquecer ainda mais a posição e o prestígio do IOC; seu novo diretor, Cardoso Fontes, não gozava do mesmo trânsito que Chagas, embora tenha permanecido no cargo até 1941 (FONSECA, 2007:117).

---

[91] Barros Barreto foi diretor do DNSAMS e do DNS entre 1935 e 1939, e de 1941 a 1945.

Dividido em regiões, o País contaria com novas delegacias federais de saúde, uma na Capital Federal e as demais sete em Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, São Paulo, Porto Alegre e Belo Horizonte, às quais se subordinariam as estruturas estaduais e municipais locais. Aumentava-se assim a presença federal nos estados, reforçada com o golpe do Estado Novo, em novembro de 1937, para a supervisão das atividades necessárias à colaboração da União com os serviços locais, tanto de saúde pública como de assistência social, bem como da inspeção dos serviços federais de saúde.

Criaram-se ainda as conferências nacionais de saúde, espaço privilegiado para a discussão, em nível nacional, das providências de ordem administrativa, sempre coordenadas pela União, a serem adotadas quando da execução de planos nacionais de saúde que viessem a ser estabelecidos (ARQUIVO CAPANEMA, FGV/CPDOC, GC 34.06.21). Planejadas para ocorrer a cada dois anos, a primeira teve lugar em 1941, ocorrendo a segunda apenas em 1950.

Novamente, intenção e execução encontraram-se distanciadas, essa última limitada por diversos fatores. Por outro lado, a primeira conferência nacional "reafirmou" a necessidade da centralização da capacidade de normalização legal e administrativa das ações de saúde pública, a ser empreendida pelo MESP, restando para os estados e alguns municípios a sua execução. Não poderia ser diferente; após o golpe, as bandeiras dos estados haviam sido queimadas em cerimônia pública e simbólica com a presença do presidente da República, significando a morte do federalismo e a instauração da subordinação irrestrita à União. Para os reticentes, Filinto Müller, o temido chefe de polícia do Distrito Federal, encontrava-se em plena atividade com sua "equipe", pronto a "convencê-los".

4.2.3 - Nova elite sanitarista

Os processos de re-ordenamento administrativo dos serviços de saúde pública, encontraram barreiras restritivas quanto ao pessoal especializado destinado a ocupar os novos cargos criados desde o primeiro período republicano. O enfrentamento do problema se daria com a constituição de cursos de especialização oferecidos pelo Instituto Oswaldo Cruz e a Faculdade de Saúde Pública, o treinamento em serviço, a ampliação da atuação da Sociedade Brasileira de Higiene, e o envio de médicos brasileiros à *Johns Hopkins Higyene School*, em programas de bolsas da Fundação Rockefeller.

Em São Paulo, em função da anterioridade e maior intensidade da ação da Fundação Rockefeller na faculdade de medicina paulista e depois no Instituto de Higiene, o processo teria início pioneiro e ocorreria de forma independente e paralela ao do verificado na Capital Federal.

O processo, direcionado para a formação profissional no e pelo Estado de quadros que ocupariam cargos nos órgãos públicos de saúde, promoveu uma diferenciação não somente intra-elite médica, mas também, ainda que de forma mais lenta, entre elites políticas e elites médicas, à partir do processo de formação de um grupo de médicos especializados em saúde pública e empregados do Estado (HOCHMAN, 1999:87), sinalizando o declínio do papel da associações corporativas médicas.

É essa nova comunidade profissional produzida pelo Estado e a ele associada que se tornaria interlocutora dos grupos cujos interesses se vinculavam às atividades estatais no âmbito da saúde e do saneamento (HOCHMAN, 1993:17). À medida que se definiram as prioridades para a saúde pública, uma nova especialidade médica regulamentar foi sendo conformada para atender aos novos requisitos, dificultando a separação entre o processo de institucionalização da saúde pública e a trajetória pessoal e profissional desse novo grupo, diferenciado dos médicos vinculados ao exercício clínico da medicina, quer no âmbito privado, quer como empregados dos institutos de previdência (HOCHMAN, 1999:88).

Esvaziavam-se dessa forma as antigas representações corporativas na interlocução com o governo, pois agora encontravam-se no interior do governo. Essa geração de médicos, treinados em curso de saúde pública nos EUA ou no Brasil, mas de inspiração norte-americana, iria mais adiante constituir uma "quinta coluna sanitária" na condução de assuntos de saúde pública.

4.2.4 - Reforma de 1941

Consumado o golpe do Estado Novo, a política varguista deu seqüência à política de burocratização, centralização e aumento de controle sobre os estados. Nova reforma administrativa do MES foi implementada em 1941, sem sofrer interferência do Congresso, fechado desde novembro de 1937. Na ocasião foram criadas estruturas verticais - os denominados serviços nacionais - para ocuparem-se de doenças ou problemas específicos.

Com a reforma, Capanema pretendia nacionalizar o ministério, ampliando a atuação federal em conformidade com as diretivas centrais, como se depreende da proposta por ele enviada a Vargas (ARQUIVO CAPANEMA, FGV/CPDOC, GC 35.02.19).

> A reforma proposta em 1935 buscou, a esse respeito, nacionalizar o Ministério, mercê da firme decisão assentada por V. Excia. no sentido de ampliar a atuação federal, quanto aos problemas de saúde, de modo que ela deixasse de considerar preferentemente o Distrito Federal para abranger, de maneira sistemática, todo o território nacional, foram tomadas iniciativas e providências, notadamente a partir da vigência do regime de 10 de novembro, destinadas, por um lado, a transferir à administração municipal da Capital da República os encargos de natureza local e, por outro lado, a instituir e desenvolver serviços que fossem alcançar os mais distantes pontos do país. São sobretudo dignos de nota os esforços empreendidos em matéria de organização sanitária e de combate às grandes endemias (a lepra, a tuberculose, a febre amarela, a malária e a peste).[92]

Re-estruturado, o Departamento Nacional de Saúde (DNS), passou a compor-se de 22 dependências, assim distribuídas:

- Serviço de Administração
- Divisão de Organização Sanitária
- Divisão de Organização Hospitalar
- Instituto Oswaldo Cruz
- Serviço Nacional de Lepra
- Serviço Nacional de Tuberculose
- Serviço Nacional de Febre Amarela
- Serviço Nacional de Malária
- Serviço Nacional de Peste
- Serviço Nacional de Doenças Mentais
- Serviço Nacional de Educação Sanitária
- Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina
- Serviço de Saúde dos Portos
- Serviço Federal de Águas e Esgotos
- Serviço Federal de Bioestatística
- Sete Delegacias Federais de Saúde (já discriminadas)

[92] Proposta de reorganização do DNS apresentada por Capanema à Vargas em 24/03/1941.

Aos onze serviços elencados viria somar-se o Serviço Nacional de Câncer, criado ainda em 1941[93]. A simples observação já descortina a complexidade burocrática da estrutura central do MES, localizada no Rio de Janeiro; se lembrarmos que nas demais sete delegacias localizadas nos estados havia um espelho dos serviços descritos, e que cada uma das capitais estaduais não sede de delegacia, portanto uma sub-delegacia, também os possuía, podemos entender o alcance da reforma. Não obstante o incremento do grau de burocratização em diferentes direções, e sem ter conseguido a nacionalização, a estrutura de saúde pública na gestão Capanema não conseguiria encontrar soluções para a problemática sanitária do país (HOCHMAN, 2001:145, 2005:135). Como desdobramento dessa política, iniciou-se a construção de hospitais, colônias, asilos e sanatórios com missões definidas por tipo de afecção.

Faria (2007:61), citando Castro Santos, afirma que o aparelho estatal no governo Vargas reduziu a relevância política e simbólica da reforma sanitária para privilegiar como foco o trabalhador urbano dos setores industriais. Se por um lado é verdadeira a afirmação da autora que os serviços sanitários tornaram-se mais centralizados e especializados, por outro também é verdadeira a constatação que as ações sanitárias empreendidas no norte, nordeste e centro-oeste para o saneamento de áreas de ocupação militar e de produção de materiais estratégicos de guerra, representaram um importante esforço saneador extra-urbano, ainda que mediadas por acordos bilaterais entre os governos brasileiro e norte-americano, mesmo sob condições de pouca autonomia para o primeiro.

Em que pese a atenção dada às endemias rurais no período pós-1930, semelhante argumentação serve como contraponto às afirmações relativas à ruptura conjugada ao "uso simbólico da saúde" enquanto instrumento de construção da identidade nacional e integração do sertanejo excluído às comunidades litorâneas. Não é o que constatamos, por exemplo, quando das migrações internas para a constituição do "exército da borracha", a transumância amazônica como a chama Furtado, durante a Segunda Guerra Mundial. Os movimentos de recrutamento dos trabalhadores do norte e nordeste, como descrevem Bastos (1996) e Campos (2006), deu-se em clima emocional de apelo à brasilidade, de sacrifício em nome da Nação, demandando dos futuros "soldados da borracha" o mesmo empenho, denodo e desprendimento exigidos dos reais soldados que iriam combater e tombar em solo europeu.

[93] O Serviço Nacional de Câncer foi criado pelo Decreto Lei Nº 3.643, de 23/09/1941.

Evidentemente, seria possível aprofundar a discussão sobre em nome de quais ideais e interesses se deram essas convocações, mas essa é uma discussão que evidentemente não se justifica no presente trabalho.

Naquele momento, o foco da saúde pública fixava-se nas doenças infecto-contagiosas; com as campanhas agora verticalizadas nos serviços nacionais, a ordem era atacar as grandes endemias e surtos epidêmicos, controlá-los e estabelecer estratégias de prevenção por meio do trabalho conjunto entre as delegacias federais, responsáveis pela coordenação e fornecimento de equipes técnicas, e os órgão locais. Dessa maneira, a presença federal seria reconhecida mesmo nos rincões mais distantes, reforçando a imagem do Estado varguista. As ações principais concentraram-se sobre a malária e a tuberculose, enquanto a febre amarela, de volta à Capital Federal em 1928, continuou sob a atenção da União em conjunto com a Fundação Rockefeller. Aqui configurou-se uma contradição; a aliança com os EUA no plano externo, convivendo com políticas fascistas no plano interno (HOCHMAN, 2001:135, 139).

Essa mesma aliança levaria à convivência de dois modelos contrapostos de atenção sanitária no MES, mantidos por quase três décadas; o modelo verticalizado, geral, e o horizontal, particular às instituições norte-americanas (HOCHMAN, 2001:145). Todavia, as unidades horizontalizadas, representadas pelos centros de saúde, proposta surgida na conjuntura política e institucional da década de 1920, principalmente em São Paulo, por influência da Fundação Rockefeller e já existentes por ocasião das reformas institucionais do governo Vargas, evidentemente não encerraram suas atividades. Mantiveram-se de certa forma como uma contradição à política oficial de verticalização, em especial após a reforma de 1941, quando foram criados os serviços nacionais especializados, e até observou-se um aumento no número dessas estruturas. Variando de tamanho e complexidade de acordo com a população-alvo atendida, após 1937 instituiu-se em alguns estados uma estrutura distrital de centros de saúde e postos de higiene, em lugar das antigas inspetorias especializadas (FARIA, 2007:62).

4.2.5 - IAPs e a maior demanda por assistência médica

Entre 1934 e 1945, a gestão Capanema no MES caracterizou-se pela separação entre saúde pública e assistência médica, a primeira marcada pela atualização da agenda rural, e a segunda pelo foco da política social varguista, centrada no trabalhador organizado inserido

no ambiente urbano e industrial (HOCHMAN, 2001:147). Tal política dualista, estabelecida no âmbito da assistência à saúde, teria desdobramentos que se estenderiam até o início da década de 1990, como abordaremos no capítulo seguinte.

Considerada o marco inaugural da política previdenciária nacional, a promulgação da Lei Eloy Chaves em 1923[94], permitindo a constituição de uma Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP) para cada uma das empresas ferroviárias existentes no País, tornou-se o modelo de proteção social antes mesmo do regime varguista. Como condicionante da apresentação e votação da proposta de lei, por exigência dos representantes da elites agro-exportadora, foram excluídos de seu alcance os trabalhadores rurais, os quais somente teriam acesso aos benefícios previdenciários na década de 1970. Em 1926, seguiu-se a criação das CAPs dos estivadores às dos ferroviários; na ocasião, tratavam-se das duas melhor organizadas categorias profissionais, diretamente ligadas à política de exportação.

Organizadas por empresas, as CAPs não contavam com a participação do Estado[95], financiando-se a partir de contribuições mensais dos empregados, equivalentes a 3% dos respectivos vencimentos, e aportes anuais das empresas, correspondendo a 1% de sua renda bruta, além de outras rendas. As CAPs seriam dirigidas por um Conselho de Administração, presidido pelo superintendente ou inspetor geral da respectiva empresa, mais o caixa e o pagador da mesma, além de dois outros empregados eleitos pelo pessoal ferroviário.

Esse último aspecto reforça a visão de alguns autores quando abordam o tema da criação das CAPs, creditando-a a uma antecipação paternalista das elites visando uma fração social específica. Outros autores afirmam tratar-se de uma resposta às demandas dos trabalhadores, levando-se em conta a capacidade de mobilização demonstrada nas greves nacionais de 1917 e 1919, e o temor das elites capitalistas quanto ao avanço das idéias socialistas no seio das massas proletárias. De qualquer modo, esse é um assunto cuja discussão não cabe nesse momento, não se enquadrando no escopo do presente trabalho, cumprindo apenas salientar que o modelo foi adotado em larga escala no território nacional, chegando-se ao número de 183 CAPs existentes no País em 1937 (GIAMBIAGI, 1997:9).

---

[94] Decreto Legislativo nº 4.682, de 24/01/1923.

[95] A maioria dos autores menciona a participação do Estado como agente financiador das CAPs, mas a simples leitura da Lei Eloy Chaves, em seu artigo 3º, onde se definem as fontes de receita que formarão os fundos da Caixa, faz cair por terra essa afirmação.

O regime varguista, logo após sua instalação formal, inovou com a constituição de um ministério específico para tratar das questões relativas ao trabalho, ainda que restrito ao âmbito das profissões reconhecidas, remetendo-nos à reflexão sobre a concessão dos direitos sociais no Brasil. Se no primeiro período republicano baniu-se o voto censitário e estabeleceu-se o voto universal como direito de cidadania, aí excluídos os analfabetos, os militares, os religiosos, os vagrantes e as mulheres, as quais somente viriam a conquistá-lo em 1932, os direitos sociais eram praticamente desconhecidos, com a exceção anteriormente comentada da criação das CAPs e de algumas outras profissões elitizadas, limitadas ao ambiente urbano.

O modelo das CAPs encontrava críticas por conta de sua grande fragmentação e reduzido número de participantes, resultando em sua inviabilidade financeira nas empresas menores; além disso, atingia apenas uma parcela restrita da massa de trabalhadores urbanos. O governo revolucionário almejava, de forma já expressa na plataforma eleitoral da Aliança Liberal, a ampliação das estruturas de proteção social e sua extensão a um maior número de trabalhadores, todavia mediadas pelo vínculo ocupacional a uma das profissões reconhecidas. A partir de 1933, iniciou-se a constituição de um novo modelo institucional previdenciário, fundado na recém-criada estrutura vertical denominada Instituto de Aposentadoria e Pensões, IAP.

Contrapondo-se às CAPs, os IAPs seriam organizados por categoria profissional e teriam caráter nacional, com contribuição e administração tripartite, envolvendo Estado, patrões e empregados. A contribuição do Estado adviria de uma quota de previdência de 2% gravada sobre os serviços prestados no âmbito do IAP em questão, a ser paga pelo público. Como exemplo, no caso do transporte de cargas e passageiros por via marítima, fluvial ou lacustre, incidiria a sobretaxa de 2% sobre as tarifas cobradas pelas empresas de navegação, transferindo-se o ônus aos usuários dos serviços.

Ao longo do tempo, esse arranjo acabou limitado às contribuições das empresas e de seus trabalhadores, compulsoriamente descontadas de seus pagamentos, furtando-se o Estado de aportar recursos para formar o fundo a partir do qual se pagariam os benefícios futuros, constituído, como no caso das CAPs, sob a lógica de repartição simples (GIAMBIAGI, 1997:10). Ao contrário, em várias ocasiões, como no regime militar após o golpe de 1964, ao invés de acumulados para constituir um lastro atuarial, os superávits previdenciários foram utilizados para a construção de obras faraônicas pelo Estado, sem a devida cobertura

legal, reposição ou preocupação para com as implicações futuras, explicando, ao menos em parte, o desequilíbrio financeiro vivenciado pela previdência oficial desde então.

É desnecessário adiantar-se tanto para exemplificar o papel desempenhado pelos IAPs como "principal sócio do Estado"; ainda na era Vargas, os próprios decretos de criação impunham aos IAPs, a subscrição de títulos do Tesouro e ações preferenciais de empresas estatais na composição de seus fundos, como a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), a Companhia Hidro Elétrica do São Francisco (CHESF), a Companhia Nacional de Álcalis (CNA) e a Fábrica Nacional de Motores (FNM). Mais tarde, o decreto que criou o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico, BNDE[96], obrigava as instituições previdenciárias a concederem empréstimos em montantes fixados pelo Ministério da Fazenda (BATICH, 2004:33).

Por outro lado, em regimes de exceção, como foi o primeiro período varguista e seria mais tarde a ditadura militar, inexistiam meios para pressionar o Estado a contribuir com sua parcela para os fundos previdenciários, muito menos obrigá-lo a respeitar os limites estabelecidos para sua utilização.

Se o Estado se eximia do financiamento, não abria mão de controlar política e administrativamente os IAPs. Cada instituto seria dirigido por um presidente, "*escolhido entre cidadãos brasileiros versados em questões sociais*"[97], de livre provimento do presidente da República, assistido por um conselho composto de seis membros[98] nomeados por decreto referendado pelo ministro do trabalho, indústria e comércio. Dois tirados da classe dos empregados, dois da dos empregadores e dois de livre escolha do governo, sendo que a nomeação dos representantes dos empregadores somente poderia recair nos diretores ou principais administradores de empresas, todos demissíveis *ad nutum*[99]. Pela via da distribuição de postos de comando do sistema previdenciário às lideranças sindicais, deu-se o atrelamento da burocracia sindical ao Estado e sua submissão política ao MTIC, garantindo-lhe o controle absoluto dos IAPs já anteriormente ao golpe de 1937.

---

[96] Lei nº 1.628, de 20/06/1952, art. 7º, inciso III.
[97] Decreto nº 22.872, de 29/06/1933, art. 73, § 1º.
[98] A composição dos conselhos sofreu mudanças e variações ao longo da criação dos IAPs.
[99] Decreto nº 24.077, de 03/04/1934, art. 3º, § 1 a 3.

Em 1933 instalou-se o primeiro IAP, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos[100], certamente com vistas a beneficiar uma classe trabalhadora importante para o escoamento dos produtos agrícolas brasileiros, notadamente o café, ainda a base econômica nacional. Na seqüência, surgiram o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários, IAPC[101], o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários, IAPB[102], o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários, IAPI[103], o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado, IPASE[104], o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas, IAPTEC[105], e o Instituto de Aposentadoria e Pensões da Estiva, IAPE[106].

Mesmo durante o período de instalação dos IAPs, foram criadas outras CAPs, ou incorporaram-se categorias funcionais às CAPs existentes. No entanto, ainda em 1935, o Conselho Nacional do Trabalho determinou o início do agrupamento dessas instituições:

> (...) correspondendo à necessidade imperiosa de resolver o problema das Caixas de Aposentadorias e Pensões de pequenas empresas, dotadas de reduzidíssimo número de empregados (...) determinou (...) após demorado estudo, a fusão e a incorporação dessas instituições que passarão a ser agrupadas por Estados.[107]

O que se viu, ao longo da década de 1930, foi um processo de fusões, resultando em uma expressiva diminuição do número de CAPs, algumas migrando para IAPs, outras sendo transformadas em IAPs. Já no segundo governo Vargas, todas as caixas remanescentes seriam aglutinadas em uma caixa única, a CAPFESP, Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos[108], a qual seria transformada mais tarde no IAPFESP[109].

---

[100] Criado pelo Decreto nº 22.872, de 29/06/1933.
[101] Criado pelo Decreto nº 24.272, de 21/05/1934.
[102] Criado pelo Decreto nº 24.615, de 09/07/1934
[103] Criado pela Lei nº 367, de 31/12/1936.
[104] Criado pelo Decreto-Lei nº 288, de 23/02/1938.
[105] Criado pelo Decreto-Lei nº 651, de 26/08/1938.
[106] Criado pelo Decreto-Lei nº 651, de 26/08/1938, teve sua denominação alterada para Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Operários da Estiva pelo Decreto-Lei nº 1.355, de 19/06/1939, posteriormente incorporado ao IAPTEC pelo Decreto-Lei nº 7.720, de 09/07/1945.
[107] Brasil, Relatório do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, 1935:41.
[108] Criada pelo Decreto nº 34.586, de 12/11/1953.
[109] Lei nº 3.807, de 26/08/1960: a CAPFESP Caixa de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários e Empregados dos Serviços Públicos passou a denominar-se IAPFESP, Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários e Empregados dos Serviços Públicos.

Note-se que os IAPs articulavam-se em torno de profissões, ou grupos de profissões, bem definidas e reguladas pelo Estado. Se o direito às férias fora reconhecido pelo Congresso, vindo somar-se ao seguro por acidentes de trabalho, e agora aos novos benefícios de aposentadoria, assistência médica e outros benefícios, tais direitos sociais somente seriam acessíveis mediante a apresentação da Carteira de Trabalho[110], documento de concessão restrita aos trabalhadores das chamadas ocupações "oficiais", reguladas pelo Estado. A apresentação da Carteira de Trabalho, a "*certidão de nascimento cívico*" como a denomina Santos (1987:69), tornou-se a chave para abrir a porta de acesso aos serviços ou benefícios sociais. Essa exclusão planejada é definida por Santos como *cidadania regulada*:

> Por cidadania regulada entendo o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei. A extensão da cidadania se faz, pois, via regulamentação de novas profissões e/ou ocupações, em primeiro lugar, e mediante ampliação do escopo dos direitos associados a estas profissões, antes que por expansão dos valores inerentes ao conceito de membro da comunidade. A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei. Tornam-se pré-cidadãos, assim, todos aqueles cuja ocupação a lei desconhece (SANTOS, 1987:68).

Em um Estado policial como o instalado após o golpe de 1937, a posse da Carteira de Trabalho assumiu a conotação simbólica da correção, dignidade e obediência à lei, identificando de pronto os cidadãos e separando-os dos pré-cidadãos, ou, melhor dizendo, os não cidadãos. Logo, quem não possuía o documento, por não pertencer a uma das profissões reguladas e não contribuir para a previdência social, tornava-se de imediato suspeito, passível de ser tratado como *vadio* ou *vagabundo* e sujeito a humilhações e arbitrariedades por parte das "autoridades".

Aos trabalhadores rurais, ou mesmo aos trabalhadores urbanos cujas ocupações não se encontravam reguladas legalmente pelo Estado, como as empregadas domésticas, restava a exclusão dos direitos e benefícios, pois qualificavam-se apenas como *pré-cidadãos*, algo que nos remete aos conceitos de não-cidadania da Escola Nina Rodrigues. Como somente os trabalhadores das profissões reguladas poderiam associar-se aos sindicatos, estes constituindo os únicos mediadores aceitos como proponentes de ações trabalhistas perante

---

[110] A Carteira de Trabalho e Previdência Social, CTPS, foi instituída pelo Decreto nº 21.175, de 21/03/1932, e posteriormente regulamentada pelo Decreto nº 22.035, de 29/10/1932.

as Juntas de Conciliação e Julgamento, vê-se claramente que a rede de proteção social armada destinava-se a poucos, configurando-se uma contradição entre plataforma política do varguismo, isto é, a intenção, e a realidade observada. O mesmo mecanismo assegurava a reserva de vagas no mercado de trabalho, de acesso restrito aos trabalhadores formalmente registrados nas profissões reconhecidas.

O gozo de férias era negado aos *pré-cidadãos* (SANTOS, 1987:69), tornando claro que, ao instituir-se os IAPs, futuros responsáveis pela prestação de serviço de assistência médica aos filiados e seus familiares, fazia-se na verdade uma dupla exclusão. Primeiro, separavam-se os trabalhadores rurais dos urbanos, seguindo-se uma nova decupagem para marginalizar os trabalhadores não pertencentes não pertenciam às profissões reguladas pelo Estado. Ainda que restrita ao Distrito Federal, o MESP possuía uma rudimentar estrutura de assistência médica, destinada unicamente para as necessidades dos despossuídos. Nas palavras de Capanema, não interessava ao órgão a condição individual de doença:

> À saúde pública não interessa o caso individual, seja um caso de doença, seja qualquer outra situação especial relativa à saúde ou ao corpo. O caso individual só interessa à saúde pública se puder afetar a coletividade, se for capaz de por a coletividade em perigo. Fora disso, dele não se ocupará a saúde pública (ARQUIVO GUSTAVO CAPANEMA, FGV/CPDOC, GC 34.06.02:VI).

Não só o ministro Capanema entendia assim; os profissionais e dirigentes vinculados ao DNS recusavam-se a abrir mão de uma agenda sanitarista rural e incorporar ações médico-curativas no campo institucional da saúde pública (HOCHMAN, 1999:87).

Se não a saúde pública, se não as CAPs ou os IAPs, então quem se ocupará?

A maior parte da população, portanto não vinculada formalmente pela contribuição a nenhuma instituição, recebia pouca ou nenhuma assistência médica formal: restava-lhe acudir aos poucos serviços de pronto atendimento mantidos pelo poder público nas cidades, recorrer às santas casas de misericórdia, instituições de caráter religioso e caritário presentes no País desde o início da colonização, ou ainda buscar atendimento em outras instituições beneficentes. Na zona rural, apenas presente o controle de endemias, mais ou menos eficiente conforme a capacidade do estado em questão, e raríssimos dispensários médicos. Vejamos na tabela a seguir, a distribuição em 1941:

Tabela VII

Brasil - Unidades Sanitárias por categoria - 1941

UF	DS	CS	PH1	PH2	SP	PE	PI
Acre	7	-	-	-	7	-	-
Amazonas	6	1	-	-	2	-	-
Pará	7	2	-	-	7	-	-
Maranhão	6	1	-	2	4	-	6
Piauí	3	1	-	2	16	-	-
Ceará	4	1	4	6	-	3	2
RG Norte	11	1	-	1	3	-	-
Paraíba	-	1	1	6	13	-	-
Pernambuco	10	4	-2	13	32	-	4
Alagoas	10	1	-	4	-	-	-
Sergipe	7	1	-	-	6	-	-
Bahia	10	3	-	11	44	4	-
Espírito Santo	7	1	1	5	1	2	1
Rio de Janeiro	11	2	3	-	57	-	-
D. Federal	15	15	-	-	-	-	-
São Paulo	93	7	2	8	77	-	-
Paraná	6	1	1	17	30	-	-
Santa Catarina	7	1	4	2	-	-	-
RG Sul	88	5	35	32	-	-	-
Minas Gerais	26	1	-	25	-	4	-
Mato Grosso	9	1	-	-	-8	-	-
Goiás	7	-	1	6	-	-	-
Total	350	54	54	140	304	13	13

Fonte: Barros Barreto, 1942:209

Os Centros de Saúde (CS) deveriam realizar controle de doenças transmissíveis agudas, tuberculose, lepra, doenças sexualmente transmissíveis, proteção médico-sanitária da gestante e da criança, saneamento e polícia sanitária das habitações, cuidar da higiene, do trabalho e da alimentação, bem como realizar exames médicos periódicos. Para tanto, cada CS deveria contar com cinco médicos, cinco enfermeiras ou visitadoras; para 54 CSs no País, teríamos assim 270 médicos e outro tanto de enfermeiras ou visitadoras para dar conta de uma população de 41 milhões de habitantes, ou um pouco mais de 150 mil habitantes por médico, considerando-se a média nacional.

Os Postos de Higiene de Primeira Classe (PH1), deveriam ser responsáveis pelas mesmas atividades, mas com menor número de pessoal, enquanto os Postos de Higiene de Segunda Classe (PH2), corresponderiam ao que Barreto denominava de "*country health unity*", isto é, médico, visitadora, escrevente-microscopista, guarda ou inspetor sanitário, servente. Não havendo a figura da visitadora, a unidade seria categorizada como Sub-Posto (SP). Os Postos Especializados (PE), cumpriam uma atividade específica, como o tratamento da bouba ou tracoma, enquanto os Postos Itinerantes (PI), eram móveis e independentes (BARROS BARRETO, 1942:207).

E qual o tratamento dado aos profissionais pertencentes às ocupações relacionadas ao segmento da saúde? Os empregados de farmácias, drogarias, hospitais, casas de saúde, policlínicas, consultórios, estabelecimentos fisioterápicos, instituições e associações de caridade, de beneficência, literárias ou culturais, fundações, instituições ou ordens religiosas eram considerados associados obrigatórios do IAPC, enquanto os empregados da indústria farmacêutica eram considerados associados obrigatórios do IAPI[111]. Inexistia previsão para a livre associação de profissionais liberais aos IAPs.

Claramente, o acesso aos direitos sociais na Era Vargas não foi pautado por princípios universalistas; a regulação das profissões, significando o acesso ou não aos direitos sociais, dava-se via burocracia estatal, portanto esta controlava também a expansão desses mesmos direitos e a estrutura de sua concessão, resultando, por sua vez, em diferentes graus de acesso. Variando a capacidade de contribuição tanto das empresas quando dos empregados de instituto para instituto, variava também a cesta de benefícios oferecida, bem como a acessibilidade, a distribuição no território nacional e a qualidade dos serviços disponíveis, notadamente o que diz respeito à assistência médica.

A capacidade organizativa e de mobilização de cada categoria profissional passou a constituir o elemento fundamental para a expansão dos direitos previdenciários. As categorias com maior peso no processo produtivo foram as primeiras a alcançar os benefícios dos IAPs, acentuando a característica de iniqüidade do sistema. A partir dessa constatação, os movimentos sociais pós-1933 pelo acesso à saúde, traduziram-se em lutas das categorias profissionais pela inclusão no rol governamental e pelo acesso diferenciado aos benefícios previdenciários. De um lado, as novas categorias profissionais surgidas pela

[111] Decreto-Lei nº 627, de 18/08/1938.

divisão social do trabalho passaram a pleitear o reconhecimento profissional, enquanto as categorias já arroladas orientam suas demandas pela melhoria de sua posição na escala de distribuição dos benefícios.

Nessa situação de recursos diferenciados da estrutura previdenciária, a burocracia sindical encontraria meios de integrar-se ao sistema de cidadania regulada, visto a obtenção de recursos diferenciais de poder exigir a manutenção de um sistema estratificado de cidadania, favorecendo as disputas corporativas pelo acesso à assistência médica, dessa forma escamoteando as lutas sociais por políticas universalizantes de saúde. O desenvolvimento institucional da política de atenção médica deu-se então de forma articulada aos interesses organizados do mundo do trabalho e das suas instituições de proteção social, portanto de forma não homogênea em nível nacional por conta das disparidades regionais. Os sistemas de controle sindical e de distribuição de benefícios previdenciários e de assistência médica, passam a ser mediados pela cidadania regulada a partir dos anos 1930, à cuja lógica estariam doravante atreladas as lutas por saúde de caráter corporativo (LIMA, 2006).

A exemplo do ocorrido com as primeiras CAPs, os serviços de assistência médica previdenciária seriam providos por meio da contratação de prestadores autônomos ou institucionais, ingressando no circuito corporativo e tornando-se um bem financiado e consumido por grupos específicos (HOCHMAN, 1999:91).

Se cresceram pressões para o aumento da oferta de serviços de assistência médica pela via da ação sindical, nota-se a ausência das antigas elites médicas, das antigas instituições de representação corporativa no centro das discussões. Não obstante, mesmo com seu poder e representatividade obscurecidos, concomitantemente às pressões sindicais, havia uma pressão da fração assistencialista da chamada "classe médica" para um maior consumo de consultas, internações e outros procedimentos médicos, a qual tenderia a crescer pelas próximas décadas, novamente contrapondo-se aos movimentos sanitaristas.

Não obstante a separação entre a saúde pública e as práticas assistenciais previdenciárias individuais, seria por meio do Serviço Nacional de Tuberculose que se estabeleceria a primeira interação entre a medicina previdenciária e a saúde pública. Patologia de forte incidência entre a população trabalhadora urbana, a tuberculose teria seu combate inviabilizado se conduzido sob orientações, instituições e profissionais diferentes. Mesmo

lento e demorado, esse encontro entre as práticas curativas individuais com as de caráter coletivo permitiu a aproximação entre os dois pólos (HOCHMAN, 2001:142).

4.2.6 - Presença norte-americana nos serviços de saúde pública

Durante o primeiro governo Vargas, e mesmo em função das características singulares do período, em decorrência da Segunda Guerra Mundial, ocorreu um incremento da participação de pessoal norte-americano na montagem se serviços de saúde em território nacional. Vinculados ao MESP e atuando predominantemente em área rural, foram eles, à saber, o Serviço Nacional de Febre Amarela, o Serviço de Malária do Nordeste, e o Serviço Especial de Saúde Pública. Com o alinhamento brasileiro aos interesses norte-americanos, a partir do início de 1942, também o modelo de produção de serviços de saúde passaria a sentir sua influência, a qual se tornaria dominante, embora de modo menos abrupto do experimentado por outros aspectos do quotidiano nacional.

Presente no Brasil desde 1915, a Fundação Rockefeller criara o Serviço de Febre Amarela em seguida à epidemia da doença ocorrida em 1928 na Capital Federal. Em convênio com o governo brasileiro, a entidade evoluiu via instalação de postos em áreas rurais de grande infestação, tornando-se nacional em 1931. Com recursos da fundação, um laboratório destinado a estudos histopatológicos e à produção da vacina antiamarílica foi construído e equipado em 1935 no IOC. O órgão atuava de forma independente, não subordinado às estruturas centrais, respondendo nominalmente somente ao ministro da saúde, e a partir de 1937 passou a denominar-se Serviço Nacional de Febre Amarela. João de Barros Barreto, então diretor do DNS, lamentou o fato, julgando-o ”*um precedente de conseqüências imprevisíveis*" (FONSECA, 2007:182).

Em 1939 foi criado o Serviço de Malária do Nordeste, em resposta aos surtos epidêmicos da doença ocorridos desde o início da década na região nordestina. Formalmente uma parceria do governo federal com a Fundação Rockefeller, o órgão gozava de independência de ação, sendo a gestão conduzida de forma semelhante ao anteriormente comentado.

A terceira organização, o Serviço Especial de Saúde Pública, (SESP), criado durante a Segunda Guerra Mundial, merece um comentário mais detalhado por conta das características peculiares de sua origem, sua polêmica atuação e longeva existência, quase meio século.

Suas raízes remontam à criação, em agosto de 1940, do Escritório de Assuntos Interamericanos, OCIAA na sua sigla original, (*Office of the Coordinator of Inter-American Affairs*), ou "*Rockefeller Shop*", órgão subordinado ao Conselho de Segurança Nacional dos EUA, coordenado por Nelson Aldrich Rockefeller e peça chave da política de boa-vizinhança do governo Roosevelt. Após a entrada efetiva dos Estados Unidos na guerra, e a declaração de alinhamento brasileiro aos EUA em janeiro de 1942, durante a III Conferência de Consulta dos Chanceleres Americanos no Rio de Janeiro, ocorreria, em março de 1942, em função das necessidades norte-americanas de matérias-primas e de aliados, a criação do Instituto de Assuntos Inter-Americanos (*Institute of Inter-American Affairs*, IAIA na sua sigla em português), como uma corporação sob as leis do estado de Delaware[112].

O IAIA subordinava-se ao OCIAA e tinha como missão implementar os acordos diplomáticos celebrados dois meses antes entre os Estados Unidos e a maioria dos países latino-americanos, durante a conferência de chanceleres no Rio de Janeiro. Figurava entre seus principais objetivos a criação de organizações de cooperação bilateral nos ministérios da saúde das nações latino-americanas signatárias dos acordos, visando promover melhoramentos na saúde pública e nos serviços rurais de saúde[113]. Conhecidas como "*servicios*" (CRAMER e PRUTSCH, 2006:793), as organizações deveriam ser estruturadas nos países anfitriões com pessoal local e norte-americano, aos quais caberia a direção[114].

No Brasil, a organização denominou-se Serviço Especial de Saúde Pública, (SESP), constituída por um "*Acordo entre os Estados Unidos da América e os Estados Unidos do Brasil sobre saúde e saneamento*", assinado no Rio de Janeiro em 17 de julho de 1942. A instituição subordinava-se diretamente ao Ministério de Educação e Saúde, porém sob a

---

[112] The National Archives, Records of US Foreign Assistance Agencies, Record Group 469;
469-5 Records of the Institute of Inter-American Affairs, disponível em <http://www.archives.gov/research/guide-fed-records/groups/469.html#469.5> cons. 25/10/07.

[113] Os acordos sanitários celebrados a partir da reunião de chanceleres no Rio de Janeiro originaram-se das políticas de saneamento para o hemisfério acordadas a partir de 1902 com a constituição da Oficina Sanitária Internacional, posteriormente Oficina Sanitária Pan-Americana, atual Organização Pan-Americana da Saúde. Entre 1902 e 1936, a instituição teve como diretores os ocupantes do cargo de cirurgião-geral dos EUA. O cirurgião-geral (*Surgeon General*), é o chefe do *US Public Health Service Commissioned Corps*, um dos sete serviços uniformizados dos EUA, e tem o posto de Vice-Almirante. O cargo é de livre provimento do presidente norte-americano, devendo a indicação ser referendada pelo Senado.
Sua denominação atual é Organização Pan-Americana da Saúde.

[114] Argentina e Cuba não participaram do programa.

direção de um médico do *Institute of Inter-American Affairs*[115]. A Fundação Rockefeller retirou-se formalmente do Brasil no mesmo ano, antes garantindo a passagem de suas atividades para o novo órgão, mantido seu financiamento à distância, embora na prática a fundação tenha continuado com atividades de consultoria no País, como no caso da ameaça de re-infestação do vetor da malária no nordeste, em 1943-44 (CAMPOS, 1999:616).

Lembremos, porém, que o SESP subordinava-se ao Instituto de Assuntos Inter-Americanos, este ao Escritório do Coordenador de Assuntos Inter-Americanos, chefiado por Nelson Aldrich Rockefeller, neto de John D. Rockefeller e do senador Nelson Aldrich, herdeiro da Fundação Rockefeller e criador do IAIA. Assim nos parece que a mudança foi somente na denominação do órgão, permanecendo o comando por via indireta da Fundação Rockefeller, a qual, como vimos, constituía-se na principal financiadora do *Council on Foreign Relations*.

João de Barros Barreto, diretor do DNS, foi contrário à criação do SESP, assim como fora contrário à criação do Serviço Nacional de Febre Amarela. Barreto, lembremos, executara as reformas centralizadoras do MESP, fora bolsista nos Estados Unidos e estava ciente dos métodos a serem aqui empregados; julgava existir competência local para tanto, alegando que o novo órgão assumiria funções que caberiam ao DNS. Sua objeção contra a existência de uma agência com estrutura administrativa paralela, fora do alcance de sua autoridade, é perfeitamente passível de entendimento, embora não se possa esquecer a pressão exercida pelo governo norte-americano sobre a administração Vargas, e a pairante ameaça de ocupação do nordeste brasileiro por uma força invasora norte-americana (CAMPOS, 2006:56-58). Mas a questão em pauta transcendia à simples competência ou não da equipe brasileira, configurando-se como questão de Estado, o que talvez não fosse percebido por Barreto.

Entre os objetivos inicialmente traçados para o SESP, incluíam-se ações de estudo e profilaxia da malária, bem como as de assistência médico-sanitária no Vale do Amazonas, visando incrementar a produção local de borracha, matéria-prima vital para o esforço de guerra norte-americano, tendo em vista a interrupção de fornecimento a partir das plantações da Malásia, Ceilão e Indonésia, ocupadas por tropas japonesas. Além dessas, incluíam-se as ações de preparo de profissionais para o trabalho em saúde pública, incluindo médicos, engenheiros sanitaristas, enfermeiras de saúde pública e outros técnicos,

[115] Texto do acordo disponível em <http://untreaty.un.org/unts/1_60000/3/17/00004845.pdf>, consulta em 25/10/2007.

entre outras atribuições, cujos encargos seriam suportados via créditos do governo norte-americano por meio de seu *Eximbank*.

Embora entre as atividades acordadas não se fizesse menção quanto ao saneamento dos locais onde se instalariam bases militares norte-americanas, entre Recife e Belém, estas se contaram entre as primeiras ações do SESP; foram construídos "enclaves sanitários", de forma a salvaguardar a saúde dos militares dos EUA (CAMPOS, 2006:93-108). Posteriormente, tais atividades foram estendidas em 1943 para a região do Vale do Rio Doce[116], incluindo ações gerais de saúde e saneamento, profilaxia e estudo da malária, instalação de serviços de água e esgotos e de um posto de saúde modelo em cidades da região; pretendia-se explorar as jazidas de minério de ferro outorgadas à *Itabira Iron Ore Company* (CAMPOS, 2006: 173-9). Em março de 1942 fora assinado um acordo entre os governos britânico e brasileiro para a cessão não onerosa dos direitos da antiga concessionária, detentora das minas de Itabira, em Minas Gerais, originando-se então a Companhia Vale do Rio Doce.

Ainda em 1943, o SESP participou do Programa da Mica do IAIA, destinado a extrair mica e quartzo das jazidas de Minas Gerais e Goiás para utilização em rádios e radares, programa encerrado tão logo findou o esforço de guerra (CAMPOS, 2006:181-5).

Os acordos de cooperação celebrados, previstos para vigirem durante o período do conflito, ganharam sobrevida por meio de sucessivos aditamentos e prorrogações, promovendo-se, dadas as injunções jurídicas, a transferência das responsabilidades legais da instituição para um titular brasileiro[117]. Findo o conflito, encerrado o período varguista e extinto o IAIA, com a incorporação de suas atividades à esfera de competência do Departamento de Estado, porém agora vivendo-se a conjuntura internacional da Guerra Fria, o SESP conseguiu sobrevida por conta do Ponto Quatro[118], a nova matriz de ajuda externa do presidente norte-americano Harry S. Truman (1945-1953). De prorrogação em prorrogação, chegou-se à última, vincenda em 30 de junho de 1960, encerrando-se finalmente o programa de cooperação técnica entre o Brasil e os EUA (CAMPOS, 2006:193-205).

Nesse interregno, o SESP expandiu suas atividades para outras unidades federativas nordestinas, chegando ao Vale do São Francisco, posteriormente atingindo o Rio Grande do

---

[116] Decreto-Lei nº 5.592, de 18/06/1943.
[117] Decreto-Lei nº 7.064, de 22/22/1944.
[118] *Point Four - Cooperative Program for Aid of Economically Underdeveloped Areas*.

Sul, Espírito Santo, São Paulo, Rio de Janeiro, Santa Catarina, espalhando-se finalmente para todo o território nacional, já transformado em Fundação SESP. Somente em 1990 o órgão seria finalmente extinto, integrando-se à Fundação Nacional da Saúde (BASTOS, 1996:493).

Por conta da influência norte-americana e de sua autonomia com relação ao MESP, o modelo de atenção sanitária integral e horizontalizado do SESP diferia do modelo verticalizado adotado pelos órgãos governamentais. Desde o início, e por força do acordo bilateral celebrado, o SESP preconizava o exercício da medicina curativa paralelamente à preventiva, criticando o caráter exclusivamente preventivista das unidades sanitárias de então, por considerá-lo contrário à realidade brasileira. A prática mais abrangente, conjugando medicina preventiva e curativa, nos parece também mais adequada para atender às necessidades de uma parcela da população excluída da cobertura proporcionada pelo sistema previdenciário varguista, de caráter subordinado à cidadania regulada. Orientadas para desempenhar as atividades sanitárias básicas, compreendendo assistência médica, educação sanitária, saneamento do meio e controle de doenças transmissíveis, as unidades do SESP, em que pesem as críticas em contrário, desempenharam importante papel na constituição dos serviços públicos de saúde durante o Estado Novo (HOCHMAN, 1999:89).

4.2.7 - A USP e a disseminação do ideário flexneriano

No primeiro período varguista, a produção do conhecimento médico e sua prática ainda ocorriam sobretudo sob a influência do modelo clínico francês, mas já se notava, principalmente em São Paulo, a influência norte-americana. O Relatório Flexner, estudo financiado pela *Carnegie Foundation* a pedido da *American Medical Association* e publicado em 1910, produzira transformações no ensino e na prática da medicina nos Estados Unidos (HIATT, 1999:18), resultando em um modelo a ser exportado para todo o continente americano e outras terras onde alcançasse a influência dos EUA.

O novo modelo baseava-se na racionalidade científica, focalizando o ensino das disciplinas biológicas e das práticas laboratoriais, visando gerar conhecimentos a serem acoplados às habilidades adquiridas na prática (BECK, 2004:2139). Flexner inspirara-se parcialmente no sistema de ensino alemão, deixando de lado os ensinamentos de Virchow quanto aos fatores econômicos e sociais como condicionantes da doença, fixando-se apenas nos

aspectos do reducionismo científico. Todavia, sua implantação no Brasil ainda estava longe de se concretizar (FERREIRA, 1999b:181). Um dos motivos da resistência consistia na exigência de dedicação integral e exclusiva para os professores das cadeiras básicas e do ensino clínico, abrindo mão de sua atividade consultiva e dedicando-se exclusivamente à vida acadêmica, prática que não encontrava eco no Brasil.

Assim, pode-se afirmar que o modelo de atenção à saúde tinha fortes traços europeus, mas já começava a sofrer as influências norte-americanas que o transformariam profundamente nas décadas seguintes.

No capítulo anterior analisamos a aproximação da Fundação Rockefeller com a então Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, e as tratativas, intermediadas por Arnaldo Vieira de Carvalho, para introduzir na América do Sul uma instituição modelar voltada para o ensino da medicina experimental, segundo critérios instituídos a partir da doutrina Flexner, objetivando a sua posterior difusão para o restante do País e do continente sul-americano. A estratégia adotada pela fundação em todo o mundo consistia em encontrar uma instituição "adequada", aberta às suas influências, bem como pessoas que pudessem servir de "sementes iniciais". Deveriam possuir destaque e influência no meio científico local, passíveis de serem convencidas a absorver, reproduzir e difundir, não só o modelo flexneriano, mas os próprios valores da sociedade norte-americana, de modo a desempenhar um papel vital nos objetivos de longo prazo da fundação.

Marinho nomeia de decisivo o período de 1918 a 1925 para a adoção do modelo flexneriano trazido pela Rockefeller, marcado pela limitação do número de alunos - *numerus clausus*, tempo integral para os docentes das cadeiras básicas, com aumento do trabalho de laboratório, departamentalização das disciplinas e vinculação do ensino clínico à um hospital escola. A morte de Vieira de Carvalho em 1920 trouxe sobressaltos às negociações em curso, porém retomadas em tempo de garantir a adoção do modelo pela faculdade, e o recebimento de US$ 1 milhão, utilizados na construção de suas novas instalações e equipamento de seus laboratórios e anfiteatros. As tratativas somente se viabilizaram, garante Marinho, pelo empenho de Ernesto de Souza Campos. Em 1931, inaugurado o conjunto de edificações, o modelo flexneriano encontrava-se firmemente instalado, restando construir o Hospital das Clínicas, cujas obras, iniciadas em 1938, concluíram-se em 1944, como contrapartida do estado às dotações recebidas (MARINHO, 2001:61-65).

Entre o término das construções em 1931 e a constituição da Universidade de São Paulo em 1934, período coincidente com a fase mais crítica da depressão americana pós-crise de 1929, a relação da Faculdade de Medicina de São Paulo com a Fundação Rockefeller arrefeceu, reduzindo-se o auxílio financeiro a poucas bolsas de estudo, com várias negativas a solicitações de recursos extranumerários para contratação de professores, ampliação de cursos e outros. Parte da explicação está na própria crise financeira norte-americana, parte na revisão do foco de interesse da fundação, agora localizado na implantação e manutenção de grupos de pesquisa na área de ciências naturais, em torno da física e das ciências biomédicas (MARINHO, 2001:66-76).

A fundação, firmemente acomodada na sela e bem estribada, poderia controlar a Faculdade de Medicina sem maiores investimentos. Não haveria recuo na adoção do modelo flexneriano; a incorporação ao *ethos* da escola do desejo de tornar-se uma autêntica *Rockefeller's School*, a melhor do continente, a faria esmerar-se na obediência ao cânone rockefelleriano. Cumpria agora disseminar o modelo por outras instituições, outros grupos de pesquisa, sem a necessidade imediata de reorganizar estruturas acadêmicas de ensino médico. A USP seria o próximo alvo.

Nesse novo padrão de relacionamento da Rockefeller com a USP, em especial durante seu período de intensificação nas décadas de 1940 e 1950, Marinho destaca como fulcrais as figuras de Ernesto de Souza Campos e Zeferino Vaz no trabalho de implantação e difusão das propostas da fundação, ambos identificados com o ideário e aderentes tanto à causa da ciência como aos valores da sociedade norte americana, o que nunca se furtaram de fazer publicamente (MARINHO, 2001:4-5).

Souza Campos formara-se engenheiro pela Escola Politécnica de São Paulo antes de ingressar na primeira turma da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, graduando-se com louvor, como o melhor aluno do curso. Bolsista da Fundação Rockefeller na Universidade Johns Hopkins, ingressou no Instituto Oswaldo Cruz em seu regresso ao Brasil, para tornar-se depois catedrático da Faculdade de Medicina de São Paulo. Dela seria mais tarde diretor, e por breve período, ministro da educação e saúde do governo Eurico Gaspar Dutra (1946-1951). Seu profundo envolvimento e identificação com os valores da sociedade e da cultura norte-americanos reflete-se na criação de instituições como o Rotary Club e a União Cultural Brasil-Estados Unidos, organizações dedicadas à essa missão.

Essa militância refletiu-se em sua visão da universidade, decalcada das instituições norte-americanas que visitou, e presente desde o projeto original da faculdade de medicina paulista, também inspirado nas idéias de Souza Campos, pois era engenheiro formado. Transcendendo a estrutura didático-acadêmica, as instalações tinham imponência e grandiosidade, com infra-estrutura contando com biblioteca, teatro, centro esportivo com ginásio, piscina, quadras de tênis, estádio e amplas áreas de lazer, mais tarde reproduzidas e ampliadas quando do projeto do novo campus da USP, que viria a ser a Cidade Universitária. Criador e presidente da Comissão de Pesquisa Científica e da Comissão para a Construção da Cidade Universitária, Souza Campos acumulava enorme poder e trânsito político e no meio científico, o que lhe valeu, já na velhice, a visita em sua casa do então presidente da Fundação Rockefeller, o ex-secretário de Estado norte-americano, Dean Rusk, para, em nome da instituição, agradecer seu trabalho em prol do bom relacionamento das duas instituições (MARINHO, 2001:97).

Zeferino Vaz é considerado pela autora como o herdeiro de Souza Campos; também graduado pela Faculdade de Medicina de São Paulo, na qual ingressou em 1926. Iniciando a carreira docente pela Faculdade de Medicina Veterinária em 1935, tornou-se seu diretor em 1938, no mesmo ano ingressando no Conselho Universitário da USP, cargo que ocupou por 27 anos e assegurou-lhe visibilidade e trânsito na comunidade científica nacional e internacional, determinantes para sua aproximação com a Fundação Rockefeller e a futura implantação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (MARINHO, 2001:98-107).

A atuação de Zeferino Vaz, nos esclarece Marinho, deu-se de forma privilegiada a partir de suas articulações no Conselho Universitário, coincidindo com o período de estreitamento das relações entre a USP e a Fundação Rockefeller, por meio da seleção de pesquisadores, apoio a grupos de pesquisa, fornecimento de recursos para a compra de equipamentos e a instalação de infra-estrutura destinada à pesquisa científica, bem como a concessão de bolsas de estudo, subsídios para a aquisição de bibliografia especializada, financiamento de viagens de estudos. A partir de São Paulo, a fundação ampliou sua atuação e difundiu seu modelo para outros estados, sempre obedecendo a critérios estratégicos e racionais de seleção e identificação dos espaços institucionais e dos atores com os quais se associava (MARINHO, 2001:3-4, 34, 111). No futuro, o trabalho conjunto de Zeferino Vaz e da Fundação Rockefeller se faria sentir na fundação e implantação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

4.2.8 - Resumo da saúde no período varguista

De forma a consolidar as características da saúde no primeiro período varguista, percebe-se que, ao contrário de uma ruptura com a agenda sanitarista da Primeira República, ocorreu uma absorção e continuidade, mantendo-se a ênfase das políticas federais de saúde pública focalizada no combate às grandes endemias rurais e epidemias, porém incorporando o caráter de organização, centralização, burocratização e profissionalização das atividades de saúde pública ligadas ao MESP, levando ao maior nível de regulação sobre os estados.

As novas atividades exigem a formação de uma elite sanitarista no interior do próprio aparelho de estado, a qual ocupará os cargos diretivos na estrutura central ou nos estados. Será mantido o papel da saúde na construção da nacionalidade. mas agora uma nacionalidade submissa, notadamente após 1942, com a inclusão definitiva do País na órbita política dos EUA. Cresce a participação norte-americana nas atividades de saúde pública no território nacional, enquanto avançam, ainda que lentamente, os processos para a disseminação do ideário flexneriano na formação médica e a incorporação de seus princípios na prática clínica. Há uma separação política e institucional entre saúde pública e assistência médica, essa tornada um bem financiado e consumido somente pela parcela da massa trabalhadora regulada pelo Estado e associada à estrutura previdenciária mediada pela cidadania regulada (HOCHMAN, 1999:90).

O período entre 1930 e 1945 testemunhará a solidificação do modelo flexneriano de ensino médico na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Trata-se do ponto de partida de sua futura disseminação nacional e construção de hegemonia, a dar-se no imediato pós-guerra. A partir desse fenômeno, da intensificação da medicina assistencial previdenciária, do crescimento da especialização médica e da assistência hospitalar, estarão presentes os elementos necessários para a implantação do complexo médico-hospitalar no País.

O modelo de atenção médica individual tecnicista e hospitalocêntrico emergirá a partir da implantação do modelo flexneriano de ensino médico, calcado nas práticas laboratoriais conferidoras da necessária aura de cientificidade para vencer as resistências quanto à sua legitimidade, tanto no ambiente profissional médico quanto no nascente proletariado industrial. Este será responsável, via contribuição compulsória, pela construção dos fundos previdenciários a serem utilizados no financiamento da assistência médica individual

resultante da implantação do modelo. O público alvo será suficientemente alimentado com informações de modo a associar "saúde" à assistência médica, e esta ao modelo hospitalocêntrico e cienticista, com ênfase na especialização médica, na indução crescente ao emprego de tecnologia diagnóstica e terapêutica, acoplados ao consumo de insumos farmacêuticos industrializados.

A rigor, pode-se afirmar que as atividades econômicas em torno da saúde nas primeiras quatro décadas do século XX limitaram-se aos programas de combate a endemias, demais atividades de saúde pública implementadas pelos governos federal e estaduais, e às iniciativas de assistência médica, centradas nas instituições de natureza previdenciária e de beneficência/misericórdia. No plano federal, a preocupação com a assistência médica em nível nacional para o tratamento de doenças específicas, como tuberculose, lepra, malária e outras, teve início apenas a partir de meados dos anos 1930; a ênfase encontrava-se na construção de equipamentos hospitalares, não na incorporação de tecnologia. Não se poderia falar em mercado de serviços de saúde, pois todo o aparato industrial e médico-hospitalar era virtualmente inexistente.

A indústria farmacêutica, tal como a conhecemos hoje, dava ainda seus primeiros passos. No período Vargas predominavam os medicamentos industrializados de origem européia, principalmente alemã e francesa, alguns produtos de uso popular já com produção local, mas utilizando-se de princípios ativos importados. Com a incorporação do Brasil à órbita dos EUA, e após o rompimento de relações com os países do Eixo, as indústrias farmacêuticas norte-americanas procurariam apropriar-se do mercado e das marcas desses países, como relata Quintaneiro (2002:141-5). No mais, a produção de medicamentos de uso corrente realizava-se de forma semi-artesanal, na tradição das antigas boticas, mesmo porque as grandes descobertas no campo dos antibióticos, os quais provocariam a chamada "explosão farmacológica", ainda estavam por se fazer (ROZENFELD e RANGEL, 1988:336-8). No campo dos imunizantes, desde o final do século XIX e início do século XX já se fazia a produção de soros e vacinas em vários estabelecimentos governamentais criados para esse fim, como os Institutos Oswaldo Cruz e Butantan.

Voltaremos ao assunto no próximo capítulo, ao discutirmos o desenvolvimento da indústria farmacêutica no contexto dos interesses do grande capital estrangeiro, sua correlação com a adoção e disseminação do modelo flexneriano de ensino médico e suas implicações na formatação do complexo médico-hospitalar.

PARTE III

FORMAÇÃO DO MERCADO DE SAÚDE NO BRASIL
IMPLANTAÇÃO DO MODELO NORTE-AMERICANO

Capítulo 5

Da "medicina científica" para o capitalismo médico.

No Brasil a medicina vai vem, mas o doente ainda vai mal.
Qual o segredo profundo, desta ciência original?
É banal: certamente não é o paciente que acumula capital.

Antônio Carlos de Brito
Cacaso

5.1 - Transformações na medicina norte-americana 1910-1970

Vimos no primeiro capítulo como a publicação do Relatório Flexner em 1910 desencadeou um movimento de forças que produziria efeitos pelo meio século seguinte, resultando em profundas transformações, não só no ensino médico nos Estados Unidos, mas propagando-se por outras terras sujeitas à influência política e econômica dos EUA. O relatório, lembremos, advogava a superioridade da "medicina científica", baseada em práticas laboratoriais derivadas principalmente de conceitos e métodos então em uso nas escolas européias, pressupondo uma maior eficácia da prática médica assim resultante (WAITZKIN, 1983:46). Uma vez publicado, sua ampla divulgação serviria para formar a opinião pública quanto à premência da implementação de reformas no ensino médico, julgadas necessárias tendo-se em vista a situação da medicina norte-americana ao tempo do estudo. Tal como descrito por Joseph Goulden,

> Flexner had the ideas, Rockefeller and Carnegie had the money, and their marriage was spectacular. The Rockefeller Institute for Medical Research (...) and the General Education Board showered money on tolerably respectable schools and on professors who expressed interest in research. (GOULDEN, 1971:142)

A motivação para tais contribuições da filantropia possui raízes complexas; se os objetivos humanitários não podem ser descartados, sem dúvida presentes, tampouco podem ser desconsiderados interesses lucrativos, comenta Waitzkin (1983:103).

Duas instituições, esclarece Weaver, foram os maiores esteios das mudanças demandadas pelo Relatório Flexner, o *Rockefeller Institute for Medical Research*, criado em 1901, e a Fundação Rockefeller, criada em 1913. Principiando com a *Johns Hopkins Medical School* em 1913, o *General Education Board* financiou a reorganização que implementou o plano de período integral tanto nos departamentos de ciências básicas quanto nos de clínica médica na *Washington University*, em St. Louis, em Chicago e Yale. Dotações foram feitas pelo GEB para as escolas de medicina das universidades de Iowa, Colorado, Oregon, Virgínia, Geórgia, Cincinnati, Howard, Harvard, Vanderbilt, Colúmbia, Cornell, Tulane, Western Reserve, Rochester, Duke, Emory, entre outras. Os dois irmãos Flexner, Abraham e Simon, do *Rockefeller Institute*, mais William Welch, da Escola de Medicina Johns Hopkins e também do *Rockefeller Institute*, passaram a funcionar em triunvirato após a publicação do relatório, atuando como liderança intelectual e conselheiros nas escolas médicas e universidades nos Estados Unidos e no estrangeiro, além de envolverem-se nas concessões de dotações (WEAVER, 1967:262-3, 274).

Partindo de um patamar de desprestígio e frustração, a medicina norte-americana conseguiu, a um tempo, afastar a concorrência das várias "seitas" por meio da legitimação conferida pela "ciência médica" ao modelo biomédico, para ascender a uma posição de prestígio social, poder e relativa afluência.

Em primeiro lugar, essa trajetória tornou-se possível em função do novo papel desempenhado pela ciência aplicada no desenvolvimento do capitalismo industrial, transformada em elemento vital na competição pelo aumento da produtividade e diminuição dos custos. O próprio Gates afirmara repetidas vezes que a medicina somente poderia manter saudável um país, caso servisse à toda a sociedade, não somente aos interesses de uma classe ou da profissão médica. Essa seria a única maneira de aperfeiçoar a produtividade dos trabalhadores e assegurar a sobrevivência do capitalismo (DOWIE, 2001:75). Colocados a serviço dos capitães dessa nova economia, os cientistas foram prestigiados por seus resultados e brindados com fundos e equipamentos para seu trabalho. A necessidade de produzir gestores e profissionais para operar as fábricas, bancos e demais instituições surgidas por conta da crescente complexidade da produção, foi endereçada pelos capitalistas com a criação de universidades, tornadas o principal veículo para o treinamento desses profissionais e de cientistas.

Segundo, os médicos descontentes com a profissão perceberam as vantagens políticas, econômicas e técnicas da aplicação da ciência em sua prática rudimentar; abraçar a "medicina científica" alavancaria sua luta pelo monopólio do exercício da medicina "regular" e traria a legitimidade profissional em questões de saúde e doença. Trabalhando em conjunto com os pesquisadores da "ciência médica", adotaram os métodos analíticos do modelo biomédico e confinaram o treinamento de novos médicos no interior das universidades, assim obtendo o apoio da elite corporativa.

Por último, ao mobilizar os imensos recursos financeiros das corporações norte-americanas, trazendo-os para aplicações na esfera social, as fundações, enquanto forças capazes de moldar as instituições visando o atendimento das necessidades científicas, educacionais e culturais da sociedade capitalista, puderam atuar de forma inédita na promoção da "medicina científica" e na reforma do ensino médico. Ao fornecer o incentivo das dotações para as escolas médicas, ávidas por capital, realinharem seus currículos e linhas de pesquisa, as fundações assumiram posição de enorme poder entre 1910 e 1930, período no qual as contribuições atingiram os 300 milhões de dólares para a pesquisa e para a educação médica, constituindo-se na força mais importante a gerar mudanças no ensino médico pós-1910 (BROWN, 1979:192-3).

Ainda segundo Brown (1979:194), é possível identificar três conseqüências diretas das políticas implementadas pelo trabalho de Gates e do *General Education Board* da Fundação Rockefeller no desenvolvimento da medicina norte-americana.

Em primeiro lugar, as fundações adquiriram o "direito" de definir qual o tipo de serviços de saúde a serem prestados para a sociedade, ainda que não a tenham consultado, fazendo valer seu imenso poder financeiro para direcionar o desenvolvimento das políticas de saúde nos Estados Unidos. As ações do GEB serviriam de balizamento para outras fundações, tendo Gates e seus associados adquirido poder sobre a medicina norte-americana, em parte por conta do dinheiro distribuído, mas fundamentalmente por terem articulado os interesses da elite de modo a serem por ela apoiados.

Em seguida, como parte de sua estratégia, Gates e a FR promoveram o domínio da "medicina científica" tecnológica. Baseando-se tanto na presumida eficácia técnica quanto no apelo ideológico dessa nova medicina, a sociedade industrial capitalista incorporou a teoria analítica e os métodos de pesquisa da ciência médica, passando a advogar a

organização das práticas médicas apenas em torno da medicina tecnológica. A importância de centros médicos bem equipados e do treinamento especializado de novos profissionais médicos, para desenvolver conhecimento e técnica, já se cristalizara por volta de 1930.

Por fim, Gates e seus seguidores dentro como fora do GEB, iniciaram a longa luta para racionalizar os cuidados de saúde, visando coordenar e integrar os diferentes elementos do sistema de modo a desempenhar suas funções da forma desejada. A prática da medicina privada e o desejo de lucrar com a doença e sofrimento alheios, provocando acusações de "comercialismo"; foi um dos principais obstáculos encontrados. Os objetivos de disseminação dos benefícios da tecnologia propostos pela FR opunham-se aos interesses da profissão médica organizada, de tal sorte que o enfrentamento tornou-se inevitável. Mesmo sem obter sucesso em vencer o corporativismo médico, teve início a estratégia que seria continuada e refinada pelas fundações nas décadas por vir.

As forças postas em movimento no tempo de Gates continuariam a desenvolver-se nas décadas seguintes. Mediante uma estratégia vitoriosa, verdadeiro golpe de mestre, as fundações conseguiram manter o poder político, permanecendo na liderança dos assuntos médicos, e passar para o Estado a conta do financiamento da reforma e desenvolvimento dos cuidados de saúde. Mantida a política de racionalização da assistência médica e desenvolvimento da medicina tecnológica iniciada pelas fundações, ocorreriam duas situações não antecipadas por Gates e seus contemporâneos (BROWN, 1979:195).

Se de um lado a medicina tecnológica criou oportunidades para o desenvolvimento de novas indústrias médicas que impactariam na economia, no desenho e implementação de novas políticas médicas, não corrigiu as deficiências inerentes às falhas de mercado. Em contrapartida, a continuada ênfase do Estado na medicina tecnológica legitimou os interesses da classe corporativa e dos grupos de interesse ligados à medicina tecnológica, provocando sérios efeitos inflacionários nos custos da assistência médica. Ambas as situações não previstas revelaram-se incapazes de suprir as necessidades da população, tendo sido propostas investigações que levassem ao entendimento das restrições.

Em 1927, com dotações totalizando US$1 milhão aportadas por várias fundações, inclusive da Rockefeller[119], foi formado o *Committee on the Costs of Medical Care* (CCMC), presidido

[119] Carnegie Corporation, Josiah Macy Jr. Foundation, Milbank Memorial Fund, New York Foundation, Rockefeller Foundation, Julius Rosenwald Fund, Russell Sage Foundation, Twentieth Century Fund, Social Science Research Council, Vermont Commission on County Life.

por Ray Lyman Wilbur, médico, secretário do interior do governo Hoover, presidente da Universidade Stanford e ex-presidente da AMA. A presidência do comitê executivo era exercida pelo afamado professor de saúde pública da *Yale University*, o médico Charles-Edward Amory Winslow, compondo ainda o grupo mais algumas dezenas de destacados nomes de diversas áreas.

As investigações do comitê, realizadas durante cinco anos, abrangeram todas as atividades de saúde conhecidas, com a análise de milhares de estatísticas, revelando-se disparidades na assistência médica das famílias, variando conforme a renda disponível. Constatou-se que a venda da assistência médica como *commodity*[120] implica em sua distribuição de acordo com a renda, e não de acordo com a necessidade, isto é, distribui-se segundo a estrutura de classes da sociedade. Se tal situação hoje nos parece óbvia, não o era quando da realização dos estudos pioneiros visando obter subsídios para a racionalização dos custos de assistência médica.

Verificou-se, não obstante serem os gastos nacionais com saúde já bastante expressivos[121], envolvendo mais de um milhão de pessoas em sua prestação, 38,2% da população não recebia qualquer tipo de assistência médica. Conquanto a média nacional de renda dos médicos rondasse os US$5.300, 47 mil médicos recebiam somente US$50 por semana. Computando os dados, deduziu o comitê, caso o montante disponível fosse gasto eqüitativamente, haveria a possibilidade de todos os habitantes do país receberem assistência médica adequada, e todos os prestadores de serviços de saúde serem adequadamente remunerados. Para atingir esse objetivo, seria necessária a completa reorientação da medicina norte-americana, com a socialização da profissão. No relatório final, divulgado em 1932, o comitê principia por afirmar

> (…) today there is a vast amount of unnecessary sickness and many thousands of unnecessary deaths (…) yet medical science has made marvelous advances during the last 50 years. The people are not getting the services which they need—first, because in many cases its cost is beyond their reach, and second, because in many parts of the country it is not available. The costs of medical care have been the subject of much complaint (COMMITTEE ON THE COSTS OF MEDICAL CARE, 1932:v).

---

[120] Para a "comodificação" dos serviços médicos, ver NAVARRO, Vicente, *Medicine under capitalism,* 1976:183-228.

[121] Em 1929, por exemplo, montaram a US$3,6 bilhões, aproximadamente 4% do produto nacional, representando cerca de US$30 *per capita* (STARR, 1982:262).

Como via de ação, o comitê recomendou a adoção dos seguintes princípios gerais:

- Os serviços médicos preventivos e terapêuticos deveriam ser prestados por equipes compostas de médicos, dentistas, enfermeiras, farmacêuticos e pessoal associado, organizadas em torno de um hospital, constituindo-se centros médicos comunitários para oferecer serviços ambulatoriais, hospitalares e no domicílio, de forma a favorecer a manutenção de padrões elevados e a boa relação médico-paciente;
- A extensão de todos os serviços básicos de saúde à toda a população, de acordo com sua necessidade;
- A adoção de um plano mutualista para cobrir os custos da atenção médica, quer via seguro individual e/ou cobrança de taxas, sem excluir a possibilidade de pagamento por serviço prestado a quem o desejasse;
- A formação de agências locais e/ou estaduais para a avaliação e coordenação dos serviços médicos;
- No ensino médico, enfatizar a promoção de saúde, a prevenção de doenças e os aspectos sociais da prática médica, restringir a especialização para os especialmente qualificados e incentivar a pós-graduação, bem como o treinamento sistemático de administradores hospitalares e de clínicas.

Todavia, avanços em pesquisa não necessariamente são traduzidos em progresso nas políticas de atenção à saúde ou mesmo na prática médica. Ao fazer as recomendações para a mudança do sistema, o comitê elencou algumas questões consideradas essenciais para o êxito de um programa satisfatório de assistência médica, incluindo a salvaguarda da qualidade do serviço médico, a ser prestado em termos a não exigir das pessoas sacrifícios além do suportável, bem como oferecer aos pacientes assistência e acompanhamento na seleção de médicos competentes e de instituições adequadas para os cuidados médicos (COMMITTEE ON THE COSTS OF MEDICAL CARE, 1932:38)[122].

As recomendações tinham por meta enfraquecer o poder da corporação médica quanto à cobrança por procedimento, e ao mesmo fortalecer a posição dos hospitais na organização de serviços de saúde, na busca da racionalização do mercado de serviços médicos (BROWN, 1979:195-6). Informada com ampla antecedência quanto ao teor do relatório, a AMA produziu um documento no qual instava sua expectativa quando ao governo

[122] As discrepâncias observadas pelo CCMC não se extinguiriam ao longo das décadas seguintes; como demonstrou Navarro (1976, 1986, 1993, 1994), existem ainda nos EUA largas porções da população, quer nas regiões rurais, quer nas classes trabalhadoras, excluídas da cobertura de um seguro de saúde, por conta das bens sucedidas manobras da AMA.

descontinuar sua política de competição na prática da medicina, limitando sua preocupação com o cuidar dos indigentes, dessa forma aliviando o ônus recaído sobre a classe médica. Ademais, condenava vigorosamente a prática da medicina exercida em grupo, em sua visão uma desleal exploração da profissão médica, financiada de forma intermediada, acusando-a de induzir ao desperdício e de contrariar a política de contínua e sustentada qualidade do atendimento médico. Nesse novo choque de interesses, a *American Medical Association* respondeu ao que considerou uma declaração de guerra:

> The alinement is clear--on the one side the forces representing the great foundations, public health officialdom, social theory--even socialism and communism--inciting to revolution; on the other side, the organized medical profession of this country urging an orderly evolution guided by controlled experimentation which will observe the principles that have been found through the centuries to be necessary to the sound practice of medicine. (JAMA, 99:1950-52, 1932)

Uma tempestade em copo d'água; esgotados os fundos alocados, o CCMC encerrou suas atividades ainda em 1932, não manifestando as fundações financiadoras interesse em colocar em prática suas recomendações. Vitória da *American Medical Association* na guerra contra os esforços suportados pela classe corporativa para racionalizar a assistência médica e desenvolver alguma forma de seguro nacional de saúde nos EUA. O bem azeitado *lobby* da AMA fez malograr vários projetos de lei propondo um sistema nacional de saúde, dessa forma privilegiando o bolso dos médicos e o ganho de poder resultante, para influenciar a opinião pública e o voto dos legisladores (BROWN, 1979:197).

A AMA, como vimos opunha-se tenazmente a qualquer forma de remuneração que não o *fee for service*, advogando o pagamento direto, em espécie, ao prestador do serviço, pois "a nenhum terceiro deve ser permitido interpor-se entre o paciente e seu médico, em qualquer relação médica". A associação era contrária à obtenção de lucros a partir do trabalho médico quando realizada por terceiros não médicos, classificando tal conduta de anti-profissional, mas não quando médicos lucrassem com o trabalho de outros médicos, dessa forma impedindo a atuação de um investidor externo, por exemplo (STARR, 1982:300, 216).

Nesse ponto, Starr (1982:226) levanta uma questão não respondida por Arrow (1963:941-69), ao explicar as razões das salvaguardas impostas ao médico para a proteção do paciente, como as restrições éticas e as barreiras de entrada no mercado via licenciamento. Pensador néo-clássico, Arrow endossa tais medidas e as justifica a partir de falhas de mercado; não sendo atingido um equilíbrio ótimo, alguma instituição social fora do mercado,

no caso a AMA, reconheceria a falha e se ergueria para saná-la. Segundo Arrow, o mercado de assistência médica seria ineficiente porque os pacientes não conseguem avaliar o valor do tratamento, nem segurar-se contra algum resultado imperfeito. Em outras palavras, os pacientes dependem do médico como em nenhuma outra relação os compradores dependem do vendedor.

Retornando à nossa discussão, surgiram em 1929 três diferentes modalidades de serviços médicos, embriões dos futuros planos de saúde pré-pagos. No primeiro caso, ao custo anual de US$6 *per capita*, o Hospital da Universidade Baylor, em Dallas, concordou em prover até 21 dias de hospitalização anuais para 1.500 professores, em seguida estendendo o arranjo para outros grupos, logo sendo imitado por outros hospitais da cidade. A depressão econômica evidenciou os riscos financeiros aos quais expunham-se os hospitais, tornando necessário garantir sua receita via alguma modalidade de seguro. Em pouco tempo formaram-se *pools* de hospitais comunitários oferecendo contratos de serviços para pessoas regularmente empregadas, iniciativa endossada pela *American Hospital Association*, pois minimizava os efeitos da concorrência (STARR, 1982:295-6).

Em meados da década de 1930, a AHA recebeu apoio financeiro e técnico para racionalizar a administração hospitalar e organizar a *Blue Cross*; Esperava-se que o seguro hospitalar provesse uma receita estável para os hospitais afetados pela depressão, via centralização e integração de serviços locais de saúde; para tanto se fomentaria a causa do seguro voluntário, ao menos para as despesas hospitalares. O grande sucesso da *Blue Cross*, diluindo os riscos do infortúnio entre muitos indivíduos e famílias, permitiu a estes o acesso a tipos mais custosos de tratamento, mostrando a importância dos mecanismos envolvendo um "terceiro pagador" (BROWN, 1979:199).

A segunda modalidade desenvolveu-se em Los Angeles, também em 1929, na forma de um contrato realizado entre o Departamento de Águas local e dois médicos, Donald Ross e Clifford Loos, visando o provimento de serviços médicos e hospitalares para cerca de 2.000 trabalhadores e suas famílias. Logo outros grupos de empregados juntaram-se ao plano, englobando 12.000 trabalhadores e 25.000 dependentes, ao custo médio de US$2,69 mensais, incluindo hospitalização para dependentes. Por ofertarem serviços médicos pré-pagos, e em conseqüência dos protestos de outros médicos, ressentidos com a queda de suas receitas pela perda de pacientes, Ross, Loos e outros empreendedores que os seguiram foram expulsos de suas sociedades médicas locais.

Por fim, ainda em 1929, surgiu em Elk City, Oklahoma a primeira cooperativa médica dos EUA, organizada em pleno ambiente rural por Michael Shadid, médico imigrante libanês. Essa nova modalidade incorporava a medicina de grupo, pré-pagamento, medicina preventiva e a participação do cliente, naturalmente levantando a hostilidade de outros médicos; em pouco tempo, por pressão da corporação médica, surgiram em vários estados leis proibindo planos controlados pelo consumidor. No caso de Shadid, a associação médica local tentou revogar sua licença, somente não obtendo êxito pela ação dos fazendeiros locais, seus aliados, junto ao governador do estado e à Assembléia Legislativa. Em seguida, a sociedade médica local dissolveu-se, para reorganizar-se mais tarde sem Shadid, dessa forma privando-o do seguro por má-prática. Para impedir a contratação de médicos por Shadid, ameaçou os com a perda de licença e aludiu à "má fama" do plano; não obstante, o plano sobreviveu a todos os percalços (STARR, 1982:301-4).

Os planos de pré-pagamento foram concebidos de forma a beneficiar tanto médicos como pacientes, permitindo-lhes, por um módico custo mensal, o atendimento médico e cirúrgico para toda a família. Vantagens também para os grupos médicos, pois garantia-lhes um rendimento constante, evitando as contas de serviços prestados e não pagos, cerca de 66,6% em 1933. No ponto mais baixo da depressão, isso não era pouca coisa.

Dominada por uma minoria ativa de especialistas urbanos, a AMA propôs atacar os efeitos da depressão econômica reduzindo o número de médicos, não por meio da ampliação da demanda por seus serviços. Recomendou em 1934 a eliminação de metade das escolas médicas do país, com restrição do número de estudantes admitidos, ao mesmo tempo combatendo todas as propostas de adoção de alguma forma de seguro saúde nacional. Mesmo em tempos de crise, a AMA manteve a filiação de seus membros pela exigência de pertencer à entidade nacional antes de associar-se à entidade médica local, condição para o acesso ao hospital, receber pacientes encaminhados e obter proteção contra má prática (STARR, 1982:270-3).

Se por conta da "concorrência desleal" a AMA combatia os planos controlados por médicos, combatia mais ainda as cooperativas, por permitirem aos usuários opinar sobre as condições de trabalho e a remuneração dos médicos. A associação foi acusada de violar as leis anti-truste (*Sherman Act*) em 1938, por conta de suas ações para inviabilizar a *Group Health Association* (GHA), de Washington, DC. Tratava-se de cooperativa sem fins

lucrativos, organizada por empregados de um banco federal para o provimento de serviços médicos e hospitalares mediante subscrição mensal, controlada por um conselho eleito pelo associados. Alegando o exercício ilegal da medicina, a AMA e a associação médica local ameaçaram com retaliações os médicos que viessem a trabalhar para o plano, persuadindo todos os hospitais do Distrito de Columbia a negar-lhes os privilégios de internação de pacientes, dessa forma negando também a estes o direito de tratamento hospitalar.

Falando pela AMA, Morris Fishbein, editor do *Journal of the American Medical Association* (JAMA), comprometia-se em fazer valer o "supremo direito da medicina organizada" em usar seu poder disciplinador para obstar contratos de serviços médicos danosos à saúde do público. Vencida nas cortes, mas não na vida real, a AMA conseguiu bloquear o desenvolvimento de outras cooperativas e grupos médicos. Durante a década de 1940, vinte e seis estados introduziram legislação banindo planos de serviços médicos gerenciados por consumidores (STARR, 1982:305-6).

As mesmas forças econômicas que elevaram a posição social do médico, conferindo-lhe afluência e poder, seriam responsáveis por solapar sua futura autonomia profissional, comenta Brown (1979:197). Tal como o aporte de capitais externos, fornecidos pelas grandes fundações, foi necessário à medicina para o financiamento da "ciência médica" e da reforma do ensino médico, a implantação da medicina tecnológica, da qual o médico se tornaria dependente, também demandou vastos recursos, impossíveis de serem aportados apenas a partir da remuneração paga pelos clientes individuais.

O hospital agregou mais prestígio ao médico, provendo-o de instalações para o diagnóstico e permitindo tratamentos mais sofisticados. Por outro lado, a manutenção dessas condições requeria financiamento estável e aportes crescentes, capital normalmente não acessível ao médico e buscado pelos hospitais junto às instituições filantrópicas, bancos comerciais e órgãos do governo. As receitas oriundas de pacientes privados seriam, por si só, incapazes de suprir a crescente demanda por capital de giro, justificando a busca de recursos pelos hospitais, quer criando planos próprios ou formando grupos, quer buscando-os junto às companhias seguradoras e mesmo o governo. De outra parte, os médicos passaram a depender mais da indústria farmacêutica, de um lado pelas novas possibilidades de tratamento oferecidas, e de outro pela necessidade da prescrição médica para o acesso do paciente aos medicamentos.

Antes dependente de insumos e equipamentos simples, acessíveis ao próprio médico, a medicina viu a sofisticação imposta pela tecnologia colocar os instrumentos de trabalho fora de seu alcance, com insumos custosos e equipamentos complexos, agora requerendo ambientes especialmente adequados. A posição do médico tornou-se intermediária em uma estrutura complexa, composta por um sem número de outros profissionais e processos produtivos para o resultado final ser atingido, com crescente dependência tecnológica, enfraquecimento político e perda de controle das relações econômicas diretas sobre as quais assentava-se a prática da medicina privada (BROWN, 1979:198).

Mesmo combatido pela AMA, seguia o movimento de implementação de planos coletivos de seguro-saúde. Durante a Segunda Guerra Mundial, muitos empregadores passaram a oferecer benefícios de saúde como um meio de atrair e reter empregados, com o conseqüente incremento do número de pessoas com seguro-saúde via relação de emprego. O *National War Labor Board* congelara os salários, fazendo os empregadores buscarem saídas para contornar os controles salariais e atrair a mão de obra escassa, necessária para cumprir os contratos gerados pela guerra. Benefícios de seguro-saúde financiados pelo empregador tornaram-se atrativos, pois não eram considerados como salário, além de serem apoiados pelos sindicatos e isentos de taxação pelo imposto de renda ou pela seguridade social (FRONSTIN, 2001:7). Ao final da guerra, triplicara a cobertura de seguro-saúde, mesmo com a oposição da AMA, temporariamente arrefecida por conta da guerra.

Era um caminho sem volta; os trabalhadores desejavam manter na paz os benefícios conquistados em tempo de guerra, e os planos de assistência médica pagos pelo empregador vieram para ficar. Finda a guerra, o Estado expandiu sua atribuição de canalizar fundos para racionalizar e expandir os cuidados de saúde, assumindo das fundações também o papel de principal financiador das reformas do ensino médico, mesmo precisando vencer a oposição da AMA. Adiante, assumiria também a provisão de fundos para as escolas de medicina e para a assistência médica, ainda que em caráter parcial e focado em grupos específicos, como os programas *Medicare* e *Medicaid*. Criados em 1965 durante o governo Johnson (1963-1969), destinam-se, respectivamente, a idosos com mais de 65 anos e a famílias de baixa renda.

Mesmo tardia, os dois programas têm origem nas propostas do *Committee on the Costs of Medical Care*, combinados com os esforços da *American Hospital Association* para transformar o hospital no "centro lógico" do sistema de atenção à saúde (BROWN,

1979:200-4). Os programas de regionalização hospitalar, em geral espelham-se no Relatório Dawson, publicado em 1920 na Grã-Bretanha e não implementado a seu tempo por ser "avançado demais", mas tido como o primeiro a enunciar o conceito de regionalização. Essa primazia pertence todavia ao sistema Zemtsvo, o primeiro sistema de saúde regionalizado no mundo, introduzido em 1860 na Rússia czarista e ainda em atividade ao tempo da publicação do Relatório Dawson (NAVARRO, 1986:45-6).

Em sua obra tratando das barreiras para a reforma médica, Alford (1975:passim), enfatiza a importância do Estado para a medicina norte-americana, durante e após a Segunda Guerra Mundial. Trata-se do período em que a intervenção estatal na economia, crescente durante a depressão econômica, tornou-se a palavra de ordem. Embora os interesses do Estado situem-se acima dos de qualquer outro grupo organizado, ao menos em teoria, nas economias capitalistas desenvolvidas sua autonomia é apenas relativa, aponta o autor, partilhando uma mútua dependência com a classe econômica dominante, da qual extrai a maior parte de seus quadros em posições elevadas. Além disso, depende de uma economia saudável para arrecadar seu tributos, destarte protegendo, até certo ponto, os interesses econômicos dos setores dominantes. Daí parte a afirmação do autor quanto à interferência do Estado ser destituída de neutralidade, o que corroboraria as hipóteses anteriores sobre a ação do Estado dar-se em consonância com os interesses do grande capital.

De volta à discussão sobre os efeitos da implantação do modelo flexneriano, Carlson observa que o pagamento por serviços prestados, ou *fee-for-service*, tão ferrenhamente defendido pela *American Medical Association*, poderia produzir efeitos perversos no mercado. Dado que hospitais, médicos, laboratórios de exames clínicos, clínicas radiológicas, etc., são pagos por procedimentos realizados, e não por aqueles considerados desnecessários, poderia existir indução. Nesse caso, a demanda seria controlada pelos ofertantes dos serviços, e a admissão de pacientes para cirurgia, por exemplo, cresceria para ocupar a disponibilidade de leitos, centros cirúrgicos e o tempo do cirurgião. Por exemplo, em 1974, a relação número de cirurgiões/população dos Estados Unidos era o dobro da verificada na Inglaterra ou País de Gales, com uma equivalente proporção duplicada de cirurgias (CARLSON, 1975:9).

Em 1976, um relatório do Congresso norte-americano estimou em 11.900 o número de mortes evitáveis no país causadas por 2,4 milhões de cirurgias desnecessárias, a um custo

de US$3,9 bilhões[123], dando-nos pistas da possibilidade de indução às cirurgias. Não se trataria de novidade; em julho de 1947, um artigo publicado na revista *Women's Home Companion*, já levantava o problema:

> Every year thousands of anatomical parts from tonsils to stomachs are removed because of faulty diagnosis, overzealous surgeons, incompetent or mercenary doctors, or an inexcusable surrender to the morbid wish of some patients to be cut open.[124]

Não descartando o caráter eventualmente sensacionalista do artigo, nos cabe chamar a atenção para a abordagem do assunto em veículo de grande circulação nacional.

Relativamente ao relatório do Congresso norte-americano publicado em 1976, o *stablishment* médico questionou sua validade, devolvendo uma pergunta, "*o que é uma cirurgia desnecessária?*" Na resposta, publicada no *Milbank Quarterly*, o veículo do *Milbank Memorial Fund*, uma organização filantrópica com expressivos projetos na área da saúde, apontava-se a "*crescente tendência do questionamento das decisões médicas*" por parte do público, "*principalmente a partir do incremento do financiamento governamental da assistência médica*"; o problema apontado aparentemente residiria na ausência de uma clara definição do que seria uma "cirurgia desnecessária". Ademais, medicina seria uma disciplina incapaz de gerar tanto o aparelho conceitual como o completo conjunto de informações necessárias para se chegar a uma definição geral.

Uma definição precisa, prossegue o artigo, envolveria a noção esclarecida de um paciente quanto à relação custo/benefício, tal como seria por ele calculada caso estivesse plenamente informado. Combinando-se a informação clínica com as preferências do consumidor, seria impossível demonstrar, para a maioria dos diagnósticos, se uma cirurgia é desnecessária. Portanto, não existiriam evidências de benefício, tanto para o médico como para o paciente, capazes de suportar as conclusões do relatório do Congresso (PAULY, 1979:95).

Outra discrepância observada quanto ao perfil profissional médico pós-implantação da reforma do ensino, foi a migração de médicos para o exercício de especialidades, em geral melhor remuneradas, abandonando a clínica geral (*general practice*); o índice geral caíra de

---

[123] House Committee on Interstate and Foreign Commerce, *Cost and Quality of Health Care: Unnecessary Surgery* (Washington, D.C.: Government Printing Office, 1976).
[124] DEUTSCH, Albert. *Unnecessary operations*, New York, Women's Home Companion, July 1947, publicado em forma condensada em *Reader's Digest* (American Edition), Dec. 1947: 69-72.

28% em 1963, para 18% em 1973. No campo do ensino médico, Brown aponta a preferência das instituições por professores com maior sucesso na obtenção de doações ou financiamentos, em relação àqueles possuidores apenas de melhores qualidades letivas, sendo os primeiros recompensados com melhores salários e prestígio, tornando-se modelos para os alunos (BROWN, 1979:215, 227). Dessa forma, nas instituições de ponta privilegia-se a formação de médicos vocacionados para a pesquisa e a vida acadêmica, campo para o qual são carreados a maior parte dos recursos disponibilizados pelas fundações (WEAVER, 167:265-6). O comentário de Joseph Goulden é elucidativo:

> (...) the foundations "innovative money" goes for research, not for the production of doctors who treat human beings. Medical schools, realizing this, paint their faces with the hue desired by their customers (GOULDEN, 1971:144).

Os interesses das classes dominantes estampam-se nos programas de pesquisa médica, quer governamentais, quer das fundações. Somas consideráveis oriundas da vasta riqueza corporativa tem sido utilizadas para pesquisas nas áreas de ciências médicas e aplicações tecnológicas, desde a criação do *Rockefeller Institute for Medical Research* em 1901 até nossos dias, porém ainda mais significativo vem sendo o apoio político, tanto das fundações como das lideranças corporativas, para o aumento das dotações governamentais canalizadas para a área de pesquisa médica, representando cerca de dois terços do total despendido nos Estados Unidos nesse campo.

A explicação desse apoio, prossegue Brown, reside na identificação da "medicina científica" com suas lutas políticas e econômicas. A medicina tecnológica forneceu às classe dominantes tanto uma visão de mundo quanto uma técnica efetiva, uma ferramenta de suporte cultural, de modo a localizar o processo gerador da doença no interior do corpo, desviando a atenção geral das causas derivadas das condições de insalubridade nas quais as pessoas vivem e trabalham. A Fundação Rockefeller liderou os esforços nos anos 1930 para estabelecer uma perspectiva científica e biológica na medicina, integrando química e física à biologia. Emulando os passos das fundações, a pesquisa em saúde empreendida por órgãos federais concentrou-se nos componentes técnicos da doença e da morte, sem abranger os ambientes físico e econômico, tão centrais nas condições de saúde da população (BROWN, 1979:228-9).

Em suma, explica Navarro, o modelo de conhecimento médico flexneriano reflete uma interpretação de saúde e doença que serve aos interesses da classe dominante, enquanto a

especialização médica está apontada para o controle da medicina, de seu conhecimento e organização. A revolução flexneriana, ao colocar nas mãos de poucos o poder de curar, transformou-o também em elemento de controle social ao delegar o poder de definir a normalidade, o que é saúde e o que é doença. A invasão da esfera da medicina pelo capital, continua Navarro, determinou não só crescimento dos serviços de assistência médica, para resolver os crescentes problemas de saúde criados pelo processo de acumulação de capital, com também sua ineficácia, dado que a medicina é incapaz de resolvê-los (NAVARRO, 1986:28, 40).

As transformações sofridas pela medicina norte-americana no período abordado, certamente a colocaram em um patamar distante do ideal sonhado e descrito por Sigerist em sua obra de 1941, *Medicine and Human Welfare*, ao comentar as transformações da profissão desde a antiguidade:

> The scope of medicine has indeed broadened. There is today hardly a field of human endeavor that does not require the physician's advice at some time or another. No longer a shaman, priest, craftsman, or cleric, he must be more than a mere scientist. We begin to perceive the outline of a new physician. Scientist and social worker, prepared to coöperate in team-work and in close touch with the people he serves; a friend and leader, he will direct all his efforts toward the prevention of disease and become a therapist when prevention has broken down - the social physician protecting the people and guiding them to a healthier and happier life. (SIGERIST, 1941:145).

5.2 - Origem e evolução da indústria farmacêutica

A maioria dos profissionais da medicina parece não identificar, ainda hoje, o profundo nível de envolvimento e a crescente influência da indústria farmacêutica na formação do médico e no estabelecimento de seus hábitos de prescrição, atitudes que irão acompanhá-lo ao logo de toda sua vida profissional (SILVERMAN e LEE, 1974:xiv, 1-2). Grande parte da educação continuada do profissional médico, é feita por meio de material fornecido por visitadores que o "atualizam" com relação às novas possibilidades terapêuticas, isto é, o informam sobre as mais recentes drogas disponíveis. De igual importância é a leitura de publicações médicas especializadas, das quais substancial porção é devotada a anúncios diretos de produtos farmacêuticos ou dispositivos (*devices*), enquanto o conteúdo editorial, via de regra, contém estudos, comparativos ou não, laudando os efeitos, sempre positivos, do uso/aplicação dos referidos fármacos ou dispositivos.

Esses e outros aspectos da ação direta da indústria farmacêutica, como a promoção de congressos, o patrocínio de estudos clínicos em centros de referência, a concessão de bolsas ou o pagamento de cursos de especialização, bem como atitudes bem distantes do que se poderia chamar de ético, são objeto de vários livros atuais, como as obras de Angell (2004) e Kassirer (2005), as quais adquirem peso e importância em virtude de ambos os autores serem ex-editores-chefes do *The New England Journal of Medicine*, uma das mais, se não a mais prestigiada revista médica do mundo. É essa visão de *insiders*, bem como suas carreiras médicas exemplares, que lhes confere a autoridade para relatar, em profundidade e sem meias palavras, suas experiências no relacionamento direto com representantes das ditas indústrias e dos interesses do capital nelas espelhados.

Se de um lado tais revelações nos causam espanto e até uma sensação de insegurança com relação ao que fazer, pois como cidadãos e consumidores estamos diretamente expostos aos efeitos comentados, por outro tais manobras e atitudes carecem de novidade, o que tampouco nos conforta. Desde 1967, escrevem Silverman e Lee (1974:xiv), cresceu sua preocupação com o descaso dos médicos quanto a estarem seus próprios organismos representativos e as publicações médicas especializadas, ligadas à indústria por laços os quais, no mínimo, poderiam ser descritos como indignos. Bealle (1949:171), descreve sem papas na língua a associação da *American Medical Association* com o que denomina "Truste da Droga", controlando a veiculação de propaganda farmacêutica e de artigos enaltecedores das virtudes de medicamentos nas páginas do veículo da associação, o *Journal of the American Medical Association* (JAMA).

O assunto portanto não é novo, e tomando emprestada a frase de Mahar (2006:274), "*where there is big money, there is <u>no</u> desinterested people*" (grifo no original).

Como tudo começou?

Nos EUA, até o século XIX, os medicamentos utilizados nas terapias originavam-se da natureza, fosse essa origem mineral, como o mercúrio, vegetal, como diversas ervas e cascas de plantas consideradas medicinais, ou ainda animal, como extratos de órgãos, sofrendo influências tanto de sua origem européia como da prática indígena. Os processos industriais, se assim podem ser chamados, limitavam-se à manipulação artesanal de fórmulas utilizando-se tais substâncias naturais.

Ao final do século XIX e início do século XX, a indústria química fina, desdobrada da indústria petroquímica, oferecia grandes possibilidades de ganhos com a produção dos primeiros medicamentos sintetizados a partir de alcatrão e de outros sub-produtos da destilação do petróleo. A utilização do próprio petróleo como "medicamento" já foi comentada, quando, engarrafado em pequenos frascos, era vendido por mascates sob os nomes mais variados e criativos, *"Kier's Rock Oil", "Seneca Oil"* e outros, prometendo a "cura" para toda espécie de moléstias, artrite, dores de cabeça, problemas de fígado, bronquite, tuberculose, até câncer. O próprio pai de John D. Rockefeller, William Avery Rockefeller, "Doc Bill" ou mais tarde Dr. William Levingston, durante sua vida dupla, vendia petróleo engarrafado na maior parte do tempo em que "exerceu a clínica" (CHERNOW, 1998:42, 57, 73; BEALLE, 1949:5).

Nos Estados Unidos, a AMA contendia-se desde sua fundação com os produtores e vendedores de medicamentos de formulação secreta, anunciados amplamente e vendidos diretamente ao público (*patent medicines*)[125], naturalmente por praticarem uma concorrência "desleal" contra os profissionais da medicina "regular", os quais à esse tempo estavam às voltas com sua luta para alcançar legitimidade e ascensão social, como vimos. Uma dessas "poções mágicas", verdadeiro sucesso de vendas em todo o país denominava-se "*Lydia Pinkham's Vegetable Compound"*, introduzido no mercado em 1876 para o tratamento da "fraqueza da mulher", ou todos os problemas dos "órgãos geradores". Para quem inquiria a fabricante sobre a eficácia do produto, mesmo para situações requerendo tratamento cirúrgico, sua recomendação era para "*continuar o uso do composto, com fé e paciência, e eventualmente sobrevirá a cura*" (STARR, 1982:128).

No Brasil não seria diferente; nas páginas pioneiras do primeiro jornal a ser editado no País, a Gazeta do Rio de Janeiro, ao tempo da residência da Família Real já se encontravam anúncios de elixires, ungüentos, poções várias, destinados aos mais diferentes males. Havia também anúncios de médicos e barbeiros oferecendo seus serviços, porém após a fundação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1829, esta passou a combater e marginalizar os médicos, cirurgiões e boticários que anunciassem curas ou a venda de remédios com fórmulas secretas em jornais ou em cartazes afixados nos lugares públicos, não os aceitando como sócios (MACHADO et al, 1978:217).

---

[125] Na verdade, as formulações não eram protegidas por patente, pois esta exigiria a revelação da composição; protegia-se a marca registrada do composto (STARR, 1982:128).

Para separar o "joio do trigo", a associação norte-americana classificou as drogas em dois grupos, as preparações "éticas", somente anunciadas para profissionais, e as fórmulas proprietárias oferecidas ao público em geral, amplamente propagadas por meio de anúncios em jornais, revistas, panfletos, cartazes e por ambulantes. No princípio, a AMA opunha-se a qualquer formulação secreta, bem como a qualquer apropriação privada de algum conhecimento médico ou técnica, os quais, acreditava, deveriam ser de propriedade coletiva de toda a profissão. No entanto, mesmo desconhecendo sua composição e potenciais efeitos danosos, os médicos prescreviam tais compostos de forma crescente, talvez um indicativo do quanto também eles estavam sujeitos aos efeitos da propaganda maciça, confirmando a validade das mesmas manobras hoje executadas de forma intensiva pela indústria farmacêutica. Novos medicamentos, velhos hábitos.

Estudo realizado em farmácias de Nova York no início do século XX, mostrou o crescimento das prescrições médicas de medicamentos industrializados e panacéias, saltando de menos de 1% em 1874, para entre 20 e 25% em 1902-3 (JACOBI, 1906:290). Simultaneamente, iniciou-se uma campanha da AMA para estimular a divulgação das formulações proprietárias e o fim da propaganda ao público, pelo "bem da ética da medicina"; entretanto, a iniciativa não prosperou, pois tanto os jornais quanto as publicações médicas dependiam das receitas geradas pelos anúncios de tais medicamentos em suas páginas. A situação reverteu na década seguinte, quando a imprensa sensacionalista abraçou a causa contra práticas comerciais danosas ao consumidor e passou a apoiar a AMA para forçar a regulação das fórmulas proprietárias. Uma das conseqüência dessa campanha foi o *Food and Drug Act* de 1906, o qual ultimamente desaguou na criação da *Food and Drug Administration* (FDA), a agência norte-americana encarregada da fiscalização de alimentos e medicamentos[126].

Em conseqüência do crescimento da filiação, a AMA capitalizou-se para montar sua própria estrutura regulatória e iniciar uma ofensiva contra os produtores de panacéias. Por fim, os fabricantes de medicamentos perceberam sua crescente dependência da prescrição médica para sobreviver, em vista da elevação do conceito da profissão médica e da confiança do público em sua opinião quanto à escolha de medicamentos. Uma intensa campanha na imprensa a partir de 1905, com descrições do conteúdo de várias das "poções mágicas",

[126] A FDA, uma agência pequena pelos padrões norte-americanos, com cerca de 9.000 funcionários, supervisiona e fiscaliza as indústrias de alimentação, drogas, vacinas, hemoderivados, dispositivos médicos (*medical devices*) e cosméticos, englobando cerca de 95 mil negócios que movimentam mais de um trilhão de dólares anuais (ANGELL, 2004:33).

muitas vezes incluindo ópio, cocaína, álcool e drogas potencialmente letais, fez refluir a maré da auto-medicação. A mensagem clara da AMA para os fabricantes, colocou-os diante de uma escolha; caso desejassem o endosso da prescrição médica para um produto, não poderiam anunciá-lo e vendê-lo diretamente ao público. E isso antes da publicação do Relatório Flexner. O objetivo geral da AMA era retirar a informação do consumidor, e direcionar a compra de medicamentos por meio da prescrição médica; para tanto, as indústrias deveriam decidir qual público pretendiam focalizar (STARR, 1982:128-33).

A atitude combinava com o clima geral da *Progressive Era*, ao tempo da criação do *Fed* e da introdução do imposto de renda, do sufrágio feminino e da Lei Seca; era o tempo do combate ao desperdício e à corrupção, dos escândalos estampados nos veículos de grande circulação nacional. Rapidamente, algumas companhias perceberam as vantagens de anunciar diretamente para os médicos; a aura de confiança endossada pela autoridade médica lhes permitiria ajustar os preços convenientemente, refletindo a nova situação. Colocando-se entre os produtores de medicamentos e seus mercados, a AMA conseguiu alavancar um sobrepreço, cobrando mais para veicular os anúncios em seu *Journal*, tornado a principal fonte de receita para a entidade. Em 1912, a AMA criou um birô de propaganda, canalizando anúncios para publicações médicas nos estados, alavancando ainda mais sua posição financeira em relação às sociedades médicas estaduais, garantindo-lhe mais poder nas decisões afetando questões nacionais da profissão. Autoridade transformada em poder político e econômico (STARR, 1982:134).

Industrialização farmacêutica

Por volta de 1805, um jovem farmacêutico alemão, Friedrich Wilhelm Sertürner, isolou os cristais de morfina a partir do ópio de papoulas. Pela primeira vez separava-se um princípio ativo da matéria bruta, provocando iniciativas semelhantes no decorrer do século XIX, com o isolamento de alcalóides como quinino, codeína, atropina, cocaína, além de vitaminas e hormônios não sintéticos. A partir de meados do século, sintetizaram-se os anestésicos óxido nitroso (1844), éter (1846) e clorofórmio (1847), os anti-anginosos nitrito de amilo (1867) e nitroglicerina (1879), o sedativo cloral (1869) e os analgésicos e antipiréticos antipirene (1883), acetanilida (1886) e acetofenetidina (1887), os último três marcando a entrada da indústria química alemã no campo farmacêutico, por ela doravante dominado até o início da Primeira Grande Guerra (SILVERMAN e LEE, 1974:3-4).

Na virada do século XX, a indústria química alemã reinava suprema, e a sífilis também. Doença sexualmente transmissível, a sífilis flagelava a humanidade há séculos, sendo então tratada com compostos mercuriais, altamente tóxicos, dando origem ao dito "uma noite com Vênus, uma vida com Mercúrio".

Uma vez descoberto seu agente causador, o espiroqueta identificado por Schaudinn e Hoffmann em Berlim, procurava-se uma cura menos tóxica e mais efetiva. O médico alemão Paul Ehrlich, dirigia em Frankfurt um instituto de pesquisa no qual se faziam experimentos com compostos arsenicais, procurando identificar um que fosse efetivo contra a sífilis. Ehrlich, mundialmente famoso por suas pesquisas imunobiológicas, recebeu o Prêmio Nobel de Fisiologia ou Medicina em 1908, e aplicara o conceito da "bala mágica"[127] à farmacologia. Testando centenas de compostos, sua equipe procurava a tal "bala mágica" contra a sífilis, e o 606º composto identificado, testado em 1908 por seu assistente Sahachiro Hata, médico bacteriologista japonês então trabalhando com Ehrlich, mostrou-se efetivo contra o espiroqueta.

O novo composto sintetizado, a arsfernamina, passou a ser comercializado em 1910 com o nome de Salvarsan 606, marcando o início da indústria farmacêutica sintética e da moderna quimioterapia, termo também introduzido por Ehrlich. O Salvarsan 606 e seus derivados continuaram a ser o tratamento preconizado para a sífilis até serem progressivamente deslocados pela introdução da penicilina a partir de 1943 (STARR, 1982:135; HALL, 1990:45-6).

Com o início da Primeira Grande Guerra e a suspensão do fornecimento de medicamentos e outros produtos químicos alemães para os mercados da Inglaterra, França e Estados Unidos, foi necessário a esses países criar suas próprias indústrias de química fina. Apoderando-se das patentes e processos de produção alemães, trataram inicialmente apenas da duplicação dos produtos originais, passando mais tarde a desenvolver seus próprios compostos. Até então, a contribuição norte-americana limitara-se aos anestésicos óxido nitroso e éter, às vitaminas A e D, e ao isolamento dos hormônios tiroxina e epinefrina (SILVERMAN e LEE, 1974:4).

---

[127] A "bala mágica", com seu poder penetrante e seletivo, iria diretamente ao alvo, sem afetar os tecidos ao seu redor.

A partir da descoberta de Ehrlich e associados, estabelecido o método de pesquisa tornado padrão na indústria farmacêutica, outros compostos passaram a ser sintetizados; todavia, o ponto de partida da grande era terapêutica foi a descoberta de uma nova droga do grupo das sulfonamidas para o tratamento de infecções causadas por estreptococos, estafilococos e outras bactérias patogênicas.

Sintetizada no início dos anos 1930 por cientistas alemães dos laboratórios Bayer, parte do gigante conglomerado IG Farben, a nova droga, de intensa cor vermelha, resultado de cinco anos de pesquisas e testes envolvendo milhares de compostos derivados de azo-corantes, foi patenteada em 1932 e comercializada com o nome de Prontosil. Os resultados dos testes clínicos realizados entre 1931 e 1934 foram publicados no início de 1935 e recebidos com frieza pela comunidade médica, mas a divulgação de resultados positivos, incluindo a recuperação de Franklin Delano Roosevelt, Jr., filho do presidente norte-americano, acelerou fortemente a aceitação de Prontosil.

Em 1936, uma equipe do Instituto Pasteur de Paris descobriu que a molécula complexa do Prontosil, após administrado, era metabolizado pelo organismo em sulfanilamida, uma molécula incolor e muito mais simples; a molécula vermelha não possuía valor terapêutico. A patente da sulfanilamida, uma fase intermediária na produção de corantes, solicitada pela própria IG Farben, já expirara, pois não se percebera seu potencial terapêutico. Mais fácil de produzir e copiar, a sulfanilamida originou uma corrida nos laboratórios de pesquisa farmacêutica em todo o mundo, buscando-se produzir versões da sulfanilamida passíveis de serem patenteadas e promovidas, frustrando-se assim as expectativas de lucro da Bayer. Mesmo eclipsado pelas novas drogas, também substituídas pela penicilina em meados da década de 1940, o Prontosil continuou a ser vendido até a década de 1960.

Além de inaugurar a era da terapia farmacêutica, marcada pela introdução de drogas em larga quantidade e o lançamento de campanhas promocionais de grande alcance, a questão da sulfanilamida evidenciou outra tendência que assumiria importância, a introdução de duplicatas dos produtos farmacêuticos, ou "*me-too*", como se tornaram conhecidos no jargão da indústria. Tratavam-se de produtos desprovidos de vantagens terapêuticas substanciais para o paciente ou para o médico, porém diferindo suficientemente em sua composição molecular para permitir seu patenteamento e promoção, muitas vezes a preços mais elevados.

Durante a II Guerra Mundial, a necessidade de produzir medicamentos para os diversos teatros de operações militares, nas mais distintas regiões climáticas do globo, incrementou as pesquisas nas universidades e demais centros de pesquisa de todos os países beligerantes. A magnitude do conflito e o poder de destruição dos novos armamentos expôs não somente os combatentes mas também as populações civis a novas formas de agravos à saúde e à vida. Além disso, inovações no campo do atendimento aos ferimentos de guerra, avanços na prevenção e tratamento das infecções e do choque resultaram em drástica redução nas estatísticas de mortalidade em relação ao observado durante a Primeira Grande Guerra. As sulfanilamidas e a penicilina responderam pelos avanços no campo das infecções, mas a possibilidade de administrar o plasma sanguíneo aos feridos na própria linha de frente, viabilizada por meio de progressos técnicos no campo da hemoterapia, permitiu salvar milhares de vidas.

Nas regiões tropicais infestadas por malária, a disponibilidade do quinino sintético (quinacrina), droga originalmente sintetizada nos laboratórios Bayer e comercializada como Atabrine, permitiu a prevenção e tratamento da doença. A produção de soros e vacinas utilizadas para imunizar militares e civis, inclusive de nações aliadas, contra um grande número de doenças contagiosas, sofreu forte incremento; cerca de 200 milhões de doses de vacinas foram inoculadas, revertendo em lucros da ordem de 576% para as empresas do setor. Um bom negócio, mesmo em tempo de guerra (BEALLE, 1949:18,235) [128].

No mercado norte-americano, a expansão do número de formulações disponíveis para prescrição, principalmente após o final da Segunda Guerra Mundial, foi explosivo. Em 1972, já existiam cerca de 6.780 drogas singulares e 3.330 combinações farmacológicas, um total superior a 10 mil produtos, em 14.250 diferentes formas e dosagens, aos quais se somavam cerca de 100 mil outros vendidos sem prescrição médica (SILVERMAN e LEE, 1974:4-6).

Hoje, o número é ainda maior; a indústria farmacêutica de medicamentos "éticos", necessitando de prescrição médica, movimenta anualmente US$200 bilhões só nos Estados Unidos, cerca de metade do mercado mundial, sendo de longe a mais rentável no país Não obstante os elevados lucros, os alegados custos incorridos em pesquisa e desenvolvimento,

---

[128] Durante a Segunda Guerra Mundial, as patentes farmacêuticas alemãs foram igualmente confiscadas, porém lembremos os interesses cruzados entre o complexo IG Farben e as empresas de Rockefeller. Esse é um assunto interessante, para o qual recomendamos a leitura de BORKIN, Joseph, *The crime and punishment of I.G. Farben*, New York, Simon & Schuster, 1978, e HIGHAM, Charles, *Trading with the enemy: the Nazi-American money plot 1933-1949*, New York, Barnes & Noble, 1983.

na realidade fundeados na maior parte por agências governamentais, hoje o principal negócio da indústria farmacêutica é a venda de produtos "*me-too*", pequenas modificações moleculares ensejando a concessão de patentes, sem requerer um teste comparativo com a droga de geração anterior cuja patente está por expirar (ANGELL, 2004:3-4, 37-51, 74-93).

Mas retornemos ao nosso recorte histórico. Ao tempo em que o barril de petróleo (159 litros) custava menos de US$2 (hoje já beira os US$150, com tendência de alta), foi lançado no mercado norte-americano um laxativo à base de óleo mineral, Nujol, ainda disponível. O custo de produção de um barril de Nujol beirava os US$2, rendendo quase 700 frascos de 8 onças líquidas (cerca de 228ml), ao custo aproximado de 0,3 centavo de dólar por frasco. Vendido em 1949 a 23 centavos de dólar o frasco, o barril renderia perto de US$160, sem dúvida um bom lucro (BEALLE, 1949:6). É um exemplo extremo, mas serve para mostrar as discrepâncias entre os custos de produção e os preços de venda dos medicamentos.

As alegações de grandes gastos em pesquisa e desenvolvimento (P&D) para justificar os preços elevados cobrados pelos medicamentos, são refutadas por Angell (2004:21-51), pois na verdade tais custos recaem sobre as universidades (que recebem fundos públicos para desenvolver pesquisas), ou sobre agências federais como os *National Institutes of Health* (NIH), financiadas pelo tesouro norte-americano. De fato, as farmacêuticas empregam enormes somas em marketing, e mesmo embutindo partes consideráveis das despesas de propaganda na rubrica de P&D, essa conta ultrapassa os U$$50 bilhões anuais (ANGELL, 2004, 115-34). Por exemplo, o patrocínio de competições esportivas por medicamentos para disfunção erétil, é justificado por um porta-voz de uma farmacêutica como:

> Sports is really a great way to reach men with this condition of erection problems. Men feel passionate about their sports, and it's a nice way to educate people while they are feeling comfortable (ANGELL, 2004:116-7).

Se hoje tais alegações quanto aos custos podem ser refutadas, podemos dizer o mesmo relativamente ao período de nosso estudo, pois, como vimos, os custos de pesquisa foram transferidos para o governo pelas grandes fundações.

E o que as fundações tinham a ver com a indústria farmacêutica?

Bem, voltando ao Nujol, ele era produzido pela Stanco, a mesma empresa fabricante do inseticida FLIT, tão popular em todos os lares brasileiros desde o final dos anos 1920. Pois Stanco é o acrônimo de *Standard Oil Co.*, a empresa petroleira de Rockefeller. Depois, o

Nujol passou a ser comercializado pela Squibb, indústria farmacêutica também controlada pelos Rockefeller, e a Squibb não vendia somente o Nujol. O grande capital norte-americano descobriu, melhor dizer, inventou a indústria farmacêutica no país, e por meio das grandes fundações, controlou o ensino médico e a orientação das linhas de pesquisa das universidades, tornadas dependentes de suas dotações, abrindo as portas para um novo e lucrativo negócio.

Interessava-lhes controlar o ensino médico, pois as universidades, subordinadas pelas dotações das fundações, sacramentariam o modelo flexneriano e realinhariam suas linhas de pesquisa, centrando-as no modelo biomédico, para satisfazer os interesses da classe dominante. Assim, teriam o respaldo da *American Medical Association*, interessada em elevar o prestígio, legitimidade e renda da classe médica para ter sobre ela maior controle, dessa forma alavancando sua posição financeira com as farmacêuticas. A propaganda convenceria médicos e o público de que esse era o melhor caminho, ungido pela aura de cientificidade conferida pelas universidades.

Controlar a formação médica e o acesso à profissão evitaria invasões de "seitas" concorrentes, resistentes ao modelo. Além disso, a aquisição de um poderoso suporte político seria determinante para endossar as iniciativas da indústria e, ao mesmo tempo, assumir o controle das agências governamentais de pesquisa.

Isso posto, estabelecido o triângulo fundações, universidades e indústria, cumpria exportar o modelo; antes, porém, devia-se preparar o terreno e fertilizá-lo antes da semeadura, isto é, identificados os mercados nos quais se deveria estabelecer presença, cabia desenvolver uma estratégia de penetração, buscar aliados locais, assegurar a cristalização do modelo e sua posterior disseminação. Em áreas de condições pré-mercado, identificado o interesse, criar as condições necessárias para sua implantação e posterior desenvolvimento.

Em maio de 1929, foi anunciada a formação da *American I. G. Chemical Corp.*, empresa afiliada da IG Farben de Frankfurt, cuja primeira oferta pública de ações, (IPO), no valor de US$30 milhões, encerrou-se em menos de uma hora. A empresa, combinando os interesses da IG Farben, da *Standard Oil of New Jersey*, do *National City Bank*, da *Ford Motors* e do *International Acceptance Bank of New York*, possuía em sua diretoria nomes incluindo, além dos executivos da IG Farben, Walter Teagle, presidente da *Standard Oil*, Edsel Ford e Paul Warburg, o principal idealizador do projeto do *Fed* e seu ex-diretor, membro fundador do

Council on Foreign Relations e seu então diretor, cargo também exercido no *Internacional Acceptance*[129]. A nova empresa incorporava os antigos ativos norte-americanos da matriz alemã, isto é, *Bayer Company, General Aniline Works, Afga Ansco e Winthrop Chemical Company*.

Bealle descreve vários movimentos de fusões e aquisições entre empresas do grupo IG, Rockefeller e Liggett[130], envolvendo indústrias como Sterling, Winthrop, Schering, Bayer, General Drug, Bristol-Myers, Vick, Merrell, Jensen, Squibb, Parke-Davis, Sharp & Dohme, Lederle, American Cyanamid, resultando, de uma forma ou outra, em participações acionárias, trocas de ações ou controle acionário ora de um, ora de outro grupo, os quais, como vimos possuíam interesses convergentes (BEALLE, 1949:8-10, 16-18). As claras implicações remetem aos interesses cruzados, porém positivamente ligando-os aos das grandes fundações. Em 1939, pouco antes do início da Segunda Guerra Mundial, a *American IG* foi rebatizada de *General Aniline & Film* (GAF).

Antes de partirmos para a descrição da evolução do mercado farmacêutico no Brasil, nos interessa cristalizar a noção de que a indústria farmacêutica norte-americana desenvolveu-se a partir da sua captura pela órbita do capital, e sua submissão às regras de produção, financiamento e distribuição de tipo capitalista, como qualquer outra mercadoria (BRAGA e SILVA, *in* NEGRI e DI GIOVANNI, 2001:20). Essa captura, como vimos, tornou-se possível a partir da concepção de um modelo biomédico de atenção médica, e da reforma do ensino médico nos Estados Unidos, mediante a qual o modelo biomédico foi tornado padrão, de modo a refletir os interesses das classes dominantes e da corporação médica norte-americana. Afinal, afirma Foucault, a medicina é uma estratégia bio-política (FOUCAULT, 1995:80). Tal modelo privilegia a identificação das causas de doença no interior do organismo, e preconiza os processos de diagnóstico e terapêutica mediados pela tecnologia, no âmbito da qual se insere o concurso da indústria farmacêutica, cujos interesses se alinham, no contexto gerado, aos do grande capital.

---

[129] *Bosch "Invasion"*, Time Magazine, 06/05/1929, disponível em <http://www.time.com/time/magazine/article/0,9171,732320-1,00.html>, consulta em 15/12/2007.

[130] Louis Kroh Liggett, controlava uma cadeia de *drugstores*, Rexxal Stores; sua holding Drug Inc., associada à General Aniline and Film concentrava interesses da Sterling Products, Bristol-Myers e Winthrop, fabricantes do Leite de Magnésia de Phillips, da Aspirina Bayer, do Sal de Andrews, Kolynos, Listerine, Vic Vapo-Rub e outras marcas presentes nos lares norte-americanos. A Sterling era financiada pelo *National City Bank of New York*, controlado por Rockefeller.

Evolução da indústria farmacêutica no Brasil

Ao abrir sua obra "A indústria da saúde no Brasil", Cordeiro justifica a relevância da questão do consumo de medicamentos no País por sua importância enquanto prática terapêutica dominante; 80% das consultas médicas, cita o autor, implicariam na prescrição de um ou mais medicamentos industrializados (CORDEIRO, 1985:5). Por outro lado, Di Giovanni abordara anteriormente a questão da facilidade da introdução de medicamentos no mercado brasileiro; ao menos até 1980, a legislação pertinente encontrava-se povoada de lacunas, não obstante a promulgação, em 1976, de legislação específica visando disciplinar o controle médico-sanitário sobre drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos, correlatos e outros produtos[131].

Os pedidos de registros de novos produtos deveriam ser dirigidos ao Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia (SNFMF), acompanhados de bibliografia científica relativa às suas características fornecida pela empresa interessada. Avaliadas como satisfatórias as qualidades do produto, sem a realização de quaisquer provas de laboratório, era o mesmo "certificado", podendo sua comercialização ser iniciada de imediato. O controle de qualidade, se eventualmente realizado, dava-se *a posteriori*, via coleta aleatória de amostras em pontos de venda, tarefa essa empreendida pelos órgãos de fiscalização estaduais. O material coletado seria depois enviado para análise, quer em instituições estaduais ou particulares conveniadas, reduzindo-se a avaliação à comparação entre as especificações aprovadas do produto e aquelas encontradas no produto real disponível para venda (DI GIOVANNI, 1980:87-8).

A própria indústria farmacêutica, comenta o autor, reconheceria a precariedade dos controles e a facilidade com que produtos novos poderiam ser lançados no mercado local:

> (...) o SNFMF é formado por meia dúzia de burocratas e um punhado de especialistas que não têm tempo, organização e o necessário conhecimento dos métodos de pesquisa atuais para analisar produtos a eles submetidos. Qualquer um pode licenciar uma droga qualquer, e bem rapidinho (DI GIOVANNI, 1980:888).

Cordeiro (1985:122), explica os estágios envolvendo a produção de medicamentos:

- 1º - <u>pesquisa e desenvolvimento de novos fármacos</u>, também denominados de princípios ativos. Fase mais complexa e dispendiosa do processo, podendo atingir várias centenas de milhões de dólares, até a casa dos bilhões. Entendendo o que

[131] Lei nº 6.360, de 23/09/1976.

aconteceu de errado no interior do corpo, causando uma doença, procura-se uma molécula capaz de interferir favoravelmente na cadeia de eventos responsável pela doença, de novo a idéia da "bala mágica" de Erhlich[132]. Como vimos, a maior parte desses estudos ocorre no interior de universidades norte-americanas, subsidiadas por dotações governamentais, ou nos institutos de pesquisa do próprio governo, dependendo em grau muito menor dos recursos oriundos das próprias indústrias farmacêuticas, além do que essas despesas são compensadas por deduções dos impostos devidos pelas empresas. Em virtude dessa característica, grandes farmacêuticas européias deslocaram seus centros de pesquisa para os Estados Unidos, visando beneficiarem-se o afluxo de recursos acima mencionado. Na verdade toda a questão de custos da indústria é uma caixa preta (ANGELL, 2004: xxiv, xxv, 13, 37, 39, 45).

- 2º - <u>produção industrial dos fármacos</u>, isto é, das moléculas consideradas como de valor terapêutico na fase anterior, por meio de síntese química. A seleção das moléculas que entrarão em produção tem mais a ver com sua potencial capacidade de produzir retorno financeiro do que com sua capacidade de beneficiar a humanidade. Se ambos os atributos puderem ser combinados, ótimo, mas por conta disso, e de não ser necessário à nova molécula demonstrar ser mais eficaz do que as já existentes, mas apenas provar sua eficácia, em qualquer grau, por meio de comparação com placebos, cerca de 77% do total de "drogas novas" constituem-se de produtos "*me too*". Privilegia-se conquistar uma parte do mercado produzindo algo semelhante a uma droga de sucesso comercial, ou estender uma patente em vias de expirar por meio da introdução de uma "inovação". Também igualmente importante é comentar sobre a decisão de deixar de produzir um medicamento; para introduzir um medicamento no mercado, a indústria farmacêutica necessita de autorização, porém pode interromper a produção a qualquer tempo, independentemente de autorização, apenas porque os lucros deixaram de ser interessantes, por exemplo (ANGELL, 2004: xxiv, 75, 91).
- 3º - <u>produção de medicamentos ou especialidades farmacêuticas</u>, definindo-se as apresentações dos princípios ativos, sua mistura com adjuvantes ou veículos, postos em sua forma final, isto é, cápsulas, comprimidos, suspensões, etc., e embalados para a distribuição e venda.

[132] Note-se que a causa da doença é buscada no interior do corpo, reafirmando o modelo biomédico flexneriano, e sem levar em conta as causas econômicas, sociais e ambientais da doença.

- 4º - marketing e comercialização das especialidades. Essa fase merece uma discussão mais aprofundada, e a faremos a seguir.

No caso brasileiro, até uma ou duas décadas atrás, a produção nacional de medicamentos resumia-se quase que exclusivamente às fases 3 e 4, com poucas incursões na fase 2. A partir dos anos 90, em função de mudanças institucionais, progressivamente incrementou-se a produção local de fármacos, hoje responsável por parte considerável do abastecimento nacional, e mesmo destinados à exportação. Todavia, a fase 1 evidencia-se por sua quase total ausência entre nós. Raros, raríssimos até, os eventos de pesquisa nacional original chegando até os processos finais da produção. Por que?

Nas palavras de Rozenfeld e Rangel,

> A produção de remédios surge paralela à medicina popular exercida desde o período colonial, através de dezenas de pequenos empreendimentos, freqüentemente familiares que se dedicavam à produção de medicamentos a partir de extratos vegetais. (...) A terapêutica farmacológica atual é uma prática relativamente recente. Até o século XIX a maioria dos medicamentos eram remédios naturais de estrutura química e natureza desconhecidas. No início do século XX foram introduzidos na terapêutica os primeiros barbitúricos, os derivados arsenicais e a insulina, porém somente nos anos 40 houve a introdução maciça de novos fármacos que abririam possibilidades de cura até então inalcançáveis, sobretudo no campo das enfermidades infecciosas. Nos anos 30 surgiram as sulfamida, a fenitoína e a peditina. Nos anos 40 são descobertos a penicilina, a estreptomicina, a clortetraciclina e o cloranfenicol. Nos anos 50 surgiram entre outros a isotiazida e a procainamida. Na atualidade, as especialidades farmacêuticas ocupam a maior parte das vendas no comércio farmacêutico, embora há 40 anos não representassem nem 25% das vendas neste setor. Os determinantes de consumo se alteraram enormemente após a Segunda Guerra Mundial gerando o fenômeno da "explosão farmacológica" (ROZENFELD e RANGEL, 1988:336-8).

Nos Estados Unidos, a produção de medicamentos adquirira expressiva importância econômica a partir dos anos 20, e faria parte do triângulo de cooperação compreendendo as grandes fundações financiadoras, as escolas médicas e as instituições universitárias de pesquisa, e a indústria farmacêutica, originando o mais tarde denominado complexo médico-industrial.

Tal pujança estava distante de terras brasileiras; inexistindo indústrias de base, não poderia haver desenvolvimento industrial. Se não havia indústria farmacêutica de importância econômica, também não existia indústria de equipamentos médicos, mesmo porque a produção de serviços de saúde mantinha características artesanais. O diagnóstico e

tratamento careciam de sofisticação tecnológica, a principal arma do arsenal médico consistindo em sua capacidade de anamnese e exame clínico, na melhor técnica das escolas européias. Praticamente todos os instrumentos de trabalho do médico acomodavam-se em sua maleta, poucos itens de custo acessível: um estetoscópio, um aparelho para medir a pressão arterial, um termômetro, alguns remédios de botica.

Ribeiro (1993, *passim*), nos lembra da importância dos programas de saúde pública deflagrados pelas instâncias governamentais no desenvolvimento da indústria química e farmacêutica nacional; a produção de substâncias químicas pela indústria, a soroterapia e produção de soros e vacinas nas instituições de pesquisa científica públicas e nas empresas farmacêuticas privadas, toma corpo ao enfatizar as relações entre seus cientistas no desenvolvimento de produtos e tecnologia, de forma a nos dar suficiência no campo.

Até o início da década de 1930, praticamente inexistiam diferenças qualitativas na produção de medicamentos no Brasil ou em outros países do mundo; como comentaram Rozenfeld e Rangel, todos os processos de transformação envolvidos resumiam-se à manipulação de substâncias naturais em pequenos laboratórios, farmácias, boticas, por vezes até no próprio consultório ou hospital, caso das instituições de caridade, por exemplo. Alguns pequenos empreendedores, graças à inventividade, conseguiram produzir formulações, quase sempre panacéias de formulações secretas, as quais, mercê de divulgação ampla, lograram conquistaram até expressão nacional, em virtude de supostas propriedades medicinais não desmentidas por seus consumidores. O Biotônico Fontoura é caso exemplar; produzido pelo farmacêutico mineiro Cândido Fontoura, contou com a pena de Monteiro Lobato para plasmá-lo na literatura e na tradição popular brasileira, permitindo vôos mais altos ao seu produtor, constituindo florescente indústria (DI GIOVANNI, 1980:50).

Por volta do início da Segunda Guerra Mundial, entre os maiores laboratórios nacionais, na maior parte concentrados no Rio de Janeiro, encontravam-se as casas Silva Araújo, Moura Brasil, Granado, Werneck, Orlando Rangel, Biologia Clínica, Pelosi, Paulista de Biologia, Fontoura, Torres Selectus, Purissima, Labrapia, Endochimica, Fisiologia Aplicada, Organoterápica, Isa, Laborterapia. Eram poucas as empresas contando mais de doze empregados; a maioria empregava menos de seis pessoas. A partir do aporte maciço de recursos das grandes fundações e do fundo público na pesquisa e descoberta de novas drogas, algumas já comentadas, ocorreria a diferenciação qualitativa da indústria farmacêutica norte-americana, assumindo a dianteira na inovação tecnológica e mais tarde

o domínio nos mercados mundiais, facilitado pela destruição dos parques industriais dos países beligerantes europeus (DI GIOVANNI, 1985:53-4).

Vejamos na tabela seguinte o ano de início das atividades de algumas empresas estrangeiras no Brasil:

Tabela VIII

Empresas farmacêuticas estrangeiras instaladas no Brasil até 1945

Ano	Empresa
1890	Bayer
1919	Rhodia
1920	Sidney Ross
1922	Beecham
1923	Merck
1928	Andromaco
1931	Roche
1936	Johnson & Johnson
1936	Roussel
1936	Glaxo
1937	Abbot
1937	Ciba
1940	Organon
1941	Merck-Sharp-Dohme
1943	Bristol-Myers
1944	Schering

Fonte: Di Giovanni, 1985:56-7, modificado.

Nesse período, o mercado brasileiro era abastecido por um grande número de pequenos e médios laboratórios nacionais, poucos estrangeiros e por importações diretas realizadas pelas casas representantes locais. A interrupção do fluxo de importação dos produtos de origem européia, em virtude do conflito, viria estimular a importação de insumos farmacêuticos e equipamentos do mercado norte-americano, o único ainda aberto, para viabilizar a produção local, não mais voltada apenas para a produção de medicamentos populares, mas focalizando a produção de medicamentos "éticos" ou "científicos". Parte considerável dos insumos passou a ser produzida em São Paulo e no Rio de Janeiro, aliviando as pressões sobre as importações. O período da guerra foi então bastante

favorável para a indústria farmacêutica brasileira, acompanhando a tendência observada nos Estados Unidos, à cuja órbita política e econômica o Brasil fora incorporado (DI GIOVANNI, 1980:57-8).

Quintaneiro comenta o esforço das empresas norte-americanas durante a Segunda Guerra Mundial para desalojar dos mercados latino-americanos as empresas de capital alemão, focalizando especialmente a Bayer, controlada pela holding IG Farben, como vimos possuidora de interesses cruzados com o conglomerado Rockefeller, todavia não comentados pela autora em seu trabalho. Ainda segundo a mesma fonte, os alvos imediatos eram os medicamentos de consumo popular como a Aspirina, e de combate à malária, o quinino sintético ou atebrina, e as empresas de capital norte-americano já instaladas no Brasil preocupavam-se em ocupar com celeridade o espaço ocupado pelos produtos alemães, citando a *Sterling Products* como exemplo (QUINTANEIRO, 2002:148). Ora, vimos anteriormente que tanto a *Sterling* como a *Winthrop* eram controladas pela *Drug Inc.*, e que pouco antes do ataque à Pearl Harbor, a *General Aniline & Film*, novo nome da associação IG Farben-Rockefeller, adquirira interesses dessa companhia (BEALLE, 1949:8). Tudo faz crer, portanto, tratar-se apenas de manobras para proteger os próprios interesses, travestidas de rompantes patrióticos de "combater os interesses nazistas no continente".

A *Sydney-Ross Co.*, uma subsidiária da rebatizada *Sterling Drug Inc.*, produtora do Melhoral, produto concorrente da Aspirina e Cafiaspirina Bayer, implementou na América Latina uma gigantesca campanha de marketing para abocanhar o mercado da Cafiaspirina, outra marca da Bayer, promovendo até concursos para premiar papagaios capazes de repetir no ar o *slogan* "Melhoral é melhor" ou "*Mejoral es mejor*", em versão castelhana. Pobres primos do "Zé Carioca"[133].

A produção dos primeiros antibióticos de largo espectro após a Segunda Guerra Mundial, como a estreptomicina, bacitracina, cloranfenicol e tetraciclina, frutos de pesquisa em instituições privadas, permitiu à indústria farmacêutica patenteá-los e exercer um monopólio lucrativo, praticando uma política de preços de forma a cobrar "aquilo que o mercado pudesse pagar". Paralelamente, campanhas de marketing focalizando o médico, objetivavam induzi-lo a receitar o medicamento sem considerações excessivas de preço. No Brasil, a produção local, ou melhor, a embalagem local dos insumos importados dos

[133] Time Magazine, 01/03/1943, *Sterling headache*, disponível em <http://www.time.com/time/magazine/article/0,9171,932974,00.html?promoid=googlep>, consulta em 15/12/2007.

modernos medicamentos, provocou a desnacionalização da indústria, pois, ao menos no primeiro momento, as matrizes estrangeiras somente disponibilizavam os fármacos para suas representantes locais. Acordos internacionais de patentes, dos quais o País era signatário, vedavam a livre produção de tais produtos pelas firmas nacionais sem o pagamento de direitos de propriedade (DI GIOVANNI, 1980:60-1).

Ao final da guerra, após um hiato, seria retomada a migração de mais casas farmacêuticas estrangeiras para o Brasil, como se pode visualizar na tabela seguinte:

Tabela IX

Empresas farmacêuticas estrangeiras instaladas no Brasil 1946-1966

Ano	Empresa
1947	Recordati
1947	Sandoz
1949	Hoechst
1949	Wyeth
1950	De Angeli
1950	Carlo Erba
1953	Squibb
1954	B. Brown
1954	Upjohn
1954	Berlimed
1955	Wellcome
1955	Cyanamid
1955	Parke-Davis
1956	Boeringer
1957	Syntex
1958	R. Merrell
1959	Searle
1960	Ayerst
1961	Mead-Johnson
1962	Eli Lilly
1965	Pfizer

Fonte: Di Giovanni, 1985:56-7, modificado.

Consoante à penetração do parque industrial farmacêutico brasileiro pelo grande capital estrangeiro, já na década de 1950 ocorreu uma virtual equiparação da cesta de medicamentos ofertada no plano interno àquela disponível nos mercados das economias centrais. O período marcaria a escalada das empresas internacionais rumo ao domínio do mercado nacional, quer pela entrada de novas companhias, quer pela aquisição de empresas nacionais já instaladas. A confirmar o relato de Bertero, em seu tom *blasé*, as empresas nacionais estariam predispostas a alienar seus patrimônios ao capital internacional, mais, estariam tentando desesperadamente desfazer-se de ativos indesejáveis. Mas então, por que se interessariam as empresas estrangeiras em adquirí-los?

> As companhia locais não estão desavisadas das vantagens potenciais de vender seus negócios para empresas multinacionais, uma vez que esse tipo de venda traz consigo o pagamento em dólares americanos, ou outro tipo de moeda forte, bem como a propriedade de ações das matrizes, ou ambos. Conseqüentemente, não é incomum encontrar proprietários locais tentando, a todo custo, vender suas companhias enquanto podem. Uma companhia nacional pode ser considerada atrativa para as companhias multinacionais em potencial quando tem uma boa linha de produtos, que vende bem no mercado local. São também necessárias vantagens físicas razoáveis, incluindo uma fábrica não obsoleta para os padrões industriais modernos e internacionais, e uma relativamente bem treinada capacidade de vendas (BERTERO, 1972:50-1).

Nesse afã, até 1969 haviam trocado de mãos as firmas Espasil, Fontoura, Humanitas, IQB, Labofarma, Purissimus, LPB, Silva Araújo, Steg, Xavier, Vicente Amato, Orlando Ragel, Fissan, Laborterápica, Pravaz, Moura Brasil, Sânitas, Endochimica, Novotherápica, Mirtonil, Torres, Exactus, Sintético, Lafi, Laboran e Procienx. Até o Jeca Tatú se rendera ao Tio Sam, com a venda do Laboratório Fontoura, produtor do Biotônico, para a firma Wyeth. As compras cresceriam ainda mais na década de 1970, e em 1975 os capitais estrangeiros representavam 84,3% das vendas em valor monetário (DI GIOVANNI, 1980:64, 5).

Estimativas em meados de 1974 davam conta de 529 empresas farmacêuticas legalmente estabelecidas no país, das quais 69 pertenciam a capitais estrangeiros e 460 eram empresas reconhecidas como nacionais. A aparente vantagem numérica das empresas nacionais esconde uma outra constatação, qual seja, 50% dos fármacos utilizados na manipulação final eram de origem importada, enquanto 90% das drogas lançadas no País provinham de pesquisas realizadas no exterior pelas matrizes das empresas transnacionais (CORDEIRO, 1985:117), naturalmente sem contar os princípios ativos produzidos localmente por suas filiais. Comprova-se assim ser apenas marginal a contribuição

intelectual nacional para a pesquisa e desenvolvimento de novos medicamentos, como comentamos.

Citando Frenkel et al., Cordeiro (1985:121-2) explica a perda da competitividade da indústria farmacêutica nacional perante a norte-americana, apoiando-se em três argumentos:

- Não proteção estatal do setor, considerado não prioritário pelo BNDE para seu fortalecimento via investimentos e empréstimos para empresas nacionais.
- Política econômica facilitou a entrada de capital internacional, via regime de taxas cambiais diferenciadas, para aplicação nas filiais das matrizes estrangeiras.
- Aceleração da incorporação tecnológica pela indústria farmacêutica estrangeira após 1940, rompendo o equilíbrio tecnológico entre as indústrias de medicamentos brasileira e norte-americana existente até 1920-1930.

O primeiro argumento certamente representa o pensamento do momento; o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico foi criado em 1952, no segundo governo Vargas, como resultado dos trabalhos da Comissão Mista Brasil-Estados Unidos para o Desenvolvimento Econômico, e encarregado de financiar e gerir os recursos captados no Brasil, no Eximbank[134] ou no BIRD[135], para os projetos prioritários, relativos basicamente à energia e ao transporte. A Comissão Mista, integrada por técnicos brasileiros e norte-americanos, resultou de conversações iniciadas no governo Dutra em 1950, no âmbito do Ministério da Fazenda, continuadas no governo Vargas, visando ao financiamento de um programa de re-aparelhamento dos setores de infra-estrutura da economia brasileira, o Plano SALTE, acrônimo de Saúde, Alimentação, Transportes e Energia. Os entendimentos prévios entre os dois países previam a continuidade da exportação brasileira para os Estados Unidos de alguns minerais estratégicos, em particular manganês e areias monazíticas.

No campo da saúde, pretendia-se elevar o nível sanitário da população, sobretudo a rural, abrangendo a Campanha Nacional de Saúde. Afinal, as ações limitaram-se a pouco mais de uma campanha de erradicação da malária, abrangendo onze estados, a Baixada Fluminense e a bacia do São Francisco. Utilizaram-se de inseticidas de ação residual (DDT), sem nenhum plano de avaliação de impacto ambiental, com efeitos devastadores sobre a fauna, mas bons lucros para a Monsanto[136] e outras companhias fabricantes de agrotóxicos.

---

[134] Export-Import Bank.
[135] Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento, ou Banco Mundial.
[136] A Monsanto também produziu o desfoliante Agente Laranja, utilizado no Vietnam.

Na prática, ações do BNDE restringiram-se aos campos de energia e transportes, mas quanto à proteção estatal do setor farmacêutico, seria oportuno recordar a desastrosa experiência da reserva de mercado da informática mantida no país e a década de atraso tecnológico resultante; construíamos "dinossauros eletrônicos" enquanto outros países de economia periférica, os tigres asiáticos por exemplo, assumiram a liderança mundial no setor, aproveitando-se da tecnologia desenvolvida em centros de pesquisa espalhados pelo globo.

A argumentação não leva em conta ou ainda revela desconhecimento sobre as fontes de financiamento utilizadas para o início do desenvolvimento da pesquisa aplicada nos Estados Unidos, isto é, as grandes fundações, representando os interesses do grande capital. Só mais tarde os encargos de financiamento foram progressivamente transferidos ao governo, nas condições já comentadas, asseguradas as condições de perpetuação do modelo biomédico implantado, via realinhamento dos programas de ensino e pesquisa das escolas médicas e universidades.

Quanto ao segundo argumento, o País não possuía alternativa; após longa negociação, envolvendo as questões siderúrgica e de re-equipamento das forças armadas, alinhara-se aos Estados Unidos no início de 1942, durante o primeiro governo Vargas. O eixo de nossas dívidas externas transferira-se de Londres para Nova York ainda na Primeira República, colocando-nos financeiramente nas mãos dos banqueiros de Wall Street; trocou-se Rothschild por Rockefeller. Obtido o equacionamento da crise cafeeira, a partir de 1933 fomentou-se o mercado interno via substituição de importações, conseguindo-se finalmente um superávit no balanço de pagamentos por conta da alta no preço internacional das *commodities* exportáveis brasileiras, em decorrência do conflito mundial e dos embargos estabelecidos pelos países beligerantes. Findo o conflito, o imenso poderio industrial norte-americano, construído para a produção de armamentos, impôs sua hegemonia sobre o mercado latino-americano como escoadouro de toda sorte de produtos pós-reconversão civil, naturalmente não sendo tolerada a competição de um parque industrial periférico como o brasileiro.

Mantinha-se acesa a promoção do sonho americano de consumo nas páginas de Seleções, Life, Time e tantas outras publicações, promoção também estendida aos medicamentos "milagrosos" prometidos pela tecnologia do pós-guerra. O inédito superávit acumulado em divisas no exterior foi rapidamente dissipado durante o governo Dutra (1946-1951), na

aquisição de uma cornucópia de bens de consumo, de pirulitos a automóveis, e na compra, pelo governo brasileiro, da sucata ferroviária ainda mantida no País pelos capitais britânicos, como se sólidas e rentáveis empresas fossem (WERNECK SODRÉ, 1964:328). Em meados de 1952, o Brasil já se encontrava novamente deficitário, ávido pela inversão de capitais estrangeiros, não estando pois em condições de refutá-los em nome da proteção de um setor como o farmacêutico.

No segundo governo, tal como fizera no anterior, Vargas tentaria negociar o apoio político do Brasil aos Estados Unidos em troca de ajuda norte-americana ao desenvolvimento econômico do país, implementando um caráter nacional-desenvolvimentista à sua administração. Tentando contentar ao mesmo tempo as demandas dos setores mais comprometidos com o ideário nacionalista e daqueles americanófilos, a barganha nacionalista não chegaria a bom termo, ultimamente custando-lhe o governo e a vida.

Após a reforma ministerial de Vargas, o ministro da fazenda Oswaldo Aranha instituiu, por meio da famosa Instrução 70 da SUMOC[137], de outubro de 1953, o regime de taxas múltiplas de câmbio, distribuindo-se os produtos de importação em categorias com sobretaxas variáveis, de acordo com sua prioridade e importância para o desenvolvimento nacional. Colocando os insumos e produtos farmacêuticos na categoria de taxas de câmbio mais baixas, o governo claramente sinalizou sua não intenção de proteger ou estimular a indústria farmacêutica nacional (DI GIOVANNI, 1980:67-9). O estímulo se faria no sentido de facilitar as importações para as empresas estrangeiras aqui realizarem as fases 3 e 4 da produção de medicamentos, isto é, a mistura com adjuvantes ou veículos para a finalização, embalagem, distribuição e venda, além dos esforços de marketing e comercialização.

Essa ação seria reforçada, já no governo Kubitscheck (1956-1961), pela Instrução 113 da SUMOC, idealizada pelo ministro da fazenda, Eugenio Gudin, no sentido de conter o déficit do governo. O objetivo visava favorecer os investimentos estrangeiros no país, por meio da concessão de licença, sem cobertura cambial, para a importação de maquinaria para empresas estrangeiras associadas a empresas nacionais. Ora, fica claro o motivo pelo qual tantas empresas estrangeiras decidiram pela compra do controle acionário das indústrias farmacêuticas nacionais, e os motivos que impeliram tantas empresas brasileiras a buscar essa associação; o casamento seria vantajoso para ambas, pois, isoladamente, não

[137] Superintendência da Moeda e do Câmbio.

poderiam usufruir o benefício. O arranjo foi bastante combatido por setores nacionalistas, mas, em linhas gerais, prevaleceu durante todo o governo Kubitscheck.

O terceiro argumento de Cordeiro nos traz de volta ao primeiro; o incremento de incorporação tecnológica deu-se em decorrência do fomento à pesquisa nas universidades norte-americanas, via dotações das grandes fundações, para responder às demandas representadas pelo novo papel a ser desempenhado pela ciência aplicada no desenvolvimento do capitalismo industrial, no que concerne ao aumento de produtividade e diminuição dos custos. Das universidades criadas para responder aos interesses do capital, espelhadas nas demandas geradas pela nova complexidade da produção, é que emergiriam os profissionais, gestores e cientistas treinados para trabalhar nos bancos, indústrias e outros empreendimentos.

No Brasil, uma economia periférica fundada sobre base agro-exportadora, não se repetiu o nível de desenvolvimento econômico verificado nos Estados Unidos após a guerra civil, período no qual foram gestadas as condições peculiares de sua evolução econômica pós-1860, como comentado no primeiro capítulo. O substrato motivador da criação de universidades e centros de pesquisa aplicada não existiu no Brasil, portanto tampouco existiriam condições para o desenvolvimento autônomo da tecnologia. Toda ela, e nem sempre a mais moderna disponível, no mais da vezes somente a já substituída, passou a ser importada pelo País, refletindo-se tal postura no setor da indústria farmacêutica.

Juscelino Kubistcheck de Oliveira era médico, e seu governo notabilizou-se pelo Plano de Metas, um composto dos trabalhos e diagnósticos da Comissão Mista Brasil-Estado Unidos e do Grupo Misto CEPAL-BNDE[138], visando acelerar a expansão industrial do País. A indústria de transformação crescera à taxa média anual de 8,9% entre 1949 e 1955, atingindo valores de 16,2% em 1958, 11,9% em 1959 e 9,6% em 1960 (CANO, 1985:87).

Eram 30 metas, separadas por setores: energia (5), transportes (7), alimentação (6), indústrias de base (11), educação (1).

Não havia uma única meta para a saúde.

---

[138] Acordo de cooperação firmado em 1953 pelo BNDE e a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe, CEPAL, para a obtenção e análise de dados macroeconômicos, sob a direção do Economista Celso Furtado.

Marketing e indústria farmacêutica

Di Giovanni relata uma cena: ao entrar no consultório e cumprimentar o médico, o propagandista iniciou sua ladainha dizendo-lhe quão especial era a visita, entregando-lhe um isqueiro de mesa no qual estava gravada a marca de um produto farmacêutico. Pediu-lhe para deixá-lo sobre a mesa, pois o intuito do brinde era lembrar ao médico para que receitasse o produto, do qual forneceu-lhe dois frascos e um pirulito, "*terapia sabor morango, doutor*", suplicando em seguida: "*doutor, dá uma forcinha!".* Uma cena típica da década de 1970 visando a *inculcação* das marcas dos produtos farmacêuticos, realizada por meio dos mais variados brindes, desde amostras, isqueiros, capas de chuva plásticas, camisetas, pirulitos, canetas, sacolas de praia, até "camisas de vênus", como se dizia então (DI GIOVANNI, 1980:103). Eram tempos ingênuos.

Angell é mais incisiva; se algum dia a indústria farmacêutica foi imbuída do alto propósito de descobrir e produzir novas drogas, comenta, hoje essa posição foi ocupada por uma máquina de vender drogas de benefício dúbio, escorada em maciças campanhas de marketing (ANGELL, 2004:xxvi).

Vimos como a *American Medical Association* pressionou a indústria farmacêutica norte-americana, ainda no início do século XX, para decidir-se entre propagar seus produtos diretamente ao público ou exclusivamente para médicos, de modo a colocar sob seu controle os produtos "éticos", dependentes de prescrição médica para sua obtenção. Desde antão, tanto nos Estados Unidos como no Brasil, as técnicas e estratégias de marketing percorreram um longo caminho. Naturalmente, leis restringindo o acesso das pessoas a certas classes de medicamentos sem uma prescrição, aumenta a dependência dos pacientes com relação aos médicos. Quanto mais estratégico o controle exercido pela profissão, mais as restrições elevam sua autoridade (STARR; 1982:20).

Mas os médicos brasileiros, nem ao tempo da Colônia, do Império ou da República, obtiveram esse grau de controle sobre a prescrição dos medicamentos; dadas as dificuldades de controle, a obtenção dos medicamentos diretamente pelo interessado, quaisquer que fossem, nunca se constituiu em problema, nem então, nem agora; sempre se pode dar "um jeitinho". Então será necessário considerar as duas realidades de maneira diferenciada, justificando-se o estudo de ambas por existirem práticas nem sempre éticas, desenvolvidas fora do país, as quais encontraram caminho até o Brasil, muitas vezes originadas desde a matriz das próprias empresas transnacionais aqui instaladas. A mesma

prática, transplantada para um diferente contexto, não obstante tratar-se de um processo de colonização cultural, inserido em processo maior de colonização política e econômica, encontrará contradições distintas daquelas experimentadas em seu contexto original.

Visitando regularmente os consultórios, os representantes farmacêuticos expõem aos médicos as virtudes dos produtos de suas companhias, minimizando os efeitos adversos; as maiores empresas têm um representante para cada 20 médicos ou menos, visitando-os a cada semana ou quinzenalmente. Em geral, os médicos entendem serem os representantes os canais mais acessíveis para a obtenção de informações atualizada sobre produtos novos e modificações de embalagens ou dosagem, dessa forma recebendo duas mensagens: uma determinada doença somente admite ser tratada por uma droga, e a produzida por aquela companhia é a melhor escolha possível (HALL, 1990:34).

Uma das primeiras discussões sobre a expansão do grande capital na indústria farmacêutica foi feita por Allende em 1939, comparando variadas apresentações farmacêuticas da mesma droga, sulfanilamida, disponíveis para venda no Chile: Prontosil ($26,95), Gombardol ($20,80), Septazina ($21,60), Aseptil ($18,00), Intersil ($13,00), Acetilina ($6,65). Distintas aos olhos do público, todas as apresentações continham 20 comprimidos de 500mg de sulfanilamida (ALLENDE, 1939, *in* WAITZKIN, 1990:79). Situação semelhante foi descrita por Silverman (1976:119), com relação a varias drogas individuais de uma mesma companhia e apresentação, oferecidas em mercados diferentes; assim o Serpasil (reserpina), da empresa CIBA, hoje parte da Novartis[139], custava $4,50 nos Estados Unidos, $3,00 no México, $1,60 no Brasil, $1,24 na Suíça e $1,05 na então Alemanha Ocidental. O Meticorten (predinisona), da empresa Schering, hoje Schering-Plough, era vendido a $17,90 nos EUA, $22,70 no Canadá, $12,26 no México, $5,30 no Brasil e $4,37 na Suíça.

Retornando ao tema, Angell comenta quanto aos preços atuais dos medicamentos serem mais elevados nos Estados Unidos em relação a outros mercados, e à explicação oferecida pelas indústrias farmacêuticas. Dado existir regulação de preços nos mercados externos aos EUA, torna-se necessário, segundo as companhias, praticar uma política de preços mais elevados em mercados onde tais controles inexistem, inclusive para cobrir os custos com P&D. Todavia, como comentamos, estes são na maior parte cobertos por verbas governamentais, isto é, oriundas dos contribuintes norte-americanos (ANGELL, 2004:15,38).

[139] Formada pela união das empresas CIBA-GEIGY e Sandoz em 1996.

Além da questão dos nomes pelos quais uma mesma droga era conhecida, Allende avaliou o tema da propaganda feita em torno das especialidades farmacêuticas, atribuindo-lhes qualidades curativas muito além das reais. Sua preocupação com a exploração realizada pelas companhias farmacêuticas transnacionais acompanhou-o durante toda sua carreira política, e ao assumir a Presidência, procurou desenvolver um formulário genérico nacional e propôs a nacionalização da indústria farmacêutica nacional, então dominada por empresas de origem norte-americana.

Silverman aborda a questão da promoção de drogas para médicos na América Latina por parte das grandes empresas farmacêuticas transnacionais, não só norte-americanas como também européias. No estudo realizado comparando estratégias de promoção no mercado norte-americano e outros da América Latina, incluindo o Brasil, verificou-se que nestes as empresas farmacêuticas exageravam os atributos de seus produtos, ignorando ou minimizando seus efeitos danosos. Em outras palavras, o modo pelo qual as mesmas companhias farmacêuticas internacionais descreviam e promoviam as mesmas drogas para os médicos em seus mercados de origem, nos quais sujeitavam-se a maiores controles e penalidades, diferia daquele empregado na América Latina.

No caso norte-americano, as informações providas em uma publicação de referência médica habitual, o *Physician's Desk Reference*, as informações sobre os medicamentos revelavam-se concisas e específicas, limitadas as informações àquelas suportadas por evidências científicas substanciais, aceitas pela *Food and Drug Administration*, estando bem especificados os efeitos colaterais e as contra-indicações. Em publicações equivalentes editadas localmente e dirigidas aos médicos em países sul-americanos, percebeu-se, com poucas exceções, serem mais extensas as indicações incluídas nos livros de referência, com os riscos minimizados ou mesmo excluídos, inclusive ocorrendo variações nas descrições entre um e outro país sul-americano. Quer dizer, uma mesma droga vendida no México, poderia ter uma abordagem diferente na Guatemala, outra no Brasil, na Argentina e assim sucessivamente. Embora restrito à América Latina, o estudo não descarta discrepâncias nas campanhas de marketing para uma droga específica em mercados não periféricos, percebendo-se variações mesmo na Europa e Oceania (SILVERMAN, 1976:xi, 106).

Evidentemente, não se pode esperar, seja nos Estados Unidos como na América Latina, que um vendedor desqualifique seu produto, mas...

Na ponta de venda de um produto farmacêutico, em especial nos mercados de baixa renda, como no caso brasileiro, há que se considerar, de um lado, o interesse do comprador em obter o medicamento que trate sua doença ao preço mais baixo, e aquele do vendedor, de promover o produto que maior retorno financeiro lhe trará.

A questão dos bônus por receita é bastante antiga, já nas décadas de 1930 e 1940, comenta Di Giovanni (1980:111), praticava-se alguma forma de remuneração, citando textualmente um anúncio publicado em jornal por um laboratório farmacêutico, procurando médicos em São Paulo para entrar em entendimentos visando a prescrição de seus produtos farmacêuticos. Assegurava-se seriedade e descrição, enfatizando a ótima oportunidade para aumento dos rendimentos. Para quem imagina que tal postura é própria do terceiro mundo e já ultrapassada, Kassirer (2005:13) e Angell (2004:141-6), comentam sobre "oportunidades de consultoria" oferecidas pelas indústrias farmacêuticas a médicos. Trata-se de um trabalho fácil, bem remunerado, envolvendo o uso de equipamentos de informática sofisticados, carros último tipo, viagens em primeira classe para *resorts* exóticos, com tudo pago pela firma. Naturalmente, não é para todos, só para os médicos considerados "formadores de opinião".

Mas há outras formas de receber benefícios que vão além do brinde do boné e da caneta; são os estudos clínicos com medicamentos, nos quais são às vezes oferecidos incentivos mais sutis, como participação acionária em um empreendimento de risco levado a efeito por uma empresa de biotecnologia ou farmacêutica inovadora. Nesse caso, o médico tem direto interesse financeiro no sucesso do medicamento ou dispositivo, pois sua adoção generalizada lhe trará dividendos em maior escala (KASSIRER, 2005:154-161, ANGELL, 2004:161-4). A lista de métodos é aparentemente infindável, e envolvem oferta de programas de educação continuada, férias pagas, benefícios para a família, tudo em busca da conquista do receituário médico. O próprio mapeamento de quem receita o que e com qual freqüência é atualmente realizado por empresas especializadas nos pontos de venda de medicamentos, mediante a coleta de informações contidas no receituário médico, obtidas por meio de incentivos financeiros oferecidos ao vendedor. Se mal vistas ou combatidas pelas corporações médicas, tais práticas são no entanto rotineiras.

5.3 - O modelo assistencial no Brasil

O atual modelo de assistência à saúde no Brasil demonstra sucessivos sinais de esgotamento; burocratizado, de visão predominantemente assistencial e curativa, portanto intervencionista, tem no hospital sua principal porta de entrada e depende, crescentemente, da incorporação de novas tecnologias. São notórias as dificuldades de financiamento, para custeio ou investimento, tanto na esfera pública quanto no âmbito privado, com múltiplas causas que poderiam estreitar-se em dois pontos principais. Primeiro, o modelo vigente é tecnologia-dependente e necessita de contínua inovação; porém, em descompasso com o observado em outras indústrias, a incorporação de novas tecnologias não é geralmente acompanhada pela redução dos custos operacionais, ao contrário. Uma das razões para essa ocorrência, mas não a única, reside no fato das novas tecnologias não necessariamente substituírem as anteriores, mas virem somar-se às já existentes, criando-se áreas de redundância e resultando na elevação dos custos operacionais (MENDES, 1999:24).

Em segundo lugar, esse crescimento dos custos operacionais ocorre com velocidade muito superior à do crescimento da capacidade de financiamento do sistema, público ou privado. O resultante desencontro de contas provoca tanto contínuas demandas para o maior comprometimento dos orçamentos públicos com saúde, quanto pressões para o aumento das mensalidades dos planos de saúde, corporativos ou individuais. Quaisquer que sejam os argumentos, são sempre no sentido de se gastar mais com os serviços de assistência médica. Tais demandas esbarram, porém, em restrições orçamentárias; a capacidade de investimento em saúde, pública ou privada, atingiu seu limite, o País já despende acima de 8% de seu PIB com tal rubrica, nível comparável aos observados em países da OCDE (WORLD BANK, 2004:250).

A adoção pós-reforma Flexner de um currículo médico centrado no treinamento científico, enfatizando a formação de especialistas, produziu nos EUA a hegemonia do pensamento biomédico intervencionista, provocando a uniformização e elitização do ensino médico, pois os padrões exigidos eram bastante onerosos para as escolas, ora tornadas dependentes das doações das fundações, e forçando maior seletividade na admissão de candidatos, antes quase mera formalidade; o resultado foi a redução do número de escolas e, conseqüentemente, do número de profissionais no mercado. O aumento das barreiras de

entrada, a diminuição do número de escolas médicas e a maior regulação da profissão, ocasionaram diminuição do número de médicos e aumento de seus rendimentos, ao passo que o fechamento de escolas para mulheres e negros produziu maior homogeneidade dos profissionais quanto ao gênero e etnia. Mais importante ainda, permitiu o controle a partir dos interesses corporativos e não a partir das necessidades dos pacientes e comunidades (HIATT, 1999:24).

Além de promover os interesses da AMA, a reforma Flexner ainda os tornou compatíveis com os da ascendente indústria subjacente, pois esta enxergava na medicina assistencial um campo promissor de investimento e consumo de tecnologia (BERLINER, 1977:603-9). Com a implantação do modelo flexneriano nas escolas médicas norte-americanas, inicia-se o triângulo de cooperação entre estas, as instituições financiadoras e a nascente indústria de medicamentos, já adquirindo importância econômica entre 1910-1920. Tal convergência de interesses seria a primeira manifestação do complexo médico-hospitalar, ganhando substância e visibilidade entre as décadas de 1950-1970. Freqüentemente comparado ao complexo militar industrial (CMI)[140], ao qual atribui-se sua origem, em nosso entendimento a coalizão de interesses no âmbito da saúde formara-se já na década de 1910, antecedendo portanto a do CMI.

No Brasil, a reforma Flexner encontraria terreno favorável apenas em São Paulo, aguardando até o início da década de 1950 para ganhar impulso e hegemonia.

Os acontecimentos políticos tornaram 1942 emblemático por marcar definitivamente o alinhamento brasileiro aos interesses norte-americanos no continente, depois de oscilar durante alguns anos entre os EUA e a Alemanha (MOURA, 1980:100, 152). A partir desse alinhamento, cresceria a influência norte-americana sobre o modelo de produção de serviços de saúde até tornar-se hegemônica, embora de modo não tão abrupto como ocorreu com outros aspectos do quotidiano nacional. Naquele ano, Tio Sam chegava ao Brasil (MOURA, 1984:27; GAMBINI, 1977:37-42).

O Brasil passou a americanizar-se via disseminação cultural coordenada pelo *Office of the Coordinator of Inter-American Affairs*, OCIAA, chefiado por Nelson A. Rockefeller. Criado em

[140] Estrutura formada nos Estados Unidos a partir da conjunção de interesses militares, industriais e do Estado, no período imediatamente anterior à Segunda Guerra Mundial Para uma breve análise sobre o CMI, ver SIMÕES, PERILLO e MIGUEL, *Indústria e Militarismo*, *in* COGGIOLA (org), *Dinâmica da economia mundial contemporânea*, São Paulo, Editora Scortecci, 2003.

1940 como parte da estratégia de boa vizinhança do governo Roosevelt, atuava sobre as áreas de relações culturais, comunicações, comerciais-financeiras e de saúde, com a cooperação do Departamento de Imprensa e Propaganda, DIP. Introduziu-se o padrão jornalístico norte-americano, e revistas como Seleções do Reader's Digest ganharam edição em português, trazendo em suas páginas o apelo do consumo do *american way of life*; a Coca-Cola substituiria os sucos de frutas e os enlatados passariam a fazer parte da mesa da classe média brasileira (MOURA, 1984:36-8). Os programas radiofônicos e o cinema atuariam como difusores culturais e ideológicos, incluindo-se a elevação de Carmem Miranda a símbolo da cultura brasileira nos Estados Unidos e a criação do papagaio "Zé Carioca" pelos estúdios Disney.

Dadas as então características artesanais do trabalho médico, diagnóstico e tratamento prescindiam de sofisticação tecnológica; quase todos os instrumentos de seu trabalho cabiam em sua maleta, resumindo-se a poucos itens de custo acessível. Mas a necessidade de produzir serviços médicos em grandes volumes, inclusive nos campos de batalha, estimulou o desenvolvimento da tecnologia médica nos *campi* das melhores universidades norte-americanas. A pesquisa passou a contar com verbas oriundas de programas militares, de forma a permitir levar o hospital e toda a estrutura de pronto atendimento o mais próximo possível do *front*, como forma de reduzir a mortalidade em combate, permitir o rápido atendimento de feridos e sua evacuação para hospitais de retaguarda, e proporcionar os melhores cuidados reparadores e de reabilitação, o mesmo se dando nas cidades tornadas alvo de bombardeios.

Técnicas cirúrgicas inovadoras tornaram-se possíveis a partir da disponibilidade de novos materiais, impulsionando a produção industrial de novos insumos e equipamentos, no início de uso apenas militar, mas logo tornados disponíveis nos melhores hospitais norte-americanos e incorporados à prestação de serviços. A união do modelo flexneriano de ensino médico com as dotações das fundações mantenedoras e as verbas governamentais de pesquisa, mais a indústria farmacêutica e a de materiais e equipamentos médicos, produziu um ciclo virtuoso de desenvolvimento, potencializado pelo aparecimento de novas drogas e equipamentos cujo resultado financeiro permitiu o re-investimento em pesquisa e desenvolvimento de drogas, materiais e equipamentos mais desenvolvidos ainda. Os novos medicamentos constituíram-se no meio de excelência do trabalho médico até os anos 60, quando o fator de expansão passou a ser o conjunto de novas tecnologias (DI GIOVANNI, 1992:87).

Emergindo do conflito mundial como a maior economia do planeta, os EUA possuíam imensa capacidade industrial instalada; após suprir a demanda do mercado interno por bens de consumo seguindo anos de racionamento, havia a necessidade de suprir os mercados antes dominados pelas potências industriais vencidas ou destruídas pela guerra. A vitória militar decorreu da capacidade industrial norte-americana, e era necessário encontrar novas aplicações para materiais e tecnologias desenvolvidos para o esforço de guerra. Rapidamente, sob o mote do progresso científico e da inovação, muitas das atividades humanas foram transformadas em mercadorias ou atividades rentáveis, desse processo não se excluindo também a saúde. Novamente presente a ameaça de todo o sistema econômico sucumbir sob o peso da produção, e a saída é vender, vender.

No campo das idéias, com a Europa em ruínas, o intercâmbio profissional e acadêmico concentrou-se no eixo norte-sul do continente americano. Bolsas de estudo foram disponibilizadas para profissionais "promissores", alinhados com o pensamento norte-americano, formadores de opinião ou disseminadores de experiências e aptidões adquiridas durante seu aprendizado nas academias dos EUA. Para lá seguiram, médicos, pesquisadores, enfermeiras e outros profissionais da saúde; seriam "capacitados" nas "modernas práticas" de atenção à saúde do modelo flexneriano.

No caso brasileiro, repetiu-se o ocorrido quando da implantação da política de capacitação técnica dos quadros dos serviços nacionais e estaduais de saúde pública, a partir de 1938, ou antes até, no caso de São Paulo, com a ida de médicos para os EUA e o treinamento nos próprios serviços do Departamento Nacional de Saúde, formando-se uma elite médica sanitarista que ocuparia os cargos na hierarquia da saúde pública (HOCHMAN, 1999:87). Nos anos 50, havia um já expressivo número de médicos seguidores do modelo flexneriano retornados dos EUA; a resistência à implantação do modelo recuou, surgindo o modelo cientificista de atenção médica, combinado no binômio médico-hospital.

O processo repetiu-se em outras profissões técnicas, com um fluxo contínuo de membros da elite pensante retornando ao País com hábitos de vida e consumo norte-americanos, disseminando-os a partir da chegada e reforçando as atividades do *Office of Inter-American Affairs*, agora responsabilidade da embaixada dos EUA (MOURA, 1984:87). A hegemonia estendeu-se às produções culturais, técnicas e científicas, aos modelos profissionais, e até

à educação; não poderia deixar de atingir o ensino médico e das outras profissões da área da saúde.

A partir de então, as concepções da reforma Flexner seriam incorporadas institucionalmente nas escolas de medicina brasileiras, e sua introdução mais ampla também serviria aos interesses corporativos da Associação Médica Brasileira, então em processo de organização e fortalecimento, criada que fora em 1952 inspirada na *American Medical Association* (FERREIRA, 1999:179). Ao longo das décadas de 1950 e 1960, ocorreria maior tecnificação, com multiplicação das especialidades médicas; o médico de família, que antes resolvia todos os problemas e via o paciente como um todo, passaria a escassear. A ênfase se daria na formação do especialista, com a visão do corpo como um conjunto de partes, as quais passariam a receber atenção fragmentada, não mais integral.

O Ministério da Saúde foi criado em 1953, cabendo-lhe no desmembramento do Ministério da Educação e Cultura, apenas um terço da dotação orçamentária vigente, mantendo-se basicamente a estrutura do extinto Departamento Nacional de Saúde para cuidar das atividades de saúde pública. A medicina curativa previdenciária permaneceria sob o encargo dos IAPs, ligados ao Ministério do Trabalho. Já em meados dos anos 1950 era possível notar mudança no perfil dos gastos com saúde: crescia a prestação de serviços de assistência médica, tanto por via da pressão da massa trabalhadora urbana, crescida com a migração do campo nos anos 1940 e 1950, como pelo incremento dos gastos decorrentes da tecnificação da atividade médica, decaindo a atividade de saúde pública. Ao mesmo tempo, o financiamento do sistema previdenciário começava a apresentar sinais de deterioração, cujas características são assim descritas por Braga e Paula (1986:74), a partir do Plano de Metas.

- Contribuições previdenciárias como principal fonte de financiamento.
- Prestação de serviços crescentemente vinculados à rede privada.
- Especialização e tecnificação da mão de obra.
- Elevado grau de utilização de equipamentos médicos e fármacos, privilegiando o hospital como o local da prestação dos serviços.
- Crescente importância das indústrias farmacêutica e de equipamentos e dependência externa quanto a formas de controle de capital, tecnologia empregada e importação de equipamentos e matéria-prima.
- Tecnologia de ponta na produção de insumos e prestação do ato médico.
- Taxas de crescimento do setor superiores às taxas do restante da economia.

- Dinâmica do setor apoiada no tripé formado por Estado, empresa nacional e indústria estrangeira.
- Caráter corporativo dos profissionais e exercício de pressões políticas pelos beneficiários.

Estabelecido o padrão, tornava-se necessário ampliar sua base de consumo.

Poucas mudanças ocorreram no Ministério da Saúde e nos IAPs até os anos 1960, mas cresceu no período o alinhamento do pensamento médico brasileiro ao modelo científico-tecnicista, formando-se as bases que mais tarde colocariam o sistema em movimento. Coube às instituições médicas estruturar e definir, por intermédio das universidades e dos médicos, o que é "ciência médica", qual o verdadeiro saber com relação à saúde, o que é estar doente ou estar saudável Luz (1979:53). Ao mesmo tempo, negou-se legitimidade a todo saber considerado "sem validade científica", ou não alinhado ao modo de produção capitalista. Dessa postura decorreram atitudes na prática social com repercussões econômicas no trabalho, nos hábitos de consumo de medicamentos e nos apelos ao sistema político para melhoria e recuperação da saúde, via instituições médicas, ora entendidas como sinônimo de saúde.

Há uma distinção entre saúde e medicalização, enfatiza Luz (1979:83); quando se fala de saúde, fala-se na verdade não das condições de sanidade e bem estar, mas de *doença*, a ser contida ou prevenida, se possível eliminada, mas no caso, saúde remete à medicalização e às instituições médicas. Durante os primeiros anos da década de 1960, cresceram os clamores da classe trabalhadora por melhoras nos padrões de atendimento e nas condições de funcionamento dos hospitais, exigências essas traduzidas pelos interesses socialmente dominantes como unificação da previdência e universalização da assistência médica hospitalar. Dessa forma, na visão da autora, vigia uma contradição entre as reivindicações populares e sua recuperação no nível político, pois esta se daria sem o atendimento daquelas reivindicações, visto ser a universalização da atenção médica um projeto conduzido pelas instituições médicas, beneficiárias também de uma proposta de unificação dos IAPs.

A Lei Orgânica da Previdência Social, LOPS, de 1960, foi passo importante no caminho da unificação dos institutos de previdência, pela via da uniformização das contribuições, do custeio e da estrutura administrativa dos seis IAPS existentes. Objetivava uniformizar os

benefícios dos trabalhadores, o que não foi possível, visto terem os IAPs distintas situações financeiras e de oferta de benefícios, tanto qualitativa como quantitativamente. Todavia, a partir da LOPS evidencia-se um projeto político de centralização-generalização da atenção médica curativa, a qual doravante ganharia força institucional (LUZ, 1979:90; BRAGA e PAULA, 1986:77-85).

Também em 1960, o Serviço Especial de Saúde Pública, SESP, foi transformado em fundação e vinculado ao Ministério da Saúde, restando-lhe ainda bastante autonomia. Acusado de espelhar práticas norte-americanas e de aplicá-las no Brasil, era bastante combatido pelo discurso sanitarista-desenvolvimentista vigente no Ministério da Saúde, e evidenciado no discurso de abertura do presidente João Goulart na III Conferência Nacional de Saúde em dezembro de 1963:

> O investimento público no setor saúde torna-se um desperdício de recursos quando empregado em serviços especializados e de elevado custo, satisfazendo a pequeno número de pessoas, e no mais das vezes, representando a transferência para o Tesouro de despesas que deviam correr por conta daqueles que realmente usam tais serviços.

A estrutura hospitalar brasileira na época dos IAPs baseava-se fortemente nas instituições públicas, filantrópicas e de misericórdia, sendo discreta a atuação supletiva dos hospitais privados, iniciando-se por meio de convênios promovidos pelo Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários, IAPI, com empresas e casas de saúde, pressionado que foi pelos seus beneficiários. Embora bem organizado administrativamente, o IAPI não possuía grande estrutura para a assistência médica (LUZ, 1979:111). Mas isso iria mudar a partir do golpe militar de abril de 1964.

Podemos pensar em dois degraus sucessivamente galgados para a constituição do modelo médico-hospitalar: o da “revolução terapêutica” e o da “revolução tecnológica”, ambos contando com três elementos importantes para o seu desenvolvimento e consolidação. O primeiro, a conversão dos profissionais de saúde ao novo modelo, pela via do treinamento local e no exterior dos principais formadores de opinião. O segundo, o apoio do Estado na adoção do novo modelo, consubstanciado no referenciamento das novas práticas especializadas e tecnificadas. Ainda no rol do apoio do Estado, a adoção do modelo nos currículos acadêmicos, no alinhamento do modelo nacional de atenção à saúde ao modelo norte-americano, privilegiando a assistência médica (aqui previdenciária), com o conseqüente adensamento das instituições hospitalares e da tecnologia embarcada. Tal

modelo contrapunha-se às medidas de medicina social, isto é, prevenção e promoção de saúde, práticas estas não tecnologia intensivas e portando, de pouco interesse econômico por não gerarem excedentes.

O terceiro, e decisivo elemento, o progressivo substabelecimento de competências na prestação dos serviços para a iniciativa privada, fruto já do crescente e futuramente hegemônico domínio dos destinos do sistema de saúde por parte do capital. Este, sempre associado ao Estado, decidiria doravante qual o caminho a seguir consoante os interesses, não dos beneficiários, mas do próprio capital.

Os anais da III Conferência Nacional de Saúde reconheciam as estreitas relações entre saúde e economia, bem como a necessidade de estruturas permanentes de saúde a situarem-se no nível municipal, com a assistência dos níveis estadual e federal. Além de serem adequadas às reais necessidades e possibilidades locais, deveriam empenhar-se em atividades passíveis de execução por pessoal de nível auxiliar, sem a presença do médico. Durante o evento, o Ministério da Saúde apresentou um relatório enfatizando as necessidades de planejamento, racionalidade e eliminação de desperdícios e ociosidade na utilização de equipamentos, visando ampliar a base de atendimento e reduzir os custos, de forma a alinhar suas atividades ao plano geral de desenvolvimento econômico e social, ao mesmo tempo preocupando-se com o regramento das práticas institucionais.

Estava posta uma tensão entre descentralizar e centralizar decisões e ações. O discurso sanitário-desenvolvimentista, favorável à descentralização, propunha a municipalização dos serviços de saúde, contra o projeto privativista e centralizador da medicina curativa previdenciária.

A Associação Médica Brasileira já se decidira pela posição contrária à intervenção ampliada do Estado na assistência médica, e contra o que denominava “empreguismo”, pois se colocava a favor da livre escolha do médico pelo paciente, ao mesmo tempo em que louvava os frutos da colaboração da indústria farmacêutica no incremento da produtividade médico-assistencial (LUZ, 1979:125). Entre 1960-64 vivencia-se uma crise no discurso institucional, sem que nenhum dos lados consiga tornar-se hegemônico, mas surge a clara percepção quanto ao discurso desenvolvimentista, mais sanitarista do que assistencialista, ter conotações ideológicas.

Com o golpe militar de abril de 1964, cairiam por terra os planos produzidos a partir da III Conferência Nacional de Saúde, ocorrendo entre 1965-67 um período de centralização administrativa, racionalidade, planejamento, crescimento da burocracia e normalização no Ministério da Saúde, decaindo doravante progressivamente sua participação nas despesas da rubrica saúde feitas pela União.

Em 1966 foi proposta a reforma previdenciária a partir da Lei Orgânica da Previdência Social, levando à fusão compulsória dos IAPs. Criou-se o Instituto Nacional de Previdência Social, INPS, subordinado ao Ministério do Trabalho e da Previdência Social. A antiga dicotomia entre a medicina curativa e as propostas sanitaristas se acentuaria; a medicina curativa orienta-se para a divisão do trabalho, com a especialização crescente e buscando os caminhos do mercado, estabelecendo o controle da demanda pelos ofertantes de serviços de saúde. Enquanto isso, as sociedades médicas se fortalecem, sobretudo a AMB, enquanto os hospitais passam a ser representados pela Federação Brasileira de Hospitais, FBH. Ambas as instituições conjugarão esforços para o estabelecimento de uma atenção médica privatizada, pressionando o Estado a favorecer seus interesses nas futuras políticas de saúde.

A profissão médica no Brasil, ao contrário dos EUA, teve um começo elitizado e de proximidade com poder. Até o final da década de 1960, havia apenas um pequeno número de escolas médicas, na maioria públicas, mas ocorreu uma grande expansão do ensino médico, com crescente e predominante participação do setor privado, transformando a própria formação do médico em um negócio, a partir da administração Jarbas Passarinho no Ministério da Educação. Tais mudanças decorreram das pressões das camadas médias da sociedade para o atendimento de suas aspirações de acesso ao ensino superior e ascensão social, e também das questões postas pela industrialização.

Nesse meio termo, e a partir de 1964, o segmento privado de atenção à saúde desenvolveu-se, com a criação das diversas modalidades de planos de saúde e a multiplicação de suas operadoras. Havia uma proposta de universalização da assistência médica, a se viabilizar mais tarde, mas decidiu-se pela ampliação da assistência médico-hospitalar, focada na utilização da rede hospitalar privada, pequena e pouco expressiva como vimos, mas que teria incentivos estruturais e financeiros para organizar-se e tornar-se dominante (MENDES, 1996:15-26).

Os hospitais privados, antes restritos às misericórdias e beneficências, floresceram e prosperaram por meio de convênios com o INPS, até superar o espaço ocupado pelo segmento público. Tal casamento de conveniência duraria enquanto o Estado pudesse financiar sua expansão, até os planos de saúde tornarem-se suficientemente desenvolvidos para os hospitais privados poderem migrar para esse novo e interessante mercado.

Do artigo 196 da Constituição de 1988, consta que *"A saúde é direito de todos e dever do Estado*", mas esse direito é mediado pelos interesses organizados a permear o setor. Existe um Sistema Único de Saúde, SUS, com componentes nas três esferas de governo, do qual todo cidadão brasileiro participa, e um sistema suplementar de saúde, composto pelas denominadas operadoras de planos de saúde, com cerca de 40 milhões de pessoas como beneficiários. Na verdade, ambas as estruturas são inter-comunicantes, visto serem encontradas, na ponta da prestação dos serviços de saúde, estruturas não governamentais de vários tipos, filantrópicas, beneficentes, com finalidade de lucro, etc., as quais, a não ser nos grandes centros, na maioria das vezes prestam serviços tanto ao SUS quanto ao sistema supletivo. Por outro lado, também existem estruturas públicas de saúde atendendo ao sistema supletivo. O mercado particular de serviços de saúde, com o cliente pagando diretamente os custos do atendimento, praticamente desapareceu; hoje as transações são intermediadas por um terceiro pagador, o SUS, uma operadora de planos de saúde ou seguradora especializada (AMORIM, 2006:269-285, *in*, AMORIM e PERILLO (org), 2006).

O SUS concretizou as aspirações dos movimentos sanitaristas ao longo de todo o processo de construção dos direitos de cidadania, das lutas para que uma assistência universal à saúde, com diversidade de bases de financiamento e com equidade, pudesse ser estendida à toda a população. Criado após o final do período de ditadura militar, trazia no bojo a promessa de se constituir em uma estrutura descentralizada, de assistência integral, focada nas atividades preventivas, porém sem prejuízo do atendimento assistencial, e com a participação da comunidade em sua gestão. Passados vinte anos de sua criação, a promessa ainda está distante de tornar-se uma realidade nacional, embora avanços tenham ocorrido e existam ilhas de excelência, principalmente no atendimento de procedimentos mais complexos, como transplantes, por exemplo.

Já a assistência suplementar surgiu da necessidade de expansão das atividades médicas curativas, tanto por pressão sindical quanto por pressão da vertente assistencialista da medicina. Na lógica do capital, com a acelerada divisão e tecnificação do trabalho médico,

mais a intensificação da formação de especialistas e a expansão da rede hospitalar privada, tornara-se necessário ampliar o mercado de trabalho pela via da oferta. Por sua vez, a tecnificação da medicina exigiu a instalação de uma indústria local de materiais médicos, tendo em vista os controles governamentais sobre o balanço de pagamentos e a restrição à importação de materiais de consumo e de tecnologia menos sofisticada. Hoje a produção de insumos nacionais é bastante desenvolvida, mas focada nos equipamentos de tecnologia já dominada pelo parque industrial nacional; dependemos ainda da importação de equipamentos de tecnologia de ponta, visto serem escassos os investimentos em pesquisa e desenvolvimento, e virtualmente ausentes as associações entre indústria e universidades.

Dada a interpenetrabilidade dos sistemas público e privado de saúde, no mais das vezes co-existindo nas mesmas instituições e contando com os mesmos profissionais, há também uma identidade nos problemas observados em ambas as instâncias. De um lado, modelos de gestão excessivamente burocratizados, decalcados dos antigos IAPs ou do INPS, por certo dotados de certa modernização aparente ao longo das décadas de operação, mas quando se procede à uma análise de organização e métodos, fica clara e patente a paternidade das rotinas operacionais e o veio genealógico da estrutura organizacional e de sua cultura.

Há um consenso que os problemas do sistema originam-se no financiamento insuficiente, e aponta-se como solução o aporte de mais recursos. Não é assim tão simples: se existem deficiências operacionais gerando descompassos financeiros, a adição de mais recursos ao sistema resultará no seu equilíbrio temporário, mas, sem a remoção das causas estruturais, o desequilíbrio logo se reinstalará, produzindo novos reclamos por mais financiamento. Os problemas têm origem na própria formulação do sistema, privilegiando o consumo de procedimentos tecnologia-intensivos sem correlacioná-los com os resultados obtidos ou com o ganho de anos de vida saudável.

Há um conflito de interesses entre médicos, prestadores de serviços e financiadores do sistema; estes desejam limitar os gastos *per capita* em procedimentos diagnósticos e terapêuticos, enquanto médicos e prestadores são remunerados por procedimentos executados, portanto têm interesse em maximizar seus ganhos por meio da realização de tantos procedimentos quanto possível, sendo potencialmente indutores do consumo.

A indústria farmacêutica e a de materiais e equipamentos médicos também têm interesse no incremento do consumo de seus produtos, portanto podem atuar como indutores junto aos médicos que os prescrevem e utilizam em procedimentos, chegando para tanto à oferta de incentivos financeiros, assunto bastante delicado. Os hospitais obtêm hoje entre 30-50% de sua receita com a comercialização de materiais e medicamentos, sendo portanto outros interessados em incrementar suas vendas. Uma relação bastante complexa, reforçando a idéia de que para se entender a saúde, é necessário levar em conta simultaneamente as dimensões organizacionais, econômicas e políticas.

No campo do SUS, avanços importantes na otimização da gestão vêm sendo conseguidos com o estabelecimento de contratos de gestão entre o gestor público e as organizações da sociedade civil de interesse público, as OSCIPs. O processo iniciou-se por São Paulo e encontra-se em implantação em outros estados; os primeiros resultados dos indicadores mostram aumento da produtividade e qualidade do atendimento e queda de até 40% nos custos, o que deveria ensejar aplausos generalizados. Ao contrário, há severas críticas de setores que reclamam da privatização da saúde, não obstante a maior eficiência e economia, buscando o concurso de medidas judiciais para viabilizar seu impedimento.

Mais uma vez, interesses organizados na saúde oferecem resistência à mudança, e esse será provavelmente o próximo embate entre forças em oposição.

A partir de meados do século XX, a produção de serviços de atenção à saúde evoluiu de um sistema tradicional de trabalho artesanal para uma complexa estrutura médico-hospitalar, até atingir o estágio que Brown (1979:231), Starr (1982:429), Waitzkin (1983:51) e Cordeiro (1985:113) denominaram de complexo médico-industrial. Mediados pelo modelo médico-hospitalar centrado na visão biomédica pós-Relatório Flexner, coincidem os interesses dos médicos, hospitais, cientistas, e as corporações médico-industriais (de materiais e medicamentos), para promover a custosa medicina tecnologia-intensiva. Constrói-se uma lucrativa relação simbiótica baseada no sistema de atenção a saúde massificado, na afinidade cultural e no suporte da sociedade à medicina tecnológica.

A introdução de novas tecnologias médicas e novos medicamentos induz a expansão do mercado, enquanto nos países das economias centrais, notadamente nos Estados Unidos, a maior parte do capital de risco para seu desenvolvimento é fornecido pelo governo, ao passo que os lucros derivados da exploração dos benefícios tecnológicos são apropriados

pela iniciativa privada. Mas não sejamos ingênuos; tal como ocorre no complexo militar-industrial, também vigora a interpenetração das estruturas governamentais pelos interesses privados, com o intercâmbio de posições entre governo-indústria-universidades, bem como a penetração industrial nos sistemas de saúde (WAITZKIN, 1983-51). O axioma é claro; se há tecnologia médica disponível, ela tende a ser usada (MENDES, 1996:26).

Em pouco mais de 50 anos, a estrutura de atenção à saúde sofreu transformações importantes que modificaram substancialmente suas feições. Os instrumentos de trabalho, antes relativamente simples e acessíveis ao médico, tornaram-se tecnologicamente complexos, necessitando da construção de estruturas igualmente complexas para sua instalação e operação, passando os hospitais a constituírem-se nos centros de atenção à saúde e local privilegiado do trabalho médico. Também os medicamentos tornaram-se tecnologicamente sofisticados e em evolução contínua, com vida útil relacionada ao período de proteção de suas moléculas originais por patentes, e não necessariamente à sua eficácia terapêutica.

O elevado grau de tecnologia embarcada e sua rápida obsolescência fazem da atividade de prestação de serviços de saúde algo que requer altos e contínuos volumes de financiamento, afastando a figura do médico de uma posição central para uma posição de aporte de mão de obra especializada. A posição central pertence agora a um terceiro agente na relação antes direta entre tomador e prestador dos serviços, o financiador do sistema, seja ele o Estado ou um agente privado, como as instituições operadoras de planos de saúde. O Estado, como formulador de políticas, regulador, garantidor de acesso e maior comprador de serviços de assistência médica da iniciativa privada, teve papel instrumental na implantação do complexo e continua sendo o principal agente garantidor de sua manutenção.

Em função da maior adesividade do sistema a uma racionalidade financeira do que à eficiência epidemiológica, e levando-se em conta as mais de 120 escolas médicas no País, com cerca de 11 mil profissionais formados a cada ano, Mendes aponta dois caminhos possíveis para a profissão médica: o da massificação da formação para atender às necessidades da universalização da assistência médica, e o da especialização. O primeiro leva a profissionais de baixa formação, sem acesso à residência médica, com baixa remuneração assalariada; o segundo implica na busca de “um lugar ao sol” e da tão sonhada atividade liberal. Na prática, ocorre a convivência das duas realidades, sempre

com a perspectiva do abandono do trabalho assalariado, mas em ambas os interesses da indústria são preservados, quer pela via do consumo decorrente da universalização da assistência, quer pela criação de ilhas de alta tecnologia (MENDES, 1996:47).

Com os apelos de racionalização e redução de custos, o trabalho médico sofreu extrema divisão especializada: a atual Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), contém mais de 4 mil diferentes atos. Além disso, as sociedades de especialidades, em conjunto com outras instituições, como a Associação Médica Brasileira, editam manuais contendo protocolos indicativos a serem seguidos, em um processo que busca a padronização dos serviços.

Assim, parece seguro afirmar que a atenção à saúde adquiriu características de mercadoria, com valor de uso e valor de troca. Não mais detentor do resultado de seu trabalho, resta ao médico o papel de fornecedor de força de trabalho especializada, sujeito a todos os controles característicos da produção capitalista, como racionalidade, padronização de procedimentos, controle de tempos e de processos, com o objetivo de maximizar a riqueza do dono do capital. Afinal, o que motiva o modo produção capitalista, é a permanente obtenção do lucro.

Com esse pano de fundo, percebe-se no atual modelo de atenção à saúde o resultado de muitas rupturas, idas e vindas, permeadas por interesses corporativos, políticos, econômicos, setoriais, envolvendo uma multiplicidade de atores sociais em movimento que perdura até os nossos dias. Quando se compreende a história, entende-se que ela foi construída por pessoas, a partir de interesses estabelecidos e de condições sociais, políticas e econômicas do momento, articulado-se de forma a permitir o predomínio de um determinado interesse. Portanto, não se trata de algo inexorável, fruto da providência divina, mas de algo que pode ser mudado: o destino está na mão das pessoas e a elas compete construir a história.

A ação articulada de indivíduos, empresas, organizações e grupos de interesse na busca de vantagens, privilégios e ganhos especiais, mediados ou não pelo uso do poder discricionário da autoridade governamental, tornou-se a norma. Ao que Bratiat denominava de “pilhagem do tesouro público”, os modernos economistas anglo-saxões dão o nome de “*rent-seeking*”. Olson nos apresentou outros aproveitadores, por ele denominados "*free riders*" São, enfim, merecedores dos comentários de Bastiat:

> Enfin, comme il sera admis en principe que l'État est chargé de faire de la fraternité en faveur des citoyens, on verra le peuple tout entier transformé en solliciteur. (...) tout s'agitera pour réclamer les faveurs de l'État. Le Trésor public sera littéralement au pillage. Chacun aura de bonnes raisons pour prouver que la fraternité légale doit être entendue dans ce sens: "Les avantages pour moi et les charges pour les autres". L'effort de tous tendra à arracher à la législature un lambeau de privilège *fraternel*. (...) L'effort de chacun consiste alors à apporter peu à la masse des sacrifices, et à en retirer beaucoup. Or, dans cette lutte, sont-ce les plus malheureux qui gagnent? Non certes, mais les plus influents et les plus intrigants.(Bastiat, 1848)[141]

Para alguns poucos, tudo. Os sacrifícios, para a massa.

[141] Bastiat, *Justice et Fraternité*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de atenção à saúde no Brasil originou-se no início do século XX, nos Estados Unidos, pela confluência de três interesses: os do grande capital monopolista, do corporativismo médico e das grandes fundações filantrópicas. Estas últimas capitanearam a reforma do ensino médico e o realinhamento das linhas de pesquisa das universidades norte-americanas, cristalizadas na publicação do chamado Relatório Flexner em 1910.

O presente estudo teve por foco a maneira como o modelo brasileiro de atenção à saúde foi importado, implementado e tornado hegemônico. Contando com um contexto favorável de prévia submissão econômica, teve início pela identificação de um parceiro local e a implementação de um projeto piloto; posteriormente, incorporou interesses do capital e do corporativismo médico locais. Nesse momento, o Brasil encontra-se em plena submissão política nacional, e a ação médica reveste-se de um discurso de legitimidade científica inconteste, centrada no atendimento individual médico-hospitalar, e esse, por sua vez, é dependente da oferta das indústrias farmacêutica e de equipamentos médicos.

A recuperação de elementos históricos da formação do capitalismo nos Estados Unidos, partindo do período da reconstrução pós-conflito secessionista até as primeiras décadas do século XX, e da constituição das grandes fundações filantrópicas naquele país, permite-nos afirmar que estas surgiram como um conveniente elemento de circunvenção às limitações impostas pela legislação anti-truste e à exportação de capitais (consubstanciadas no Ato Sherman de 1890), e à legislação concernente ao imposto de renda introduzida em 1913, embora não se possa negar os elementos humanitários presentes, entre outros. Dessa forma, as grandes fundações configuraram-se primariamente como um elemento de proteção ao grande capital, conferindo-lhe liberdade de movimentação e desoneração de tributos.

Fundamentalmente entendemos que esse foi o modelo importado pelo Brasil, a constituição do que chamamos de modelo biomédico flexneriano, constituído a partir da junção dos interesses do grande capital e dos interesses corporativos da classe médica norte-americana, a qual ansiava por legitimidade, ascensão social e afluência, buscando sua dominação sobre as outras possibilidades curativas postas naquele momento, por ela denominadas de "seitas".

O modelo dito "cientifico" foi colocado a serviço dos interesses do grande capital por meio de uma ação conjunta da *American Medical Association* (AMA) e das grandes fundações filantrópicas, notadamente a Fundação Carnegie, financiadora do estudo, e a Fundação Rockefeller, quem implantou o modelo proposto pelo Relatório Flexner e o disseminou, inicialmente nos Estados Unidos e no Canadá, e posteriormente pelo restante do planeta. Trata-se da reforma da educação médica, cuja origem é o Relatório Flexner de 1910.

A AMA, mais os interesses do grande capital, plasmados nas fundações filantrópicas, reformaram o ensino médico a partir do Relatório Flexer, e com isso abriram espaço para o hospital. Como elemento essencial para a aplicação do ensino aprendido nas cadeiras básicas do curso médico, o hospital será parte integrante e essencial da reforma desde seu início, pois as recomendações do relatório obrigam as escolas médicas que desejarem receber dotações da filantropia a um realinhamento do currículo, e o hospital se transforma em exigência para a prática. A atenção à saúde sai da beira do leito e vai para o laboratório, pois a nova situação exige que a doença seja buscada no interior do corpo, como entidade explicada por uma causa biomédica, comprovável laboratorialmente por métodos biológicos, físicos, químicos, e não no ambiente que a gerou.

A partir daí se criará um modelo de intervenção sobre a doença já instalada e identificada *a posteriori*, ou, como se diz, sobre a "origem" da doença no interior do indivíduo, ali posta como que por geração espontânea, e esse modelo é farmacológico e/ou cirúrgico, ou seja, se usará um medicamento industrializado e ou se fará uma cirurgia com equipamentos da indústria de tecnologia médica para intervir sobre a doença. O hospital torna-se o local onde tais práticas se encontram, simbolizando a união do médico com a investigação laboratorial ou científica para explicar a doença, seguido do tratamento farmacológico e ou cirúrgico.

Pode-se identificar um caminho linear e crescentemente importante da representatividade da AMA; de instituição com início titubeante, seu poder de influência e alavancagem cresceu uma vez consolidada, mantendo-se até hoje. Não foi a única entidade representativa, é verdade, mas a mais emblemática e a que originou a transformação da medicina nos EUA.

No Brasil foi diferente; embora a primeira associação médica, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, tenha sido criada em 1829, antes da AMA, alcançando estatura de órgão consultivo do Império, sua estrela declinou a partir de 1850, para viver hoje apenas da

memória de seu passado. Outras associações corporativas surgiram e feneceram, seja por deficiência organizacional, incapacidade política ou outro motivo. O fato é que no período estudado, as associações corporativas médicas brasileiras têm um ponto de apogeu e depois se apagam. Surgem discórdias internas e logo se formam dissidências; as forças raramente se somam, freqüentemente se fragmentam. Pragmáticos, os médicos tornam-se plurais, militando em mais de uma associação ou entidade ao mesmo tempo, beneficiando-se da conquista profissional do momento.

Mas o traço comum a unir todos os esforços das sociedades médicas formadas desde o período regencial até os anos 1960, é a busca da constituição de uma elite e da proximidade com o Estado. Ultimamente, busca-se o reconhecimento, a ascensão social e a afluência, mas busca-se também, em maior ou menor grau, mas sempre, o controle da sociedade pela via da medicalização. A partir de 1850 as corporações médicas esvaziam-se e têm cada vez menos presença e voz no interior do Estado, ao mesmo tempo em que este busca instalar uma estrutura própria para ocupar o espaço antes ocupado pelas SMRJ. Mas a busca dos médicos pela infiltração do aparelho de Estado não cessa; ela se intensifica a partir da Primeira República, cresce ainda mais no período Vargas, no interior da própria burocracia estatal, e hoje forma uma bancada no Congresso, a Frente Parlamentar da Saúde, beirando os trezentos membros.

Ou seja, se nos Estados Unidos a AMA se fez forte pela aglutinação dos interesses médicos nacionais, e seu poder de alavancagem se faz por meio de um poderoso e bem financiado *lobby* nas duas casas legislativas, aqui temos uma situação de penetração do aparelho de estado, mais insidiosa, e mais focalizada em interesses fragmentados. A bancada da saúde não se une em torno de interesses da saúde, mas busca continuamente garantir mais recursos orçamentários para a assistência médico-hospitalar.

Quando se forma a SMRJ, não há outra concorrente; ou se pertence a ela ou não se pertence a qualquer sociedade. A primeira ruptura significativa foi a Escola Tropicalista Baiana, (que não se chamava assim ao tempo em que existiu, foi uma denominação retro-aplicada). Ao tempo de seu aparecimento, a origem das doenças era creditada aos miasmas, emanações negativas do meio ambiente, originadas dos pântanos ou oriundas das estruturas urbanas julgadas insalubres. E o discurso da SMRJ era higienista, de medicalização da sociedade, do controle social pelas normas higienistas, e também o combate do "charlatanismo" (qualquer manifestação em desacordo com seu discurso).

Os tropicalistas, como são hoje chamados, buscaram outras maneiras de explicar a doença, começando com a ancilostomose (ou amarelão), da qual se descobriu a origem verminótica, muito contestada na época. Mesmo a descoberta do mal de Chagas, veiculada por um inseto transmissor do parasita ao homem, teve sua explicação desacreditada na época, não obstante Pasteur e Koch já terem demonstrado a origem microbiana de algumas doenças. Algumas idéias demoram a morrer.

Com a República se tenta combater de forma organizada os vários surtos epidêmicos surgidos nas cidades e nos principais corredores de exportação, pois era necessário saneá-los para manter o fluxo agro-exportador, café, açúcar, algodão, etc, base econômica do País. As primeiras ações saneadora importantes aconteceram em São Paulo, ainda no século XIX; Emílio Ribas criou, organizou e testou com sucesso o modelo mais tarde usado por Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro, e esse foi basicamente o modelo utilizado na Primeira República, até os anos 1920.

Por outro lado, a abolição do escravismo trouxe à tona o problema da mão de obra, que começara a ser importada da Europa. Novamente voltamos a São Paulo, onde surgiu a preocupação em garantir condições de salubridade para a vinda e instalação dos imigrantes, pois a essa época os surtos epidêmicos ameaçavam acabar de vez com a imigração, já uma vez interrompida pelos governos alemão e italiano.

A agricultura exportadora era mão de obra intensiva, e sem colonos a produção não poderia crescer e atender à demanda pelas *commodities* brasileiras. Surgem os atendimentos médicos aos colonos, inicialmente pagos do seu próprio bolso, um desastre financeiro que se procurava evitar a todo custo; mais tarde os proprietários rurais, pressionados, iriam subvencionar, em todo ou em parte, o atendimento médico e o tratamento. Esse era praticamente o único tipo de atenção médica disponível no ambiente rural, as instalações de saúde eram poucas, e fora das área de produção agro-exportadora o indivíduo ficava como que abandonado à própria sorte.

As primeiras estruturas de atenção previdenciária surgiram ainda na Primeira República, as Caixas de Aposentadoria e Pensões, CAPs, as quais contratavam médicos para prestar assistência aos seus associados, via pagamento por serviço ou mesmo assalariamento, crescendo também a contratação de médicos ligados às entidades de saúde pública.

Data também da Primeira Republica a chegada ao Brasil da Fundação Rockefeller, o primeiro país na América Latina onde veio bater. Sendo bem recebida, aqui encontrou parceria na então Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, isolada dos grandes centros da medicina de então, Rio de Janeiro e Salvador. A pujança da cafeicultura paulista, o espírito de liderança, o apelo de modernidade, e os recursos da fundação, foram decisivos para a conversão ao modelo flexneriano, estruturando-se o curso e construindo-se as novas instalações daquela que seria a primeira *Rockefeller School* da América Latina, bem como as do Instituto de Higiene. A reforma da saúde pública paulista em 1925, inspirada no modelo preconizado pela Rockefeller, colocou o estado na vanguarda do que então se fazia na área, e o conjunto de ações rockefellerianas iria servir de vitrine para o modelo que se pretendia tornar hegemônico no Brasil.

No primeiro governo Vargas, a crescente intervenção do Estado em todos os setores da vida no país foi acompanhada pelo aumento da estrutura burocrática. Depois da criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, em 1930, ocorreram duas reformas estruturais, em 1935 e 1941, ampliando substancialmente o organograma. Ocorreu uma divisão importante; a saúde pública, concentrada nas cidades pelo contingenciamento de recursos advindo da crise do café por superar, ficaria a cargo do Ministério da Educação e Saúde Pública, enquanto da medicina assistencial, predominantemente urbana, se incumbiria o Ministério do Trabalho.

Em consonância com os objetivos populistas do governo Vargas, crescentemente autoritário e policialesco, implementou-se uma política de benefícios sociais mediados pelo trabalho assalariado urbano, restritos às profissões reconhecidas pelo governo, com seus sindicatos também por ele controlados. As CAPs das profissões urbanas mais comprometidas com a exportação foram progressivamente transformadas em Institutos de Aposentadoria e Pensões, IAPs, concedentes de benefícios de assistência médica aos seus associados. Para oferecê-los diretamente, contrataram-se médicos, tornados funcionários dos IAPs, bem como clínicas e hospitais (mais tarde construiriam-se estruturas assistenciais próprias).

Com a progressiva incorporação de mais categorias profissionais aos IAPs, a pressão por mais assistência médica fez crescer mais a estrutura médico-assistencial mediada pelo emprego e financiada pelas contribuições dos próprios empregados e suas empresas, do que aquela destinada a cuidar da saúde pública.

Iniciada a Segunda Guerra Mundial, dela ainda não participando abertamente os Estados Unidos, o governo Roosevelt buscava motivação para vencer as resistências da opinião pública quanto a envolver-se em uma guerra não vista como sua. Criando estruturas promotoras da "política de boa vizinhança", na verdade desejava fechar o mercado latino-americano aos países do Eixo, consoante a Doutrina Monroe e o Corolário Roosevelt, ao mesmo tempo garantindo o fornecimento de materiais estratégicos para o esforço de guerra, e buscando tornar aliadas todas as repúblicas do continente.

Com esse espírito, criaram-se estruturas de atenção à saúde com capital norte-americano para enfrentar a febre amarela e a malária no norte-nordeste do País, inicialmente suprido pela Fundação Rockefeller, e depois pelo próprio governo norte-americano, quando a questão da ocupação de bases em território brasileiro por militares norte-americanos se tornou candente. Nominalmente ligados ao Ministério da Educação e Saúde Pública, tais estruturas gozavam de ampla liberdade administrativa, sendo dirigidas inicialmente por norte-americanos e depois por brasileiros "afinados" com suas políticas.

Com o alinhamento político do Brasil aos interesses norte-americanos, tais estruturas são alistadas para o esforço de guerra, acrescidas de mais uma, o Serviço Especial de Saúde Pública, SESP, subordinado à agência federal dirigida por Nelson Rockefeller. A fundação da família Rockefeller partira oficialmente em 1942, mas passara antes o leme da condução de seus interesses locais ao herdeiro. O SESP seria responsável pelo saneamento nas áreas de exploração de materiais estratégicos para o esforço de guerra norte-americano (ferro, manganês e mica no vale do Rio Doce, borracha no vale do Amazonas, os principais). Cuidaria também de manter livres de perigos tropicais as bases militares ocupadas no norte e nordeste, além de outras operações.

Findos a guerra e o governo Vargas, mantêm-se no País as políticas de saúde, intocadas, não obstante o propagado plano SALTE, durante o governo Dutra e o segundo governo Vargas. O plano de metas de Kubistscheck não contempla uma única meta para a saúde, e os governos seguintes tampouco. Segue cada vez mais esvaziada a saúde pública, e crescente a demanda pela assistência médica, via contínua ampliação da base de assistidos, sem correspondente investimento para a ampliação do atendimento. Explica-se: os fundos para o pagamento dos benefícios foram constituídos sem bases atuariais sólidas, além de serem utilizados para os mais diversos empreendimentos do governo, de fábrica de

motores à exploração petrolífera, de geração de energia à produção de aço, sem retorno do montante sacado.

Durante a ditadura militar o sistema previdenciário seria consolidado de forma arbitrária, mantidas as políticas de ampliação da base assistida sem correção dos problemas atuariais, e a de sangramento dos recursos. Cresce a pressão das entidades representativas do corporativismo médico e hospitalar para a privatização da assistência previdenciária, mas seu efeito prático foi sucatear a rede pública e transferir para a iniciativa privada, por meio de convênios, a prestação de serviços de saúde para a massa previdenciária, em meados dos anos 1960. Seria o ponto de partida da instalação da chamada medicina suplementar, a qual na década seguinte iniciaria seu desligamento da previdência oficial para concentrar-se no mercado privado, hoje representado pelos planos de saúde em suas diversas modalidades.

Grandes descobertas impulsionam a indústria farmacêutica, e tem início a expansão do mercado de medicamentos em todo o mundo; ao mesmo tempo, técnicas, materiais, instrumentos e equipamentos desenvolvidas durante o conflito mundial tornam-se acessíveis ao grande público, e as empresas fabricantes, os médicos e os hospitais têm interesse em propagá-los. No pós-guerra os Estados Unidos reinam supremos, e agora cumpre exportar não só o modelo flexneriano, mas também os insumos para o fazer operar. Será formado o complexo médico-industrial, emulando o complexo militar-industrial.

No Brasil, é tempo de absorver as novas técnicas, os novos equipamentos e difundir o modelo; a faculdade de medicina da USP tornou-se o paradigma a ser seguido e, uma a uma, as escolas médicas nacionais alinham-se ao modelo flexneriano. Há resistências, mas elas vão sendo vencidas, e nos anos 1950 as mudanças e concepções da reforma Flexner já são aceitas de forma sistemática. As novas escolas, como a USP de Ribeirão Preto, sob a direção de Zeferino Vaz, e mesmo a UFMG, seriam influenciadas por médicos que receberam bolsas da Rockefeller e voltaram "convertidos" dos EUA, prontos a replicar o modelo.

Não se pode negar que o desenvolvimento tecnológico e as novas drogas trouxeram benefícios, permitindo aumentar a longevidade, tratar patologias antes fora de possibilidade terapêutica, permitindo melhor qualidade de vida a pacientes antes condenados a uma vida menos plena.

Todavia, a partir da instalação do modelo médico-hospitalar, estabelecem-se contradições que devem ser apontadas. Primeiro, verifica-se o descolamento entre os interesses do beneficiário final do sistema, o paciente-cliente-cidadão, daqueles dos provedores da tecnologia e dos serviços, ou seja, das necessidades do próprio complexo, os quais passam a ser privilegiados em detrimento dos primeiros. Segundo, vigente apenas a lógica da acumulação, a tecnificação passa a ser erroneamente entendida como sinônimo de mais saúde. Estimula-se o desenvolvimento de medicamentos e instrumentos e/ou equipamentos e diagnóstico e terapêutica de alto custo, não necessariamente produtores de resultados de melhor qualidade, ou melhor relação custo/eficácia em relação às tecnologias e/ou medicamentos já disponíveis. Os testes que se processam antecedendo sua homologação ou liberação, os comparam com relação a placebos, cuja eficácia é nula, e não com medicamentos ou instrumentos/equipamentos já existentes e em uso corrente.

Em síntese, essa é a razão, ao nosso ver, pela qual tanto nas economias centrais como nas economias periféricas nas quais o modelo médico-hospitalar é hegemônico, crescem as despesas com saúde enquanto parcela do PIB, sem o correspondente e proporcional incremento dos indicadores de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E FONTES DOCUMENTAIS DA TESE

Fontes Primárias

BANCO MUNDIAL *Brasil Despesas do Setor Público com Programas de Assistência Social, Programas e Opções*, vol. 1, Brasília, 1988.

_____ *Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1993 Investindo em saúde*, Rio de Janeiro, FGV, 1993.

_____ *Brasil A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90*, Brasília, 1995.

BRASIL CÂMARA DOS DEPUTADOS. Relatório: *Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a apurar as inúmeras irregularidades no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social*. Brasília, mimeo, 1994.

_____ Ministério da Previdência Social. *Informações; a instituição; histórico da Previdência*. Disponível em <http://www.previdencia.gov.br/pg_secundarias/previdencia_social_12_04.asp> Acesso em 12 jun. 2006.

_____ Decreto Nº 19.444, de 01 de dezembro de 1930. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/d19444.pdf> Acesso em 10 jun. 2006.

_____ Lei Nº 378, de 13 de janeiro de 1937. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/L378.pdf> Acesso em 10 jun. 2006.

_____ Decreto-Lei Nº 3.171, de 2 de abril de 1941. Disponível em <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=19650#'> Acesso em 10 jun. 2006.

_____ Lei Nº 1.920, de 25 de julho de 1953. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/Lei1920.pdf> Acesso em 10 jun. 2006.'

CARNEGIE FOUNDATION ARCHIVES – Stanford, EUA.

COLEÇÃO FUNDAÇÃO ROCKEFELLER – cópias xerográficas de cerca de 250 documentos textuais datados de 1909 a 1955, totalizando 0,90 metros lineares, coletados em 1988 por pesquisadores da Casa de Oswaldo Cruz nos arquivos da Fundação Rockefeller em Nova York, EUA. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz.

WORLD BANK *The Brazil health system. Impact evaluation report* Washington, World Bank, 1998.

_____ *World Development Report 2004. Making services work for poor people.* Washington, Oxford University Press, 2003.

Livros e periódicos sobre história econômica

BARBOSA, Wilson do Nascimento. *Balanço da economia brasileira 1940-1980*. São Paulo, LCTE Editora, 2006.

BASTIAT, Frédéric. *Justice et fraternité*, Paris, Journal des Économistes, 15 de junho de 1848, disponível em: <http://bastiat.net/fr/oeuvres/justice_fraternite.html>. Acessado em 17/05/07.

BRUCHEY, Stuart. *The wealth of the nation. An economic history of the United States*. New York, Harper & Row, 1988.

BUKHARIN, Nikolai I. *A economia mundial e o imperialismo. Esboço econômico*. São Paulo, Abril Cultural, 1984.

CANO, Wilson. *Desequilíbrios regionais e concentração industrial no Brasil (1930-1970)*, São Paulo, Global, 1985.

CHERNOW, Ron. *Titan: The life of John D. Rockefeller*. Random House, New York, 1998.

COGGIOLA, Osvaldo. *Introdução à teoria econômica marxista.* São Paulo, Viramundo, 1998.

_____ (org.) *Dinâmica da economia mundial contemporânea.* São Paulo, Scortecci, 2003.

COLLIER, Peter; HOROWITZ, David. *Rockefellers: An American Dynasty*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1976.

CONNEL-SMITH, Gordon. *The United States and Latin America: an historical analysis of Inter-American relations*. London, Heinemann Educational, 1974.

COMMISSION ON INDUSTRIAL RELATIONS, FINAL REPORT. Washington, DC, 1915. Disponível em <http://www.openlibrary.org/details/finalreportofcom00unitiala>, consultado em 01/08/2007. P. 116-126.

CRAMER, Gisela; PRUTSCH, Ursula. *Nelson A. Rockefeller's Office of Inter-American Affairs (1940-1946) and Record Group 229*. Hispanic American Historical Review, Durham, NC, Duke University Press, 86(4):785-806, 2006.

CRENSHAL, Olliger. *The Knights of the Golden Circle: the career of George Bickley*. The American Historical Review, Bloomington, Indiana, 47(1) 23-50. October 1947.

DEBOUZY, Marianne. *O capitalismo "selvagem" nos Estados Unidos (1860-1900)*. Lisboa, Editorial Estúdios Cor, 1972.

DELONG, J. Bradford. *Robber barons*. Disponível em:
<http://www.j-bradford-delong.net/Econ_Articles/carnegie/DeLong_Moscow_paper2.html>
Acesso em 10 jun. 2006.

DOWBOR, Ladislau. *A formação do capitalismo dependente no Brasil*, São Paulo, Brasiliense, 1982.

THORNTON, Mark; EKELUND JR., Robert B. *Tariffs, Blockades, and Inflation: The Economics of the Civil War*. Wilmington, Scholarly Resources, 2004.

FERREIRA LIMA, Heitor. *História político-econômica e industrial do Brasil*. São Paulo, Cia. Editora Nacional, 1970.

FRANKLIN, John Hope. *Reconstruction after the Civil War*, University of Chicago Press, 1961.

FURTADO, Celso *Formação econômica do Brasil.* São Paulo, Cia. Editora Nacional, 19ª edição, 1984.

GRAZIANO, Walter. *Hitler ganó la Guerra*. Buenos Aires, Best séller, 2004.

HARPER, J A. *Yo-Ho-Ho and a Bottle of Unrefined Complex Liquid Hydrocarbons*. Harrisburg, Pennsylvania Geology Magazine, 26(1): 9-12, 1995.

HOBSBAWM, Eric J. *Da revolução industrial inglesa ao imperialismo*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2ª edição, 1979.

_____ *A era dos impérios, 1875-1914*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1988.

_____ *A era do capital, 1848-1875*. São Paulo, Paz e Terra, 10ª edição, 2004.

_____ *Do feudalismo para o capitalismo*. In HILTON et al., 2004.

_____ *A era dos extremos: o breve século XX, 1914-1991.* São Paulo, Cia. das Letras, 2005.

HOLLIDAY, J.S. *Rush for the riches; gold fever and the making of California*. Berkeley, Oakland Museum of California and University of Californai Press, 1999.

IANNI, Octavio. *Estado e planejamento econômico no Brasil*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1986.

JOSEPHSON, Matthew. *The Robber Barons. The Great American Capitalists 1861-1901*. New York, Harcourt, Brace and Company, 1934.

KENNEDY, Paul. *Ascensão e queda das grandes potências.* Rio de Janeiro, Campus, 1989.

LENIN, Vladimir Ilyich. *O imperialismo: fase superior do capitalismo*. 3a. ed. São Paulo: Global, 1985.

LIVELY, Robert A. *The American System, a review article*, Business History Review, XXIX:81-96, March 1955.

MAGDOFF, Harry; SWEEZY, Paul. *A crise do capitalismo americano*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1982.

MARX, Karl. *O capital. Crítica da economia política.* v 1, São Paulo, Abril Cultural, 1983.

_____ *Capítulo sexto inédito de O capital*, São Paulo, Cortez, 1989.

MCCARTNEY, Laton. *Friends in high places. The Bechtel history: the most secret corporation and how it engineered the world*. New York, Simon and Schuster, 1988.

MCPHERSON, James. *Antebellum southern exceptionalism: a new look at an old question*. Civil War History, Kent (Ohio), 29(3):230-44, sept. 1983.

PILLING, George. *The crisis of keynesian economics.* London, Croom Helm, 1987.
1990.

PRADO JÚNIOR, Caio *História econômica do Brasil.* São Paulo, Brasiliense, 26ª edição, 1981.

ROSENBERG, Arthur. *Democracy and socialism*. New York, Alfred A. Knopf, 1939.

SIMONSEN, Roberto Cochrane. *A evolução industrial do Brasil e outros estudos*. São Paulo, Cia. Editora Nacional, 1939.

SUZIGAN, Wilson & SZMRECSÁNYI, Tamás. *Os investimentos estrangeiros no início da industrialização no Brasil*, *in*, SILVA Sérgio & SZMRECSÁNYI, Tamás, (org.) *História Econômica da Primeira República*, São Paulo, Hucitec, 1996.

TARBELL, Ida M. *The story of the Standard Oil Company*, New York, MacMillan, 2ª ed.,1925.

TEIXEIRA, Alberto. *Planejamento público: de Getúlio a JK (1930-1960)*. Fortaleza, Edições IPLANCE, 1997.

VILLELA, Annibal Villanova & SUZIGAN, Wilson. *Política do governo e crescimento da economia brasileira 1889-1945*. Rio de Janeiro, IPEA/INPES, 1975.

WEEKS, William Earl. *Building the Continental Empire: American Expansion from the Revolution to the Civil War*. Chicago: Ivan R. Dee, 1996.

WEINBERG, Albert K. *Manifest Destiny: A Study of Nationalist Expansionism in American History*. Baltimore: Johns Hopkins, 1935.

WOOD, Ellen Meiksins. *A origem do capitalismo*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 2001.

WRIGHT, Antonia Fernanda Pacca de Almeida. *Desafio americano à preponderância britânica no Brasil.* São Paulo, Cia. Editora Nacional/MEC, 1978.

Livros e periódicos sobre história do Brasil

BUENO, Newton Prado. *A Revolução de 1930: uma sugestão de interpretação baseada na nova economia institucional*. Est. Econom., São Paulo, 37(2): 435-455, abr.-jun. 2007.

D'ARAUJO, Maria Celina. *A Era Vargas*. São Paulo, Moderna, 2ª ed., 2004.

DULLES, John W. F. *Getúlio Vargas, biografia política*. Rio de Janeiro, Editora Renes, 2ª ed., 1967.

EVANS, Peter B. *Dependent Development: the Alliance of Multinational, State, and Local Capital in Brazil*. Princeton, Princeton University Press, 1979.

GAMBINI, Roberto. *O duplo jogo de Getúlio Vargas*. São Paulo, Símbolo, 1977.

GOMES, Angela de Castro; FERREIRA, Marieta de Moraes. *Primeira República: um balanço historiográfico*. Estudos Históricos, Rio de Janeiro, 2(4): 244-280, 1989.

HAINES, Gerald K. *The americanization of Brazil. A study of U.S. cold war diplomacy in the third world, 1945-1954*. Wilmington, Delaware, Scholarly Resources Books, 1989.

HILTON, Stanley E. *O Brasil e as grandes potências 1930-1939*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1977.

_____ *O Brasil e a crise internacional 1930-1945*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1977.

LEACOCK, Ruth. *Requiem for revolution. United States and Brazil, 1961-1969*. Kent, The Kent University Press, 1990.

LEVINE, Robert M. *O regime de Vargas. Os anos críticos, 1934-1938*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1980.

MCCANN, Frank. *Brazilian-American alliance 1937-1945*. Princeton, Princeton University Press, 1973.

MEIRELLES, Juliana Gesuelli. *A Gazeta do Rio de Janeiro e o impacto na circulação de idéias no império luso-brasileiro (1808-1821)*. UNICAMP, Dissertação de mestrado, 2006, disponível em <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000375875>, consulta em 20/12/2007.

MONIZ BANDEIRA, Luiz Alberto Vianna. *Presença dos Estados Unidos no Brasil. Dois séculos de história*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1973.

_____ *Brasil-Estados Unidos: a rivalidade emergente*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1989.

MOURA, Gerson. *Autonomia na dependência. A política externa brasileira de 1935 a 1942*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1980.

_____ *Tio Sam chega ao Brasil. A penetração cultural norte-americana*. São Paulo, Brasiliense, 1984.

_____ *Sucessos e ilusões. Relações internacionais do Brasil durante e após a Segunda Guerra Mundial*. Rio de Janeiro, Editora da FGV, 1991.

NORMANO, João Frederico. *Evolução econômica do Brasil*. Cia. Editora Nacional, São Paulo, 1939.

PARKER, Phyllis R. *Brazil and the Quiet Intervention: 1964*. Austin, University of Texas Press, 1979.

SAES, Décio. *A formação do estado burguês no Brasil: 1888-1891*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1985.

SMITH, Joseph. *Unequal giants. Diplomatic relations between the United States and Brazil, 1889-1930*, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 1991.

TEIXEIRA, Alberto. *Planejamento público: de Getúlio a JK (1930-1960)*. Fortaleza, Iplance, 1997.

TOTA, Antonio Pedro. *O imperialismo sedutor. A americanização do Brasil na época da Segunda Guerra*. São Paulo, Companhia das Letras, 2000.

VALLA, Victor V. *A penetração norte-americana na economia brasileira 1898-1928*. Rio de Janeiro, Ao Livro Técnico/Instituto Nacional do Livro - MEC, 1978.Y

WEISS, W. Michael. *Cold warriors & coups d'etat. Brazilian-American relations, 1945-1964.* Albuquerque, University of New Mexico, 1993.

WERNECK SODRÉ, Nelson. *História da burguesia brasileira*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1964.

WIRTH, John D. *The politics of Brazilian Development 1930-1954*. Stanford, Stanford University Press, 1970.

Livros e periódicos sobre história da medicina

ARNDT, Margarete; BIGELOW, Barbara. *Hospital administration in the early 1900s: visions of the future and the reality of daily practice*. Administrative Science Quarterly, Ithaca (NY), 50(2): 233-261, Jun. 2005.

BECK, Andrew H. *The Flexner Report and the standardization of the American medical education*. Journal of the American Medical Association, Chicago, 291(17): 2139-40, 2004.

BEVAN, A.D; DOCK, G.; HAGGARD, W.E., *et al.* Report of the Council on Medical Education, Journal of the American Medical Association, Chicago, 65:105-113, 1915.

BILLINGS, Frank. *Medical Education in the United States*. Chicago, Journal of the American Medical Association, Chicago, 40(1903) 1271-76.

BORDLEY III, James; HARVEY, A. McGehee. *Two centuries of American medicine 1776-1976*. Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1976.

DAVIES, Marcus. *Modern and traditional medicine in the developing world*. Disponível em <http://ssmu.mcgill.ca/journals/latitudes/4tradmed.htm>. Acesso em: 16 jul. 2005.

Medical Care for the American People. *Final Report of the Committee on the Costs of Medical Care*. Chicago, University of Chicago Press, 1932.

FLEXNER, Abraham. *Medical Education in the United States and Canada*: *A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bulletin No. 4.* New York, Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.

_____ *I remember*. New York, Simon and Schuster, 1940.

_____ *Henry S. Pritchett: A Biography*. New York, Columbia University Press, 1943.

FLEXNER, Simon; FLEXNER, James Thomas. *William Henry Welch and the Heroic Age of American Medicine*. New York, The Viking Press, 1941.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. 3ª ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária,1987.

_____ *Microfísica do poder*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1995.

_____ *A ordem do discurso*. 14ª ed. São Paulo, Loyolla, 2006.

FREIDSON, Eliot. *Profession of Medicine. A study of the sociology of applied knowledge*. Chicago, London: University of Chicago Press, 1988.

FRONSTIN, Paul. *The history of employment-based health insurance: the role of managed care*. Brookfield, Benefits Quarterly, 17(2): 7-16, Q2 2001.

GOODMAN, Philip C. *The R-Ray enters the hospital*. Leesburg, VA. American Journal of Roentgenology 165: 1046-50, November 1995.

HIATT, Mark D. *Around the continent in 180 days: the controversial journey of Abraham Flexner*. Pharos, 62(1): 18-24, winter 1999.

_____; CHRISTOPHER, Stockton G. *The impact of the Flexner Report on the fate of medical schools in North America after 1909.* Tucson, Journal of American Physicians and Surgeons 8(2): 37-40, Summer 2003.

HOLMES, B. *The hospital problem*. Journal of the American Medical Association, Chicago, 47(1906) 318-20.

JACOBI, Abraham. *Proprietary medicine*. California State Journal of Medicine, Los Angeles, IV(11): 280-91, Nov. 1906.

JAMA, Journal of the American Medical Association, *The Committee on the Costs of Medical Care*. Chicago, 99: 1950-52, Dec. 3, 1932.

OBER, Patrick K. *The pre-flexnerian reports: Mark Twain's criticism of medicine in the United States*. Annals of Internal Medicine, Philadelphia, 126(2): 157-163, 15 Jan. 1997.

PAULY, Mark V. *What is unnecessary surgery?*, New York, The Milbank Memorial Fund Quarterly, 57(1): 95-117, Winter 1979.

POST, A. *The hospital in relation to the community*. Boston, Medical and Surgical Journal 158:823-28, May 21st, 1908.

ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro, Graal, 1980.

ROSNER, David. *A once charitable enterprise. Hospitals and health care in Brooklin and New York, 1885-1915*. Princeton, Princeton University Press, 1982.

ROTHSTEIN, William G. *American physicians in the nineteen century. From sects to science*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1972.

SALOMON-BAYET, Claire. *Pasteur et la révolution pasteurienne*. Paris, Éditions Payot, 1986.

SIGERIST, Henry E. *Medicine and human welfare*. New Haven, Yale University Press, 1941.

STARR, Paul. *The social transformation of American Medicine.* New York, Basic Books, 1982.

TAUBER, Alfred I . *The two faces of medical education: Flexner and Osler revisited*. Journal of The Royal Society of Medicine, London, 85:598-602 1992.

VOGEL, Morris J. *The invention of the modern hospital. Boston 1870-1930*. Chicago, The University of Chicago Press, 1980.

Livros e periódicos sobre história da medicina no Brasil

ABREU, Eduardo Augusto Pereira. *A fisicatura-mor e o cirurgião-mor dos exércitos no Reino de Portugal e Estados do Brasil*, Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro, Rio de Janeiro, LXIII(1):189, 1901.

BRASIL. *Plano de reorganização do MESP apresentado ao Poder Legislativo pelo presidente da República*. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1935.

COELHO, Eduardo Campos. *As profissões imperiais. Medicina, Engenharia e Advocacia no Rio de Janeiro, 1822-1930*. Rio de Janeiro, Record, 1999.

CONI, Antônio Caldas. *A Escola Tropicalista Bahiana: Paterson, Wucherer, Souza Lima*. Salvador, Tipografia Beneditina, 1952.

CORADINI, Odaci Luiz. *A formação da elite médica, a Academia Nacional de Medicina e a França como centro de importação*. Estudos Históricos, Rio de Janeiro, CPDOC-FGV, nº 35, 2005, disponível em http://www.cpdoc.fgv.br/revista/arq/397.pdf, consulta em 13/02/2008.

CUNHA, Luiz Antônio. *A universidade temporã: o ensino superior da colônia à era Vargas. Rio de Janeiro*: Civilização Brasileira; 1980.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. *Medicina e sociedade. O médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo, Livraria Pioneira Editora, 1975.

EDLER, Flávio Coelho. *As reformas do ensino médico e profissionalização da medicina na corte do Rio de Janeiro*. São Paulo, Dissertação de Mestrado, FFLCH/USP, 1982.

_____ *O debate em torno da medicina experimental no segundo reinado*. Rio de Janeiro. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, III(2):284-299, jul-out 1996.

_____ *A constituição da medicina tropical no Brasil oitocentista: da climatologia à parasitologia médica*. Tese de doutoramento, Rio de Janeiro, IMS/Uerj, 1999.

_____ *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-ago. 2002.

_____ *Uma controvérsia científica no Império: A Escola Tropicalista Baiana desafia a Academia Imperial de Medicina*. Rio de Janeiro, XI Encontro Regional de História, 2004. Artigo na internet. Disponível em: http://www.rj.anpuh.org/Anais/2004/Simposios%20Tematicos/Flavio%20Coelho%20Edler.doc. Consulta em 15/01/07.

FERREIRA, Luiz Otávio. *João Vicente Torres Homem: descrição da carreira médica no século XIX*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, RJ, 4(1): 57-77, 1994.

_____; MAIO, Marcos C.; AZEVEDO, N. *A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro: a gênese de uma rede institucional alternativa*. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, IV(3): 475-491, nov. 1997-fev. 1998.

FERREIRA, Roberto Assis. *A Medicina no Brasil no Século XIX: Regulamentação de sua Prática e de seu Ensino*. Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 9 (2): 83-88, abr/jun, 1999.

_____ *A normalização da medicina no Brasil no século XX*. Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 9 (4): 177-183, out/dez, 1999.

GUIMARÃES, Maria Regina Cotrim *Chernoviz e os manuais de medicina popular no Império*. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, 12(2) p. 501-14, maio-ago. 2005.

HERSON, Bella. *Cristãos-novos e seus descendentes na medicina brasileira (1500-1850)*. São Paulo, EDUSP, 1996.

LOBO, Francisco Bruno. *O ensino da medicina no Rio de Janeiro*, v. 1, Rio de Janeiro, Dep. de Imprensa Nacional, 1964.

LUZ, Madel Terezinha. *Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)*. Rio de Janeiro, Graal, 1982.

_____ *As instituições médicas no Brasil. Instituição e estratégia de hegemonia*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Graal, 1987.

MAIO, Marcos C, *A medicina de Nina Rodrigues: análise de uma trajetória científica*. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 11(2): 226-237, abr/jun. 1995.

MARINHO, Maria Gabriela S. M. C. *O papel da Fundação Rockefeller na organização do ensino e da pesquisa na Faculdade de Medicina de São Paulo (1916-1931).* Dissertação de Mestrado, São Paulo, Universidade Estadual de Campinas, 1993.

_____ *A filantropia científica e a implantação da ciência profissional em São Paulo.* Tese de Doutoramento, São Paulo, USP/FFLCH, 1999.

_____ *Norte-americanos no Brasil. Uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo (1934-1952)*. Campinas, Autores Associados, 2001.

_____ *Elites em negociação: breve história dos acordos entre a Fundação Rockefeller e a Faculdade de Medicina de São Paulo (1916-1931)*. Bragança Paulista, Editora Universitária São Francisco, 2003.

PEARD, Julyan G. *Tropical disorders and the forging of Brazilian medical identity, 1860-1890*. Hispanic American Historical Review, Durham, NC, Duke University Press, 77(1):1-44, 1997.

_____ *Race, Place and Medicine. The Idea of the Tropics in Nineteen Century Brazilian Medicine*. Durham, NC, Duke University Press, 1999.

PERES, H. *Conselhos de medicina, origens, evolução e finalidades*. In: Conselho Regional de Medicina do Estado da Guanabara. Ética médica. Rio de Janeiro: Cremeg; 1974.

SALLES, Maria do Rosário R.; CASTRO SANTOS, Luiz A. de. *Imigração e médicos italianos em São Paulo na Primeira República: uma abordagem histórico-sociológica*. Revista Estudos de Sociologia, UNESP Araraquara, 6(10): 63-95, 2001.

SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. *História geral da medicina brasileira*. 2v, São Paulo, Hucitec, 1991.

SILVA, Márcia Regina Barros da. *O surgimento da escola médica paulista no contexto brasileiro da Primeira República (1891 a 1930)*. Revista Historia de la Educación Latinoamericana (RHELA), San José de Costa Rica, 6: 279-304, 2004.

SOUZA, AT. *História da criação dos conselhos de medicina*. Documento do arquivo do Conselho Federal de Medicina. Mimeo. Rio de Janeiro, 1971.

THIELEN, Eduardo Vilela; SANTOS, Ricardo Augusto. *Belisário Penna: notas fotobiográficas*. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, 9(2): 387-404, maio-ago. 2002.

Livros e periódicos sobre medicina social e previdência

ALCÂNTARA, Hermes Rodrigues. *Normas legais e éticas para os profissionais da medicina*. São Paulo, Andrey Editora, 1984.

AROUCA, Sérgio. *O dilema preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo, Editora UNESP, 2003.

BARROS BARRETO, JOÃO. *A organização da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro, Arquivos de Higiene 12(2): 169-215, 1942.

BASTOS, Nilton Chaves de Bento. *SESP/FSESP. 1942 - Evolução histórica - 1991*. 2ª ed. Brasília, Fundação Nacional de Saúde, 1996.

BATICH, Mariana. *Previdência do trabalhador, uma trajetória inesperada*. São Paulo, São Paulo em Perspectiva, 18(3): 33-40, 2004.

BAYMA, Fátima, e KASZNAR, Istvan (orgs.). *Saúde e previdência social. Desafios para o terceiro milênio.* São Paulo, Prentice Hall, 2003.

BENCHIMOL, Jaime Larry. *A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro, Ciência e Saúde Coletiva, 5(2), 265-92, abril-jun 2000.

BERTERO, Carlos Osmar. *Drug and dependency in Brazil: an empirical study of dependence theory - the case of the pharmaceutical industry*. Tese de doutoramento, Cornell University, Latin American Studies Program, 1972.

BLOUNT III, John Allen. *A administração da saúde pública no Estado de São Paulo: o Serviço Sanitário, 1892-1918*. Revista de Administração de Empresas, Rio de Janeiro, FGV, 12(4) 40-48, out-dez 1972.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sérgio Góes de. *Saúde e previdência*: estudos de política social. São Paulo: Hucitec, 1986.

CAMPOS, André Luz Vieira de. *Combatendo nazistas e mosquitos: militares norte-americanos no Nordeste brasileiro (1941-1945)*. Rio de Janeiro, História, Ciências, Saúde Manguinhos, vol. 5(3): 603-20, nov 1998 – fev 1999.

_____ *Políticas internacionais de saúde na Era Vargas. O Serviço Social de Saúde Pública, 1942-1960*. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

CAMPOS, Cristina de. *São Paulo pela lente da higiene. Propostas de Geraldo de Paula Souza para a cidade*, Rima Editora, São Carlos, SP, 2002.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Os médicos e a política de saúde*, São Paulo, Hucitec, 1988.

_____ *A saúde pública e defesa da vida*, São Paulo, Hucitec, 1991.

_____ *Reforma da reforma: repensando a saúde*, São Paulo, Hucitec, 1992.

_____ *Planejamento sem normas*, 2ª edição, São Paulo, Hucitec, 1994.

CASTRO SANTOS, Luiz Augusto. *Estado e saúde pública no Brasil (1889-1930)*. Dados, Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, 23(2): 237-250, 1980.

_____ *O pensamento sanitarista na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade*. Rio de Janeiro, Dados, 28(2): 193-210, 1985.

_____ *Power, ideology and public health in Brazil, 1889-1930*. Tese de doutoramento, Cambridge, Harvard University, 1987.

_____ *A Fundação Rockefeller e o Estado Nacional.* São Paulo, Revista Brasileira de Estudos da População, vol. 6 (1): 105-110, jan/jun. 1989.

_____ *A reforma sanitária "pelo alto": o pioneirismo paulista no início do século XX*. Dados - Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, 36(3): 361-392, 1993.

_____; FARIA, Lina. *O ensino da saúde pública no Brasil: os primeiros tempos no Rio de Janeiro*. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, 4(2): 291-324, 2006.

CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. *O caos no financiamento da saúde...no fundo do poço*, Saúde em Debate, São Paulo, 33: 8-22, dez. 1991.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. *Saúde no Brasil. Políticas e organização de serviços*, São Paulo, Cortez, 1996.

_____ (coords.). *O público e o privado na saúde: o PAS em São Paulo.* São Paulo, Cortez/Cedec, 1999.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. 4ª edição. Rio de Janeiro, Graal, 1999.

COSTA, Nilson do Rosário. *Lutas urbanas e controle sanitário. Origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis, Vozes, 1985.

COSTA, Olavo Viana; AUGUSTO, Maria Helena Oliva. *Uma escolha trágica: Saúde ou assistência médica?* São Paulo em Perspectiva, SEADE, São Paulo, 9(3), jul.-set. 1995.

DI GIOVANNI, Geraldo. *A questão dos remédios no Brasil. Produção e consumo*. São Paulo, Polis, 1980.

_____ *Medicamentos e equipamentos médicos: inovação e adensamento tecnológico no Brasil*. Tese de doutoramento, São Paulo, USP, FFLCH, 1992.

ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde: origens e articulação do movimento sanitário.* Rio de Janeiro, Fiocruz, 1999.

_____ *Saúde Pública.* Rio de Janeiro, Relume Dumará, 2000.

FARIA, Lina Rodrigues de. *Os primeiros anos da reforma sanitária no Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller (1915-1920)*. Physis, Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 5(1): 109-127, 1995.

_____ *A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas*. Manguinhos, História, Ciências e Saúde, Rio de Janeiro, 9(3): 561-590, set/dez 2002.

_____ *Saúde e política: a Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo*. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. *O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde*. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 8(2): 521-535, 2003.

GALLO, Edmundo, et al. *Planejamento criativo, novos desafios teóricos em políticas de saúde.* Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1992.

_____ (org.). *Razão e Planejamento Reflexões sobre política, estratégia e liberdade.* São Paulo, Hucitec, 1995.

GIAMBIAGI, Fábio; ALÉM, Ana Cláudia Duarte. *A despesa previdenciária no Brasil: evolução, diagnóstico e perspectivas*. Rio de Janeiro, BNDES, Textos para Discussão 57, maio de 1997. Disponível em < http://www.bndes.gov.br/conhecimento/td/Td-57.pdf >, consulta em 23/11/2007.

GUÉRIN, Jules. *Médicine Sociale: au corps médicale de France*. Paris, Gazette Médicale de Paris, 11 mar 1848, p. 183.

HOCHMAN, Gilberto *Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre a saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930)*. Estudos Históricos, Rio de Janeiro, 6(11): 40-61, 1993.

_____ *A era do saneamento, as bases da política de saúde pública no Brasil.* São Paulo, Hucitec/Anpocs, 1998.

_____ *A saúde pública em tempos de Capanema: continuidades e inovações*. In: BOMENY, Helena (org) *Constelação Capanema: intelectuais e políticas*. Rio de Janeiro, Ed. Fundação Getúlio Vargas; Bragança Paulista (SP), Ed. Universidade São Francisco, 2001:127-51.

_____ *Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945)*. Educar, Curitiba, 25: 127-141, 2005.

_____; FONSECA, Cristina MO. *O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45*. In: PANDOLFI, Dulce (org). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro, Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1999:73-93.

IYDA, Massako. *Cem anos de saúde pública: a cidadania negada*. São Paulo: UNESP; 1993.

LABRA, Maria Eliana. *O movimento sanitarista nos anos 20: da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública no Brasil.* Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro, EBAP/FGV, 1985, mimeo.

LIMA, Ana Luce G. S.; PINTO, Maria M. Saavedra. *Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde*. Rio de Janeiro, História, Ciência, Saúde Manguinhos, vol. 10(3): 1037-51, set-dez 2003.

LIMA, Juliano de Carvalho. *História da lutas sociais por saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Trabalho Necessário 4, 2006. Disponível em: <http://www.uff.br/trabalhonecessario/Juliano%20TN4.htm>. Consulta em 14/12/2007.

LUZ, Madel Terezinha. *Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano*. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 5(2): 293-312, 2000.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Angela, LUZ, Rogério, MURICY, Katia. Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

MAGALHÃES, Mário. A política de saúde pública no Brasil nos últimos 50 anos, in I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, Brasília, DF, Ministério da Saúde, Centro de Documentação, 1: 197-215, 1980.

MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos. *História da saúde pública no Estado de São Paulo*. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 7:433-446, 1973.

MEHRY, Emerson Elias. *O capitalismo e a saúde pública. A emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo*. 2ª ed. Campinas, Papirus, 1987.

_____ *A saúde pública como política Um estudo de formuladores de políticas*, São Paulo, Hucitec, 1992.

MEIHY, José Carlos Sebe; BERTOLLI FILHO, Cláudio. *História Social da Saúde. A opinião pública versus poder, a Campanha da Vacina 1904*. Estudos Cedhal 5, São Paulo, 1990.

MELLO, Carlos Gentile de *A medicina e a realidade brasileira.* Rio de Janeiro, Achiamé, 1983.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Uma agenda para a saúde*, São Paulo, Hucitec, 1996.

MORAES, Nilson Alves. *Saúde e poder na República Velha*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1983.

NEGRI, Barjas; GIOVANNI, Geraldo Di. (orgs.) *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas, Instituto de Economia da UNICAMP, 2001.

NUNES, Everardo D. *Saúde Coletiva: história e paradigmas*. Interface, Comunicação, Saúde, Educação. Fundação UNI e UNESP, São Paulo 2(3): 107-116, ago. 1998.

_____ *Sobre a história da saúde pública: idéias e autores*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 5(2):251-264, jan 2000.

RIBEIRO, Maria Alice Rosa. *História sem fim...Inventário da saúde pública. São Paulo 1880-1930*. São Paulo, Editora UNESP, 1993.

_____ *Saúde pública e as empresas químico-farmacêuticas*. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, VII(3): 607-626, nov. 2000/fev. 2001.

ROZENFELD, Suely e RANGEL, Iracema T. M. *A farmacovigilância*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 4 (3): 336-341, jul/set,1988.

SEVCENCO, Nicolau. *A revolta da vacina - mentes insanas em corpos rebeldes*. São Paulo, Brasiliense, 1984.

SILVA, Hudson Pacífico. *SUS: a questão do financiamento nas propostas da universalização e descentralização da saúde*. Unicamp, 1996. Disponível em <http://www.nepp.unicamp.br/Monografias/Monografia3.pdf>. Acesso em 16 jul. 2006.

TELAROLLI JUNIOR, RODOLPHO. *Poder e saúde. As epidemias e a formação dos serviços de saúde de São Paulo*. São Paulo, Editora UNESP, 1996.

Livros e periódicos sobre fundações e filantropia

ARNOVE, Robert F. *Philanthropy and cultural imperialism. The Foundations at home and abroad*. Bloomington, Indiana University Press, 1982.

BERLINER, Howard S. *New light on the Flexner Report: notes on the AMA-Carnegie Foundation background*, Bulletin of the History of Medicine, Baltimore, 51(4): 603-609, Winter 1977.

_____ *A system of scientific medicine. Philanthropic foundations in the Flexner era*, New York, Tavistock Publications, 1985.

BERMAN, Edward H. *The ideology of philanthropy*. (1983). Disponível em <http://www.icdc.com/~paulwolf/oss/ideologyofphilanthropy.htm>. Acesso em 16/07/2006.

BRYAN, Charles S. *Mr. Gates's summer vacation. A centennial remembrance*. Annals of Internal Medicine, Philadelphia, 127(2): 148-153, 15 Jul. 1997.

COBBS, Elizabeth A. *The rich neighbor policy. Rockefeller and Kaizer in Brazil*. New Haven, Yale University Press, 1992.

COLBY, Gerard; DENNET, Charlotte. *Thy will be done. The conquest of the Amazon: Nelson Rockefeller and evangelism in the age of oil*. New York, Harper Collins Publishers, 1995.

CUETO, Marcos. *Philanthropy, American perceptions and Latin America.* New York, Research Report, Rockefeller Archive Center, 1991.

_____ *Missionaries of science. The Rockefeller Foundation and Latin America*. Bloomington, Indiana University Press, 1994.

DOWIE, Mark. *American Foundations. An Investigative History*. Cambridge, MIT Press, 2001.

ETLING, John. *The germ of laziness. Rockefeller philanthropy and public health in the new south*. Cambridge, Harvard University Press, 1981.

FOSDICK, Raymond B. *The story of the Rockefeller Foundation*. New York, Harper & Brothers, 1952.

GATES, Frederick Taylor. *Chapters in my life*. New York, The Free Press, 1977.

GOULDEN, Joseph C. *The money givers. An examination of the myths and realities of foundation philanthropy in America*. New York, Random House. 1971.

KARL, Barry D., KATZ, Stanley N. *American private philanthropic foundations 1890-1930*. Minerva 19 (1983):253-270.

STROMBERG, Ann (ed.) – *Philanthropic foundations in Latin America.* New York, Russel Sage Foundation, 1968.

WEAVER, Warren. *U.S. philanthropic foundations. Their history, structure, management and record*. New York, Harper & Row, Publishers, 1967.

WHEATLEY, Steven C. *The politics of philanthropy. Abraham Flexner and medical education*. Madison, The University of Winsconsin Press, 1988.

WORMSER, Rene A. *Foundations, they power and influence*. New York, Devin-Adair Company, 3ª ed., 1993.

Livros e periódicos sobre capitalismo e saúde

ALFORD, Robert R. *Health care politics: ideological and interest group barriers to reform*, Chicago, University of Chicago Press, 1975.

AMORIM, Maria Cristina Sanches; PERILLO, Eduardo Bueno da Fonseca (orgs.). *Para entender a saúde no Brasil*. São Paulo, LCTE Editora, 2006.

ANGELL, Marcia. *The truth about the drug companies. How they deceive us and what to do about it*. New York, Random House, 2004.

BEALLE, Morris. *The drug story*. Spanish Fork, Utah, The Hornet's Nest, 1949.

BROWN, E. Richard. *Rockefeller medicine man. Medicine & capitalism in America*. Berkely, University of California Press, 1979.

CARLSON, Rick J. *The end of medicine*. New York, John Willey & Sons, 1975.

CORDEIRO, Hésio. *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 2ª ed., 1985.

ILLICH, Ivan. *Medical Nemesis. The expropriation of health*. New York, Pantheon, 1976.

KASSIRER, Jerome. *On the take. How medicine's complicity with big business can endanger your health*. New York, Oxford University Press, 2005.

MECHANIC, David. *The growth of bureaucratic medicine*. New York, John Wiley & Sons, 1976.

NASH, David B. *Managing the medical industrial complex: two decades on*. Health Policy Newsletter, Philadelphia, 17(3): Article 1, sept. 2004.

NAVARRO, Vicente. *Medicine under capitalism.* New York, Prodist, 1976.

PAYER, Linn. *Disease mongers. How Doctors, drug companies and insurers are making you feel sick.* New York, John Willey, 1992.

PERILLO, Eduardo B.F. *Sistema de saúde no Brasil: história, estrutura e problemas*, *in* AMORIM, Maria Cristina Sanches; PERILLO, Eduardo B. F., *Para entender a saúde no Brasil*, São Paulo, LCTE Editora, 2006.

QUINTANEIRO, Tania Barbosa. *O mercado farmacêutico brasileiro e o esforço de guerra norte-americano*. Revista de Estudos Históricos, Rio de Janeiro, 29: 141-164, 2002.

RELMAN, Arnold S. *The new medical-industrial complex*. Boston, The New England Journal of Medicine, v. 303 n. 17, 963-970, Oct. 23, 1980.

ROBOCK, Stefan H. e SIMMONDS, Kenneth. *International business and multinational enterprises.* Homewood. Richard D. Irving, Inc., 1963.

SANVITO, Wilson Luiz. *A medicina tecnocêntrica. A medicina tem cura?* Disponível em <http://www.psiquiatrianet.com.br/educacaomedica/med_tecno.htm> Aceso em 11 jun. 2006.

SILVERMAN, Milton. *The drugging of the Americas*. Berkeley, University of California Press, 1976.

_____; LEE, Philip. *Pills, profits & politics*. Berkeley, University of California Press, 1974.

WAITZKIN, Howard. *The second sickness. Contradictions of capitalist health care*. New York, The Free Press, 1983.

Livros e periódicos sobre sociologia e política

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo, Editora Perspectiva, 1974.

MILLS, C. Wright. *The Power Elite*. New York, Oxford University Press, 1956.

OLSON, Mancur. *The logic of collective action – public groups and the theory of groups*, Cambridge, Harvard University Press, 1965.

PERLOFF, James. *The shadows of power. The Council on Foreign Relations and the American decline*. Boston, Western Islands, 1988.

SANTOS, Wanderley Guilherme. *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. 2ª edição, Rio de Janeiro, Campus, 1987.

SCHULZINGER, Robert D. *The wise men of Foreign Affairs. The history of the Council on Foreign Relations*. New York, Columbia University Press, 1984.

STANLEY, David T. et al. *Men who govern. A biographical profile of federal political executives*. Washington, The Brookings Institution, 1967.

Livros e periódicos sobre economia e gestão da saúde

HENDERSON, James. *Health economics and policy*. Cincinatti, South-Western, 1999.

HERZLINGER, Regina E. *Market driven health care.* New York, Addison-Wesley, 1997.

MITROFF, Ian. *Tempos difíceis, soluções inovadoras*, Rio de Janeiro, Campus, 1999.

Livros e periódicos sobre teoria econômica

ARROW, Kenneth. *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*. American Economic Review, 53(5): 941-69, Dec. 1963.

KRUEGER, Anne O. *The political economy of the rent-seeking society*. The American Economic Review, Pittsburgh, 64(3): 291-301, Jun. 1974.

PASOUR JR., E. C. *Rent seeking: some conceptual problems and implications*. The Review of Austrian Economics. Fairfax, Virginia, 1(1): 123-143, 1987. Disponível em: http://www.mises.org/journals/rae/pdf/rae1_1_8.pdf
Acessado em 16/05/07.

TULLOCK, Gordon. *The fundamentals of rent-seeking*. Fairfax, Virginia. The Locke Luminary 1(2): winter 1998, part 2.
Disponível em: <http://www.thelockeinstitute.org/journals/luminary_v1_n2_p2.html>
Acessado em 16/05/07.

_____ *The origin (of the) rent-seeking concept*. International Journal of Business and Economics. Taichung, Taiwan, 2(1): 1-8, 2003.
Disponível em: <www.ijbe.org/table%20of%20content/pdf/vol2-1/01.pdf>
Acessado em 16/05/07