



O recrutamento da elite, as mudanças na composição social e a 'crise da medicina' no Rio Grande do Sul

Recruitment of the elite, changes in social composition, and the 'medical crisis' in Rio Grande do Sul

Odaci Luiz Coradini

Doutor em antropologia social, professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Av. Bento Gonçalves, 9550 — Campus do Vale 90049 Porto Alegre — RS Brasil

Copidesque: Sérgio Lamarão

CORADINI, O. L.: 'O recrutamento da elite, as mudanças na composição social e a *crise da medicina* no Rio Grande do Sul'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, IV (2): 265-286 jul.-out. 1997.

Este artigo tem três objetivos. O primeiro deles apresenta um quadro geral do processo de formação e institucionalização do ensino da medicina e do exercício da profissão médica no Rio Grande do Sul, levando em conta os princípios e critérios de excelência profissional e social vigentes e da hierarquia e recrutamento de sua elite. O segundo busca apresentar as principais mudanças na composição social do corpo docente, desde sua formação. O terceiro discute alguns fundamentos da chamada 'crise da medicina'.

PALAVRAS-CHAVE: formação médica, recrutamento da elite, crise na medicina, Rio Grande do Sul.

CORADINI, O. L.: 'Recruitment of the elite, changes in social composition, and the 'medical crisis' in Rio Grande do Sul'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, IV (2): 265-286 Jul.-Oct. 1997.

The first of the article's three goals is to provide an overview of the process by which the teaching and practice of medicine has evolved and been institutionalized in Rio Grande do Sul, Brazil's southernmost state. In doing so, it considers prevailing principles and criteria regarding professional and social excellence, along with the hierarchical structure and recruiting of its elite. The second goal is to point out the main changes that have occurred in the composition of the teaching staff since its formation. Lastly, the article discusses some of the bases of the so-called medical crisis.

KEYWORDS: medical training, recruitment of the elite, medical crisis, Rio Grande do Sul.

Introdução

¹ Este artigo é o resultado do aproveitamento parcial do material resultante de uma pesquisa mais ampla sobre a formação, o recrutamento e a composição social da elite médica brasileira representada pelos componentes da Academia Nacional de Medicina. Nesta pesquisa, tentou-se comparar a elite médica centrada no Rio de Janeiro com a do Rio Grande do Sul e confrontar suas origens e posições sociais com as dos alunos dos cursos dos quais a maior parte de seus membros são provenientes, a saber: o curso atual de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), para a Academia Nacional, e o curso atual de medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS), para a elite regional deste estado.

T rês são os objetivos centrais do presente artigo.¹ O primeiro deles visa a estabelecer um quadro geral do processo de formação e institucionalização do ensino da medicina e do exercício da profissão médica no Rio Grande do Sul, levando em conta a explicitação dos princípios e critérios de excelência profissional e social vigentes e, conseqüentemente, de hierarquização e recrutamento de sua elite. O segundo objetivo, tendo por base informações relativas à origem social dos alunos do principal curso de medicina do estado, busca apresentar as principais mudanças na composição social do corpo docente, desde sua formação. Por fim, o terceiro objetivo, tendo por ponto de partida estes mesmos critérios de recrutamento da elite e as mudanças observadas na composição social, pretende discutir alguns fundamentos da chamada 'crise da medicina'.

Na falta de uma instituição como a Academia Nacional de Medicina, capaz de fornecer os dados necessários para a delimitação do conjunto dos profissionais considerados componentes da elite médica regional, recorreu-se à obra *Panteão médico rio-grandense* (Franco e Ramos, 1943), a mais importante publicação coletiva de autoconsagração desta elite e da qual constam os nomes investigados no texto.

A fonte básica de informações sobre os alunos do primeiro e principal curso de medicina no estado, o da atual Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS), foi a documentação das pastas individuais dos arquivos da própria universidade. Foram tomadas turmas em intervalos de cerca de dez anos, com exceção das primeiras, que, por serem numericamente menores e com informações mais esparsas, exigiram a inclusão de um maior número de alunos. Para a última turma, com ingresso em 1984, foi possível a utilização dos levantamentos efetuados pela própria universidade.

Por fim, no que concerne aos fundamentos sociais e ideológicos da crise da medicina, o material básico utilizado foram as publicações das corporações médicas e dos organismos públicos envolvidos na discussão dessas questões.

A institucionalização do ensino e o recrutamento da elite médica regional

Como o Rio Grande do Sul é um estado periférico, tanto a institucionalização do ensino e da profissão médica quanto a sua 'crise' abrangem um período comparativamente mais curto. Ao contrário do Rio de Janeiro (e também da Bahia), onde o ensino médico remonta ao início do século XX (Santos Filho, 1991), no Rio Grande do Sul ele só passou a existir na década de 1890.

² Para algumas indicações referentes à composição das elites sociais e políticas regionais nos períodos anteriores à predominância de militares (ou militares/políticos) e à quase total ausência de médicos profissionais, podem ser consultadas as publicações de consagração das mesmas, tais como Spalding (1969); Pianta (1961); Carvalho (1937); Porto Alegre (1916), entre outras.

³ Para maiores informações a esse respeito, ver Corso (1988, p. 14 e *passim*); Franco e Ramos (1943, p. 116); e Schultz *et al.* (1960), entre outros.

Conseqüentemente, os componentes da elite médica gaúcha aqui examinados nasceram entre 1851 e 1915. Como, no estado, a prática da medicina — enquanto profissão e, mais ainda, como atividade de elite — é relativamente recente,² seus principais marcos dizem respeito à criação do ensino médico oficial, à organização das entidades de representação corporativa e à consagração de sua imagem social (associação e sindicato médico) e dos organismos públicos a ela vinculados. Daí resultou maior homogeneidade profissional dos componentes desta elite, comparativamente aos da Academia Nacional de Medicina (Coradini, 1994), pelo menos em sua fase de consolidação.

As partes envolvidas na institucionalização do ensino oficial e do exercício profissional da medicina no estado, no final do século passado, eram os farmacêuticos diplomados que lutavam pelo monopólio profissional, numa fase em que a farmácia já ingressava numa fase industrial, e os médicos, que se opunham ao exercício ‘profissional’ dos não diplomados, especialmente das parteiras (ou aparadeiras). Cabe mencionar ainda, na composição desse quadro, o papel desempenhado pela Constituição estadual vigente, que, por sua inspiração positivista, pretendia abolir os “privilégios de diplomas escolásticos e acadêmicos”. Foi nessa conjuntura de confronto de interesses corporativo-profissionais que começou a funcionar, em 1896, a Escola Livre de Farmácia e Química Industrial, à qual reuniu-se, no ano seguinte, o também recém-criado Curso de Partos. Nessa fusão encontra-se a origem da Faculdade de Medicina da atual UFRS, de cuja estrutura o curso de farmácia fez parte até 1952.³

O que deve ser aqui destacado é o fato de a maior parte dos fundadores destes cursos, bem como seus discípulos ou herdeiros, ter integrado, mais tarde, o mencionado *Panteão*, na companhia de outros profissionais que se notabilizaram em atividades distintas, como a política partidária. Contudo, apesar da relativa homogeneidade de interesses, devem ser mencionadas algumas diferenças quanto às origens e trajetórias sociais, levando-se em conta, inclusive, que as profissões enfocadas encontravam-se então em fase de formação e institucionalização.

Origens sociais e trajetórias escolares dos componentes da elite médica

A exemplo do que pode ser observado em relação à elite médica nacional, representada pelos integrantes da Academia Nacional de Medicina (*idem*, 1996), para a elite médica gaúcha a profissão do pai também constitui um indicador bastante frágil das origens sociais. Isso pode ser explicado pelo fato de que, nesse período (segunda metade do século XIX/início do século XX), a profissão não representava o princípio básico de divisão e hierar-

quização das posições sociais. Em outras palavras, a profissão era apenas um entre tantos ‘títulos’ que respaldam a posição social, encerrando um caráter apenas ilustrativo. Por conseguinte, para que este indicador ganhe mais consistência, é necessário considerar, na medida do possível, a trajetória do conjunto do grupo familiar.

No que tange especificamente à profissão paterna, observa-se um grau de homogeneidade muito alto em 12 dos 37 integrantes dessa elite médica com informações disponíveis. *Grosso modo*, são filhos, em primeiro lugar, de funcionários públicos graduados, particularmente de militares, seguidos por filhos de profissionais vinculados à área médica, registrando-se ainda a presença de um filho de comerciante e outro de sapateiro.

Reiterando o que foi dito, visto que a profissão do pai, quando tomada em termos estritamente formais e de modo individualizado, é um indicador insuficiente quanto às origens sociais, para melhor explicitá-las convém recorrer à genealogia. No caso, por exemplo, de Fernando Abbott, mais importante do que a profissão de médico do pai é a trajetória do conjunto do grupo familiar, clã fortemente vinculado não apenas à medicina, mas também à oligarquia agrária gaúcha, reunindo grandes proprietários com envolvimento político e militar. Urbano M. Garcia é filho de coronel e integra um clã de fazendeiros/militares, descendente da ‘nobreza’ regional (Carvalho, 1937, p. 102), contexto familiar próximo ao de Ulysses de Nonohay, também filho de coronel, no caso, da Guarda Nacional. A trajetória de Elyseu D. Paglioli, o filho de sapateiro referido anteriormente, é evidentemente distinta. Nascido numa colônia de imigrantes italianos da região de Caxias do Sul, no final do século passado, seu acesso à escolarização foi garantido pela patronagem da Igreja Católica e dos “estres”.⁴

⁴ Ironicamente, foi ele quem chegou mais longe, vindo a ocupar o Ministério da Saúde entre 1962 e 1963, na fase parlamentarista do governo João Goulart. Anos antes, foi prefeito de Porto Alegre (1951). (*N. do E.*)

Deslocando o foco para o local de nascimento, para as origens geográficas da elite médica gaúcha, verifica-se que Porto Alegre aparece como o local de origem de boa parte (14 em 35) dos componentes com esse tipo de informação disponível. Como, no período em exame, o estado atravessava um processo de urbanização de certa intensidade e como a maior parte dos médicos era constituída de filhos de altos funcionários públicos (ainda que descendentes de fazendeiros/militares/políticos), era natural que a capital do estado abrigasse a maioria dos profissionais. Após Porto Alegre, vinha a Campanha, região que concentrava as atividades pecuárias, base da economia gaúcha, com suas respectivas elites agrárias. Além disso, como o exercício profissional e o ensino estavam em processo de formação, alguns médicos são originários de locais completamente distintos: Nova Iorque, Recife, Belém. Por fim, há ainda alguns originários de núcleos de imigrantes (Caxias do Sul, São Leopoldo), que, mais tarde, constituiriam o principal foco geográfico de recrutamento dos estudantes de medicina.

A despeito de algumas exceções, há uma forte homogeneidade quanto às trajetórias escolares. Os estudos anteriores ao curso de medicina, particularmente os estudos secundários, foram realizados em geral em poucos colégios. As variações mais acentuadas referem-se aos estudos primários: a maior parte realizou-os em sua terra natal, muitos dos quais com algum “mestre” particular ou no “colégio do mestre”, visto que, em boa parte do período enfocado, este degrau do ensino ainda não se havia generalizado formalmente. De qualquer modo, a maior parte dos componentes desta elite realizou pelo menos os estudos secundários, quando não o primário, num pequeno número de estabelecimentos, certamente aqueles que se impunham como centros de educação da elite regional.

Esses colégios pertenciam a ordens religiosas (por exemplo, o Colégio Nossa Senhora da Conceição, em São Leopoldo, e o Ginásio Anchieta, em Porto Alegre, ambos dos jesuítas), e foram criados pelo clero com base nas colônias de imigração (De Boni, 1980). Uma das conseqüências disso é que, a exemplo dos componentes da Academia Nacional de Medicina no período, a maior parte da elite médica gaúcha se desloca geograficamente já no período da educação secundária. Outros colégios são também “particulares”, mas não confessionais (a Escola Brasileira e o Colégio São Pedro, por exemplo). Gradativamente, alguns colégios públicos começam a se destacar, como o Ginásio Júlio de Castilhos, em Porto Alegre, que, ao que tudo indica, desempenhou para as elites locais função semelhante à que o Colégio Pedro II exerceu no Rio de Janeiro para as elites nacionais (Coradini, 1996).

No que tange à escolarização superior, a homogeneidade é ainda maior. Até o final do século XIX, a escola de formação é quase sempre a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (a mesma de praticamente a totalidade dos integrantes da Academia Nacional). Mais tarde, depois da fundação da Faculdade de Medicina em Porto Alegre, esse estabelecimento torna-se o mais freqüentado. As exceções dizem respeito aos profissionais formados na Faculdade de Medicina da Bahia ou na de Paris, ou ainda na Escola de Farmácia de Ouro Preto.

As trajetórias profissionais e a ascensão à posição de elite

Este tema é o mais difícil de ser sintetizado, na medida em que as trajetórias profissionais que conduzem à posição de elite envolvem uma diversidade muito grande de princípios e critérios de hierarquização, incluindo suas respectivas bases sociais e estruturas de capital (Bourdieu, 1994). Como na Academia Nacional de Medicina (Coradini, 1996, 1995), também aqui não são os critérios nem as condições propriamente profissionais que se constituem

⁵ Raul Pilla foi uma importante liderança política não apenas rio-grandense, mas também de estatura nacional. Um dos fundadores do Partido Libertador, agremiação que se opunha à política oligárquica dos chefes gaúchos da República Velha, participou ativamente da Revolução de 1930 no estado. Mais tarde, após a queda do Estado Novo (1945), foi constituinte em 1946 e deputado federal pelo Rio Grande do Sul durante mais de vinte anos (1946-67). (*N. do E.*)

⁶ Para a discussão da autonomia no caso da França, ver Weisz (1988b); para os Estados Unidos, ver Freidson (1984).

em recursos para a ascensão à elite, embora estes não sejam necessariamente excluídos. Segundo o organizador do referido *Panteão* — Raul Pilla, também um destacado membro da elite médica gaúcha —,⁵ o que define esta elite é sua “notabilidade”, atributo que tem por base o “valor individual” (Pilla, 1943, p. 32). O problema é que, à medida que a profissão e seus valores e critérios próprios têm um peso mínimo na definição, visto que ela não dispõe de nenhuma autonomia relativa,⁶ as esferas de atividade e os respectivos recursos sociais são extremamente amplos e multidimensionais, dado que são baseados no capital social (Bourdieu, 1980), sendo, portanto, externos à profissão.

De modo geral, os recursos sociais que garantem esta notabilidade advêm, basicamente, da militância político-partidária, do desempenho de cargos nas burocracias públicas e nas organizações de representação corporativa da classe, da condição de professor da Faculdade de Medicina local (que pode ser reforçada pela condição ou título de fundador da instituição), da participação em instituições culturais ou literárias e, por fim, do reconhecimento alcançado no exercício da clínica. Vale frisar que a participação de cada um destes recursos, nesta ordem, na composição das respectivas trajetórias é extremamente variável. Se, em alguns casos, a trajetória profissional e a ascensão social estão baseadas em apenas um ou dois destes recursos, em outros, elas estão assentadas na combinação de uma variedade deles.

Algumas características e recursos sociais da elite médica gaúcha podem, sem dúvida, sofrer os efeitos dos critérios adotados pelo *Panteão* na seleção de seus componentes, os quais, evidentemente, são menos formalizados que no caso da Academia Nacional de Medicina. Em outras palavras, os critérios de notabilidade podem depender da escolha dos colaboradores da publicação. Contudo, mesmo que isso ocorra de fato, a conseqüência mais grave que daí pode advir é ser atribuído a alguns destes recursos um peso maior que efetivamente tenham tido, acarretando, portanto, uma composição de capital um tanto distinta. Isso não significa, em hipótese alguma, que esses recursos tenham sido incluídos de forma indevida enquanto critério de definição e seleção desta elite. Este é o caso, por exemplo, da maior importância dada à militância político-partidária para esta elite regional, ao passo que se destina um espaço maior à cultura geral e à literatura quando se estuda os componentes da Academia Nacional. Já a ocupação de postos nas burocracias tem importância equivalente nas duas situações (Coradini, 1994).

Dos 36 componentes desta elite regional com informações suficientes sobre suas trajetórias profissionais, cerca de um terço passou a maior parte de sua vida profissional ocupando postos de natureza político-partidária. O mais relevante é o fato de isso

não ser visto como algo acidental ou desviante, mas, pelo contrário, como prova de qualidades extraordinárias, que extrapolam os limites da profissão. Ou seja, a militância política, a exemplo de outras atividades de representação e ação cultural e a ocupação de postos administrativos, é concebida e apresentada como algo socialmente superior à profissão médica enquanto tal. Porém, para boa parte destes profissionais, a vinculação com a política decorre diretamente de suas próprias origens sociais, uma vez que fazem parte de clãs envolvidos diretamente com atividades político-militares há várias gerações. Além disso, a própria atividade de clínico ou de professor de medicina pode resultar num capital de relações e imagem social passível de ser reconvertido em capital político (Pilla, 1949, 1943).

Embora as burocracias públicas no estado fossem muito menos importantes que as da capital da República, parcela significativa dos componentes da elite médica gaúcha encontram nas burocracias públicas em geral, universitárias ou hospitalares, um de seus principais campos de atividade. Tomando-se apenas os 36 integrantes desta elite com informações disponíveis, verifica-se que pelo menos a metade passou parte considerável ou mesmo praticamente toda a vida profissional ocupando, simultânea ou sucessivamente, um ou mais cargos burocráticos de direção, além dos decorrentes da militância político-partidária ou da representação corporativa. A exemplo dos componentes da Academia Nacional (Coradini, 1996), trata-se basicamente de “diretores” ou “chefes”, com a diferença de que no Rio Grande do Sul a atuação político-partidária tem um peso maior.

Uma terceira característica geral que se destaca como recurso para a obtenção de títulos é a condição de professor da Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Dos 36 componentes estudados, pelo menos 27 ostentam este título como um dos principais. Desse subtotal, um número elevado pode exibir ainda o título de fundador da referida faculdade, o qual vem a constituir uma das principais evidências de suas realizações e conseqüente notabilidade.

As trajetórias profissionais/sociais dos componentes desta elite médica podem ser divididas em dois blocos. O primeiro reúne profissionais cuja notabilidade resulta primordialmente de sua atuação enquanto clínico de renome, filantropo e agente nas conjunturas político-partidárias, inicialmente em sua região de origem e, depois, marcando presença em círculos mais ou menos amplos. Já o segundo bloco congrega aqueles que têm na faculdade de medicina e nas atividades de institucionalização e representação corporativa suas principais instâncias de consagração profissional e social. Cabe frisar que essa divisão não representa uma separação empírica rigorosa. As próprias trajetórias individuais de muitos desses componentes combinam a situação de clínico e militante político na

terra natal com o posterior deslocamento para Porto Alegre, o que inclui o ingresso na Faculdade de Medicina da capital.

Outra esfera de atividade e fonte de títulos que caracteriza as trajetórias da maior parte desta elite regional é a representação de classe. Embora, mais uma vez, essa situação tenha paralelo com a vivida pelos componentes da Academia Nacional, no Rio Grande do Sul os postos de representação corporativa são quantitativamente muito menos significativos. No período considerado, os postos mais diretamente vinculados ao exercício da medicina restringem-se, sobretudo, à direção do sindicato médico local e a algumas associações representativas de segmentos ou especialidades médicas já existentes. Mas como o exercício da medicina não é o único nem o principal recurso para a ascensão à notabilidade, boa parte dos componentes ostenta os títulos resultantes de suas vinculações com a cultura erudita (literária ou artística), a política partidária e a atuação em outros setores. Há uma espécie de rodízio, de cruzamento entre os ocupantes dos postos de direção de instituições de representação, o que também é observado na Academia Nacional.

Cabe mencionar, por fim, como critério de recrutamento desta elite regional, as publicações. Este é um dos pontos de maior diferença relativamente aos componentes da Academia, em parte devido ao fato de que as informações disponíveis para esta elite regional abrangerem somente o período que se estende até a década de 1940. Tudo indica, porém, que mesmo considerando os componentes da Academia de Medicina gaúcha — organizada mais recentemente, o que significa a inclusão de informações até a atualidade —, os resultados não seriam muito diferentes.

Isso pode ser explicado, sem dúvida, pela condição periférica desta elite regional e pelo fato de, no período considerado, tanto o ensino como o exercício profissional ainda estarem em processo de consolidação e institucionalização. Deve-se levar em conta também a própria concepção de medicina e de realização profissional (aspecto no qual não há muita diferença relativamente à Academia Nacional). Vale dizer que as condições sociais e institucionais então vigentes, nas quais se inseriam o ensino e o exercício profissional da medicina, não apresentavam, nem de longe, nenhuma autonomia frente às demais atividades das elites; ademais, a própria concepção de realização profissional e social exclui o meritocratismo, princípio ideológico básico de outras elites médicas, como a francesa (Weisz, 1988b). Conseqüentemente, os investimentos dirigiam-se basicamente para outras esferas de atividade (política, direção de burocracias, representação corporativa e lutas por regulamentações, “cultura” geral, jornalismo etc.) e, no que tange à medicina, para o ensino e o exercício clínico.

Um bom exemplo dessa concepção de medicina e de excelência profissional é encontrado em Raul Pilla, o próprio organizador do

Panteão, que, apesar de se apresentar como professor de medicina, passou a maior parte de sua carreira exercendo cargos políticos. Embora seja autor de cerca de duas dezenas de publicações, a maioria absoluta delas não se vincula à medicina, mas sim à política e temas correlatos. Num discurso proferido na Academia Nacional de Medicina em 1961, Pilla (1961, pp. 26-7) destacava que a inexistência de pesquisa em sua carreira não decorria apenas das “limitações de ordem material”, mas também da opção em “elevar o nível cultural”, visto que, mais que um “cientista”, o professor deveria ser um “sábio”. Trata-se de uma concepção de medicina e de excelência profissional muito próxima à dos componentes da Academia Nacional, centrada na “transcendência” em oposição à “contingência” (Coradini, 1996, 1995). Conforme declaração do próprio Pilla (1943, p. 41), ao se referir a um nome importante da medicina estadual, “a atuação do Mestre refulge mais no ensino vivido, do que nos valiosos trabalhos publicados”.

Na realidade, muitos dos componentes do grupo não publicaram absolutamente nada. Em seu conjunto, o número dos trabalhos publicados individualmente durante toda a trajetória profissional situa-se, em média, em torno de uma dezena, e apresenta muitas variações caso a caso. Porém, o que mais chama a atenção não é a extrema variação quantitativa deste para aquele membro da elite, mas sim a temática diversificada, que abrange questões político-partidárias ou afins, o jornalismo, a cultura ou as artes e, por fim, aquelas de algum modo vinculadas à medicina ou a temas ‘médico-sociais’ e ao seu ensino.

Redes de reciprocidade, concepção de excelência profissional e critérios de recrutamento

A importância das relações de reciprocidade, as formas de patronagem daí advindas e a concepção de excelência profissional e social constituem os elementos em que a elite médica gaúcha mais se assemelha aos componentes da Academia Nacional (Coradini, 1996, 1995). Em ambos os casos, há sempre uma rede (Landé, 1977; Wolf, 1980) de relações personificadas de reciprocidade subjacente ao elenco de títulos e postos que compõem suas trajetórias. O acionamento destas redes ocorre em todas as situações iniciáticas ou de ruptura, i.e., naqueles momentos da trajetória em que são necessárias reorientações de investimentos ou mesmo reconversões, tendo em vista o ingresso numa nova situação social e institucional (por exemplo, ingresso na carreira profissional e na carreira política, acesso a diferentes postos etc.). A exemplo dos componentes da Academia Nacional, a concepção de excelência profissional/social e os critérios de avaliação decorrentes estão baseados num certo “aristocratismo” calcado na

⁷ Sobre o meritocratismo na elite médica francesa, ver Weisz (1988b); para a oposição entre o meritocratismo e o aristocratismo no conjunto das elites, ver Charle (1987).

“extraordinariedade” de algumas atividades e dos indivíduos que as representam, em oposição à “contingência” ou aos “limites da profissão”. A excelência ou notabilidade, nesse caso, vincula-se a algo de “transcendente” e opõe-se aos princípios do meritocratismo.⁷ No caso desta elite médica regional, o próprio responsável pelo desenho dos perfis dos membros do *Panteão* torna explícito este “aristocratismo”, ao opor os componentes “sagrados” e dependentes da personalidade do médico aos de cunho mais técnico ou material (ou “ofícios comuns”), na definição de medicina. Daí, inclusive, as dificuldades para defini-la como uma profissão (embora “sagrada”) e para admitir a existência do “sindicalismo médico” (Pilla, 1949).

A apresentação dos perfis, cujo objetivo é a construção da imagem de elite através da hagiografia, enfatiza as redes de relações e as atividades — como a política partidária, a filantropia, as “artes” etc. — que, nesta concepção carismática de profissão, extrapolariam seus limites. O próprio apresentador do *Panteão*, ao traçar um destes perfis (idem, 1943, p. 47), caracteriza-o como alguém “de talento, cultura e largos horizontes espirituais, escritor e orador ..., não poderia ele confinar-se nos estritos círculos dos interesses imediatos”, daí “a vida pública”. Outro destes vultos, apesar de ter reconhecida sua “face profissional”, é destacado sobretudo pelo “seu aspecto cívico”, visto que a política seria “para os espíritos de sua estirpe, a mais nobre e útil de todas as artes” (idem, ibidem, p. 41).⁸

⁸ Para maiores especificações e dados empíricos sobre esta concepção de ‘excelência’ profissional e as diferentes redes de relações de reciprocidade e suas variadas bases sociais (parentesco, patronagem escolar e profissional, “amizade”, afinidades políticas etc.) presente em toda a documentação e que, por sua diversidade, transcende os limites deste artigo, ver, sobretudo, Pilla (1949, 1943), Franco e Ramos (1943); Carvalho (1937); Martins (1978); Pianta (1962); e Spalding (1969).

Abstraindo-se as peculiaridades das composições e atentando para a enorme diversidade de bases sociais e esferas de atividade, os principais conjuntos de redes de relações podem ser assim resumidos: a) as relações próprias da atuação político-partidária, que incluem as nomeações para postos de comando nas burocracias públicas; b) as vinculações que deram origem à Faculdade de Medicina, sua gestão, seleção de professores etc. e as conseqüentes relações de patronagem acadêmica e profissional; c) as vinculações das quais resultaram a fundação e o controle das organizações e atividades de representação corporativa; e d) as relações de parentesco, utilizadas tanto para a atuação político-partidária e ocupação de postos de controle de burocracias públicas, quanto para a patronagem acadêmica e profissional. Quanto a este último item, deve-se salientar que, uma vez mais, a exemplo dos componentes da Academia Nacional, intensifica-se no período estudado a formação de clãs de médicos, passando as relações de parentesco a ser apresentadas e até ostentadas como algo positivo. O *Panteão* dedica um capítulo especial (intitulado ‘Laços de sangue — laços da medicina’) em louvor às linhagens de médicos. A apresentação laudatória das relações de parentesco não se restringe à clínica, mas abrange também as situações em que o parentesco perpassa

o ensino e as burocracias públicas, fazendo-se presente tanto em publicações hagiográficas ou de consagração coletiva, como o próprio *Panteão*, quanto em documentos oficiais, como os *Anais da Faculdade de Medicina de Porto Alegre*.⁹

A intensificação da concorrência escolar e as mudanças na composição social dos alunos de medicina

⁹ Ver, por exemplo, o elogio da herança do “gosto” pela medicina e do conjunto de relações e “dignidades” pronunciado pelos descendentes de um dos membros desta elite e também fundador da Faculdade de Medicina local, Protásio Alves, em *Anais da Faculdade de Medicina de Porto Alegre*, jan.-dez. 1948, p. 30.

Tomando-se a profissão do pai como indicador primeiro das origens sociais dos alunos do principal curso formador da elite médica gaúcha, desde seu início em 1900 até 1920, obtiveram-se informações para 37 em 194 trajetórias de vida investigadas. Para esse período, se somados os filhos de médicos (35,13%), com os de comerciantes (10,81%) e os de militares de alta patente (coronel, general etc., perfazendo um subtotal de 18,90%), obtém-se um total de 64,84%. O restante é dividido entre outros profissionais com título universitário, com cargo público de destaque (desembargador) e fazendeiro. Os dois únicos casos de exclusão de profissão ou condição social dominante são o filho de um operário e, possivelmente, o de um funcionário público, sem discriminação.

Para o que está em pauta neste texto, é importante lembrar que é no período e neste mesmo curso que se formou boa parte dos componentes da elite médica gaúcha apresentados no item anterior. Surge, outrossim, já nesta fase inicial da consolidação da medicina como profissão destacada ao nível regional, uma forte endogamia relacionada à profissão dos pais dos alunos, acentuada posteriormente.

Para a década seguinte (1921-31), os filhos de médicos representam 27,65% dos 94 alunos egressos com informações disponíveis, seguidos por filhos de comerciantes (26,59%), de militares (general, coronel, médico militar, tenente etc., com 16,98%), fazendeiros (6,38%), funcionários públicos e, em menor grau, de diversos profissionais com título universitário (advogado, farmacêutico, dentista, engenheiro etc.) e, por fim, alguns casos atípicos (alfaiate, sapateiro, banqueiro). Esse conjunto representa a quase totalidade do elenco das profissões dos pais. A não ser uma relativa ampliação da participação dos profissionais liberais com titulação universitária e do escopo das profissões abarcadas, não há muitas alterações quanto a este indicador para o referido decênio.

O mesmo pode ser dito da turma que ingressou em 1930 e se formou em 1935, embora deva ser destacada a concentração ainda maior de filhos de médicos (39,13%), seguidos por filhos de comerciantes (26,08%), de fazendeiros (17,39%) e militares (8,68%), que, somados, representam pouco mais de 90% do total. As exceções ficam por conta de um filho de “artista” e de outro cujo pai “trabalha no comércio”.

Já para a turma que fez o curso entre 1940 e 1945, observa-se o crescimento da participação de filhos de comerciários (ou que “trabalha no comércio”) e assemelhados (bancário, por exemplo) e o aumento do leque de profissões representadas. Os médicos continuam a constituir a principal profissão paterna em termos quantitativos (23,07%), mas a segunda profissão passa a ser a dos comerciários. Se os filhos de comerciantes e os de fazendeiros continuam a representar uma parcela significativa do total (10,25% e 7,69%, respectivamente), novas profissões começam a aparecer, tais como as de construtor, pintor, industrial, professor (certamente do ensino secundário) e, também, outras profissões com título universitário (dentista, com 10,25%, farmacêutico, engenheiro).

Esta tendência se aprofunda nas duas décadas seguintes, isto é, a turma com ingresso em 1950 e formatura em 1955, e a que iniciou em 1960 e se formou em 1965. Para a primeira turma, comerciante e médico continuam sendo as duas principais profissões dos pais (14,70%), seguidos de perto pelos comerciários (11,76%) e por uma ‘profissão’ que aparece pela primeira vez: a de “agricultor” (também com 11,76%, exatamente o dobro dos fazendeiros, 5,88%). Os industriais também aumentam (5,88%, o mesmo que os alfaiates). Os restantes, quase 30%, são distribuídos por um leque de dez ‘profissões’ ou condições sociais diversas, dentre as quais a de “operário”.

Os dados relativos à turma formada em 1965 revelam pela primeira vez o predomínio numérico dos filhos de comerciários (ou de quem “trabalha no comércio”), que correspondem a 25% das matrículas. Em segundo lugar, vêm os filhos de comerciantes (11,76%), seguidos pelos filhos de médicos (8,82%), bancários (7,35%), militares (5,88%), agricultores (4,41%) e, por fim, uma série longa e variada de profissionais. Em termos de posição social, os alunos são filhos tanto de pais socialmente prestigiados — “industrialistas”, fazendeiros ou profissionais com formação universitária, por exemplo — quanto de pais humildes —, ferreiro, marceneiro, operário, torneiro, carpinteiro. Em síntese, uma série de ocupações mais ou menos manuais. Desse modo, fica evidente que, neste período, há um forte incremento da diversificação quanto à profissão do pai, o mesmo ocorrendo com outros indicadores, como procedência geográfica, sexo etc., apresentados adiante.

A turma com ingresso em 1984 e formada em 1989 consolida este processo de diversificação das origens sociais dos alunos, o que não significa, necessariamente, a ‘popularização’ de seu conjunto. Nessa turma (cuja fonte de informações são os questionários aplicados pela própria universidade, o que explica o fato de serem outras as categorias de classificação profissional), os filhos de “profissionais liberais e técnicos de nível superior” (33,33%),

de “administradores” com cargos de destaque nas esferas pública e privada (12,69%), de proprietários de “pequenas empresas” (13,49%) e de “médias empresas” (8,73%) representam 68,24% do total dos alunos. Os pais dos 31,76% restantes dedicam-se a uma ampla e diversificada gama de profissões ou ocupações, “qualificadas ou desqualificadas”, incluindo até um “trabalhador do setor primário”.

Assim, tudo indica que a medicina passa a ser, majoritariamente, uma ocupação escolhida por filhos de detentores de uma posição de destaque, até mesmo dominante, quanto ao capital econômico ou cultural. Contudo, em contrapartida, a origem social de uma parcela expressiva dos alunos é bastante humilde. Certamente, este processo está vinculado à expansão do ensino médico, com a abertura de diversos novos cursos a partir da década de 1960, tanto na capital quanto no interior do Rio Grande do Sul. Há, porém, outros determinantes do acesso e seletividade, tais como as condições da educação pré-universitária, por exemplo. De qualquer modo, deve-se destacar que, nesse novo contexto, o título de médico já não é mais suficiente para garantir a raridade e a exclusividade sociais, típicas do início do século.

Fenômeno semelhante ocorre com o grau de escolarização dos pais. Na turma que ingressa na faculdade em 1984, quase a metade dos alunos são filhos de pais com curso superior completo, ao passo que cerca de 20% dos pais dos demais alunos têm escolarização formal inferior ao 1^o grau, e o restante se distribui entre o 1^o grau completo e o 2^o grau, completo ou incompleto. Quanto às origens ou condição social e capital escolar, 90,47% desses alunos não exerciam atividade remunerada, e apenas 4,76% a exerciam em tempo integral. Assim, tudo indica que a ampliação da escolaridade dos pais e o fato de exercerem profissões mais bem remuneradas traduzem-se em maiores investimentos na educação dos filhos desde antes do ingresso no curso superior.

No que tange às origens geográficas destes alunos, verifica-se algo semelhante ao observado nas origens sociais: intensifica-se a diversificação dos locais de origem. Com o processo de urbanização, Porto Alegre mantém uma posição de destaque. Se no início do século a capital gaúcha era o local de origem de cerca de um quinto dos alunos, na década de 1980 sua participação no total corresponde, aproximadamente, à metade do total. Paralelamente, verifica-se o decréscimo do predomínio da região da Campanha ou latifúndio e o crescimento do peso das áreas povoadas com base na imigração italiana e alemã.

Dos indicadores relativos às origens sociais e demográficas destes alunos, o que expressa de modo mais contundente as mudanças em sua composição é a divisão por sexo. Até a década de 1950, a presença de alunos do sexo feminino é extremamente marginal,

mas não inexistente (0,86% em 1904-20; 0,45% em 1921-31; 1,92% em 1935; 1,69% em 1945). Para a turma formada em 1955, a participação das mulheres continua baixa (7,77%), reduzindo-se mais ainda em 1965 (4,38%). Já para a turma com ingresso em 1984, quase a metade (42,06%) dos alunos é do sexo feminino. Portanto, a “feminização” é um fenômeno que ocorre a partir das décadas de 1970 e 1980.

Analisando os indicadores referentes à escolarização pré-universitária, a primeira constatação que se impõe é a forte concentração em alguns poucos colégios. A maior parte dos alunos concluiu seus cursos pré-universitários em estabelecimentos de ensino tidos como de elite, que praticamente monopolizam, durante todo o período considerado, os padrões de excelência neste grau de escolarização. Como no início do século, os colégios particulares ainda predominam (em geral mantidos pela Igreja Católica), mas há também colégios públicos (Colégio Júlio de Castilhos). Mais do que a divisão dessas escolas em privadas ou públicas, o que as distingue das restantes são os maiores recursos de que dispõem.

Cabe destacar que, apesar do virtual monopólio de alguns poucos colégios, também passa a ocorrer no final do período uma ampliação e diversificação dos estabelecimentos de ensino. Assim, por exemplo, para a turma formada em 1965, a situação é muito semelhante à das anteriores, posto que mais da metade (54,62%) dos alunos provinha de apenas três colégios de Porto Alegre: o Júlio de Castilhos, o Nossa Senhora do Rosário e o Anchieta. Porém, já nesta turma começa a se esboçar uma tendência, aprofundada posteriormente, no sentido da diversificação. Os demais formandos de 1965 são provenientes de 27 colégios da capital e do interior do estado, ao passo que na turma de 1955 eles provinham de apenas 12. Os dados relativos aos alunos que ingressaram na faculdade em 1984 — apesar de excluirmos os colégios do interior, que certamente são a maior parte, restringindo-se a Porto Alegre — revelam que os estudos pré-universitários foram realizados em 28 colégios.

Simultaneamente a essa progressiva ampliação e diversificação dos colégios de formação secundária, há também uma crescente homogeneização e diminuição das faixas etárias e ingresso e formatura no curso de medicina. Essa relativa homogeneização escolar pode ter diferentes determinantes, mas tudo indica que houve uma certa ‘normalização’ do próprio acesso ao ensino médico. Em virtude da relativa ampliação tanto da escolarização secundária como da oferta de ensino médico, o curso de medicina perdeu seu caráter de excepcionalidade para determinadas categorias sociais.

Em síntese, com base nestes indicadores, fica evidente um processo de diversificação, ancorado numa certa ‘democratização’

do acesso aos cursos de medicina, mesmo tomando-se como referência apenas o curso de onde é proveniente a maior parte da elite médica regional. Caso fosse incluído o conjunto dos cursos de medicina do estado, com sua forte segmentação e hierarquização escolar e social, esse processo de diversificação certamente se revelaria de modo muito mais acentuado.

Fica evidente, também, um processo de intensificação da concorrência e um aumento crescente nos investimentos estritamente escolares. Simultaneamente a este processo, foi institucionalizado um conjunto de regras de acesso aos cursos universitários em geral (os vestibulares), com características mais universais e despersonalizadas. Porém, se na esfera escolar observou-se essa despersonalização do acesso aos cursos de medicina em contraposição à patronagem escolar explícita do período anterior, o acesso ao mercado de trabalho (e evidentemente o recrutamento da elite médica) continua baseado em relações de reciprocidade. Levantamento realizado pela UFRS sobre os alunos de todos os cursos formados entre 1976 e 1978 constatou, no item relativo à “maneira como o egresso conseguiu o primeiro trabalho relacionado com a profissão”, que a forma mais comum foi “por indicação ou convite de amigos ou parentes” (24,4%). Considerando-se apenas os egressos do curso de medicina, esse percentual sobe para cerca de um terço (32,1%) (UFRS, 1985, pp. 39-40 e 123).

A diversificação das origens sociais e a crise da medicina

A expansão do ensino médico e a diversificação das origens sociais de seus alunos coincidem cronologicamente com o fortalecimento da organização e das lutas corporativas e com a chamada crise da medicina. Essas lutas e a percepção das transformações sofridas pelo exercício da profissão como uma crise têm dimensão nacional (Coradini, 1994), não constituindo, portanto, uma exclusividade das lideranças médicas gaúchas. Seja como for, o caso em pauta é particularmente fértil para a apreensão das relações existentes entre as transformações no ensino e a crise da medicina, visto que o Rio Grande do Sul é um dos estados brasileiros em que esse processo foi e é bastante intenso e relativamente rápido.

A reação às mudanças no ensino médico baseia-se, sobretudo, nas críticas à maior intervenção das políticas governamentais no exercício profissional e à expansão quantitativa dos cursos e vagas. O primeiro ponto, como é sabido, tornou-se o principal eixo de clivagem que divide o campo médico: de um lado, os partidários da medicina “particular” ou “liberal” e, de outro, os defensores da medicina “pública” ou algo semelhante. No que tange à expansão do ensino médico, que também passou a se constituir num dos principais alvos das lutas corporativas, a restrição do ingresso

(*numerus clausus*) é um dos elementos norteadores das tomadas de posição. Porém, juntamente com a defesa da restrição, pode-se perceber a presença de elementos nitidamente relacionados com a diversificação da origem social dos médicos nos fundamentos das tomadas de posição e interpretação da crise.

Mesmo sem poder apresentar a enorme quantidade de documentos, mais ou menos oficiosos, em que isso transparece, em especial as publicações das organizações corporativas, cabem algumas evidências. A crise da medicina, segundo a ótica de lideranças médicas estaduais — como os articulistas da *Revista da AMRIGS* (Associação Médica do Rio Grande do Sul, representante, no estado, da Associação Médica Brasileira) —, apresenta-se sob diversos aspectos e encerra diferentes desdobramentos: a substituição do “conservadorismo” e “elitismo” das organizações médicas por uma “linguagem reivindicatória capaz de causar o maior espanto aos seus aristocráticos diretores de antigamente”, a eclosão de “greves”, as disputas entre as organizações médicas até passado recente, o “baixo ganho profissional”, o “empobrecimento do médico” e sua conseqüente “desmistificação” etc. (Porto, 1981, p. 242). A principal causa disso tudo seria a expansão do ensino, e a principal conseqüência, a “vulgarização da medicina” e, com ela, o rebaixamento da posição social. Em outras palavras, a “oferta exagerada fez com que o profissional aceitasse o aviltamento salarial”, com “uma clara perda de poder” e o aumento da concorrência. Por outro lado, porém, teria havido também a “desestruturação da classe” (idem).

A diversificação das origens sociais e o aumento da concorrência teriam provocado, entre outras conseqüências, a diversificação do próprio grupo, acarretando a “desintegração interna de um grupo influente” e o “surgimento da baixa classe média médica”, com “a criação de classes dentro da ‘classe’ médica” (idem, ibidem, 1981, pp. 242-3).

Essas tomadas de posição lançam mão, freqüentemente, de um certo psicologismo para apresentar a crise da medicina. Quando isso acontece, um dos temas centrais passa a ser a “crise de identidade” da classe médica. Porém, subjacente a essa crise de identidade atribuída à intensificação da concorrência, transparece também a diferenciação social do grupo. Em outras palavras, a “perda da identidade profissional” é atribuída ao surgimento de “pessoas formadas em medicina” não identificadas com as “origens da profissão” e com a “tradicional faculdade de medicina” e que, por isso, “tomam como modelo outros profissionais” (Costa, 1984, p. 95).

Desse modo, é acionado, por meio de uma linguagem calcada no psicologismo e na discussão aparente dos problemas éticos e profissionais, um esquema de interpretação que tem na idealização

das origens do grupo e do curso seu princípio de legitimação. De fato, na medida em que as “pessoas formadas em medicina” não equivalem a “médicos”, isso se dá porque a imagem da profissão formada nas condições anteriores de ensino e exercício profissional, socialmente mais restritas e aristocráticas, entra em conflito com as novas condições sociais. A diversificação social, um dos componentes desta nova realidade, torna difícil, inclusive, a manutenção da unidade do grupo, já que subverte os princípios e critérios de avaliação e excelência anteriormente vigentes.

Este tipo de argumento pode ser multiplicado indefinidamente. O que cabe destacar ainda é que, para além dos problemas de identidade do grupo, estão presentes não apenas os esquemas de percepção e definição da condição profissional engendrados nas condições anteriores, mas também um descompasso entre o valor formal e o valor real do título escolar (Bourdieu, 1984; Bourdieu e Boltanski, 1975). Evidentemente, se os efeitos deste processo de desvalorização real do título são variáveis conforme as diferentes condições de ingresso no mercado, as condições de sua aceitação também o são, conforme as origens e as expectativas sociais quanto a este valor (Bourdieu, 1974). Ou seja, é evidente que, na medida em que se diversificam as origens sociais dos portadores do título, diversificam-se também as expectativas relativamente ao seu valor enquanto posição social e ganhos econômicos e simbólicos. Daí derivam as freqüentes reclamações dos que aceitam a condição de médico “ao nível dos técnicos” (Porto, 1981, p. 243). Ficam igualmente compreensíveis as queixas das lideranças das corporações médicas (associações, sindicatos, conselhos regionais) sobre as dificuldades de “defesa de legítimos interesses profissionais”, na “medida em que grupos médicos mostram-se inclinados a aceitar condições de trabalho por outros recusadas” (Sá *et al.*, 1982b, p. 326).

A expansão do ensino médico e os interesses do campo educacional

A defesa de restrições ao acesso à escolarização superior, e aos cursos médicos em particular, é muito anterior à sua expansão recente. Já em 1936, o professor de medicina e participante do processo de reformas ocorrido no ensino na década de 1930, A. de Silva Mello (1937, p. 249), argumentava que médicos “não nos faltam e até já existem em excesso, em crise de verdadeira superprodução”. Naquela época, havia 11 cursos de medicina no Brasil, mas o tipo de argumentação é exatamente o mesmo que passou a ser empregado após o início da chamada crise da medicina.¹⁰

O que é novo, além da generalização desse tipo de argumento, é a formação de fóruns específicos para debater o tema, como é

¹⁰ Para maiores informações sobre a expansão do ensino médico nas diferentes regiões do Brasil e em períodos distintos da sua história, ver Ministério da Educação (1988); e Silva (1987), entre outras obras.

o caso da Associação Brasileira de Escolas Médicas (Abem) — criada em 1963 e transformada na Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) —, da Comissão de Especialistas do Ensino Médico do então Ministério da Educação e Cultura (MEC), criada em 1971, e o fortalecimento das próprias organizações corporativas, que passaram a ter a expansão do ensino médico e das políticas governamentais para o setor como principais temas de suas pautas de discussão.

Como se pode constatar, trata-se de instâncias que aglutinam interesses divergentes. Num nível mais geral, estão presentes os interesses dos representantes das instâncias dominantes das burocracias educacionais e suas vinculações com as políticas para o setor educacional, mais especificamente com o ensino médico. Em segundo lugar, os interesses dos representantes das corporações médicas, com suas clivagens e oposições próprias. Por fim, sem pretender ser exaustivo, os interesses dos representantes do ensino médico, também perpassados por uma série de oposições, em geral associadas ao próprio campo médico, tais como os critérios de definição do profissional ideal, as relações entre a formação e o mercado etc.

Porém, mais do que a diversidade de perspectivas e interesses, a marca principal destas instâncias formalmente constituídas como fóruns do ensino médico é o peso pequeno das preocupações propriamente acadêmicas ou educacionais. Deixando-se de lado outras razões mais gerais, tais como o fato de a medicina se constituir num “conhecimento aplicado” ou numa “arte e uma moral tecnicamente fundamentadas” (Bourdieu, 1984) que tende à auto-regulamentação (Freidson, 1984), as poucas informações sistematizadas evidenciam que, para a maior parte dos professores de medicina no Brasil, o ensino representa apenas uma das esferas de sua atuação profissional. A ela, em geral, é dedicado menos tempo, sendo o restante dirigido à clínica ou a outras atividades profissionais fora do campo educacional.¹¹ Além disso, frequentemente as representações das atividades de ensino e corporativas se confundem, sendo, inclusive, desenvolvidas pelas mesmas lideranças médicas. Quando chega a haver uma oposição entre os representantes do setor educacional e da corporação, instituições como a Abem (1981, p. 11) não conseguem aglutinar o conjunto de professores.

A principal consequência disso é que as tomadas de posição deste tipo de entidade acabam sendo o resultado do amálgama dos interesses dos representantes do setor educacional com os das corporações médicas, visto que aqueles não dispõem de nenhuma autonomia relativa. No que tange à expansão ou à restrição quantitativa do ensino médico, por exemplo, o posicionamento da Abem mudou completamente nas últimas décadas. Até a década

¹¹ Para um levantamento estatístico relativo ao final da década de 1960, ver Castro *et al.* (1969).

de 1970, a entidade, como seus próprios dirigentes reconhecem, apoiava o aumento do número de cursos de medicina (a “expansão das escolas [médicas] teve forte apoio corporativo até 1970”, Silva, 1987, p. 82). Em seguida, porém, passou a defender a restrição, daí resultando a formação da Comissão do Ensino Médico do Ministério da Educação (1971), visando exatamente a implementação destas restrições (Abem, 1966, p. 190; 1965, p. 30).

Essa comissão, ao propor uma série de medidas de restrição e de “correção das deficiências”, recomendou “a colaboração da Associação Brasileira de Escolas Médicas e da Associação Médica Brasileira” (MEC, Comissão de Ensino Médico, 1989, p. 41). O mesmo ocorre com a “residência e a pós-graduação médica”. Outro documento específico da comissão determina “que seja criado oficialmente o organismo central ... com a participação, também, dos órgãos interessados (AMB, Abem, ANMR, CFM, AMH), e com a finalidade de baixar as normas regulamentares” (idem, *ibidem*, 1976, p. 87).

Desse modo, diversamente de outras situações nacionais como a da França (Jobert, 1985, p. 322-4; Jobert e Muller, 1987, p. 184), no Brasil, a fragilidade ou não-autonomia dos interesses específicos do setor educacional frente às corporações médicas, apesar da intensificação do confronto entre esses interesses, não chega a constituir novos referenciais, nem uma outra estrutura de ‘mediadores’, cujos princípios de legitimidade pudessem se impor ao conjunto dos interessados. Isso implica que, para uma melhor compreensão da chamada crise da medicina, torna-se necessária a realização de novos estudos sobre a composição social deste grupo profissional. Além disso, é necessário também um exame mais aprofundado das relações entre os interesses específicos do setor educacional com as lutas corporativas dos médicos e com as políticas que os atingem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abem
1982 *Anais do XX Congresso de Educação Médica*. Ribeirão Preto.
- Abem
1981 *Anais do XIX Congresso Brasileiro de Educação Médica*. Recife.
- Abem
1966 *IV Reunião Anual*. Salvador.
- Abem
1965 *II Reunião Anual*. Porto Alegre.
- Bourdieu, P.
1984 *Homo academicus*. Paris, Minuit.
- Bourdieu, P.
jan. 1980 'Le capital social'. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 31.
- Bourdieu, P. e
Boltanski, L.
1975 'Le titre et le poste: rapports entre le système de production et le système de reproduction'. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 2.
- Bourdieu, P.
1974 'Avenir de classe et causalité du probable'. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, XV.
- Carvalho, M. T. de
1937 *Nobiliário sul-rio-grandense*.
Porto Alegre, Globo.
- Castro, C. L. M. de et al.
1969 *O professor de medicina*.
Rio de Janeiro, Abem/Inep.
- Castro, C. L. M. de et al.
1967 *Características sócio-econômicas dos candidatos aos cursos de medicina; ensino médico no Brasil; parte II*.
Rio de Janeiro, Abem.
- Charle, C.
1987 *Les élites de la république (1880-1900)*.
Paris, Fayard.
- Coradini, O. L.
1996 'A formação da elite médica no Brasil e sua seleção: confronto com o caso francês'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. III (3),
- Coradini, O. L.
1995 'Grandes famílias e elite profissional na medicina no Brasil'. *Cadernos de Ciência Política*, UFRS.
- Coradini, O. L.
1994 *A formação da elite médica, a institucionalização e a 'crise' da medicina no Brasil*.
Relatório para o CNPq. Porto Alegre. (mimeo.)
- Corso, H. V.
1988 *Faculdade de Farmácia: UFRS — 1895-1987*.
Porto Alegre, UFRS.
- Costa, G. S. de P.
jan.-mar. 1984 'O médico e suas origens'. *Revista da AMRIGS*.
- Costa, G. S. de P.
jul.-set. 1980 'A crise da medicina e o risco da solução falsa'. *Revista da AMRIGS*.
- De Boni, L. A.
1980 'O catolicismo da imigração: do triunfo à crise'. Em J. H. Dacanal (org.), *Imigração e colonização*. Porto Alegre, Mercado Aberto.
- Franco, A. e
Ramos, S. M. (orgs.)
1943 *Panteão médico rio-grandense; síntese cultural e histórica; progresso e evolução da medicina no estado do Rio Grande do Sul*.
São Paulo, Ramos, Franco Editores.

- Freidson, E.
1984 *La profession médicale.*
Paris, Payot.
- Gigante, A. G.
out.-fev. 1980 'Perspectiva do exercício da medicina no Brasil'.
Revista da AMRIGS.
- Jobert, B. e Muller, P.
1987 *L'état en action; politiques publiques et corporatismes.*
Paris, PUF.
- Jobert, B.
1985 'Les politiques sociales et sanitaires'. Em M. Grawitz e J. Leca,
Traité de science politique: les politiques publiques. Paris, PUF, vol. 4.
- Landé, C. H.
1977 'The dyadic basis of clientelism'. Em S. W. Schmidt *et al.* (orgs.),
Friends, followers, and factions: a reader in political clientelism.
Berkeley, University of California Press.
- Maciel, R.
jan.-mar. 1989 'Criação de novas faculdades de medicina'.
Revista da AMRIGS.
- Martins, A.
1978 *Escritores do Rio Grande do Sul.*
Porto Alegre, Ed. da UFRS.
- MEC
1989 *Documento do ensino médico. Documento nº 2: ensino médico e instituições de saúde.* 3ª. ed., Brasília.
- MEC
1989 *Documentos do ensino médico: o ensino médico no Brasil. Documento nº 1: expansão da rede escolar.* 3ª. ed., Brasília.
- MEC
1989 *Tendências das IES na década de 80.*
Brasília.
- MEC
1976 *O ensino médico no Brasil. Documento nº 3: internato e residência.* Brasília.
- Mello, A. de S.
abr. 1937 *Problemas do ensino médico e de educação.*
Rio de Janeiro, s. ed.
- Pianta, D.
1962 *Personalidades rio-grandenses.*
Porto Alegre, s. ed.
- Pilla, R.
1949 *Palavras de um professor; discursos e escritos.*
Rio de Janeiro, Departamento de Imprensa Nacional.
- Pilla, R.
1943 'Vultos da medicina rio-grandense'. Em A. Franco e S. M. Ramos (orgs.),
Panteão médico rio-grandense; síntese cultural e histórica; progresso e evolução da medicina no estado do Rio Grande do Sul.
São Paulo, Ramos, Franco Editores.
- Porto, S. O.
jul.-set. 1981 'A grande crise da medicina'.
Revista da AMRIGS.
- Porto Alegre, A.
1916 *Homens ilustres do Rio Grande do Sul.*
Porto Alegre, Typografia do Centro.
- Sá, C. et al.
out.-dez. 1982a 'Natalidade médica: questão social e médica de urgência'.
Revista da AMRIGS,
- Sá, C. et al.
jul.-set. 1982b 'Avaliação e tendências econômico-profissionais do médico: um estudo sobre o futuro da profissão médica'.
Revista da AMRIGS.
- Santos Filho, L.
1991 *História geral da medicina brasileira.*
São Paulo, Hucitec/Edusp.
- Schultz, A. et al.
1960 *Fundamentos da cultura rio-grandense.*
Porto Alegre, UFRS.

- Silva, G. R. da et al. 'Uma perspectiva da educação médica no Brasil'.
set.-dez. 1987 *Revista Brasileira de Educação Médica*.
- Silva, G. R. da 'Uma retrospectiva da educação médica no Brasil'.
set.-dez. 1987 *Revista Brasileira de Educação Médica*.
- Spalding, W. 'A herança do Irmão Joaquim; histórias da Santa Casa'.
s. d. Porto Alegre, Redactor.
- Spalding, W. *Construtores do Rio Grande*.
1969 Porto Alegre, Sulina, 3 vols.
- UFRS *Graduados UFRS; triênio 1976-78*.
1985 Porto Alegre, UFRS.
- UFRS *Vestibulandos UFRS; contingente inscrito no CVU 1984-86*.
1986 Porto Alegre, UFRS.
- Weisz, G. 'The self-made mandarin: the éloges of French Academy of
1988a Medicine, 1824-47'. *History of Science*, XXVI.
- Weisz, G. 'Les transformations de l'élite médicale en France'.
set. 1988b *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 74.
- Wolf, E. R. 'Relaciones de parentesco, de amistad y de patronazgo en las
1980 sociedades complexas'. Em M. Banton (org.),
Antropología de las sociedades complejas. Madri, Alianza.

Recebido para publicação em junho de 1996.