



Ciência e ensino médico no Brasil (1930-1950)

Science and medical education in Brazil (1930-1950)

Lúcia Grando Bulcão

Universidade do Grande Rio
Estrada do Muriqui Pequeno, 675 Pendotiba
24322-520 Niterói – RJ – Brasil
luciabulcao@yahoo.com.br

Almir Chaiban El-Kareh

Professor convidado, com bolsa da Faperj, do
Departamento de Antropologia da UFF
Estrada do Ourives, 695 Pendotiba
24322-500 Niterói – RJ – Brasil
almirelkareh@gmail.com

Jane Dutra Sayd

Doutora em Saúde Coletiva – Instituto de
Medicina Social/Uerj
Rua Álvaro Ramos, 105/1002
22280-110 Rio de Janeiro – RJ – Brasil
jane.sayd@terra.com.br

BULCÃO, Lúcia Grando; EL-KAREH, Almir Chaiban; SAYD, Jane Dutra. Ciência e ensino médico no Brasil (1930-1950). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.469-487, abr.-jun. 2007.

Este artigo aborda o papel da ciência e seu impacto no currículo dos cursos das escolas médicas entre 1930 e 1950, delineando-se a rede de relações construídas em torno dessas instituições e evidenciando a ligação entre a conformação curricular e o contexto sociopolítico e econômico vigente. As concepções de ciência, na época em estudo, influenciaram o desenvolvimento das instituições de ensino universitário em geral, representando importante elemento na formação médica, em particular. Nesse período, promoveu-se, no país, a atuação da Fundação Rockefeller, especialmente no campo da educação e da saúde. A ciência, como conceito e método de trabalho, mas também como categoria ideológica, foi importante fator na conformação curricular das escolas médicas brasileiras, especialmente em relação à pesquisa.

PALAVRAS-CHAVE: história institucional; ensino médico; formação médica; medicina no Brasil; história do ensino médico.

BULCÃO, Lúcia Grando; EL-KAREH, Almir Chaiban; SAYD, Jane Dutra. Science and medical education in Brazil (1930-1950). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.469-487, Apr.-June 2007.

This article discusses the role of science and its impact on the curricula of medical schools between 1930 and 1950, sketching out the web of interrelations built up around these institutions, and bringing to light the connection between the contents of the curricula and the prevailing social, political and economic context. The scientific concepts at the time influenced the development of university level institutions, and had particular significance in medical education. In this period, the political and economic ties with the USA were manifested by the Rockefeller Foundation, especially in the arena of education and health. As a concept and working method as well as an ideological category, science was an important factor in standardizing the curricula of Brazil's medical schools, especially as concerned basic research.

KEYWORDS: institutional history; medical education; medical training; medicine in Brazil; history of medical education.

Este artigo aborda o papel da ciência e seu impacto no currículo dos cursos das escolas médicas, mais especificamente entre 1930 e 1950. Buscamos não somente estabelecer uma seqüência cronológica de fatos, delineando a rede de relações construídas em torno dessas instituições de ensino, mas também evidenciar que a conformação curricular constituiu-se diretamente ligada ao contexto sociopolítico e econômico vigente. Propomo-nos, assim, a integrar a análise do currículo médico ao contexto político-social e ao campo médico da época, procurando relacionar o papel e o peso que tiveram, na constituição daquele currículo, as políticas públicas de educação e saúde do Estado brasileiro, num momento de forte crescimento industrial e urbano e de incremento de classes e setores sociais ligados a essas transformações.

Pressupõe-se que não somente as concepções dos professores médicos quanto a práticas pedagógicas, conformação curricular e questões relacionadas à formação e ao ensino médico em geral, mas também seus pontos de vista sobre a profissão médica (o saber médico e o que é 'ser médico') e – o que mais nos interessa aqui – sobre o que é ciência, contribuiriam para uma melhor compreensão dos currículos em geral e de sua conformação. Ou seja, os valores relativos ao conceito de ciência, na época em estudo, tiveram papel peculiar no desenvolvimento das instituições de ensino universitário em geral, representando importante elemento na formação médica em particular.

Sabe-se que, no final do século XIX, as ciências naturais, com a descoberta dos microrganismos e a emergência da bacteriologia, impuseram uma concepção diversa daquela da medicina social (que admitia a influência das condições econômicas, políticas e sociais sobre a realidade sanitária), em que predominavam as considerações sobre as causas biológicas das doenças, com a lógica do agente etiológico. Inaugurou-se, assim, uma nova fase 'científica' do seu tratamento. Nesse contexto, a medicina, como saúde pública, através de aparelhos do Estado, adotaria ações de caráter biológico para controle de epidemias e doenças endêmicas (imunizações, erradicação/controle de agentes transmissores como mosquitos, ratos etc.). Essa nova atitude no combate às doenças dava ao Estado uma posição privilegiada, por ser ele o único capaz de conceber e implementar políticas públicas de grande envergadura, no âmbito não apenas local, mas nacional. Era do Estado, portanto, que partiam as metas da política pública de saúde; era ele quem privilegiava determinados ramos da medicina e, por conseguinte, determinava os objetivos das faculdades de medicina como formadoras de profissionais, que deveriam intervir na sociedade segundo o projeto governamental, constituindo-se em importante elemento regulador.

No período da depressão econômica dos anos 30 e durante a Segunda Guerra Mundial, o Brasil deslocou para a indústria os

seus capitais acumulados no período anterior, num processo de substituição de importações, promovendo com isso o desenvolvimento de uma burguesia industrial e de um proletariado urbano. Estavam dados, assim, os ingredientes necessários para, numa determinada conjuntura histórica, desenvolver-se um Estado populista. A ascensão dessas novas classes sociais e dos setores médios urbanos, representados basicamente pelo pessoal administrativo, militar e profissional liberal, estimulou o surgimento de movimentos sociais com novas reivindicações econômicas e políticas, que aspiravam por mais liberdade e maiores possibilidades de ascensão social. O 'tenentismo', movimento iniciado nos anos 20 que persistiu até meados dos 30, foi a melhor expressão desse descontentamento e criou as condições para que, com a crise dos cafeicultores provocada pela quebra da bolsa de Nova York, em outubro de 1929, irrompesse, um ano depois, a revolução que levaria Getúlio Vargas ao poder.

A Revolução de 1930 foi importante marco na história das instituições ligadas à saúde em geral, bem como ao ensino e à pesquisa. O país sofreu profundas mudanças políticas, econômicas e sociais durante o período que se sucedeu, com Getúlio Vargas à frente do poder, até a queda do Estado Novo (1937-1945). O Estado expandiu sua intervenção nos campos econômico e social. Ainda em 1930 foi instituído um governo provisório, responsável pela criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, revelando a importância dessas duas áreas sociais, fundamentais para a construção do novo Estado, reunidas sob um mesmo ministério. A pasta foi chefiada por Gustavo Capanema até o fim do Estado Novo. Em sua gestão iniciaram-se estudos visando à criação da Universidade do Brasil e à construção da sede ministerial, no Rio de Janeiro. Em relação às políticas de saúde, retomou-se o desenvolvimento de ações no âmbito das campanhas sanitárias (Abreu, 1990).

A assistência médica, até 1920, baseava-se principalmente na medicina liberal, que coexistia com a medicina filantrópica e com formas de sociedade de auxílio mútuo entre os trabalhadores (Schraiber, 1993). O Estado promovia assistência somente aos militares e servidores públicos. Em 1923, implementaram-se as Caixas de Aposentadorias e Pensões visando proporcionar serviços de assistência aos trabalhadores urbanos, inclusive assistência médica. Nessas Caixas o Estado participava apenas como regulador. Vale ressaltar que não houve, com esse tipo de organização, contraposição à medicina liberal, ocorrendo até mesmo seu fortalecimento através da compra de seus serviços. Esse fato constituía-se, assim, em 'formas precursoras' de mercado de trabalho assalariado para os médicos (Schraiber, 1993).

Na década de 1930, período de industrialização e urbanização (principalmente na região Sudeste), além de se assistir à intensi-

ficação do populismo, o Estado respondeu à questão social da assistência médica aos trabalhadores através do seguro social (Schraiber, 1993). Foram criados, assim, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), preconizando-se maior cobertura à população urbana. Incrementou-se a compra de serviços de terceiros, ampliou-se a rede de serviços e desenvolveu-se uma progressiva extensão da assistência por meio do sistema previdenciário. Por intermédio da Previdência Social, promoveu-se uma reestruturação global da organização da assistência médica, justificada pela necessidade de diminuição de custos relativos ao consumo tecnológico. A partir de 1945, houve um incremento da prestação de serviços próprios de assistência médica e de compra de serviços privados pelo Estado.

Destarte, o campo da saúde foi instado a adaptar-se às transformações mediante uma política pela qual a atenção médica tinha de estar atenta às diferentes necessidades, segundo o grupo social a que se dirigia: os setores médios e a burguesia urbana se beneficiariam da prática médica privada e da seguridade social; o proletariado urbano, dos seguros sociais de doença (Garcia, 1989). Na realidade, essa diversificação no atendimento médico não era senão a expressão dos contrastes sociais resultantes do rápido processo de urbanização e industrialização implementado no governo Vargas, quando a influência e o poder político da burguesia industrial aumentaram na proporção direta de seus lucros, e o proletariado delineou-se como classe, ainda que subordinada aos interesses da burguesia e do Estado capitalista.

Segundo Ferreira (1999), após os anos 30 a medicina de Estado dicotomizou-se em saúde pública e assistência médica. Esta última se subdividiria na seguridade social e na medicina privada: “A seguridade social, entretanto, bastante incipiente até os anos 30, cresce de fato durante e após a ‘Era Vargas’. Os serviços de saúde de então são poucos, o número de médicos é pequeno e grande parte da população não consegue qualquer assistência médica” (p.179).¹

Considerando a estratégia de aproximação do governo federal com as novas classes e setores emergentes, já nos anos 30 o aumento do contingente dos setores médios da população e suas aspirações à ascensão social concorreram para maior demanda e pressão por formação profissional de nível superior², criando as condições propícias à instalação de novas faculdades formadoras de profissionais liberais. O crescente processo de urbanização e a consequente mudança nos padrões sanitários contribuiriam para fundamentar a necessidade social de formação médica, tendo em vista a organização da atenção à saúde. A medicina, logicamente, constituiu uma profissão que atendia, ao mesmo tempo, às necessidades do Estado, especialmente um Estado populista, e às expectativas de *status* e valores próprios dos setores médios urbanos (Freidson, 1970).

¹ A expansão da assistência e da formação médica só se daria após a Segunda Guerra Mundial, principalmente nas décadas de 1960 e 1970 (Ferreira, 1999, p.179).

² Tal pressuposto encontraria pensamento análogo, na opinião de Diniz (2001, p.204), no *boom* de escolas médicas ocorrido no final da década de 1960 e início da seguinte, “devido à pressão das classes médias urbanas por aumento de vagas nas Universidades e pela busca de melhor atendimento na assistência médica brasileira”.

Em relação à organização profissional, destacamos alguns eventos importantes que se deram no período em foco, os quais influenciaram diretamente a formação médica. Segundo Ferreira (1999), a análise da legislação permite afirmar que a forma atual da regulamentação da medicina no Brasil implantou-se a partir da década de 1930. O autor refere um decreto-lei de 10 de janeiro de 1932, que regulamentava o exercício de algumas profissões de saúde, entre elas a medicina.³ Com a criação dos conselhos profissionais em 1945 e, posteriormente, em 1957, com sua transformação em autarquias, consolidou-se a legislação profissional. No entanto muito anteriormente, como já visto, no contexto econômico e social da industrialização da década de 1920 havia surgido o Sindicato Médico Brasileiro, que apresentaria, ao longo das décadas posteriores, objetivos ligados à criação de instrumentos de controle sobre o exercício profissional:

³ “O Decreto-Lei nº 20.931, de 11.01.1932, que regulamentava o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, é o primeiro dispositivo legal que consta no período republicano” (Ferreira, 1999, p.179).

Em 1927, o Sindicato Médico Brasileiro, hoje Sindicato Médico do Rio de Janeiro, inicia suas atividades. Este sindicato realiza quatro Congressos Médicos de 1931 a 1938, sempre com a presença de Ministros e outras autoridades governamentais, além de nomes de grande expressão na medicina da época. Os Congressos têm como bandeira central a criação de instrumentos de controle sobre o exercício profissional... (Ferreira, 1999, p.179)

Na imprensa sindical encontramos registros úteis para delinear a forma como evoluiu o mercado de trabalho médico no Rio de Janeiro (Sayd, 1980). Por volta de sua fundação, em 1927, o Sindicato Médico manifestava-se favorável à socialização da assistência médica, de forma que a profissão se subordinasse aos interesses do Estado. Já nessa época se verificava certa prática assalariada, sendo identificados pronunciamentos de repúdio à ‘exploração do trabalho médico’. A proposta socializante persistiu até fins da Segunda Guerra Mundial, quando então passaram a reivindicar um salário mínimo médico e mesmo o aumento do salário médico (Sayd, 1980). Ressaltava-se negativamente a redução das possibilidades de clínica particular, em decorrência do desenvolvimento de assistência médica por parte do Estado e de órgãos de iniciativa privada, passando o profissional a viver basicamente de sua condição de assalariado.

Na década de 1950 as reivindicações salariais prosseguiram, deplorando-se a condição do regime dos ‘bicos’ e a necessidade de empregos múltiplos, aos quais o médico tinha de se submeter para sobreviver decentemente. Concomitantemente, ressurgia um discurso liberal que lamentava a perda da liberdade do profissional, atingindo o seu máximo na década de 1960 (Sayd, 1980). Esse discurso, predominante no regime liberal brasileiro vigente no final do século XIX e início do seguinte, baseava-se na exaltação do es-

forço e da capacidade do indivíduo, e via a prática médica privada, individual, como a melhor: “a prática ideal é apresentada aos poucos como a de livre iniciativa e do sucesso pelo próprio esforço em um mercado competitivo” (p.7). De tal ponto de vista liberal, logicamente a intervenção do Estado na assistência médica era atacada, repudiando-se tanto a socialização da medicina quanto a perda do caráter liberal da profissão e a impossibilidade de os profissionais, em trabalho isolado ou em grupos, competirem com os institutos e caixas. E já era possível, no início dos anos 50, embora de forma ainda tímida, identificar a proposta de organização da livre escolha do paciente e do atendimento médico privatizado, e a defesa do estabelecimento de pagamento tabelado a médicos escolhidos por seus pacientes.

De 1930 a 1950 assistiu-se à ascensão da atenção médica individual, havendo subsídios para a construção de hospitais e centros de saúde (Garcia, 1989). Segundo Schraiber (1993), no final dos anos 50, ser especialista e incorporar tecnologia material eram elementos importantes para diferenciação da prática profissional, a qual passaria a ser mais valorizada em detrimento da experiência clínica. Os critérios de valor deslocaram-se para os especialistas, os médicos novos e atualizados, para a habilidade técnica, o hospital e seus equipamentos e para a empresa médica. Os profissionais médicos viram-se, assim, compelidos a reformular sua prática rumo a uma medicina tecnológica, isto é, a atualizar-se em relação ao desenvolvimento científico-tecnológico. Desenvolveram uma readaptação do ato técnico, empreendendo ações com maior utilização dos recursos diagnósticos, utilização dos medicamentos industrializados, hospitalização, recurso a especialistas e outros serviços técnicos.

Assim, em busca do que passou a ser considerado um melhor desempenho e na tentativa de captação e manutenção da clientela, incorporaram avanços diagnósticos e terapêuticos. Nesse processo, verificou-se uma perda de espaço do não-especialista, dentro do mercado de trabalho, passando os especialistas a ser cada vez mais valorizados. Um novo modo de articulação com outros serviços e com a clientela se impôs. Quanto a esta última, os pacientes passaram a adotar posturas mais ativas sobre a conduta médica e a exigir novas técnicas. Cada médico organizava-se de forma alternativa ao consultório mais tradicional, viabilizando o aparecimento de novas situações de trabalho, novas modalidades de captação da clientela e novos padrões de organização de serviços (Schraiber, 1993).

Nesse ambiente de transformação tecnológica, a predominância de uma ideologia positivista conferindo caráter ‘científico’ à prática médica aplicada à assistência hospitalar, em que o hospital aparecia como o espaço privilegiado da intervenção curativa, as concepções

biologistas e individualizantes acentuariam a tendência às especializações e à fragmentação profissional do trabalho médico (Schraiber, 1993).

Foi em tal quadro que, nos anos 50, como resultante da hegemonia norte-americana que se estendia não só ao terreno político e econômico, mas também aos hábitos de vida, às produções culturais, técnicas e científicas e à educação, todas “as idéias produzidas naquele país e os modelos profissionais passam a ser paradigma para quase todo o mundo, em especial para os países da América Latina, levando-se em conta a proximidade geográfica” (Ferreira, 1999, p.180). Em conseqüência, concepções de uma medicina preventiva e social impuseram-se como parte dos programas patrocinados por agências norte-americanas, provocando uma alteração da organização vigente. Essas concepções iriam incorporar aspectos sociais, que consideravam o doente como totalidade biopsicossocial, e seu enfoque seria familiar, centrado na análise do paciente. No tocante ao ensino médico, essa influência se fez sentir especialmente através da incorporação, nas universidades, das concepções da Reforma Flexner, norte-americana, quando foi fundamental a ação direta da Fundação Rockefeller – esta financiava, através de bolsas de estudo, a formação de professores em universidades dos Estados Unidos (Ferreira, 1999).

A formação médica nos anos 30

O surgimento de uma universidade no Brasil remonta à década de 1920. Epitácio Pessoa, valendo-se de um decreto de março de 1915, que permitia reunir em universidade a Escola Politécnica e a Escola de Medicina do Rio de Janeiro, a elas incorporou uma das faculdades livres de Direito e instituiu a primeira universidade brasileira, na cidade do Rio de Janeiro, a capital da República. Essa iniciativa do poder federal respondia a um pensamento generalizado quanto à necessidade de se organizarem universidades no país, focalizando a formação de forma integrada à sociedade:

A Universidade não é uma simples máquina de ensino, material sem alma. Não; é uma força viva, com grandes responsabilidades na formação do caráter e da inteligência nas gerações futuras, de que depende o destino da Pátria e a que, assim, deve animar um decisivo e acentuado sentimento das necessidades e das conveniências nacionais. Não podem, pois, as Universidades desinteressar-se dos fenômenos sociais e continuar simples oficinas para expedição de quatro ou cinco títulos de carreiras profissionais. (Rodrigo Otavio, 1918, citado em Lobo, 1969, p.111)

Na realidade, desde o início do século XX desenvolvia-se profícuo debate a respeito do estabelecimento de universidades e suas

diretrizes político-pedagógicas. O pensamento de grande parte da elite intelectual brasileira era que o tipo de universidade a ser instituído no país, e que mais se adaptava às suas condições socioeconômicas, seria o das universidades norte-americanas. A universidade deveria privilegiar uma formação profissional científica, com especial enfoque na pesquisa e aplicação das ciências (Lobo, 1969, p.146). O governo instituído com a Revolução de 1930, tendo em vista seu caráter centralizador, alteraria o debate sobre o ensino, introduzindo novos elementos na organização universitária. O novo Estatuto das Universidades Brasileiras de 1931 (decreto 19.851), alinhado com o pensamento em vigor que preconizava a adoção de padrões científicos, determinava que o ensino universitário teria como finalidade elevar o nível da cultura geral, estimulando a investigação científica e habilitando o estudante ao exercício de atividades que exigissem preparo técnico e científico superior (art. 1º), mas admitindo variantes regionais no que respeitasse à administração e aos modelos didáticos (art. 3º).

A universidade constituiria a “unidade administrativa e didática que reuniria, sob a mesma direção intelectual e técnica, todo o ensino superior, seja o de caráter utilitário e profissional, seja o puramente científico sem aplicação imediata” (Campos, 1931, citado em Lobo, 1969, p.158). Visava, assim, ao duplo objetivo de equipar tecnicamente as elites profissionais do país e “proporcionar ambiente propício às vocações especulativas e desinteressadas, cujo destino, imprescindível à formação da cultura nacional, é o da investigação e da ciência pura” (Campos, 1931, citado em Lobo, 1969, p.158). Para atingi-lo, era preciso resolver alguns problemas de caráter técnico, científico e social das universidades, tais como: corpo de disciplinas e métodos de ensino, pesquisa original, recrutamento do corpo docente, autonomia didática, regime disciplinar, extensão universitária e vida social das universidades.

Dessa forma, foram banidas ou reduzidas ao mínimo as aulas ministradas sob a forma de preleções e conferências e multiplicaram-se os trabalhos práticos, as demonstrações e as ilustrações, “de maneira que o aluno aprenda observando, fazendo e praticando” (Campos, 1931, citado em Lobo, 1969, p.170). Dentro dessa nova concepção, os laboratórios de experiências ou de pesquisas originais, as enfermarias e dispensários dos hospitais bem como as salas de autópsia constituiriam o campo de atividade pessoal do aluno, onde se realizaria “a formação técnica e científica do médico prático ou do pesquisador produtivo” (p.179).

A especialização da medicina

A nova universidade, como já foi dito, seguia a tendência da época e voltava-se para a pesquisa e a produção científica e cria-

dora de novos conhecimentos. Mas, à medida que o campo das investigações se alargava, o saber se tornava apanágio dos especialistas, o tipo de profissionais que deveriam ser formados pelas escolas médicas reformadas:

tão vastos e complexos são os conhecimentos necessários à prática moderna da medicina, de tal modo se ampliaram os métodos de prevenir ou de curar a doença, que escapam às possibilidades de uma só inteligência, de uma única atividade individual, o preparo técnico perfeito e a cultura científica aprofundada em cada um dos ramos da medicina. E, entretanto, os interesses superiores da vida humana não podem prescindir da intervenção de alta competência em determinados casos patológicos, de especialidades médicas, competência que só poderá ser adquirida, atualmente, em estudo e tirocínio especializado. (Campos, 1931, citado em Lobo, 1969, p.176-177)

O currículo das faculdades de medicina passou, pois, a incorporar disciplinas correspondentes às especialidades médicas respectivas, marcando o início do processo de especialização nas instituições de ensino médico e direcionando as práticas médicas, públicas e privadas, para especializações bem definidas. Essa tendência tinha seu corolário na criação de cursos de aperfeiçoamento, com o objetivo de “ampliar a cultura médica, em determinados domínios das ciências puras e das ciências de aplicação” (Campos, 1931, citado em Lobo, 1969, p. 177), e na supervalorização dos professores especialistas, hierarquizados segundo o nível de seu saber específico – catedráticos, docentes-livres e auxiliares de ensino –, reunindo até mesmo profissionais estranhos ao corpo docente das faculdades, quando fossem possuidores “de alto saber e larga experiência” (p.177).

Para atender às exigências da especialização, os currículos das escolas de medicina sofreram alterações, que obedeceram aos princípios da necessidade imediata e da prevalência do saber prático sobre o teórico: foram retiradas do curso médico as disciplinas de física, química geral e mineral e química orgânica, que passaram para o secundário, o ‘curso ginásial superior’. Em seu lugar introduziram-se as cadeiras de física biológica e de química fisiológica, as quais, atendendo aos objetivos em voga, seriam de “aplicação imediata”. Na linha da especialização, criou-se a cadeira de clínica urológica, a partir de uma das cadeiras de clínica cirúrgica, atendendo “à exigência evidente do exercício profissional”. Também foram suprimidas as cadeiras de obstetrícia, de patologia médica e de patologia cirúrgica, com o argumento de que os conteúdos pertinentes a elas correspondiam, respectivamente, às cadeiras de clínica obstétrica, de clínica médica e de clínica cirúrgica, “nada justificando o seu ensino teórico, de mínimo proveito, sem aplicação da doutrina ao fato concreto” (Campos, 1931, citado em Lobo, 1969, p.177).

Entretanto a própria prática médica dos especialistas dependia da existência do clínico geral, capaz de identificar a doença, e a escolha de uma especialização por parte dos estudantes dependia de uma formação básica de conhecimentos gerais. Portanto a constituição de disciplinas especializadas, 'consagradas', justificava a redução do seu ensino normal para um semestre. E, para o aprofundamento do seu conteúdo, seriam organizados cursos de especialização:

A reforma procura atender, neste ponto, à indicação primordial de aproveitar largamente a atividade dos alunos no estudo das disciplinas que o habilitam ao exercício policlínico, ministrando-lhes, das clínicas especiais, apenas os conhecimentos fundamentais. E assim deve ser, porque de outro modo, a pretender formar profissionais para exercitarem todos os ramos, mesmos os mais especializados, da medicina aplicada, não se conseguia nem a habilitação suficiente para o exercício da clínica geral, nem a formação de especialistas com a necessária capacidade técnica. (Campos, 1931, citado em Lobo, 1969, p.178).

Na verdade, a formação generalista atendia e adequava-se com maior propriedade aos projetos do governo populista de ampliar a mão-de-obra qualificada de assistência médica para o país, especialmente para os trabalhadores urbanos, base de sustentação social de Vargas.

A ciência como valor associado ao ensino médico e à valorização docente

A ciência foi primordial para o desenvolvimento do profissionalismo (Starr, 1991). Nos Estados Unidos, por exemplo, os avanços científicos, que refletiam o grande desenvolvimento econômico do país e os investimentos no campo da pesquisa pura e aplicada, o aprofundamento político e ideológico da democracia e as transformações sociais decorrentes da conquista definitiva do Oeste, da abolição da escravidão e da Guerra de Secessão, criaram as condições necessárias para que, ainda no final do século XIX, a profissão médica ganhasse coesão e alcançasse sucesso quanto às suas reivindicações.

A autoridade médica tendia a crescer impulsionada pela extensão e pelo êxito da aplicação da ciência em diversos campos da medicina, especialmente nos de higiene pública e medicina preventiva, com o desenvolvimento da bacteriologia a partir do isolamento de organismos responsáveis pelas principais doenças infecciosas. Permitiu-se, assim, a adoção de novas medidas de controle, sobretudo das doenças de transmissão hídrica e alimentar. Mas também o campo da cirurgia beneficiou-se dos avanços da bacteriologia, redu-

zindo-se consideravelmente a mortalidade pós-cirúrgica com o advento da anti-sepsia, bem como o campo da imunologia, com as vacinas contra a febre tifóide e o tétano, aumentando assim a credibilidade e as esperanças na medicina preventiva (Starr, 1991). Todas essas conquistas serviram para aumentar a credibilidade da profissão médica, que delas se apropriou para respaldar suas reivindicações monopólicas.

Dessa forma, as referências à ciência bem como aos méritos científicos de professores médicos eram elementos freqüentemente ligados a *status* e prestígio, e constantes no pensamento e nos discursos das escolas médicas em geral, compondo um sistema de valores e atributos que influenciavam e direcionavam práticas e comportamentos dos profissionais. No âmbito do ensino médico, elementos calcados em bases científicas e experimentais passaram paulatinamente a aparecer em propostas e pontos de vista dos atores sociais envolvidos, contrapondo-se ao modelo vigente até o início do século XX, centrado na clínica e em aulas teóricas.

Muito se insistia na qualidade da formação imbuída do “espírito científico”, única capaz de criar “verdadeiros médicos dignos desse título” (Almeida Prado, 1952, p.165) e em condições de concorrer profissionalmente. Já no final dos anos 20, o pensamento dos professores vinculava a ciência e a pesquisa às instituições universitárias. Assim,

o que caracteriza o ensino nesse grau, distinguindo-o dos outros, é a relação, direta e permanente, que ele estabelece entre o trabalho de elaboração científica ou de pesquisa originais, e o ensino propriamente dito. Quando se ensinam apenas noções já estabelecidas, não se faz ensino superior. (Fonseca Telles, 1929, citado em Lobo, 1969, p.139)

Desse ponto de vista, as universidades deveriam priorizar dois tipos de orientação, a técnica e a científica. A primeira levaria à formação da perícia na aplicação da ciência à vida prática, profissional. A segunda visaria à competência na investigação científica e na contribuição para o avanço da ciência, mediante os métodos experimentais e lógicos. As universidades teriam de preparar, ao mesmo tempo, técnicos e pesquisadores da ciência (Tobias Moscoso, 1929, citado em Lobo, 1969).

Os pesquisadores pertenceriam aos respectivos corpos docentes, mas com obrigações didáticas reduzidas, de modo que elas não perturbassem seus trabalhos originais, e com remuneração suficiente para que pudessem dedicar todo o seu tempo a esse trabalho. Deveriam ser-lhes assegurados, além disso, recursos como: laboratórios para pesquisas biológicas e físico-químicas; observatórios astronômicos; seminários matemáticos; bibliotecas especializadas; facilidades bibliográficas; publicações periódicas para divulgação

dos seus trabalhos; aparelhamento para exploração geográfica, geológica, mineralógica, biológica e etnográfica. A vinculação à produção científica forjaria, de certa forma, um perfil nacional na área, vindo as universidades a ser verdadeiras oficinas de produção científica e focos de formação de desenvolvimento da cultura nacional, onde se elaborariam e de onde se irradiariam a ciência e o pensamento brasileiros (Paulo Pedreira, 1929, citado em Lobo, 1969, p.148).

No entanto, era evidente o grau de irrealizabilidade de tais intenções, pois se sabia que não podia haver pesquisa fundamental sem financiamento. Se o Estado não estivesse apto a investir grandes somas de capital nos centros de pesquisa das universidades, seria preciso convencer as empresas privadas a fazê-lo, o que não era óbvio no caso do Brasil: “O sistema universitário e o sistema bancário são as duas molas principais do bom funcionamento dos corpos sociais resistentes e complexos. Quem diz sistema universitário diz pesquisa científica e diz antes de tudo e acima, muito acima de tudo – laboratório...” (Gilberto Amado, 1929, citado em Lobo, 1969, p.140).

Com a mesma orientação, o Estatuto das Universidades Brasileiras, instituído no período pós-revolucionário do governo Vargas, determinava que, além dos cursos destinados a transmitir o ensino de conhecimentos já adquiridos, os institutos universitários deveriam organizar e facilitar meios para a realização de pesquisas originais, aproveitando-se as aptidões e inclinações não só do corpo docente e discente, como também de quaisquer outros pesquisadores estranhos à própria universidade – mediante autorização prévia do Conselho Técnico-Administrativo das respectivas faculdades (decreto 19.851, art. 46, 1931). Evidentemente tais premissas não bastavam, pois novamente não se explicitava a fonte dos recursos para as pesquisas.

Dominava pensamento e discursos médicos da época (ainda que apenas teoricamente) ao valoração da ciência e da formação pautada em parâmetros científicos, geralmente associada à idéia de progresso, pois o que qualificaria de moderna a medicina seria a sua racionalidade científica e o desenvolvimento de técnicas fundamentadas também cientificamente. Tal orientação caracterizava o trabalho médico como essencialmente intelectual, mas predominou, de fato, a dependência à produção científica externa, devido à falta de incentivos ao desenvolvimento da pesquisa e da técnica médicas no país.

Esses valores foram ‘trazidos’ para o interior das faculdades de medicina pelos professores médicos que nelas atuavam e foram integrados nos currículos. As faculdades não contribuíam para a criação da ciência, acabando por importá-la, permanecendo o país na dependência do conhecimento externo:

A essa falta de incremento de noções básicas primeiras é que devemos atribuir o estado de minoridade científica em que nos temos mantido até hoje. Que tem sido até aqui, salvante raríssimas exceções, o médico havido como uma figura representativa do nosso grau de avançamento científico? Em geral um grande leitor, sempre a par da bibliografia universal, forrado de brilhante lastro literário, mas pouco produtivo na pesquisa, destituído de idéias originais e pouco apto para impulsionar o estudo das nossas próprias coisas – menos um verdadeiro cientista do que um erudito. Para que possamos sair dessa mediocridade e alcançar nossa carta de alforria intelectual, necessário é romper essa servidão de pensamento e de atuação científica. (Almeida Prado, p.170)

A influência norte-americana

Mesmo antes da Segunda Guerra Mundial, a influência norte-americana sobre a medicina brasileira já se fazia notar, embora esta ainda mantivesse grande afinidade com o modelo clínico francês (Ferreira, 1999). Nos anos 30, paralelamente à diminuição de investimento estrangeiro em razão das dificuldades da economia mundial e da crise cambial brasileira, ocorreu um processo de deslocamento de eixo na relação política e econômica com os países europeus. Assim, “a proporção norte-americana do investimento total aumentou sensivelmente como resultado da contração importante sofrida pelos investidores europeus” (Abreu, 1990, p.77). A visita da missão brasileira dirigida por Oswaldo Aranha aos Estados Unidos, em princípios de 1939, marcou o início de um longo período de relações ‘especiais’ selando a aproximação com aquele país. Desde então e ao longo dos anos 40 e 50, especialmente após a Segunda Guerra Mundial, a entrada de grande volume de capital e tecnologia norte-americanos⁴ se fez concomitantemente à exportação para os países do mundo ‘ocidental’ dos valores norte-americanos, que eram consumidos com os seus produtos.

Coube à Fundação Rockefeller⁵, cuja ação social se fazia especialmente nos campos da educação e saúde, impor a supremacia cultural norte-americana, deslocando a hegemonia cultural francesa no Brasil em favor do *american way of life* e de sua cultura de massa, levando de roldão centros de pesquisas e universidades, que se alinharam aos novos modelos importados. A importância da Fundação Rockefeller no Rio de Janeiro, capital da República, era tal que seus dirigentes tinham acesso direto às instâncias locais do poder central e tratavam diretamente com o ministro da Educação do governo Vargas, Gustavo Capanema, atuando como uma “agência internacional modeladora de valores, mentalidades e instituições” (Marinho, 2001, p.164).

⁴ Em meados dos anos 50 ocorreu a grande expansão das multinacionais norte-americanas. O volume de investimentos estrangeiros, como um todo, elevou-se de 17,6 milhões de dólares anuais, em média, no período 1947-1955, para 106 milhões no período 1956-1962 (Singer, 1975).

⁵ “Como instituição privada, a Fundação Rockefeller foi organizada em 1913, a partir do reagrupamento das juntas filantrópicas patrocinadas pela família Rockefeller desde o século XIX. Até o início da Primeira Guerra Mundial, teve sua atuação voltada para ações em saúde pública, educação em geral, economia e relações industriais” (Marinho, 2001, p.15).

⁶ “O médico, na visão de Abraham Flexner, deve ter, frente ao doente, a mesma postura do cientista, tendo a doença como objeto de investigação. Para isso, deve aplicar os conhecimentos firmemente fundamentados em ciências biológicas, além das habilidades adquiridas na prática em laboratórios: o estudante se apropria da disciplina e do método científico, praticando-o”. (Ferreira, 1999, p.180).

⁷ A Universidade Federal de Minas Gerais, assim como outras, foi marcada nos anos 50 pelas concepções flexnerianas. Sua Faculdade de Medicina implantou o sistema de tempo integral e dedicação exclusiva em algumas cátedras de ciências biológicas, e vários professores receberam bolsas em universidades americanas. A influência da Fundação Rockefeller nessa universidade foi tal que a geração formada entre 1955 e 1965 foi denominada “geração rockefelleriana” (Ferreira, 1999, p.180).

No que se refere ao campo da medicina, a Fundação Rockefeller esteve ligada à profunda mudança da educação médica dos Estados Unidos no início do século XX, a chamada Reforma Flexner, que defendia que a formação médica deveria estar centrada no ensino das disciplinas biológicas e nas práticas de laboratório, incorporando-se o método científico à prática clínica.⁶ Seu discurso, da mesma forma que o da Fundação Rockefeller, estava fundamentado na cientificidade da medicina, e à ela costuma-se atribuir a responsabilidade pela consolidação do modelo biológico de medicina, por meio da educação médica (Ferreira, 1999, p.181). Desse ponto de vista, tanto os professores de ciências básicas quanto os de ensino clínico deveriam ser especializados e dedicar-se exclusivamente ao ensino e à pesquisa (Ferreira, 1999). Essas concepções foram incorporadas principalmente pelos países da América Latina.⁷

A eficácia da estratégia da Fundação Rockefeller residiu em sua atuação direta nas escolas de medicina, cujos professores, em grande número, receberam bolsas de estudos para formação em universidades americanas. A aquisição de novos conhecimentos implicava um saber-fazer específico e a utilização de novas técnicas, bem como a importação de novos instrumentos. Daí o importante papel da Fundação não só na difusão da cultura norte-americana e do seu modo de vida, como também na exportação de seus ideais, seus modelos e seus produtos, entre os quais figurava o seu *know-how* materializado em livros didáticos universitários e em intelectuais.

Santos (2001, p.ix) afirma que a Fundação Rockefeller foi crucial para o que denomina a “passagem da ciência amadora à ciência profissional”. Sua atuação foi caracterizada pela ênfase nas ciências básicas, que ocupavam o centro dos interesses nas décadas de 1930 e 1940. Patrocinados pela Fundação, os intelectuais norte-americanos que para cá vieram exerceram atividades principalmente no âmbito das ciências biomédicas. Nos anos 30, o modelo de instituição de formação médica que se desejava alcançar consistia, fundamentalmente, em salas de aula, laboratórios, anfiteatros e alas administrativas, bem como no pleno funcionamento do tempo integral e da pesquisa nas disciplinas pré-clínicas (área das ciências básicas). Os Hospitais de Clínicas também faziam parte do ideário de formação médica, tornando-se meta e característica de um ensino de boa qualidade das escolas médicas em geral.

Os frutos dessa mudança foram percebidos precocemente, já no final dos anos 20, com a adoção dos princípios propostos pela Fundação em São Paulo, onde o ensino médico já levava uma grande vantagem em relação ao resto do país, pela aplicação do tempo integral para os professores de certas matérias e pela limitação do número de alunos (Artur Neiva, 1929, citado em Lobo, 1969, p.134). Nas décadas de 1940 e 1950, a Fundação difundiu seu padrão de

⁸ Afirma Marinho (2001, p.112): “Tal deslocamento beneficiou diretamente a institucionalização de grupos e linhas de pesquisa na USP, duas das quais – a física e a genética – com repercussão internacional e desdobramentos significativos na formação de pesquisadores e constituição de grupos de pesquisa no Brasil”.

⁹ Na década de 1910, a teoria do germe como único determinante das doenças transmissíveis ocupava o centro do pensamento sanitário, embasado pelo entusiasmo produzido pelos progressos da bacteriologia como fundamentação científica: “a bacteriologia de Pasteur e seguidores e o descobrimento do papel dos vetores na transmissão proporcionaram uma explicação científica e armas biológicas eficazes, como vacinas e soros, para prevenir as doenças infecciosas” (Garcia, 1989, p.145).

pesquisa assentado no modelo da excelência científica (cujo pilar foi a instituição do tempo integral), apesar de o foco de sua atuação já haver se deslocado da saúde pública para a área das ciências naturais, como a física e a genética, disciplinas das ciências básicas biomédicas.⁸

Assim, após o enfoque na pesquisa bacteriológica e parasitológica vigente no período de 1880 até 1930, quando predominou a pesquisa sobre as doenças tropicais e prevaleceram institutos de pesquisa de bacteriologia, desenvolveram-se, até os anos 50, a pesquisa básica e a clínica, ambas conectadas ao crescimento hospitalar, impulsionado pela industrialização. No primeiro período considerado, a saúde pública constituiu o centro das ações, ao passo que a atenção médica assumiu papel preponderante a partir de 1940, marcando “o triunfo da concepção cientificista” (Garcia, 1989, p.194).⁹

A liberação de recursos para determinadas áreas da pesquisa caracterizava uma forma ‘sutil de controle’, direcionando-se os investimentos de acordo com os interesses da Fundação. Em decorrência, sua presença em países da Europa, América Latina, Oriente Médio e Sudeste Asiático foi associada à expansão dos interesses econômicos dos Estados Unidos por todo o planeta, sobretudo a partir do final do século XIX (Marinho, 2001). Entretanto, como instituição filantrópica, a Fundação Rockefeller constituiu-se formalmente como sociedade civil sem fins lucrativos, cujo ideário assinalava o objetivo de trabalhar em “prol da humanidade” (p.16). Assim, a expansão econômica e cultural dos Estados Unidos se fazia de maneira velada, através de uma sociedade civil. A Fundação Rockefeller, que dispunha de vultosos capitais, podia influir nas decisões relativas à pesquisa e ao funcionamento de nossas universidades e determinar, no meio acadêmico, o *brazilian way of life* pautado no modelo norte-americano.

Inserir as universidades, mais especificamente as escolas médicas, nesse contexto social mais amplo permite compreender melhor os ajustes das estruturas acadêmicas e científicas às transformações globais do período. A limitação do número de alunos, juntamente com o ensino individual, a disposição das cátedras em departamentos e a obrigatoriedade de dedicação em tempo integral para os professores de matérias fundamentais (área básica) eram condições para o recebimento dos investimentos, nas instituições de ensino em que a Fundação Rockefeller interferiu mais diretamente (Ferreira, 1999). Tais elementos passaram a integrar as discussões e diretrizes da educação médica, em geral, da época. Assim, mesmo as escolas que não recebiam apoio direto da Fundação – a exemplo da Faculdade Nacional de Medicina do Rio de Janeiro –, foram alvo de sua influência e de suas orientações e acabaram por submeter-se ao modelo norte-americano hegemônico.

Os reflexos na prática clínica e pedagógica

Os novos valores sugeridos pela reforma Flexner e impostos pela Fundação Rockefeller modificaram, por sua vez, não só a prática clínica e a investigação diagnóstica, como também a visão do processo de adoecimento, todos estreitamente relacionados ao conhecimento científico e à pesquisa.

A clínica, a arte de diagnosticar e tratar os doentes, nunca pôde se desembaraçar completamente da especulação experimental, da investigação, que lhe fornece os meios de conhecer a fundo a doença e suas recônditas razões patológicas ... A elucidação diagnóstica almejada era tida como o encontro da 'verdade', e esta estava associada ao conhecimento científico, sendo tais elementos inclusive, 'divinizados'. (Almeida Prado, 1952, p.171)

Sob tal orientação, as escolas médicas procuravam pautar a formação em 'sólido' conhecimento científico. Assim, em 1940, o ensino médico tinha a função de, por um lado, formar doutores e incentivar o estudo 'desinteressado' das ciências biológicas em geral e, por outro, "criar homens de ciência e de pensamento, capazes de dar solução racional aos problemas apresentados pelo incessante progresso da medicina" (Almeida Prado, 1952, p.171). A afirmação, proferida por um membro da Faculdade de Medicina de São Paulo, que recebia intervenção direta da Fundação Rockefeller, ilustra bem as bases ideológicas dessa instituição financiadora, centradas na idéia da pesquisa de excelência como atividade de elite. Como se vê, sua atuação calcava-se nos talentos individuais e defendia um ideal de racionalidade a ser perseguido por figuras públicas bem posicionadas nas estruturas acadêmicas e administrativas em seus países de origem, "em nome da ciência e do bem da humanidade" (Marinho, 2001, p.49).

Na prática acadêmica, a 'ciência' havia se transformado numa categoria ideológica, numa espécie de fetiche que atribuía prestígio e *status* social àquele que a ostentava. Na Faculdade de Ciências Médicas da atual Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), por exemplo, o professor, quando avaliado, era julgado de acordo com seu currículo 'científico'. Por essa razão foram convidados a participar da criação dessa faculdade vários médicos e cientistas de renome nacional e internacional, o que certamente contribuiu para o êxito do empreendimento e o reconhecimento legal da escola. Um bom exemplo desse fetichismo da ciência foi a presença, em seu quadro docente, de Antônio Cardoso Fontes, discípulo de Oswaldo Cruz e reconhecido homem de ciência e de cultura humanista. (Fontes, 1979). Em discurso em sua homenagem, o professor Rolando Monteiro, principal articulador da criação daquela faculdade, declarou:

Na direção do Instituto de Manguinhos e da Faculdade de Ciências Médicas, é incansável no labor e na dedicação, a ambas dando o grande respaldo do seu nome. Na administração do Instituto mantém-lhe o renome internacional com a publicação do seu *Boletim* em que os trabalhos de seus pesquisadores levam aos fóruns estrangeiros o conhecimento da produção científica brasileira. Incentiva entre seus pares a pesquisa que tantos e tão honrosos frutos produziu. (Monteiro, citado em Fontes, 1979, p.234)

Conclusão

A ciência, como conceito e método de trabalho, mas também como categoria ideológica, como fetiche, foi fator primordial na conformação curricular das escolas médicas brasileiras, principalmente no tocante à pesquisa com base nos padrões tidos, na época, como científicos, impostos pela expansão cultural do império norte-americano que varreu todo o mundo no segundo pós-guerra. Coube à Fundação Rockefeller papel especial nessa campanha de imposição dos valores culturais e científicos norte-americanos no Brasil, que suplantou de vez o modelo francês. Este já claudicava, mas terminou por expirar ainda durante a Segunda Guerra Mundial, com a ocupação da França pela Alemanha hitlerista, a formação do governo de Vichy, pró-nazista, e, finalmente, com o alinhamento definitivo do governo Vargas aos aliados, ou, em outras palavras, à esfera de influência dos Estados Unidos.

Daí para frente, a dominação econômica e cultural norte-americana só aumentou. Seus valores se impuseram às elites políticas e intelectuais, e a mídia colocou-se a serviço da difusão desses valores para o resto da sociedade, especialmente para os setores médios urbanos. Se o cinema foi a melhor vitrine do *american way of life*, difundindo os valores de uma sociedade 'verdadeiramente moderna', seus produtos eletrodomésticos, as geladeiras, os fogões a gás, as bateadeiras, os liquidificadores e as máquinas de lavar roupa eram sua prova material. O lar americano era o lar ideal do casal perfeito.

Da mesma forma, nas universidades brasileiras, sobretudo nas escolas de medicina, o número cada vez maior de docentes bolsistas de universidades norte-americanas mantidos por agências financiadoras dos Estados Unidos, particularmente a Fundação Rockefeller, trouxe os valores dominantes no meio universitário desse país. Tanto na universidade como nos consultórios particulares, a apresentação do diploma obtido numa faculdade norte-americana era garantia de competência científica. Afinal, o reconhecimento mundial da Reforma Flexner – embora aportado com certa forma no Brasil – e a qualidade e os avanços da medicina norte-americana só podiam legitimar as ações 'filantrópicas' da Fundação.

Porém, assim como o envio à França de professores universitários brasileiros – especialmente os da Universidade de São Paulo –,

selecionados e custeados pelo Ministério das Relações Exteriores francês (e não pelo Ministério da Educação), denuncia o aspecto político de um projeto de expansão cultural por parte daquele país, também os agentes da Fundação Rockefeller tiveram por função difundir os valores culturais norte-americanos e suplantam todos os seus rivais, franceses, ingleses e alemães. Na luta pelo aumento de suas respectivas áreas de influência, pesou a balança para o lado daquele que detinha maiores somas de capital para investir e mais conhecimento técnico e científico para exportar.

Note-se, porém, que o êxito dos princípios da Reforma Flexner nas universidades brasileiras não se explica apenas pela atuação da Fundação Rockefeller, cuja ação direta através de financiamentos se fez principalmente na Universidade de São Paulo e na Universidade Federal de Minas Gerais. Seus efeitos se irradiaram pelas demais escolas de medicina do país, inclusive a Universidade Nacional do Rio de Janeiro, mediante um ambiente político, social e econômico propício para a introdução de transformações nos currículos universitários.

Sem dúvida alguma, o desenvolvimento industrial e urbano brasileiro do segundo pós-guerra acelerou o processo de fortalecimento da burguesia, do proletariado e dos setores médios, estes últimos constituídos por funcionários da administração pública e privada, membros das forças armadas e profissionais liberais. O rápido crescimento demográfico urbano colocava o problema da absorção, no mercado de trabalho, de grande número de jovens, numa sociedade em que o trabalho manual continuava a ser visto com desprezo, e a ascensão social pela via da universidade era aspirada pela maioria dos adolescentes saídos desses setores sociais urbanos. A pressão social pela abertura de maior número de vagas nas faculdades e pela criação de mais escolas do terceiro grau, aliada à política de atenção médica à população através da implantação de hospitais e postos de saúde públicos, levada a efeito por governos populistas, convergiu para a formação de um próspero mercado urbano para a medicina privada de alta qualidade, criando-se as condições propícias para as transformações das escolas médicas e de seus currículos.

O resultado desse processo foi a melhor adequação da medicina às profundas transformações da sociedade brasileira e a incorporação, pela escola médica, de disciplinas e conteúdos referentes às novas especializações médicas. Surgia, assim, um novo profissional médico, mais especializado, mais competente e mais prestigiado, portanto mais caro, tanto para o governo que o assalariava quanto para o paciente privado que contratava seus serviços. O *american way of life* se impusera na universidade brasileira, certamente em benefício da medicina, mas sem dúvida alguma, em favor da categoria médica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, Marcelo de Paiva (Org.)
1990 *A ordem do progresso: cem anos de política econômica republicana, 1889-1989.* Rio de Janeiro: Campus.
- Almeida Prado, Antonio de
1952 *Vultos e temas médicos.* São Paulo: Saraiva.
- Diniz, Denise S.
2001 *A questão corpo-mente e o ensino médico no Brasil.* Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Jandaia do Sul (Fafijan), Jandaia do Sul.
- Ferreira, Roberto Assis
1999 *A normalização da medicina no Brasil no século XX.* *Rev. Med. Minas Gerais, Belo Horizonte, v.9, n.4, p.177-183.*
- Fontes, Murillo
1979 *Vida e obra de Antônio Cardoso Fontes.* Rio de Janeiro: Revista Continente Editorial.
- Freidson, Eliot
1970 *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge.* Chicago: Chicago Univ. Press.
- Garcia, Juan Cesar
1989 *Pensamento social em saúde na América Latina.* In: Nunes, E.D. (Org.). *Pensamento social em saúde na América Latina.* São Paulo: Cortez.
- Lobo, Francisco Bruno
1967 *Uma universidade no Rio de Janeiro: contribuição às comemorações do IV Centenário da cidade 1500-1889, v. 2.* Rio de Janeiro: UFRJ.
- Marinho, Maria Gabriela S.M.C.
2001 *Norte-americanos no Brasil: uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo (1934-1952).* São Paulo: Editores Associados.
- Prado, A. A.
1952 *Vultos e temas médicos.* São Paulo: Oficinas Gráficas de Saraiva.
- Santos, Luiz Antonio de Castro
2001 *Prefácio. Bandeirantes e pioneiros da ciência no Brasil.* In: Marinho, Maria Gabriela S.M.C. *Norte-americanos no Brasil: uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo (1934-1952).* São Paulo: Editores Associados.
- Sayd, Jane Dutra
1980 *O trabalho médico no Rio de Janeiro.* Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Schraiber, Lilia Blima
1993 *O médico e seu trabalho.* São Paulo: Hucitec.
- Singer, Paul
1975 *Interpretação do Brasil: uma experiência histórica de desenvolvimento da história geral da civilização brasileira.* Brasil Republicano, v.3. São Paulo: Difel.
- Starr, Paul
1991 *The social transformation of American medicine.* New York: Harper Collins.

FONTES PRIMÁRIAS

Decretos 9.850, 19.851 e 19.852 de 11 de abril de 1931. In: Lobo, Francisco Bruno. *Uma universidade no Rio de Janeiro: contribuição às comemorações do IV Centenário da cidade 1500-1889, v.2.* Rio de Janeiro: UFRJ, 1967.

Recebido para publicação em novembro de 2005.

Aprovado para publicação em agosto de 2006.