

OS MÉDICOS E O ESTADO (1922): UMA RELAÇÃO DE TENSÃO E COLABORAÇÃO

ANDRÉ DE FARIA PEREIRA NETO*

Resumo: Este artigo discute a importância do Estado no processo de profissionalização. Ele defende a idéia de que o Estado desempenha um papel central tanto na história das profissões que obtiveram êxito, quanto das que feneceram. Seu objeto de análise é a relação recíproca de interesses que se estabeleceu entre a elite da profissão médica e o Estado brasileiro, no início do século XX. Naquele contexto, o Estado incrementou sua intervenção na vida social, em geral, e nas profissões, em particular. Os Decretos-Lei 11.530/1915 e 14.354/1920, por exemplo, estabeleceram critérios para a organização e o reconhecimento oficial das instituições universitárias e planificaram um serviço de assistência médica de dimensões nacionais – medidas com grande potencial de interferir no mercado de trabalho médico. Este artigo acompanha as reações da elite médica, reunida no Congresso Nacional dos Práticos (1922), a essas prescrições legais. Ele demonstra que parcela influente e poderosa da corporação médica, reunida naquele evento, detinha pelo menos dois projetos profissionais inseridos em um contexto histórico

* Doutor em Saúde Coletiva (IMS-UERJ-1997). Pesquisador Titular da Casa de Oswaldo Cruz - Fundação Oswaldo Cruz. Integra o Grupo de Pesquisa do CNPq de "História das Instituições, Políticas e Profissões de Saúde" e o corpo docente do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. apereira@fiocruz.br

particular, que de certa forma se complementam. Um visava defender a ampliação do poder do Estado, para garantir a preservação da prática profissional, em moldes liberais, no Brasil do início do século XX. Outro pleiteava que as esferas de prestígio e poder que estavam sendo abertas no interior do poder público fossem ocupadas por médicos. Entre essa elite profissional e o Estado estabeleceu-se uma relação de tensão e colaboração. Tensão, porque a elite médica pressionava o Estado para satisfazer interesses particulares, tidos como não resolvidos. Colaboração, pois ela pretendia atuar em altas esferas de poder, garantindo, com seu conhecimento, relações e competências, a melhor governabilidade possível na execução das políticas públicas da saúde. Palavras-chave: Profissão Médica/História; Saúde Pública/História.

Abstract: The present paper discusses the importance of the state in the professional process. It supports the idea that the state has an important role both in the history of successful profession and of those that were extinct. The object of analysis is the reciprocation relationship of interests that was established between the elite of the medical profession and the Brazilian government, in the beginning of the 20th century. In that context, the state was increasing its intervention in the social life, in general, and in the professions, in special. Decree-Laws numbers 11.530/1915 and 14.354/1920, for instance, created criteria for official organization and recognition of university institutions, and designed a national public health service – measures with a great potential to interfere in the medical work market. The present work will follow the medical elite reactions to those legal prescriptions at *Congresso Nacional dos Práticos* (1922). We demonstrate that an influent and powerful group inside the medical corporation gathered at that event had at least two complementary professional projects, inserted in a specific historical context. One intended to defend the extension of state power in order to guarantee the preservation of the medical practice in a fee-for-service way. Other aimed to assure for the physicians the powerful and prestigious public positions. A relationship of tension and collaboration was established between these professional projects and the Brazilian state. Tension because the medical elites pressured the government to attend their individual interests, considered unsolved. Collaboration because the medical elites claimed to act in high power spheres, supporting with their knowledge, relations and abilities the execution of public health policies.

Keywords: Medical Profession/History; Public Health /History

Introdução

Profissão é um conceito genérico o suficiente para captar diferentes experiências humanas. Esse conceito já foi definido por diversos autores, que atribuíram ênfases distintas a diferentes fatores (Barbosa, 1993). Algumas características, no entanto, merecem destaque. Para boa parte dos estudiosos da área, uma *profissão* pode ser enunciada como uma atividade que produz um saber abstrato, monopolizando determinada área cognitiva. Para ser exercida, ela requer conhecimentos e habilidades específicos, obtidos durante um treinamento prolongado, criterioso e teoricamente fundamentado. Com isso, ela busca conquistar a autonomia técnica necessária para prestar seu serviço. O credenciamento formal é utilizado como estratégia essencial, mas não suficiente, para que ela se aproprie de uma parcela do mercado (Bonelli e Donatoni, 1996). Esse credenciamento permite que o profissional execute uma série restrita de tarefas e que o consumidor contrate, apenas, os profissionais que forem formalmente habilitados para o exercício de determinada tarefa (Bonelli, 1999). A *profissão* é, portanto, um tipo de trabalho especializado, formalmente recompensado e realizado em tempo integral.

O mundo das profissões não é de paz. Entre as profissões concorrentes por segmentos de mercado, estabelecessem-se acirradas disputas e negociações. A discussão, definição, estabelecimento e preservação das *fronteiras de competência* tem sido objeto de interesse crescente entre alguns estudiosos da área (Abbot, 1988). Eles costumam analisar como cada profissão tem buscado estabelecer estratégias de controle do mercado de trabalho e de capacitação de seus pares para conquistar e garantir este monopólio. Por esta razão, a dimensão corporativa é um dos traços que define uma *profissão*. Ela deve ser capaz de se auto-regular, para delimitar e controlar o mercado de prestação de seus serviços e oferecer algum tipo de proteção a seus membros (Freidson, 1996). Uma *profissão* não é, portanto, uma coleção de indivíduos soltos, negociando o valor de seus serviços no mercado. A dimensão corporativa existe e é determinante para o entendimento da posição privilegiada que os profissionais ocupam (Coelho, 1999). As *profissões* têm esta importância para a sociedade porque produzem um bem intangível: os serviços. No mundo urbano em que vivemos o setor de serviços representa um dos principais geradores de receita e de satisfação da sociedade.

As profissões são, portanto, fruto de habilidades e conhecimentos específicos, complexos, institucionalizados e reconhecidos que atendem a alguma demanda social no mundo dos serviços.

E que papel o Estado desempenha na profissionalização? Existem alguns autores que entendem que a autonomia e autoridade das profissões estão diretamente relacionadas ao fato delas poderem se auto-regular, sem o intermédio do Estado. Estas idéias, defendidas, por exemplo, por Wilensky (1970), ilustram as explicações funcionalistas. No seu entender, a profissão deveria se relacionar com o Estado para convencê-lo que sua atividade é imprescindível para a sociedade e obter, com isso, o apoio necessário para desempenhar sua tarefa. Segundo este autor, a profissão deveria evitar qualquer ingerência do Estado para poder exercer sua atividade plenamente. Se houvesse tal intromissão, a atividade poderia perder sua autonomia, autoridade e reconhecimento, deixando de ter o estatuto profissional. Wilensky (1970) criou, assim, uma dicotomia: onde não houvesse Estado, haveria profissão. Caso contrário, a atividade não poderia receber esta designação.

Se existem autores que seguem a visão defendida Wilensky (1970), existem outros que a condenaram. Eles identificaram e analisaram alguns casos em que o Estado exerceu um papel coadjuvante e legitimador das conquistas e dos interesses da profissão. Edmundo Campos Coelho (1999) realizou uma breve, mas consistente, revisão da literatura sócio-histórica sobre a relação entre Estado, mercado e profissões e demonstrou como vários autores foram tirando o Estado dos bastidores da história das profissões, colocando-o no centro da cena. Ele enfatiza que os estudos sobre o processo de profissionalização na Europa Continental, por exemplo, não relacionaram o sucesso de um processo de profissionalização com a menor presença estatal. Muito pelo contrário! Na França e na Alemanha, por exemplo, os médicos não concebiam a regulação estatal como elemento contrário a seus interesses profissionais. Até mesmo o mercado liberal, onde predomina a livre concorrência de produtos e serviços foi, em ambos os casos, determinado e mantido pelo Estado. Um dos autores que inovaram neste sentido foi Polanyi (1957). Para ele a liberdade que as profissões tiveram nestas duas sociedades não foi natural, como se pensava outrora. Ele foi garantido pelo Estado. A visão de Polanyi (1957) parece ser uma solução para o dilema introduzido por Wilensky (1970). Assim, nos casos analisados por Polanyi (1957), a

profissionalização ocorreu graças à forte presença estatal e não apesar dela. Partindo desta idéia, Coelho (1999) entende que até mesmo nos Estados Unidos e na Inglaterra, uma das condições que determinou a autonomia das profissões foi a intervenção do Estado, assegurando um mercado de livre concorrência.

Tratando da mesma questão de outra forma, Coelho (1999) recupera o conceito de “projeto profissional” desenhado por Larson (1977). Esse conceito foi considerado por Coelho (1999) como o que organiza toda a visão da autora sobre o desenvolvimento da medicina nos Estados Unidos e na Inglaterra. Para Larson (1977), a profissionalização é, essencialmente, um processo no qual uma atividade busca constituir e controlar um mercado específico para sua competência. A ação coletiva é o elemento essencial das explicações de Larson (1977). Para ela, tanto na Inglaterra quanto nos Estados Unidos, o Estado assumiu papel secundário. Coelho (1999) entende que esta assertiva não deva ser generalizada. A este respeito fez a seguinte indagação: “e nas sociedades onde o Estado, e não o mercado comandou a organização das profissões? É possível resgatar analiticamente o projeto profissional?” (Coelho, 1999:50). O autor acredita que sim. Nós também. A questão reside em analisar *como* (grifo nosso) esse processo de profissionalização se desenvolveu. A ação coletiva transcorre, muitas vezes, sob a tutela do Estado. Durante muito tempo, o médico brasileiro conseguiu fazer com que o Estado fosse seu aliado no estabelecimento de fronteiras de competência que assegurassem o monopólio dos profissionais liberais no mercado de serviços de assistência médica.

Uma outra possibilidade de resolver a aparente antinomia entre Estado e profissão, criticada por Coelho (1999), foi introduzida Halliday (1987). Este autor enfatiza que o Estado não serve apenas para garantir o monopólio da prática das profissões. Mais do que isso, o Estado carece da perícia das profissões, como a médica, para legitimar sua intervenção na sociedade. As profissões aparecem como menos dependentes das concessões do Estado e mais seguras de suas capacidades quando oferecem sua competência como garantia de governabilidade das políticas públicas. As idéias de Halliday (1987) foram posteriormente complementadas por aquelas de Johnson (1995). Esse autor considera que a profissão é uma parte integrante do Estado. A justaposição de interesses evoluiu para uma convergência. Para estes dois

autores as profissões são partes integrantes do processo de governabilidade estatal: um é dependente do outro – o governo das perícias profissionais e estas do governo. As idéias de Halliday (1987) e de Johnson (1995) condenam, em certa medida, a visão que associa o crescimento do Estado ao proporcional enfraquecimento das profissões.

Assim, no Brasil, se a ação coletiva dos médicos foi vitoriosa graças à tutela que teve do Estado, como afirmamos acima, ela também transcorreu em direção ao Estado. No nosso caso, o poder público construiu esferas de prestígio e poder que, ocupadas por médicos, concorreram para sua profissionalização e para o incremento de determinado *projeto profissional* de cunho higienista.

Neste artigo, analisaremos o papel do Estado no processo de profissionalização. Defendemos a idéia de que o Estado desempenha papel central tanto na história das profissões que obtiveram êxito quanto nas que feneceram. Faremos um estudo de caso, restringindo-nos a uma profissão, em um contexto histórico singular. A profissão escolhida, a médica. O contexto é o início do século XX, no Brasil. Relacionaremos o papel que o Estado brasileiro pretendia desempenhar na formação profissional e no mercado de trabalho, com as reações da elite da corporação médica a essas estratégias intervencionistas. Demonstraremos que parte da elite médica brasileira pleiteava a intervenção do Estado como garantia da preservação de seu exercício profissional em moldes liberais. Outra parte via nesta intervenção a ampliação de seu espaço de atuação profissional e de poder sobre a sociedade. No primeiro caso a visão de Polanyi (1957) parece vivificar. No segundo, as idéias de Halliday (1987) e Johnson (1995) se mostraram evidentes. Nos dois casos a idéia de que o Estado brasileiro assistiu passivamente o processo de profissionalização da medicina, no início do século XX, foi descartada. O papel que o Estado deveria exercer parece acompanhar o projeto profissional de segmentos distintos da profissão. Projetos Profissionais que apesar de diferentes não eram antagônicos: o Estado poderia preservar o mercado liberal e, ao mesmo tempo, garantir o lugar dos médicos nas instâncias de poder que estava construindo. Veremos a seguir estas idéias com mais vagar.

Em primeiro lugar cabe enfatizar a especificidade da profissão médica. A profissão médica foi escolhida pelo fato de deter algumas particularidades

que merecem destaque. Ela presta um serviço que a singulariza das demais, visto que o médico entra em contato íntimo e direto com a vida privada de seu cliente; participa dos momentos cruciais de sua existência, servindo de intermediário entre a ciência e o caso particular. Para tanto, ele interpreta os problemas pessoais com a linguagem abstrata do conhecimento científico. Sua abrangência cognitiva associa-se a um exercício prático orientado por uma objetividade individualizada. Dessa forma, seu conselho torna-se autorizado. As circunstâncias da doença promovem a aceitação de seu julgamento: o doente fica convencido de que não é a melhor pessoa para julgar suas próprias necessidades, nem está emocionalmente apto a isso (Starr, 1982).

Vejamos agora porque escolhemos o contexto do Brasil, no início do século XX. O Brasil no início do século XX foi marcado pelo incremento progressivo da presença do Estado na sociedade (Luz, 1982). Até então, em geral, o poder público não interferia diretamente nos negócios e interesses privados. Por meio de um processo lento e constante, pleno de ações e reações, pôde ser observada tal mudança de postura do Estado com a sociedade, em geral, e com as profissões, em particular. Em relação à profissão médica, o Estado brasileiro se fez presente, naquela época, na formação e na organização do mercado de trabalho. No primeiro caso, o Decreto-Lei 11.530, promulgado em 1915, estabelecia critérios para a organização e o reconhecimento oficial das instituições universitárias formadoras de médicos. O controle da qualificação profissional e a redução ou não do número de estabelecimentos formadores tenderiam a limitar o oferecimento de mão-de-obra ao mercado, elevando seu valor e prestígio. Em relação ao mercado de trabalho, o Decreto-Lei nº 14.354/1920 criou o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Ele substituiu o Departamento Geral de Saúde Pública (1897) que tinha sua ação concentrada basicamente em iniciativas higiênicas, profiláticas e preventivas de doenças infecciosas, como a Febre Amarela, sobretudo, no Distrito Federal, atual cidade do Rio de Janeiro. O DNSP foi a primeira organização estatal de dimensões nacionais, com estrutura hierarquizada e burocratizada, voltada exclusivamente para a saúde pública. Sua área de atuação era muito abrangente. O DNSP visava atingir desde a medicina preventiva e a curativa até a engenharia sanitária. A criação do DNSP guardava, portanto, expressivo potencial de promover o assalariamento

médico, fundando, por outro lado, esferas públicas de atuação profissional com muito poder e visíveis conotações políticas. Além disso, as instituições públicas, ao facultar serviços de assistência médica de qualidade e sem despesas para o cliente, poderiam atrair tanto pacientes sem recurso quanto aqueles tradicionalmente atendidos em instituições e consultórios particulares.

Não analisaremos o início do século XX, de uma maneira geral. Nos deteremos em um evento particular: o Congresso Nacional dos Práticos (1922). Este evento foi realizado alguns anos depois da promulgação dos dois decretos mencionados anteriormente. Nele, médicos¹ brasileiros eruditos, famosos e estabelecidos profissionalmente reuniram-se para discutir, sobretudo, o que deveria ser feito diante das modificações que o mercado de trabalho médico sofreria caso as duas determinações legais, que haviam sido há pouco promulgadas, se transformassem em realidade.

O objetivo deste artigo é analisar como a elite médica apresentava seus argumentos ideológicos sobre os limites e as potencialidades da ação estatal, visando preservar sua atuação profissional médica em moldes liberais e ao mesmo tempo garantir seu domínio sobre as novas esferas de atuação que estavam se abrindo no interior do Estado. Assim, o artigo encontra-se dividido em duas partes. Na primeira, analisaremos as estratégias estatais em relação à formação profissional e às iniciativas públicas sobre o mercado, acompanhando a reação dos médicos que pleiteavam que estas iniciativas não interferissem no mercado de trabalho de bases liberais. Na segunda, apresentaremos os postos de *poder* e *prestígio* que estavam sendo abertas com a ampliação do Estado através da criação do DNSP, acompanhando a reação dos relatores que pretendiam que estes postos fossem ocupados por médicos.

Os médicos querem que o Estado preserve o mercado liberal

Até o início do século XX era tímida a estrutura regulatória e intervencionista do Estado no Brasil. Em relação à formação profissional e à assistência médica o Decreto-Lei nº 11.530, promulgado em 1915, e o Decreto-Lei nº 14.354, em 15 de setembro de 1920, que criou o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), representam respectivamente um marco nesse sentido.

No primeiro caso, foram fixados, pela primeira vez, critérios para que um estabelecimento *livre, prático* ou estadual tivesse seu diploma reconhecido e equiparado àquele oferecido pelas faculdades oficiais, sobretudo a carioca e a baiana. Cabe salientar que essa postura fiscalizadora do Estado em relação às escolas *livres* vinha sendo ensaiada desde meados do século XIX. A grande novidade introduzida com o decreto de 1915 foi a presença de sofisticado processo de fiscalização e o estabelecimento de três categorias de critérios para tornar os diplomas concedidos por instituições *livres* equiparados aos fornecidos por faculdades oficiais. Um dos critérios referia-se ao acesso do estudante ao ensino superior, com a criação de rigoroso exame “vestibular”, conforme designação da época. Outro se relacionava à preservação de determinada qualidade na formação, com a instituição de um currículo mínimo comum obrigatório, com exames regulares, professores “selecionados por concurso” e laboratórios utilizados “convenientemente”. Havia, ainda, um artigo que limitava quantitativamente o número de estabelecimentos universitários que deveriam existir em cada unidade da federação. Segundo consta, a abertura de novos estabelecimentos estava diretamente relacionada com o número de habitantes da cidade ou unidade da federação onde ele seria instalado. Adotando estas medidas o Estado intrometia-se decididamente na regulação da qualidade e na quantidade da mão de obra oferecida ao mercado. Se essa determinação legal fosse cumprida à risca, poderiam ser criadas outras oito novas faculdades, além das nove existentes, ou seja, o número de faculdades de medicina praticamente dobraria.

No segundo caso, a promulgação do Decreto-Lei nº 14.354, em 15 de setembro de 1920, denominado de “Regulamento dos Serviços a cargo do Departamento Nacional de Saúde Pública”, foi a expressão pioneira de intervenção estatal de cunho nacional na área da saúde. Este regulamento abrange, em seus mil cento e noventa e cinco artigos, desde a medicina preventiva e a educação higiênica até a assistência aos contaminados por uma das vinte doenças infecciosas submetidas à notificação compulsória. Se suas proposições fossem colocadas em prática haveria a grande possibilidade de restringirem o mercado de trabalho médico. Esta restrição poderia ser observada de duas formas. Por um lado, as medidas higiênicas e pedagógicas preconizadas, ao serem executadas, poderiam melhorar a qualidade de vida dos cidadãos e assim diminuir a quantidade de pessoas infectadas ou

portadoras de alguma moléstia contagiosa. Por outro lado, se os serviços de assistência médica, organizados pelo Estado, fossem oferecidos gratuitamente e com qualidade a todo o cidadão, os pacientes com alto poder aquisitivo poderiam utilizá-los, abandonando o consultório particular.

Vejam os relatores do Congresso Nacional dos Práticos se posicionaram a respeito da lei que afetava a organização da formação profissional médica (Decreto-Lei nº 11.530, de 1915) para em seguida examinar as reações em relação à face assistencial presente na criação do DNSP (Decreto-Lei nº 14.354, de 1920).

Em relação à reforma do ensino médico, Oswaldo de Oliveira foi um dos profissionais que dedicou sua atenção ao tema. Esse catedrático de clínica médica com larga produção acadêmica na área da cardiologia, membro titular da Academia Nacional de Medicina e ex-presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia, protestou “com energia contra a oficialização de Institutos de ensino médico que não se encontrem materialmente em condições de funcionar” (Oliveira, 1923:415). Para ele, os critérios estabelecidos pareciam inexpressivos ou precisavam ser devidamente aplicados.

Cabe lembrar, mais uma vez, que o evento objeto de nossa análise realizou-se sete anos depois da promulgação do referido decreto. Ou seja, podemos admitir que não tenha transcorrido tempo hábil suficiente para sua plena execução. Oliveira não foi o único relator que denunciou, ao longo do evento, que a determinação legal de 1915, apesar de ter sido promulgada, não estava sendo aplicada. Entre a lei e sua aplicação existe um longo e tortuoso caminho, no qual várias forças atuam, impedindo ou facilitando sua adoção plena.²

Não podemos esquecer que a criação de novas exigências dificultando a equiparação das faculdades *livres* às oficiais guardava, também, íntima relação com uma estratégia de preservação da faculdade carioca como a principal responsável pela formação de pessoal de nível superior. Os professores desta instituição, como Oliveira, estavam diretamente interessados nessa estratégia conservadora.

O incremento da face intervencionista estatal, nesse caso, atendia às necessidades de um médico especialista, como o cardiologista Oswaldo Oliveira. Sua prática profissional estava calcada em padrões liberais de relação com o mercado e seus consumidores de serviço. Oliveira contava com o

Estado e sua ação regulatória. Para ele, a ação enérgica e eficiente do Estado era a condição para a plena sobrevivência de atividades profissionais organizadas em bases liberais como a sua.

Neves da Rocha foi outro médico que se preocupou com a regulação estatal das leis de oferta e procura por serviços de saúde. Em 1922, Neves da Rocha já era um renomado oftalmologista baiano, formado no Rio de Janeiro, em 1883. Ele devia possuir consolidada clientela na capital da República. Militava na Academia Nacional de Medicina, onde era membro titular da Seção de Cirurgia Especializada, e na Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, da qual foi sócio-fundador. Para ele “o algarismo da população não aumentou em proporção com o dos médicos. E o estado sanitário, ao contrário, tem melhorado em enorme proporção” (Rocha, 1923: 492).

A dependência da clínica liberal foi ainda mais explícita quando afirmou:

Este fato constitui o primeiro e o maior fator da diminuição da situação material do médico, grande aumento do número de médicos, muito grande diminuição do número de doentes obrigados a recorrerem aos nossos cuidados (Rocha, 1923: 492).

No seu entender a oferta de mão-de-obra estava superando a demanda. A quantidade de profissionais oferecidos ao mercado deveria sofrer algum tipo de contenção, já que as políticas sanitárias pareciam estar surtindo efeito, pois diminuía o número de doentes.

Baseado nessa avaliação, propôs a limitação do número de vagas nas faculdades de medicina. Para Neves da Rocha, a limitação tinha três vantagens que se associavam: a) determinava um número de alunos compatível com as condições ideais para o ensino teórico, prático profissional e deontológico; b) elevava a situação material do médico, aumentando sua “independência profissional”; c) evitava o assalariamento.

Neves da Rocha afirmou:

Uma outra vantagem, e não menos preciosa, senhores, seria evitar a funcionarização da medicina. *O médico*, cuja mentalidade conheceis, *tem horror instintivo da condição*

de funcionário e se, atualmente ele aceita e até solicita funções, é obrigado por sua situação material insuficiente (Rocha, 1923: 496) (grifo nosso).

As sugestões de Oswaldo Oliveira e Neves da Rocha sobre a Lei de 1915, tinham um sentido comum: tornar o ensino médico ainda mais *esotérico*. Ou seja, o incremento dos critérios de acesso e permanência às instituições de ensino superior representava estratégias para tornar o conhecimento médico ainda mais restrito a um círculo fechado de ouvintes. Quanto mais ele fosse reservado aos discípulos completamente instruídos, menor seria o número de pessoas que estariam habilitadas a praticá-lo. Assim, o controle sobre a formação e a capacitação profissional teria melhores condições de ser exercido. Além disso, estaria sendo administrado o volume de pessoal a ser lançado anualmente no mercado, prevenindo-se uma possível plethora, que desvalorizaria e desprestigiaria a corporação perante a sociedade e o Estado. Os defensores desses postulados apresentavam, portanto, uma visão fortemente elitista e centralizadora. Para eles, só poderia exercer a medicina o profissional que se submetesse a um ritual acadêmico administrado, reconhecido e controlado por médicos das duas principais faculdades de medicina do país: Rio de Janeiro e Bahia. O Estado, que estava assegurando o controle formal, era conclamado a afiar suas armas: as determinações tinham que ser cumpridas. Ele tinha que exercer sua força policial e coercitiva. Além disso, o Estado tinha que usar novos instrumentos. No entender destes relatores, outros elementos tinham que ser incluídos para dificultar, ainda mais, a proliferação de novas faculdades e de novos médicos.

Freidson (1996) destacou alguns traços que caracterizam o ensino profissional. Um deles é o denominado “controle ocupacional”. No seu entender, esse controle se manifesta de diferentes formas. Por um lado, a profissão mantém segredo acerca de seu corpo de qualificações e conhecimentos especializados. Quem forma o profissional deve ter tempo disponível para refinar, revisar e codificar o corpo de conhecimentos, revelando-o apenas em condições especiais. Estabelece-se, segundo Freidson, uma divisão entre os profissionais, baseada na maior ou menor autoridade cognitiva. Eles decidem o que deve e o que não deve ser ensinado. Por outro lado, a formação profissional tem o poder de estabelecer forte

reserva sobre o mercado de trabalho, uma vez que controla quantitativamente o oferecimento da mão-de-obra ao mercado. Ambas as dimensões parecem estar presentes na determinação legal de 1915 e nas preocupações de alguns médicos reunidos no Congresso dos Práticos. Essas propostas visavam, sobretudo, garantir a efetiva valorização da profissão, em bases liberais, em um mercado sujeito às alterações provenientes do incremento da medicina preventiva e da educação higiênica.

Assim as visões de Oswaldo Oliveira e Neves da Rocha atendem à equação Polanyi (1957) que admite que o mercado liberal, onde predomina a livre concorrência de produtos e serviços, é determinado e mantido pelo Estado. As estratégias apresentadas por estes dois relatores, apesar de diferentes, caminhavam na mesma direção: clamar pelo incremento da intervenção do Estado, contanto que ela servisse para elevar o prestígio e a autoridade médicos e preservasse a prática liberal. Para eles, este papel assumido pelo Estado atendia ao projeto profissional que pretendiam desenvolver.

Vejamos a seguir como os relatores do Congresso Nacional dos Práticos se posicionaram a respeito da lei que afetava a organização dos serviços de assistência médica (Decreto-Lei nº 14.354, de 15 de setembro de 1920).

As palavras de Miguel Couto e Moncorvo Filho acompanham a mesma lógica de Oswaldo Oliveira e Neves da Rocha. Os dois primeiros referiram-se ao potencial transformador do mercado de trabalho presente na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública.

Em 1922, Miguel Couto tinha cinquenta e oito anos de idade e trinta e sete de formado. Em sua carreira profissional, associou seu trabalho de clínico, em instituições filantrópicas como a Santa Casa e o Hospital da Misericórdia, com sua atividade didática de catedrático de clínica médica na faculdade de medicina. No ano da realização do Congresso dos Práticos, presidia a Academia Nacional de Medicina. Para ele, o internamento no hospital deveria ser visto como “uma exceção e o tratamento no domicílio a regra” (Couto, 1923:562). Ao preferir o atendimento residencial, Miguel Couto preservava um espaço ideal para a prática liberal, pois no domicílio não há controle de terceiros e o profissional define o tempo, a forma e o valor de seu trabalho. Moncorvo Filho, por outro lado, sugeria que os socorros domiciliários fossem de responsabilidade da filantropia privada. No seu entender, as cidades

deveriam ser divididas em circunscrições, e estas em bairros ou quarteirões (Filho, 1923). Assim, para Moncorvo Filho, o Estado ficaria fora do atendimento residencial. Com a filantropia, o médico resolve se vai cobrar ou não honorários, bem como o seu valor. Nesse caso, o profissional resolve se vai ou não trabalhar e quando vai trabalhar. A segunda estratégia valorizava o atendimento residencial em detrimento do hospitalar e chamava a filantropia para dentro da casa do paciente, retirando desse espaço o poder público compulsório e submetido à uma lógica burocrática.

Miguel Couto e Moncorvo Filho pretendiam que o Estado coibisse a presença de pacientes abastados em instituições públicas. Para tanto propuseram a segmentação social da clientela, sugerindo a criação de uma instância burocrática dentro do hospital que verificasse a situação sócio-econômica do paciente. Assim, esperavam impedir que pacientes com recursos utilizassem os serviços públicos ou pelo menos pagassem o mesmo valor cobrado pela iniciativa privada.

Além de Miguel Couto e Moncorvo Filho, pudemos perceber que Luiz Barbosa, Silva Araújo e Irineu Malagueta colocaram-se favoráveis à sofisticação dos processos de segmentação da clientela. Eles tinham alguns pontos em comum em seu currículo: eram médicos que exerciam essencialmente a clínica, cada um em sua especialidade. Todos eram membros da Academia Nacional de Medicina e atuavam em alguma esfera de poder público na saúde. Se tempo dividia-se entre o consultório particular, a instituição pública e a associação profissional. Na combinação destas três esferas de atuação organizava-se a vida de boa parte dos médicos brasileiros desde o início do século XX.

Em 1922, haviam transcorrido apenas dois anos da promulgação do dito regulamento. Luiz Barbosa, Silva Araújo e Irineu Malagueta temiam mais o potencial que o aparato legal poderia promover e menos o que ele havia efetivamente modificado.

Silva Araújo constata, por exemplo, uma “desabusada hospitalização gratuita” (Silva Araújo, 1923). Mesmo com todas as imprecisões presentes no texto legal, Araújo denunciou que “indivíduos abastados, ricos mesmo”, fugiam da clínica particular para as instituições públicas (Silva Araújo, 1923). Para Luiz Barbosa, o atendimento deveria ser “de acordo com as condições de pobreza e de moléstia” do cidadão (Barbosa, 1923).

Miguel Couto, por seu lado, torna esta intenção ainda mais precisa, propondo que se construam hospitais com “enfermarias gratuitas, pequenas salas para a diária de cinco mil réis e quartos particulares para dez mil réis” (Couto, 1923). Vigorando essa vontade, os desvalidos, proletários e funcionários públicos passariam a freqüentar apenas as enfermarias. Assim, se o atendimento hospitalar fosse imprescindível, haveria de ser feito de forma a garantir o serviço não fosse incondicionalmente gratuito em instituições públicas.

Porém, como verificar se o cidadão tinha renda suficiente para freqüentar a enfermaria, as pequenas salas ou os quartos particulares? Ou, invertendo a questão poderíamos perguntar o seguinte: como impedir que pessoas abastadas fossem atendidas gratuitamente, como denunciava Silva Araújo? A criação dos “Escritórios de Beneficência” foi a solução apresentada por Moncorvo Filho. Para o chefe do serviço de pediatria da policlínica do Rio de Janeiro e fundador do Instituto de Proteção à Infância, esses escritórios teriam “o registro bem organizado dos pobres do distrito ou local a que pertencessem” (Filho, 1923). Assim, “bastaria a apresentação do respectivo cartão de registro para dar-lhe direito aos socorros médico-cirúrgicos, terapêuticos e dentários, etc.” (Filho, 1923). No caso de internação, seria necessária uma comunicação telefônica ao Escritório, que se comunicaria com a Assistência Pública; esta identificaria o hospital que tivesse leito vago, encaminhando o doente para este local. A logística do serviço estava, portanto, concebida. Bastava agora ser executada.

O lugar que o Estado deveria assumir para estes relatores parece atender ao projeto profissional ao qual se filiavam. Um projeto que preservava ao máximo o mercado de trabalho ao profissional que exercesse sua atividade sob bases liberais, tendo autonomia econômica plena para determinar o valor e as condições para o oferecimento de seu serviço a seus consumidores, como propalou Polanyi (1957).

Vejamos, a seguir, como foram as reações de alguns relatores ao Decreto-Lei nº 14.354, (1920), que criou o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e a preocupação que eles tiveram de garantir que as esferas de *prestígio* e *poder* recém criadas fossem ocupadas por médicos.

Os Médicos que pretendem ocupar o Estado

A crescente presença do Estado como agenciador e promotor de serviços de saúde pública e assistência médica a nível nacional pode ser observada desde meados de 1920 no Brasil, e não apenas após os anos 1930, como boa parte dos estudos costumou admitir. Estudos recentes demonstraram que desde o início do século XX podem ser observadas políticas públicas na área da saúde concentradas em alguma parte do país ou voltadas para doenças infecciosas. Estas enfermidades se disseminavam pelo país, nos primeiros anos da República, através da água, dos mosquitos e dos doentes, não identificavam limites nas fronteiras que demarcavam as unidades da federação, nem nas distinções inerentes às diferentes classes sociais que compunham a sociedade brasileira da época. A doença, ou sua ameaça, passava a ser vista como um mal público, principalmente em um país desintegrado territorialmente e contaminado nacionalmente. As ações regionais mostraram-se débeis diante do incremento dos índices de mortalidade decorrentes de algumas enfermidades. A situação impunha uma ação centralizada e coordenada nacionalmente. Como dissemos anteriormente, a promulgação do Decreto-Lei nº 14.354, em 15 de setembro de 1920, denominado de “Regulamento dos Serviços a cargo do Departamento Nacional de Saúde Pública”, foi um marco neste sentido. A partir de então o Estado brasileiro passou a ter uma estrutura de âmbito nacional voltada para prevenção e o tratamento das doenças infecciosas que assolavam o país. Uma estrutura construída alguns anos antes da denominada Era Vargas.

Gostaríamos de ressaltar dois aspectos sobre o potencial da criação de uma estrutura da envergadura do DNSP. Em primeiro lugar, a expansão dos serviços higiênicos, preventivos e assistenciais organizados pelo Estado criava espaços para a atuação profissional do médico no âmbito de uma organização pública de alcance nacional. Esse departamento, submetido ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, compunha-se de uma diretoria geral, uma secretaria geral e diversas inspetorias, delegacias, laboratórios, diretorias e serviços. Cada uma dessas instâncias responsabilizava-se por um tipo de atividade. Em segundo lugar, cabe lembrar que estes espaços de atuação eram dotados de enorme *prestígio e poder*. Refiro-me ao *prestígio*, pois segundo consta no texto legal as nomeações para os cargos de direção

dos serviços deveriam ser feitas pelo presidente da República, pelo ministro da Justiça e Negócios Interiores ou pelo diretor geral do Departamento Nacional de Saúde Pública conforme o caso. Menciono o *poder*, porque os ocupantes destes postos teriam nas mãos condições de elaborar, decidir e executar um conjunto de políticas públicas na área da saúde.

Além disso, não devemos negligenciar os honorários que estavam sendo oferecidos na ocasião. Para termos uma idéia do montante previsto recorremos aos honorários recebidos por um médico, funcionário da Prefeitura do Distrito Federal em 1910: 600\$000 mensais. O mesmo profissional, atuando em um hospital de isolamento, vinculado ao Departamento Nacional de Saúde Pública, deveria receber 9:600\$000. Neste caso não estamos nos referindo aos cargos de direção de hospital, inspetorias e departamentos onde os honorários seriam ainda maiores.

Não estava explicitado nos termos da lei que profissional deveria ou poderia ocupar os cargos de direção. Uma das estratégias identificadas entre os relatores que se posicionaram sobre este tema foi lutar para que o médico ocupasse espaços na estrutura burocrática e de poder que estava sendo organizada, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Assim, os médicos poderiam elevar seu *prestígio* e *poder* sobre a sociedade, desempenhando funções tão bem remuneradas.

Preocupado com isso, o higienista baiano Henrique Autran, com trinta e dois anos de formado e cinquenta e três de vida, afirmou:

(...) [N]ão faltam notabilidades científicas e opiniões autorizadas que afirmam, de modo indiscutível, ser a saúde a base do progresso social e o fundamento da capacidade física da Nação, sendo este o motivo pelo qual, na organização de instituições úteis à sociedade, *cabe sempre ao médico* desempenhar papéis dos mais relevantes e dos mais decisivos ao bem nacional. (Autran, 1923:263) (grifo nosso).

Para podermos compreender essas palavras de Autran, devemos levar em consideração que, na mesma época, as Santas Casas e demais instituições filantrópicas vinculadas à saúde e assistência médica eram dirigidas, em geral, não por um médico, mas por um empresário civil, pouco ou quase nada afeito aos serviços de saúde prestados (Coimbra, 1986). Os *irmãos*

administradores, como eram conhecidos, não recebiam qualquer tipo de remuneração e deveriam ser comprovadamente *abastados em fazenda*. Para Autran, nas esferas de atuação que se abriam na área da saúde pública, com a promulgação deste regulamento, a situação acima não deveria ser reproduzida.

Assim a voz dos defensores da saúde pública se fez sentir. Uma voz que apresenta um projeto profissional distinto do observado anteriormente. Desta vez trata-se de um projeto de caráter higienista. Esta voz segue os pressupostos apresentados por Halliday (1987) e Johnson (1995) sobre os interesses do Estado e das profissões. Trata-se de um via de mão dupla: o Estado empenha-se em atrair da perícia das profissões, como a médica, para legitimar sua intervenção na sociedade como um todo e as profissões esforçam-se para ocupar as esferas de *poder, prestígio* e elevada remuneração no interior do Estado, pretendendo assim fazer florescer sua visão de saúde e medicina.

Neste caso percebemos apenas uma única voz defendendo um projeto profissional higienista que tinha no Estado mais que um aliado. O Estado era a via preferencial para que sua visão atingisse os objetivos almejados. Apesar de termos identificado apenas a voz de Autran, sua visão não era única. Os higienistas no Brasil no início do século XX eram muitos e aguerridos. Foram eles que elaboraram o Decreto que criou o DNSP. Foram eles que ocupavam esferas de poder e prestígio com reconhecimento social como o Instituto Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro. Como nossa pesquisa não é de cunho quantitativo esta visão identificada na voz de Autran nos parece tão emblemática quanto aquela identificada nas palavras de Moncorvo Filho, Miguel Couto e seus seguidores.

A visão de Autran também nos permite deduzir que não existia apenas um *projeto profissional*, em jogo naquele contexto histórico. Se existiam vozes defendendo um projeto de cunho marcadamente higienista, podemos admitir que outras vozes, menos evidentes, propugnassem, por exemplo, pela ampliação do número de faculdades de medicina e que condenasse as limitações previstas na Lei. Estes talvez fossem médicos, proprietários de faculdade de medicina ou interessados em sua organização. Ser dono de uma faculdade de medicina pode ser uma atividade lucrativa: suas mensalidades e taxas são em geral altas. Ser dono de uma faculdade de Medicina pode conferir muito poder e prestígio a seu diretor e a seus professores.

Governadores de estados e prefeitos de cidades em condições de criar uma faculdade também seriam defensores dos critérios promulgados na legislação de 1915. A criação de uma faculdade de medicina poderia ser mais um de seus trunfos políticos. Esta voz apesar de silenciada não deve ser esquecida.

Considerações Finais

Neste artigo pretendíamos resolver um problema considerado central para as ciências sociais: “relacionar conceitos amplos e abstratos com instituições humanas empíricas” (Freidson, 1996:141). Acreditamos ter conseguido atender a essa expectativa na medida em que relacionamos algumas reflexões teóricas, próprias à sociologia das profissões, com o caso empírico concreto da profissão médica, no Brasil, no início do século XX.

Demonstramos e reiteramos a impropriedade da velha analogia que sustenta a idéia de que o sucesso de um processo de profissionalização está diretamente relacionado à menor influência do Estado. Pelo contrário! Nosso intuito foi qualificar a relação que se estabelecia entre o Estado e a elite profissional médica brasileira em 1922.

Ao qualificar esta relação ressaltamos sua especificidade.

No caso estudado, analisamos a relação do Estado com *médicos*. Cada profissão organiza seus interesses de acordo com seu respectivo *projeto profissional*. Coelho (1999) comparou, em seu trabalho, a especificidade do *projeto profissional* de médicos, engenheiros e advogados ao longo do século XIX e início do século XX. Starr (1982) desenvolveu esforço semelhante acompanhando as alterações do projeto profissional de médicos, nos Estados Unidos, durante um longo período.

A especificidade também pode ser revelada pelo contexto histórico singular no qual esta relação se desenvolve. No caso estudado acima analisamos o projeto profissional dos médicos, no início dos anos 1920, no Brasil.

Até aquele momento, prevalecia a prática profissional médica essencialmente liberal. Nela o profissional tem a liberdade de determinar o valor, as condições e a duração de seu trabalho. Alguns médicos que participaram deste evento entendiam que esta realidade estava correndo risco de extinção. Por esta razão clamavam por uma regulamentação estatal que

preservasse seus espaços conquistados no mercado e que criasse outros. O estatismo era exigido para conservar a hegemonia da prática liberal. O “horror instintivo da condição de funcionário” era denunciado com todas as letras. As estratégias de parte da elite médica brasileira, presente naquele evento, visavam fazer do Estado um aliado que servisse para satisfazer seus interesses. Ela queria que o Estado ajudasse a preservar um determinado modelo de prática profissional, calcada na relação liberal com o mercado.

As alterações do mercado de trabalho previstas com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública deveriam ser executadas, contanto que garantissem a preservação dos atuais consumidores e, ao mesmo tempo, criassem novos. Assim, as estratégias da elite profissional de 1922 caminhavam no sentido de lutar para defender uma política estatal que assegurasse a autonomia de uma prática exercida sob parâmetros liberais. Em condições assalariadas, os médicos deveriam atender aos desvalidos, que deveriam ser socialmente controlados pela instituição. O projeto profissional apresentado no Congresso Nacional dos Práticos (1922) foi ainda mais específico porque não se opunha ao assalariamento, consequência mais ou menos lógica da ampliação dos serviços de assistência médica. Ao defender a criação dos “Escritórios de Beneficência” pretendia garantir a ampliação do mercado de trabalho, mesmo em condições assalariadas, contanto que este não interferisse no mercado liberal. Os “abastados”, como se dizia, deveriam pagar taxas para serem atendidos nos serviços hospitalares públicos.

Em relação à formação profissional, o mesmo projeto profissional pode ser identificado. Depois de anos de predomínio de uma regulamentação pífia, a legislação proposta em 1915, contou com o apoio de boa parte da elite médica de 1922. Mais que apoiar, eles propuseram que as normas previstas fossem incrementadas para que a equiparação se tornasse ainda mais difícil e o ingresso de interessados na formação profissional médica fosse ainda mais inacessível.

A regulamentação da formação profissional guarda, ainda, relação com a qualidade da mão-de-obra oferecida ao mercado. Dizendo em outras palavras, se a qualidade dos profissionais lançados no mercado de trabalho não for considerada satisfatória, logo essa profissão perderá o prestígio, o poder e o valor que deteve outrora. A qualidade está diretamente relacionada à quantidade, pois é mais difícil controlar a qualidade da formação se o número

de profissionais for reduzido. O decreto de 1915 parece obedecer a essa lógica. A lei da oferta e da procura está presente nessa determinação estatal, na medida em que institui que o número de faculdades de medicina acompanharia o da população das unidades federativas ou de suas capitais. Os médicos exigiam, portanto, a intervenção do Estado para preservar o valor de seu trabalho no mercado. O Estado que os médicos de 1922 desejavam era um Estado regulador da profissão, pois deveria limitar o número de faculdades e de vagas. A regulamentação da formação profissional que os profissionais propuseram visava igualmente fazer com que o mercado de trabalho de bases liberais fosse preservado.

Os médicos presentes no Congresso Nacional dos Práticos (1922), ao incrementarem os critérios de equiparação, pretendiam impedir que outras instituições fossem criadas, dificultando a materialização de um sonho de outros colegas, ausentes ou calados ao evento. Ao exigir o acréscimo de novos critérios para a equiparação, boa parte da elite de 1922 se opunha aos outros profissionais que estavam organizando ou tentando criar novas faculdades de medicina em diferentes regiões do país. Ao analisar as palavras dos relatores do evento, admitimos que nem todos pensassem como eles. Admitimos que existissem médicos interessados em criar sua própria faculdade de medicina, nos moldes dos cursos livres de então.

A heterogeneidade parece ser constitutiva do projeto de profissional das atividades do mundo dos serviços. Esta heterogeneidade nos parece historicamente constituída. Em geral, alguns autores desconsideram o campo de disputa que existe no interior das profissões para a afirmação de determinado projeto de profissional. Esses projetos distintos e concorrentes detêm uma historicidade que merece destaque. Nosso esforço neste artigo não foi o de analisar *um* ou *o* projeto profissional em jogo na sociedade.

Recuperando algumas idéias de Halliday (1987) sobre a relação que se estabelece entre Estado e Profissão poderíamos afirmar que, no caso da elite médica brasileira dos anos 1920, o que se buscava não era apenas que o Estado garantisse o monopólio da prática desses profissionais. Além disso, o Estado carecia da perícia da profissão médica para legitimar sua intervenção no corpo social. A profissão médica, ao oferecer sua competência como garantia de governabilidade das políticas públicas, se sente menos dependente das concessões do Estado e mais segura de suas capacidades.

No caso estudado neste artigo, muitos profissionais que propuseram limites à ação do Estado na assistência médica ocupavam cargos de prestígio e poder nas esferas estatais de saúde. Ao ocupar essas esferas de poder, tais peritos aumentavam a capacidade decisória e intervencionista do Estado. Eles eram o Estado. Ao ocuparem cargos de prestígio e poder, os médicos brasileiros de 1922 construíam uma realidade socialmente válida que os favorecia enquanto grupo profissional e desqualificava outros grupos, como os farmacêuticos, parteiras, enfermeiras, curandeiros, espíritas e homeopatas (Pereira Neto, 2001).

Moncorvo Filho e Luiz Barbosa, por exemplo, eram homens que ocupavam cargos de destaque na gestão de serviços de saúde. Esta condição não impediu que defendessem a preservação a clínica privada diante da expansão dos serviços públicos de assistência médica. Para garantir a execução competente dessa determinação, propuseram um meio de evitar a perda de clientes particulares e a garantia de clientes desvalidos, tratados em condições piores que os primeiros. Ocupando a direção das instituições de assistência, os médicos faziam com que sua base cognitiva passasse a ter cada vez mais autoridade cultural, aparentemente desvinculada do reconhecimento oficial, mas fortemente dependente dele.

No Brasil, no início do século XX, por exemplo, os seguidores de um determinado *projeto profissional* propugnavam por um Estado que garantisse a autonomia técnica e econômica e o exercício da atividade sob bases liberais enquanto que o outro acentuava a necessidade que os médicos ocupassem os cargos de direção das diferentes unidades de gestão e prestação de serviços de saúde e assistência médica que estavam sendo criados. Eles preocupavam-se com o funcionamento pleno dos órgãos públicos, responsáveis pela adoção de medidas higiênicas. Com isso justificavam que os inúmeros cargos com poder, prestígio e alta remuneração que estavam sendo abertos deveriam ser ocupados por médicos qualificados para este fim. Podemos admitir que os dois projetos tenham grandes possibilidades de complementação contanto que os profissionais que ocupar tais cargos garantissem a preservação do mercado nos padrões desejados.

Na verdade, naquele momento, um dependia do outro. O Estado, da profissão médica, e esta, do Estado. Com isso, queremos dizer que a profissão médica em 1922 não foi passiva diante das estratégias de governabilidade

impetradas pelo Estado brasileiro. Ela também não falou em nome dele, não representou as elites ou classes dominantes de forma abstrata ou abrangente. A relação parece ter sido de tensão e colaboração. Tensão, porque a elite médica pressionava o Estado para satisfazer interesses particulares, tidos como não resolvidos. Colaboração, pois ela atuava em altas esferas de poder, garantindo, com seu conhecimento, relações e competências, a melhor governabilidade possível na execução das políticas públicas da saúde.

Referência Bibliográfica

PRIMEIRO CONGRESSO NACIONAL DOS PRÁTICOS(1922), ACTAS E TRABALHOS DO PRIMEIRO CONGRESSO NACIONAL DOS PRÁTICOS. (1923) Rio de Janeiro: Publicações Científicas.

ABBOTT, Andrew. *The System of Professions*. Chicago: The University of Chicago Press, 1988.

AUTRAN, Henrique. O Médico como auxiliar da administração sanitária. In: CONGRESSO NACIONAL DOS PRÁTICOS, 1, 1922, Rio de Janeiro. *Actas e trabalhos do primeiro congresso nacional dos médicos*. Rio de Janeiro: Publicações Científicas, 1923, pp. 263-273.

BARBOSA, Luiz. A Assistência Municipal é Dever das Municipalidades. In: CONGRESSO NACIONAL DOS PRÁTICOS, 1, 1922, Rio de Janeiro. *Actas e trabalhos do primeiro congresso nacional dos médicos*. Rio de Janeiro: Publicações Científicas, 1923, pp. 564-565.

BARBOSA, Maria Lígia. (1993), "A Sociologia das Profissões: Em Torno da Legitimidade de um Objeto". *Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais*, vol. 36, pp. 3-30.

_____. (2003), "As Profissões no Brasil e sua Sociologia". *Dados*, vol.46, nº 3, pp.593-607.

BONELLI, Maria da Glória e DONATONI, Silvana. (1996), "Os Estudos sobre Profissões nas Ciências Sociais Brasileiras". *Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais*, vol. 41, pp.109-142.

BONELLI, Maria da Glória. Estudos sobre Profissões no Brasil. In: MICELE, S. (Org.). *O que Ler na Ciência Social Brasileira (1970/1995)*. São Paulo: Sumaré, 1999. Cap., pp. 287 – 330. (Sociologia. Vol. 2).

_____. (2002), “Os médicos e a construção do profissionalismo no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 9, nº 2, pp. 431-436.

BRASIL.(1926), Ministérios da Agricultura, Indústria e Comércio. Diretoria Geral de Estatística. *Recenseamento do Brasil de 1920*. Rio de Janeiro: [S.I.]

COELHO, Edmundo Campos. Físicos, Sectários e Charlatães: a Medicina em Perspectiva Comparada. In: MACHADO, M. H. (Org.). *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Fiocruz., 1995.

_____. *As profissões Imperiais. Medicina, Engenharia e Direito*. Rio de Janeiro: Record, 1999.

COIMBRA, Luiz Otávio. Filantropia e Racionalidade Empresarial (A Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, 1850-1920). *Revista do Rio de Janeiro*, 1986, vol.1, nº 3, p.41-51

COUTO, Miguel. O Abuso da Hospitalização Gratuita. A Verificação da Indigência. As Tarifas Hospitalares Módicas. In: CONGRESSO NACIONAL DOS PRÁTICOS, 1, 1922, Rio de Janeiro. *Actas e trabalhos do primeiro congresso nacional dos médicos*. Rio de Janeiro: Publicações Científicas, 1923, pp. 562-563.

FERREIRA, Marieta de Moraes. A Reação Republicana e a Crise Política dos Anos 20. *Estudos Históricos*, 1993, vol. 6, nº 11, pp.9-23.

FILHO, Moncorvo. A Assistência Pública e a Assistência Privada. Reflexões e Regulamentações. In: CONGRESSO NACIONAL DOS PRÁTICOS, 1, 1922, Rio de Janeiro. *Actas e trabalhos do primeiro congresso nacional dos médicos*. Rio de Janeiro: Publicações Científicas, 1923, pp. 172-184.

FREIDSON, Eliot. *Profession of Medicine*. New York: Dodd, Mead, 1970.

_____. Para uma análise comparada das profissões: A institucionalização do discurso e do conhecimento formais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 1996, vol.11, número 31, pp.141-155.

HALLIDAY, Terence. *Beyond Monopoly: Lawyers, State Crisis and Professional Empowerment*. Chicago: Chicago University Press, 1987.

JOHNSON, Terry. Governmentality and Institutionalization of Expertise. In: JOHNSON, T; LAKING, G.; SAKS, M. (Eds.). *Health Perspectives and State in Europe*. London: Routledge, 1995.

LUZ, Madel. *Medicina e Ordem Política Brasileira: Políticas e Instituições de Saúde (1850-1930)*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MACHADO, Maria Helena. Características Sociológicas da Profissão Médica. In: MACHADO, M. H. (Org.). *Os Médicos no Brasil*. Um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MALAGUETA, Irineu. A Verdadeira Organização Hospitalar e sua Estrutura Administrativa. Autonomia dos Hospitais. O Hospital como Meio de Instrução Prática. In: CONGRESSO NACIONAL DOS PRÁTICOS, 1, 1922, Rio de Janeiro. *Actas e trabalhos do primeiro congresso nacional dos médicos*. Rio de Janeiro: Publicações Científicas, 1923, pp. 51-71.

OLIVEIRA, Oswaldo de. A Colaboração dos Práticos nas Reformas do Ensino Médico. In: CONGRESSO NACIONAL DOS PRÁTICOS, 1, 1922, Rio de Janeiro. *Actas e trabalhos do primeiro congresso nacional dos médicos*. Rio de Janeiro: Publicações Científicas, 1923, pp.399-415.

PEREIRA NETO, André de Faria. A Profissão como Objeto para a História: Algumas Considerações. *LPH - Revista de História*. Mariana - Minas Gerais, 2002, vol.12, nº 12, pp.155-166.

_____. *Ser Médico no Brasil. O Presente no Passado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

_____. Identidades Profissionais Médicas em Disputa: Congresso Nacional dos Práticos, Brasil (1922). *Cadernos de Saúde Pública*, 2000, vol.16, nº 2, pp.399-409.

_____. Tornar-se Cientista: o Ponto de vista de Bruno Latour. *Cadernos de Saúde Pública*, 1997, vol.13, nº 1, pp.109-118.

POLANYI, Karl. *The Great Transformation*. Boston: Beacon Press, 1957.

ROCHA, Neves da. Da Limitação ou não do Número dos Estudantes de Medicina. In: CONGRESSO NACIONAL DOS PRÁTICOS, 1, 1922, Rio de Janeiro. *Actas e trabalhos do primeiro congresso nacional dos médicos*. Rio de Janeiro: Publicações Científicas, 1923, pp.491-497.

SCHRAIBER, L. B. *O Médico e seu Trabalho*. Limites da Liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

SILVA ARAÚJO, O. Discurso do Dr. Silva Araújo (Oscar). In: CONGRESSO NACIONAL DOS PRÁTICOS, 1, 1922, Rio de Janeiro. *Actas e trabalhos do primeiro congresso nacional dos médicos*. Rio de Janeiro: Publicações Científicas, 1923, pp.14-27.

SILVA DA MOTTA, Marly. *A Nação Faz 100 Anos. A Questão Nacional no Centenário de Independência*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1992.

STARR, Paul. *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books, 1982.

TORRES, Felício. O Sindicalismo Médico. In: CONGRESSO NACIONAL DOS PRÁTICOS, 1, 1922, Rio de Janeiro. *Actas e trabalhos do primeiro congresso nacional dos médicos*. Rio de Janeiro: Publicações Científicas, 1923, pp. 151-157

WILENSKY, H. L. The professionalization of everyone? In: GRUSKY, O.; MILLER, G. (Eds.). *The Sociology of Organizations: Basic Studies*. New York: The Free Press, 1970. pp. 483-501.

Notas

¹ O nome de todos os relatores e seus dados biográficos, utilizados e analisados neste artigo, foi obtido no “Levantamento Biográfico dos Relatores do Congresso Nacional dos Práticos” In: Pereira Neto, André de Faria – Ser médico no Brasil. O presente no passado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001 pp. 111-231.

² Nosso objetivo neste artigo não é analisar as razões que explicam a aplicação ou não de determinado dispositivo legal. Nossa ênfase se concentra na avaliação que os membros da elite médica faziam sobre o lugar do Estado na organização da profissão.