
Nas duas últimas décadas, muitos estudiosos têm focalizado sob novos ângulos instituições, eventos, crenças e personagens envolvidos com as artes de curar, remediar ou prevenir enfermidades ao longo da história do Brasil. Uma nova imagem sobre o passado médico nacional vai substituindo a antiga idéia de evolução progressiva de suas instituições, por agregação cumulativa de conhecimentos e aperfeiçoamento contínuo de suas práticas. O que era ciência ou científico, mesmo para os adeptos da medicina acadêmica, sempre foi objeto de polêmicas e disputas que se vinculavam diretamente com privilégios corporativos e prestígio profissional. Este artigo inaugura, para os leitores do Boletim da ABEM, um espaço de informação e reflexão sobre a formação médica em diferentes momentos e contextos sócio-culturais da nossa história. Começaremos abordando as relações que se estabeleceram entre as diferentes práticas de cura, no período colonial, isto é, antes da organização formal do ensino médico. Deixaremos para o próximo número a análise da formação e atribuições dos agentes oficiais de cura – os físicos, boticários, cirurgiões, barbeiros e algebristas. Sem ousar apresentar uma visão unívoca e totalizante, nos deteremos aqui no intercâmbio e diálogos entre as práticas de cura professadas pelas diferentes etnias formadoras da sociedade colonial.

SABER ERUDITO E SABER POPULAR NA MEDICINA COLONIAL

Flávio Edler e Maria Raquel Fróes da Fonseca *

Durante os três primeiros séculos da colonização brasileira, a sociedade branca recorreu indiferentemente às formas de cura trazidas da Europa ou àquelas a que diversas etnias, com as quais se manteve em constante contato, utilizavam para lutar contra os males que as acometiam. Mesmo os portugueses, muito embora se tratassem com seus médicos, cirurgiões e barbeiros vindos de Portugal, não hesitavam, quando precisavam de curar suas feridas, em se servir do azeite de copaíba utilizado pelos indígenas para esse fim. Depois, com a vinda dos escravos africanos, aderiram igualmente a certas curas relacionadas com a magia, como podemos ver pelas visitas inquisitoriais.

Nas correspondências avulsas encetadas entre metrópole e colônia enfatizava-se com frequência a falta de médicos, remédios e hospitais. Mas, ao contrário da avaliação apressada realizada por alguns historiadores que afirmavam ser a falta de médicos o fator responsável pelo grande número de curandeiros e charlatães, é preciso que se pergunte: quais os setores da população ressentiam-se da escassez desses profissionais? Ora, o florescimento das demais artes de cura esteve intrinsecamente ligado às diferentes raízes culturais das populações aqui residentes. Além disso, os missionários jesuítas – principais suportes da educação colonial – que toma-

ram para si o papel de curadores aproveitaram muito da medicina indígena, tornando as plantas medicinais brasileiras famosas em todo o mundo. Pelas mãos dos jesuítas, a *Triaga Brasília*, uma panacéia composta de elementos da flora nativa, que chegou a ser a segunda fonte de renda da ordem jesuítica na Bahia, ganhou fama internacional. Aos jesuítas deve-se imputar a iniciativa de intercâmbio entre esses universos da medicina, já que eles também absorviam o saber dos físicos, cirurgiões e boticários, aplicando-os nos precários hospitais da Santa-Casa da Misericórdia.

Mas que relações mantinham os físicos, cirurgiões e boticários portugueses com os demais agentes de cura? Embora geralmente preconceituosos em relação a outros elementos pagãos e “selvagens” da cultura indígena, os colonizadores se interessaram em recolher informações sobre como os indígenas e seus pajés faziam para combater as doenças que grassavam no lugar. Observavam, imitavam, experimentavam e descreviam as propriedades terapêuticas das novas espécies e seus usos, e divulgavam-nas na metrópole, ampliando os saberes sobre a Matéria Médica. Mais tarde, tal saber retornava à colônia em compêndios de farmacopéia, informando a atividade de boticários profissionais, religiosos ou leigos.

Tal roteiro não foi tão linear, entretanto, como possa parecer. Bernardino Antônio Gomes, médico português que veio para a colônia em fins do século XVIII, observou em certa ocasião, o pouco uso feito pelos médicos portugueses das plantas medicinais do país, entendendo que isso ocorria porque tendo aprendido medicina das universidades européias, eles curavam tudo “à européia, bem ao contrário do que fez [Wilhelm] Piso - o famoso médico e naturalista trazido por Nassau, no século XVII -, *desprezam miudamente a medicina indígena*”.

De todas as práticas terapêuticas, o uso das ervas medicinais era a que maior legitimidade popular possuía, como atesta o famoso comentário do naturalista Von Martius - “*a mata é a farmácia deste povo*”. Mezinheiros, curandeiros africanos e pajés utilizavam folhas, frutos, sementes, raízes, essências, bálsamos e resinas, partes lenhosas e brancas que esmagavam entre as pedras, pulverizavam, carbonizavam, dissolviam, maceravam. Coziam, para ingerir, aspirar, friccionar, ou aplicar em cataplasma numa extensa série de doenças. Não se pode esquecer que o emprego dessas plantas tinha um sentido mágico ou místico. Determinados minerais, bem como partes do corpo de animais, eram usados como medicamentos ou amuletos. Se a antropofagia ritual era encarada com horror pelos europeus, a utilização da saliva, da urina e das fezes, humana ou animal, eram compartilhadas como recurso terapêutico, embora possuindo um significado distinto para ambas as culturas. Enquanto a sucção ou sopro dos espíritos malignos, a fumigação pelo tabaco, os banhos, fricções com cinzas e ervas aromáticas, o jejum ritualístico, eram desprezados como elementos bárbaros, a teoria das assinaturas, que supunha existir, radicado em cada região, o antídoto das doenças do lugar, autorizava a assimilação da farmacopéia empírica popular.

Se em ampla variedade de aspectos o saber erudito e o popular eram indissociáveis na experiência dos distintos estratos sociais, os representantes da arte oficial lutavam ferrenhamente contra os que praticavam as curas na informalidade. Reivindicando para si o controle do corpo, a medicina oficial esvaziava o sentido dos conhecimentos terapêuticos populares e reinterpretava-os à luz do saber erudito. A fluidez entre o domínio da medicina e aquele da feitiçaria, com o emprego de

cadáveres humanos e de animais associados ao universo demoníaco, como o sapo, o cão negro, o morcego e o bode na produção de remédios, impunha aos portadores de diploma a tarefa de distinguir o procedimento “científico”, das crenças populares “supersticiosas”. Nesta tarefa encontravam o apoio da Igreja e das ordenações do Reino. No imaginário popular, os santos, vistos mais como especialistas do que como clínicos gerais, seriam responsáveis por um grande número de curas. Fazendo restrições no que respeitava à intervenção dos santos e das palavras sagradas, a não ser quando praticados ou recomendados pelo clero, a Igreja e os médicos reforçavam a idéia de que Deus distribuía com parcimônia o acesso ao domínio do sagrado, vetando-o aos indivíduos rústicos. Tal como as confrarias iriam amolecer a rigidez da fé oficial da Igreja, quebrando a unidade da religião luso-brasileira e tornando-a mais humana e consoladora para os distintos grupos sociais, os curandeiros leigos seriam até certo ponto bem tolerados.



Índios brasileiros realizando cerimônia tribal. Ilustração publicada na Alemanha, 1590

Bibliografia:

- DEL PRIORI, M. *Ao sul do Corpo. Condição feminina, maternidade e mentalidades no Brasil colônia*, Rio de Janeiro, José Olympio, 1995.
- MARQUES, V. R. B. *Natureza em Boiões: medicina e boticários no Brasil setecentista*, Campinas, Ed. Unicamp, 1999.
- RIBEIRO, L. *Medicina no Brasil Colonial*, Rio de Janeiro, s.e., 1971
- RIBEIRO, M. M. *A ciência dos trópicos. A arte médica no Brasil do século XVIII*, São Paulo, Hucitec, 1997.

O exercício da medicina no Brasil, até as primeiras décadas do século XIX, era facultado somente a físicos e cirurgiões portadores de um atestado de habilitação, e licenciados pelos comissários das duas autoridades médicas reinóis, o cirurgião-mor e o físico-mor. Estes representantes diretos do poder real residiam, inicialmente, somente nas povoações maiores, mas a partir do século XVIII, os regimentos sanitários passam a ser mais observados com a presença de comissários em um número maior de cidades e vilas.

A atuação dos cirurgiões estava restrita às sangrias, à aplicação de ventosas, à cura de feridas e de fraturas, sendo-lhes vetada a administração de remédios internos, privilégio dos médicos formados em Coimbra. A criação das escolas de medicina, em 1808, vem romper com esta prática de cerceamento, feita pela metrópole, possibilitando a formação de médicos no país. Apenas em 1826 o corpo docente das Escolas médicas passou a controlar a emissão de diplomas para o exercício da medicina.

OS AGENTES OFICIAIS DA ARTE DE CURAR NO BRASIL COLONIAL

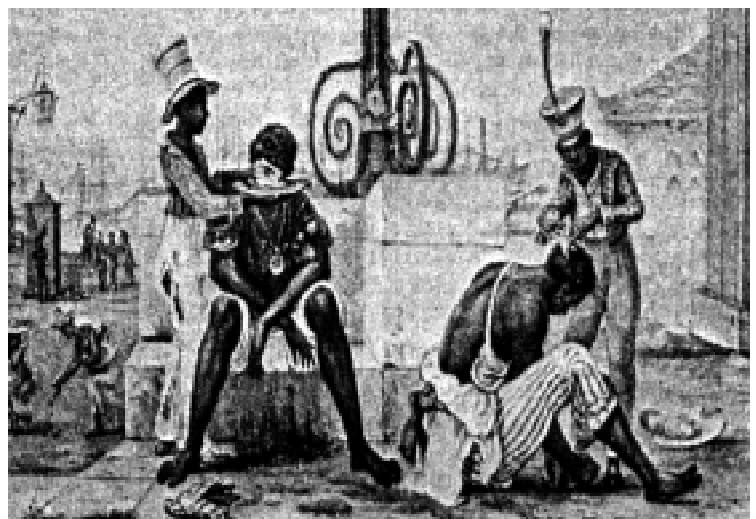
*Flávio Edler e Maria Rachel Fróes da Fonseca **

Os físicos atuavam como médicos da Coroa, da Câmara e das tropas nas principais cidades e vilas, sendo numerosamente pouco expressivos no século XVIII, existindo em cidades como Recife e o Rio de Janeiro somente 3 ou 4 físicos. Eles eram responsáveis pelo exame, diagnóstico e o receituário para os pacientes, e aos cirurgiões cabia os ofícios manuais, considerados socialmente inferiores, que exigiam o uso de ferros de lancetas, de tesouras, de escalpelos, de cauterios e de agulhas.

Os físicos e cirurgiões, em sua maioria cristãos-novos, não ocupavam uma posição de relevo na sociedade até a metade do século XVIII, quando já formados em universidades européias e membros de academias literárias e científicas, alcançam uma posição mais privilegiada. Trabalhavam muitas vezes gratuitamente e seus ganhos financeiros não eram igualmente vantajosos, fazendo com que muitos destes profissionais saíssem em busca de clientes em outras localidades. Adotavam para orientar suas receitas as farmacopéias, destacando-se os tratados de plantas medicinais e as coleções de receitas de Garcia da Orta e de João Curvo Semedo.

Os boticários eram oriundos geralmente de famílias humildes e obtinham seus conhecimentos nas boticas. Para obtenção da Carta de Examação, que lhes possibilitaria o exercício do ofício, submetiam-se a um exame junto aos comissários do Físico-mor do Reino. Alcançavam bons re-

sultados financeiros pois conseguiam constituir uma grande clientela, tendo em vista o fato de serem numericamente insuficientes para o atendimento da população.



BARBEIROS AMBULANTES, de DEBRET, em “Viagem Pitoresca e Histórica ao Brasil”

Os barbeiros, além dos cortes de cabelos e das barbas, praticavam sangrias, aplicavam ventosas, sanguessugas e clísteres, faziam curativos, arrancavam dentes, etc. Da mesma forma que os boticários, os barbeiros necessitavam da Carta de Examação para habilitá-los ao exercício de seu ofício. Os barbeiros geralmente eram portugueses e castelhanos, muitos deles cristãos-novos, sendo que a partir do século XVIII já incluíam-se negros e mestiços neste ofício.

Neste artigo, discutiremos um aspecto da formação médica no século XIX pouco óbvio e, no entanto, tão significativo quanto a educação médica regular para a institucionalização da cultura médica acadêmica. Trata-se dos compêndios de medicina popular, os quais tiveram grande penetração naquela sociedade senhorial de base agrária.

Para se compreender o alcance deste tipo de educação médica informal é preciso levar em conta a carência de médicos nas vastas regiões rurais por onde se dispersava o grosso da população brasileira. É sabido que a reduzida corporação médica se concentrava na Corte e em Salvador. Os livros de medicina auto-instrutivos satisfaziam também os interesses dos donos de escravos, que pretendiam manter a saúde de sua força de trabalho com o mínimo de despesas. Ao contrário do ocorrido nos Estados Unidos, onde esses manuais eram expressão de um movimento de afirmação da medicina popular, contra os privilégios reivindicados pela profissão médica, no Brasil esse tipo de literatura era produzida por médicos com a chancela da Academia Imperial de Medicina.

A MEDICINA DE CABECEIRA

Flávio Edler e Maria Rachel Fróes da Fonseca *

Lembremos que a organização profissional e regulamentação do ensino médico no Brasil, como atividade diversa da praticada por barbeiros, sangradores, práticos e curandeiros, começou apenas no século XIX, motivada pela súbita fuga da Corte portuguesa, ameaçada pelas tropas de Junot, para a cidade do Rio de Janeiro. Nessa ocasião, o Príncipe Regente D. João, transformado em réfém de sua própria trincheira, inicia uma série de reformas de cunho liberal, criando os primeiros estabelecimentos de caráter cultural. No tocante à medicina, instalou dois cursos de cirurgia e anatomia nos hospitais militares de Salvador e Rio de Janeiro (1808), pondo término à era dos físicos e cirurgiões formados na Europa. Iniciava-se, assim, uma forte tradição clínica marcada pela figura do médico-de-família que atuava, ora como clínico, ora como cirurgia, ora como conselheiro higienista. A influência francesa marcou amplamente o saber e as instituições médicas da época, como veremos no próximo boletim.



Contra-capa do *Dicionário de Medicina Popular*, 6ª edição, com propaganda do *Formulário do Guia Médico* - Paris/1890

Circunscrita aos centros urbanos de apenas algumas províncias, e relativamente cara, a assistência médica oficial era inacessível para quem se encontrava à margem das confrarias religiosas ou das redes de clientelismo promovidas pelos membros da classe senhorial. Até 1841, ano em

que foi publicada a primeira edição do **Formulário e Guia Médico** de Pedro Luis Napoleão Chernoviz (1812-1881), que obteve imediatamente imensa popularidade, os brasileiros pobres recorriam ao livro de William Buchanan, **Domestic Medicine**, de 1769, traduzido por Henrique de Paiva. Não se sabe a repercussão dos livros de Jean-Baptista-Alban Imbert, médico de Montpellier e membro titular da AIM, **Manual do Fazendeiro ou tratado doméstico sobre as doenças dos negros** (1834) e **Guia Médico para as Mães de Família** (1843), nem do sucesso alcançado pelo **O Médico e o Cirurgião das Fazendas ou tratado completo de medicina e cirurgia domésticas, adaptado à inteligência de todas as classes do povo** (1875) de Louis-Francois Bonjean (1808 – 1892), nascido em Chamberry, formado em Turim e membro honorário da AIM.

O certo é que o **Chernoviz**, com ficou conhecido, tornou-se um best seller, (sendo vendidos 300 exemplares nos três primeiros dias), com 19 edições até 1924. O **Formulário e Guia Médico** continha a descrição dos medicamentos, suas propriedades, suas doses, as moléstias em que se empregam; as plantas medicinais indígenas, e as águas minerais do Brasil; a arte de formular, a escolha das melhores fórmulas, muitas receitas úteis nas artes e na economia doméstica. Em 1851, aparecia outro livro desse polonês formado em Montpellier, que aqui viera, a exem-

plo de outros médicos estrangeiros, para tentar a sorte: o **Dicionário de Medicina Popular**. Este manual, também editado pela livraria Laemmert, situada na rua da Quitanda, era destinado a “difundir os bons preceitos de saúde, precaver o público contra o charlatanismo, a destruir os erros populares a respeito da medicina, a inculcar o que se deve fazer nos acidentes súbitos, e a ensinar o tratamento de várias moléstias que podiam ser realizados na ausência de um médico”.

Alguns estudiosos da medicina imperial têm apresentado o saber médico oficial e seus porta-vozes, em especial a Higiene e os higienistas, como um poderoso instrumento de afirmação do poder centralizador do Estado, em oposição às regras de sociabilidade vigentes no mundo rural, onde imperava o patriarca no comando de grandes famílias, seus agregados e dependentes. Entretanto, face ao êxito editorial dessa medicina de cabeceira parece-nos necessário assumirmos uma posição mais dialética. Afinal, o sinhozinho que retorna à fazenda após anos de ausência, com seu anel de rubi e o título de doutor teria mesmo - como quer Gilberto Freire - afrontado o saber secular de sua mãe, usurpando-lhe seu amplo domínio sobre a arte de curar? Não teria ele encontrado certa receptividade, com seu saber parcialmente legitimado e reinterpretado à luz de uma medicina doméstica contaminada de noções acadêmicas?



A FORMAÇÃO MÉDICA E O NASCIMENTO DA ANATOMOCLÍNICA

Quadro de Araújo Porto Alegre que representa D. Pedro I entregando o Decreto que concedia aos diretores das faculdades de medicina a autorização para outorgar diplomas

*Flávio Edler e Maria Rachel Fróes da Fonseca **

A medicina acadêmica do século XIX tem uma história mais rica e complexa do que geralmente se pensa. Algumas de suas crenças e instituições moldam, ainda hoje, a formação e a prática médicas. A França e, em seguida, a Alemanha conformaram os principais cenários catalisadores das duas inovações que iriam revolucionar o saber acadêmico : a Medicina Anatomoclínica e a Medicina Experimental. Neste artigo, vamos examinar o nascimento da chamada Medicina Hospitalar, como também ficou conhecida a primeira dessas duas importantes inflexões.

O empiricismo sensualista, que caracterizou o movimento dos médicos reformadores na França pós-revolucionária, imprimiu uma retórica anti-racionalista que atribuía todas as mazelas da prática médica aos sistemas médicos racionalistas do século XVIII. Forjou-se, nessa ocasião, uma dicotomia entre racionalismo e empiricismo, que teria longa tradição no pensamento médico dos séculos XIX e XX. O primeiro seria assimilado às hipóteses aprioristas e aos grandes sistemas unificados de patologia e te-

rapêutica. O segundo, associado à observação, pressuporia uma concepção mais limitada de verdade que compreendia uma atitude cética em relação ao conhecimento já estabelecido e uma hostilidade face à teoria. O sensualismo clínico, que se espalhou mundo a fora a partir da prática hospitalar francesa, enraizava-se na crença de que a observação direta dos sintomas nos pacientes, vinculada à observação da lesão patológica nos cadáveres, seria a instância cognitiva que transformaria a medicina. As discus-

sões sobre a etiologia das doenças seriam eclipsadas nessa ocasião, já que dava margens a especulações insondáveis.

Os historiadores da medicina catalogaram os elementos da medicina francesa que se impuseram tanto no cenário acadêmico, quanto no exercício profissional: auscultação, percussão, patologia tissular, instrução clínica sistemática e autópsia, ceticismo clínico e estatística.

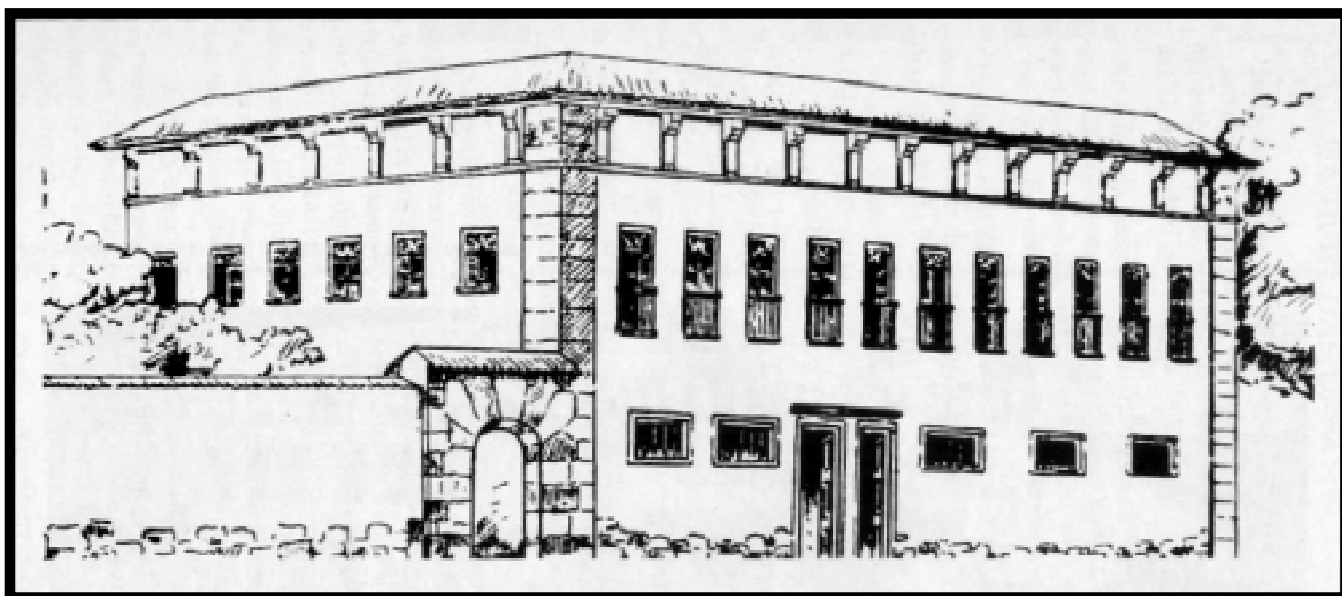
Foi a aplicação do estetoscópio, mais do que qualquer outra coisa, que tornou a Medicina Interna uma disciplina separada. A necessidade de aprender os métodos de diagnósticos clínicos, particularmente o uso do estetoscópio, tornou necessário o ensinamento individualizado junto ao leito do paciente, ao mesmo tempo em que revelou a inadequação do método de leitura anteriormente dominante. Uma vez que a proficiência no manejo de certos instrumentos tornou-se essencial, o método de transmitir ensinamentos clínicos perdeu a antiga passividade. Para proporcionar tal treinamento foi necessário não só a medicalização do hospital como uma série de mudanças sociais e técnicas que levariam à convergência entre os saberes cirúrgico e clínico, em fins do século XVIII. Os hospitais, onde um grande número de pacientes poderia ser examinado sob supervisão, passaram a ser vistos como a principal fonte de conhecimentos em diagnóstico e terapêutica.

Nesse período, as faculdades de medicina eram vistas como local de reprodução do conhecimento certificado. Apenas as academias e sociedades de medicina teriam o privilégio da inovação, arbitragem e validação do conhecimento. A dicotomia entre ensino e pesquisa só seria superada pelo modelo germânico que também introduziria a noção de evolução progressiva de seus saberes e de suas técnicas. Carentes de tal noção e dispostos de um volume relativamente modesto de informações, os médicos setecentistas citavam textos, aproveitavam casos clínicos e dados epidemiológicos, polemizavam com doutrinas de autores que, em certos casos haviam vivido muitos séculos antes, situando-os no mesmo plano de seus contemporâneos. A informação médica do passado era medicina viva.

Tal concepção perene do saber médico é constatável nas disposições regimentais das academias médico-cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia, que antecederam as faculdades de medicina. O estudante interessado em obter um diploma de Cirurgião Formado (diferenciando-se do simples Cirurgião), podendo nesse caso exercer a medicina onde não houvesse médicos, teria que repetir as cadeiras do quarto ano.

No Brasil, a Academia Imperial de Medicina (1829-1889) foi não apenas o principal fórum de debates sobre o ensino médico e a saúde pública imperial como também a principal trincheira voltada a defender a necessidade de implantação do modelo anatomoclínico francês. A transformação das Academias Médico-Cirúrgicas em Faculdades de Medicina, em 1832, foi obra sua. Para se compreender o significado das instituições médicas erigidas aqui, naquele contexto, é mister ter em mente não só o modelo anatomoclínico, como também a prevalência do paradigma ambientalista ou climatológico da patologia. A etiologia e a terapêutica, percebidas como um saber contingente, porque dependente das mutáveis circunstâncias climático-telúricas, implicava em que as instituições envolvidas com a produção, formação e aplicação do conhecimento médico – jornais, faculdades e academias – teriam sua jurisdição inextricavelmente circunscrita a um meio ambiente. O conhecimento médico não poderia ser livremente transferido de uma região para outra. Assim, um manual de patologia europeu teria que ser revalidado para ser usado em outro contexto distinto daquele em que foi originalmente produzido. A universalidade dessa premissa é que, contraditoriamente, conduziu à idéia da particularidade dos conhecimentos sobre diagnóstico, prognóstico, etiologia e terapêutica.

Se a base desse sistema era o hospital, seu ápice era constituído pela congregação das faculdades de medicina e pela AIM. Não à toa o núcleo que a criou era formado por médicos que exerciam seu tirocínio no hospital da Santa Casa da Misericórdia, que foi também o principal responsável pelo aprendizado clínico dos médicos naquele período.



ENSINO MÉDICO NAS CONFERÊNCIAS POPULARES DA GLÓRIA (1873-1880)

Flávio Edler e Maria Rachel Fróes da Fonseca *

As Conferências Populares da Glória, assim denominadas por se realizarem em escolas públicas localizadas na antiga freguesia da Glória, no Município da Corte, iniciaram-se em 23/11/1873 sob a iniciativa do Conselheiro Manuel Francisco Correia, senador do Império. As indicações sugerem que a atual Escola Amaro Cavalcanti, no Largo do Machado, construída entre 1874 e 1875, serviu de sede para as conferências. Transcorriam, inicialmente, nas manhãs de domingo (posteriormente estendidas para 2 dias semanais), e eram anunciadas antecipadamente em importantes jornais da época (*Jornal do Commercio, Gazeta de Notícias e Diário do Rio de Janeiro*).

Seu objetivo primordial era o de despertar o espírito para os mais diversos assuntos, excetuando-se as chamadas paixões políticas, crenças e princípios. Acreditavam que por meio da ilustração da sociedade, da divulgação da ciência e da cultura, o país poderia se transformado. Segundo o Cons. Correia, as Conferências deveriam ser franqueadas a todos, tendo em vista o seu principal objetivo, isto é, a instrução do povo. No entanto, através de relatos da época, constatamos que a sua platéia era constituída por um seletto público, com a presença da Família Imperial, da aristocracia da Corte, de profissionais liberais e estudantes.

As conferências abordavam temas culturais (literatura, teatro, história das civilizações, educação) e temáticas científicas (matemática, biologia, medicina, botânica, farmácia, física, astronomia). As epidemias, as enfermidades, as terapêuticas, o contágio, eram temas amplamente debatidos nas conferências.

A tribuna da Glória, como ficou conhecida, destacou-se como o fórum das polêmicas sobre a liberdade do ensino, a criação de universidades, e as doutrinas médicas (contagionistas versus anticontagionista...). Em 1880 professores e alunos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, liderados pelo Prof. Francisco Praxedes de Andrade

Pertence, expuseram em suas conferências a precariedade do ensino médico no país. Denunciaram o estado de penúria (desaparelhamento dos gabinetes, falta de laboratórios, inexistência de uma sede, dificuldades do relacionamento com a Santa Casa da Misericórdia) das instituições de ensino médico e a inadequação do ensino (excessivamente teórico): “Ensino superior” (Francisco Praxedes de Andrade Pertence); “Ensino superior, faculdades de medicina” (Nuno de Andrade); “Ensino superior, ciência prática e experimental e laboratórios” (João Paulo de Carvalho); “Ensino superior. Organização do ensino médico na Alemanha” (Hilário Soares de Gouveia); “Ensino superior. Vícios de organização da faculdade de medicina” (João Batista Kossuth Vinelli); “Ensino superior. Fisiologia e patologia experimentais” (Cypriano de Sousa Freitas); “Faculdades de medicina. Discípulos e mestres” (João Martins Teixeira); “Ciências físicas e naturais nas faculdades de medicina” (Benjamin Franklin Ramiz Galvão); “Meios práticos e econômicos para a reforma do ensino médico” (Joaquim Monteiro Caminhoá); “Ensino superior, microscopia prática” (Antonio José Pereira da Silva Araújo); “Ensino superior” (José de Saldanha da Gama); “Condições de reforma e desenvolvimento do ensino superior” (Luiz Joaquim Duque-Estrada Teixeira).

Andrade Pertence destacou o estado decadente da escola de medicina, embora tivesse professores dignos de competir com os sábios. A decadência decorria de fatores de outra ordem, os quais os obrigava, naquele momento, a esmolar dos particulares recursos pecuniários para a escola. Nuno de Andrade apontava a disparidade de instalações e de recursos orçamentários existente entre a Escola Politécnica e a Faculdade de Medicina, sinalizando que, a despeito da escola médica possuir um número maior de alunos, a instituição politécnica detinha recursos mais vultosos (quase três vezes mais) e melhores instalações. Ressaltava o fato de que a faculdade de medicina funcionava numa casa que antigamente fora um Recolhimento de Órfãs. O anfiteatro de anatomia na realidade estava instalado no espaço que era a cozinha, abrigando ainda o fogão. A sala de aula de anatomia era um corredor escuro, sem luz e sem ar. A sala de autópsias era um verdadeiro vestíbulo das latrinas, por onde circulavam miasmas em grande quantidade. O antigo horto botânico fora transformado em serventia do porteiro. O anfiteatro de operações era um telheiro, cercado por

duas paredes, com janelas amplamente rasgadas. A fisiologia, que vinha renovando a face da medicina, achava-se representada na faculdade pela ausência dos aparelhos necessários. João Paulo de Carvalho referia-se à Reforma Leôncio de Carvalho (decreto nº 7.247 de 19/04/1879) que, embora pouco aplicável ao país, merecia respeito porque estabelecia o ensino experimental. O ensino na faculdade de medicina era incompleto porque não havia laboratório de química analítica, nem sala de microscopia, e nem gabinete de medicina legal. Formava-se um médico, naquela faculdade, em cirurgia e partos, sem ter nunca assistido a um parto. Os alunos da faculdade eram, segundo João Paulo de Carvalho, “*verdadeiros astrônomos da medicina*”¹, que deveriam olhar para o céu da Europa.

Estas reivindicações já haviam sido formuladas anteriormente em outras instâncias como a Congregação e a Direção da Faculdade, porém sem resultados. Entretanto irão conseguir na tribuna da Glória a repercussão necessária, a ponto de influir positivamente no processo de reforma daquela instituição. Foi somente na gestão do Conselheiro Vicente Cândido Figueira de Sabóia na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que as propostas do decreto de 1879 começaram a ser implantadas, quando foram criados inúmeros laboratórios e gabinetes, promovidos cursos livres (ministrados por catedráticos, opositores e médicos destacados), e instaladas novas cadeiras. As Conferências da Glória não foram os únicos fatores que determinaram a implantação das reformas, mas não podemos deixar de considerá-las como impulsionadoras deste processo, como responsáveis pela “*cruzada valente em prol da sua querida escola*”².

Segundo os registros existentes as Conferências da Glória ocorreram até 1889, quando foram interrompidas, sendo retomadas em 1891, sob a direção do Cons. João Manuel Pereira da Silva, por ocasião do 4º Centenário do Descobrimento da América.

1 Carvalho, João Paulo de. **Ensino Superior, ciência prática e experimental e laboratórios**. Conferência nº 329, 15/08/1880.

2 Figueiredo, Affonso Celso de Assis. **Discursos sobre a reforma das faculdades de medicina proferidos do Senado em diversas sessões de 1882 pelos conselheiros Affonso Celso e Pedro Leão Velloso**. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1883.



O SURGIMENTO DA MEDICINA EXPERIMENTAL E REFORMA CURRICULAR

*Flávio Edler e Maria Rachel Fróes da Fonseca **

O ingresso das disciplinas médicas experimentais no cenário acadêmico brasileiro foi marcado por fortes controvérsias, até fins do século XIX. A exemplo do que ocorreu então, na França, Inglaterra e Estados Unidos, a aceitação da sinergia entre a bancada e o leito, isto é, entre os estudos laboratoriais em fisiologia e patologia experimental, por um lado, e a clínica hospitalar, por outro, foi um produto tardio da consciência médica. A forte influência da filosofia sensualista, que endossara a revolução anatomoclínica contra os sistemas médicos do século XVIII, com seu apego à observação metódica e enorme desconfiança face à especulação teórica, às explicações causais, aos estudos microscópicos e à experimentação animal, tornou-se um obstáculo à ascensão da autoridade científica das disciplinas experimentais.

Entretanto, é preciso assinalar o equívoco que boa parte da historiografia médica brasileira incorreu ao admitir a retórica forjada pelos médicos sanitaristas e reformadores do período republicano, os quais acusaram o corpo docente das faculdades médicas do Império de assumir uma pos-

tura livresca e mesmo anti-científica. Estudos mais recentes têm demonstrado que a pesquisa experimental foi se insinuando gradativamente na esfera educacional, não apenas pela propaganda desencadeada pelos periódicos médicos não oficiais, mas também pela inserção ativa de alguns

poucos grupos de médicos brasileiros em programas de pesquisa voltados para o conhecimento da patologia tropical e de profilaxia e terapêutica das graves doenças epidêmicas, que começaram a varrer as cidades litorâneas brasileira a partir da segunda metade do século XIX.

A tese de que qualquer inovação no ensino médico teria que vir de fora do ambiente acadêmico, supostamente avesso a mudanças, explica a interpretação consagrada de que a via exclusiva da modernização do currículo médico foi obra da geração pós Oswaldo Cruz e se deu pelo impacto do Relatório Flexner (1910).

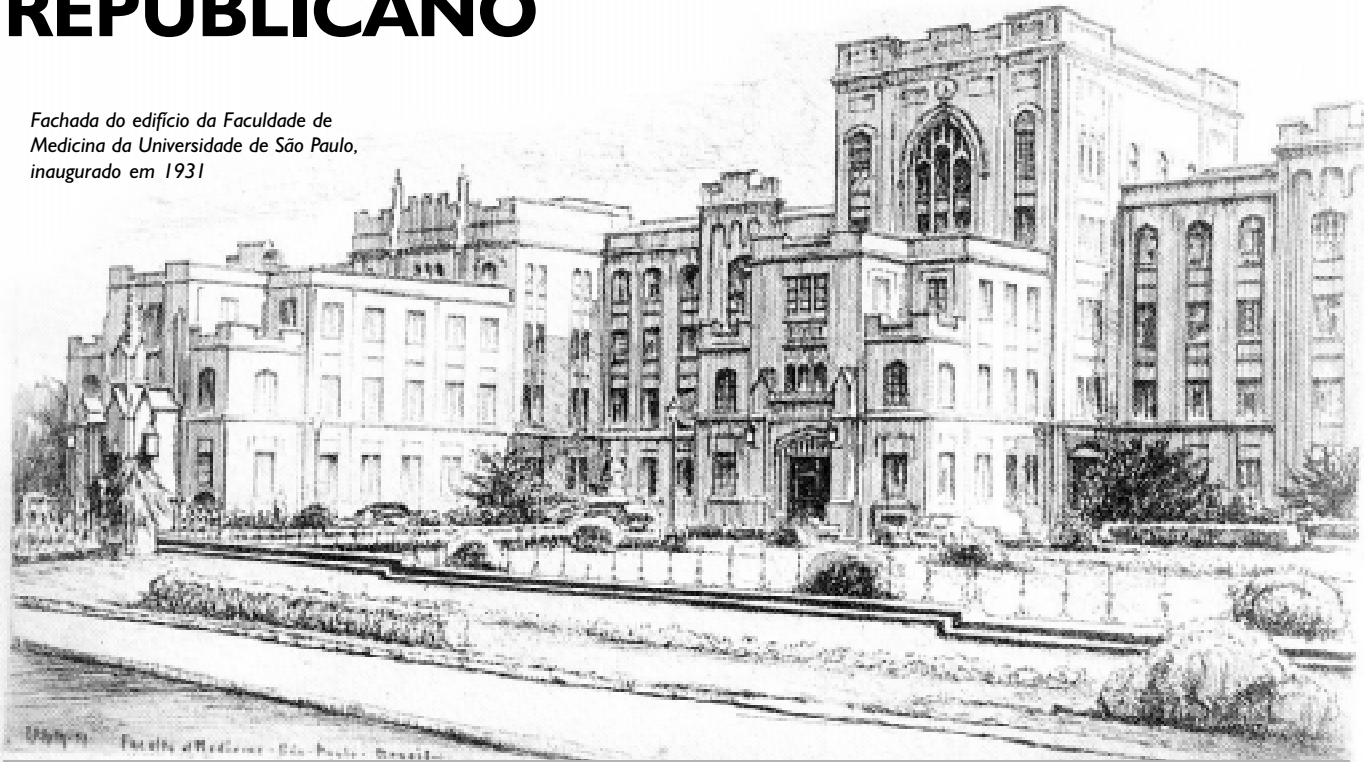
Como vimos no Boletim passado, o “partido da Glória” arregimentou forças sociais suficientes para produzir uma reforma que deu novos estatutos às faculdades médicas do Império. No Rio de Janeiro, a Reforma Sabóia (1882), resultou na construção de 11 laboratórios e na transformação completa do currículo médico, segundo o inovador figurino germânico que pregava o ensino prático e livre. Na Bahia, Pacífico Pereira, representante do núcleo de pesquisadores em parasitologia médica, implementaria reforma semelhante, quando assumiu a direção da Faculdade.

Muito antes, portanto, da tardia reforma médica norte-americana, a elite médica brasileira, organizada em torno de periódicos como a *Revista Médica do Rio de Janeiro* (1873-1879), a *Gazeta Médica da Bahia* (1864-1915), o *Progresso Médico* (1876-1880) e *União Médica* (1881-1889), já aderira à crítica ao modelo institucional francês que, além de centralizador, separava a atividade de pesquisa prática do processo de formação médica. A Lei do Ensino Livre (1879), ainda que mantivesse a concessão do diploma como prerrogativa das duas únicas faculdades médicas oficiais, abriu espaço para que o grupo médico organizado em torno da União Médica criasse, na Policlínica Geral do Rio de Janeiro, o mais importante núcleo de ensino e pesquisa da época, rompendo de fato com o monopólio oficial.

A Constituição republicana de 1891 referendou a autonomia das províncias. No mesmo ano a Reforma do ensino superior, conhecida como Reforma Benjamim Constant, concedeu autonomia para que os constituintes provinciais definissem sobre sua organização. Tal liberdade ensejou a criação de faculdades médicas no Rio Grande do sul (1897) e São Paulo (1901), exemplo seguido paulatinamente por outras regiões.

O ENSINO MÉDICO NO CENÁRIO REPUBLICANO

Fachada do edifício da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, inaugurado em 1931



*Flávio Edler e Maria Rachel Fróes da Fonseca **

A simbiose entre o laboratório e a clínica, que caracteriza ainda hoje a biomedicina, resultou, já em fins do século XIX, nas conquistas em diagnóstico, terapêutica e profilaxia, demarcando uma profunda ruptura com a medicina ambientalista da era pré-pastoriana. No tocante ao ensino médico, o século XX iniciava-se com uma clara sinalização. Uma escola médica requeria: filiação universitária, teatros anatômicos, salas de leitura, mesas de autópsias, laboratórios e bancadas, pesquisa ligada ao ensino, instrutores clínicos em tempo integral, uso de tecnologias atualizadas e hospital-escola com grande quantidade de doenças interessantes. Este ideal, perseguido pioneiramente pela estrutura educacional germânica, seria aperfeiçoado nos EUA, onde Simon Flexner, tendo em mente o modelo vigente na Johns Hopkins University, e contando com os fundos privados das fundações Rockefeller e Carnegie, se tornaria o símbolo da cruzada pela reforma da profissão médica, inaugurada pela American Medical Association meio século antes.

Como vimos no artigo precedente, o ensino médico imperial vinha adotando o figurino germânico desde 1880. A Lei Leôncio de Carvalho (1879) foi a brecha institucional que permitira a implantação do ensino livre e experimental, antes da queda da monarquia. Com a Constituição Republicana (1891), que delegava aos estados a responsabilidade pela organização do ensino superior, teve

início toda uma série de experiências regionais de institucionalização do ensino médico, ainda mal conhecida. Os casos de São Paulo e do Rio Grande do Sul são ilustrativos dessa diversidade.

Os gaúchos adotaram uma perspectiva positivista em sua Constituição Estadual (1891), garantindo ampla liberdade de ensino, como queriam os seguidores de Augusto

Comte. Desta forma, até 1930, curandeiros, mezinheiros, pajés, espíritas, feiticeiras e membros de ordens religiosas, concorriam livremente com os médicos alopatas e homeopatas, oferecendo seus serviços aos doentes. Sem o resguardo legal, o exercício do poder profissional no hospital da Santa Casa da Misericórdia pela Faculdade de Medicina (1897), crucial conforme o modelo biomédico que se queria implantar, teve que ser compartilhado, negociado e mitigado, num espaço dominado pelas irmãs religiosas e permissivo face às outras práticas de cura. Sua medicalização, isto é, sua transformação em local de ensino e pesquisa clínica e laboratorial, só ocorreria lentamente, ao longo da República Velha.

Já os médicos paulistas, organizados desde 1895 na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, encontraram um quadro institucional mais favorável. O primeiro instrumento legal, criando uma escola de medicina data de 1891. Contudo, a criação efetiva da escola só ocorreria 21 anos mais tarde, em 1912, sob a denominação de Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, depois Faculdade de Medicina de São Paulo (1925) e, finalmente, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1934). Seu primeiro diretor, Arnaldo Vieira de Carvalho era, também, diretor clínico da Santa Casa de Misericórdia, desde 1894 e diretor do Instituto Vacinogênico, desde sua criação em 1892. As relações entre a Faculdade e a Santa Casa se mantiveram até a criação do Hospital das Clínicas, em 1945.

A estrutura curricular da Faculdade buscava dosar aulas teóricas e práticas de laboratório, abrindo a possibilidade de uma formação mais científica e não meramente clínica. O curso, que tinha a duração de seis anos, contava, em seu quadro docente original, com 6 professores estrangeiros nos cursos de Anatomia Experimental e Descritiva, Parasitologia, Fisiologia, Microbiologia e Patologia Geral.

A partir de 1918, um acordo com a Fundação Rockefeller permitiu a criação do Departamento de Higiene da Faculdade de Medicina, a cargo do Norte Americano Samuel Taylor Darling. A mesma Fundação custeou as viagens de estudos de Horácio de Paula e Souza e Francisco Borges Vieira para permanecerem por dois anos na Escola de Saúde Pública da Johns Hopkins University. Entre 1918 e 1925, especialistas da Rockefeller atuaram diretamente na vida acadêmica, implantando disciplinas, departamentos e institutos. A partir de 1926, o modelo flexneriano se afirmou, com a criação do tempo integral para as disciplinas clínicas e pré-clínicas (estruturadas em departamentos) e a redução do número de vagas (50) para a escola. A figura do pesquisador em dedicação exclusiva à pesquisa e docência, somada à criação do hospital-escola (Hospital das Clínicas) constituíam o cerne do modelo introduzido pela Fundação Rockefeller, que em contrapartida forneceu recursos na ordem de 1 milhão de dólares.

A trajetória do ensino médico em São Paulo é expressiva da tendência que a formação médica brasileira sofreria no século XX. A liderança da tradição clínica, identificada com o modelo francês, seria gradativamente ofuscada pela ascensão das disciplinas básicas e pelas especialidades clínicas, agora associadas ao figurino Norte-americano.

BIBLIOGRAFIA

MARINHO, Maria Gabriela S. M. C. **Norte-americanos no Brasil: uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo (1934-1952)**, São Paulo, Universidade de São Francisco - Editora Autores Associados, 2001.

WEBER, Beatriz Teixeira. **As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928**, Santa Maria/Bauru, Editora da UFSM, EDUSC, 1999.

Com este artigo, procuramos delinear alguns dos fatores que têm contribuído para singularizar o processo de ensino, seu dinamismo bem como suas crises sucessivas, nas últimas décadas. No Brasil, os projetos de reformas, que levaram à implantação dos modelos de Medicina Preventiva, Comunitária e Familiar, foram precedidos de diagnósticos que identificavam a inadequação do perfil do profissional recém formado. Estas avaliações têm sido compartilhadas pelos governos de diversos países, nos quatro cantos do mundo. Nos restringiremos, portanto, a sublinhar os vínculos determinantes e universais, constituídos entre a medicina, o sistema econômico, a ordem política e os movimentos sociais contemporâneos.

A CRISE DA EDUCAÇÃO MÉDICA NA SEGUNDA METADE DO SÉCULO XX

*Flávio Edler e Maria Rachel Fróes da Fonseca **

A crise onipresente na educação médica, derivada, em parte, da expansão exponencial do conhecimento médico, tem levado a sucessivas mudanças no currículo médico. A crescente especialização (e sub-especialização), outra conseqüência da expansão de conjuntos diferenciados de informações, terapias e tecnologias médicas, fez aumentar o período e os programas de treinamento nas pós-graduações existentes. A especialização comprometeu inicialmente a educação e o papel do médico generalista, além de propiciar o aparecimento das profissões para-médicas.

Vários movimentos sociais e políticos têm interpelado as escolas médicas, cobrando-lhes uma nova postura diante de questões ético-políticas. Dilemas morais, postos por novas tecnologias médicas, e apelos ao seu engajamento na luta pela qualidade dos serviços prestados tornaram-se endêmicos.

Em função dos custos crescentes dos serviços de saúde nos orçamentos dos países e da reivindicação pela universalidade, integralidade e equidade do cuidado médico, o Estado incorporou a educação médica no rol das políticas



públicas inerentes aos sistemas nacionais de saúde. Recapitulemos alguns cenários.

A partir da década de 1920, a maioria das escolas médicas requeria de 4 a 5 anos de estudos, focalizados nas ciências biomédicas e nas especialidades clínicas. Aos poucos aumentou a pressão para a inclusão das ciências básicas na formação secundária, gerando a separação entre formação clássica, isto é, humanista, e científica. Na outra ponta, a especialização criou uma tensão entre o licenciado em medicina e o especialista, reconhe-

cido como tal pelas sociedades médicas e, em pouco tempo, pelo Estado.

Com a universalização do modelo flexneriano de ensino médico, após a IIª G.M., consolidam-se as especialidades: Higiene, Saúde Pública, Bioquímica, Epidemiologia, Pediatria, Hematologia. A Urologia, a Neuropsiquiatria e a Dermatologia e Sifilografia, estão entre os primeiros campos que estabeleceram certificados formais para seus pares.

Uma questão que vem sendo reposta desde então, refere-se ao conhecimento que deve ser exigido do estudante de medicina, antes de se tornar um especialista. As soluções dependem da interação entre o médico generalista e o especialista, em cada sistema nacional de saúde.

Na Europa, onde os governos gerenciam sistemas nacionais de saúde, desde 1940, o médico generalista tornou-se o coordenador dos cuidados primários e o responsável pelo encaminhamento aos especialistas. Nos EUA, onde existe um sistema privado altamente competitivo, os pacientes buscam os especialistas diretamente, o que levou ao gradativo abandono do interesse pela formação generalista. Em ambos os sistemas, o especialista recebe maior remuneração e prestígio, alcança os lugares mais proeminentes na hierarquia profissional e possuem, geralmente, maior liderança política; em ambos os sistemas, os especialistas controlam o acesso e limitam a oferta de profissionais.

É preciso salientar ainda, que desde a década de 1960, o ideal de uma formação médica universitária que preencha os requisitos de um patamar comum em todas as especialidades e um aprendizado prático suficiente, tornou-se crescentemente ilusório. Nessa mesma década, a afirmação dos direitos civis nos EUA e na Europa ocidental (mulheres, negros, minorias religiosas e étnicas) ampliou o acesso desses grupos à educação médica universitária. Da mesma forma, grupos sociais e estudantes se mobilizaram para reivindicar a inclusão de novos temas, como *pobreza* (causalidade social da doença), *acesso universal ao cuidado médico* (crítica da inadequação do currículo à realidade epidemiológica da população), *deterioração da relação médico-paciente* (significado ético da introdução de novas tecnologias e dos constrangimentos institucionais que a assistência médica é prestada).

As respostas curriculares têm sido muito diversas, dependendo das realidades nacionais. Maior atenção foi dada à Medicina Preventiva, à Medicina Comunitária, ao modelo de aprendizagem baseado em problemas e capaz de interagir globalmente com o paciente, tendo em conta sua condição social.



Do mesmo modo, a crise da educação médica é também a crise do modelo liberal de medicina. Os movimentos de promoção da saúde, intimamente ligados aos valores da democracia, da cidadania e do multiculturalismo são outras tantas ameaças ao antigo padrão de formação médica. Médicos e pacientes têm sido encorajados a desenvolver uma relação mais igualitária. Dentre os objetivos postos pelas sociedades médicas e pelos planejadores em saúde, estão a difusão de informações sobre saúde e programas de capacitação orientados para determinados perfis de pacientes. Ambos os programas visam à cooperação e negociação entre médicos e seus clientes. Nos países desenvolvidos, o clima cultural anti-autoritário tem ajudado a diluir a supremacia do poder das profissões em geral e dos médicos em particular. Determinantes demográficos, políticos e econômicos do mundo globalizado têm nos levado a reconsiderar, assim, os processos familiares do exercício e da formação profissional

A questão dos custos, a importância do laboratório e da ciência clínica, o acesso a novas tecnologias e aos especialistas, a medicina preventiva, a formação humanista e os direitos dos pacientes têm sido alguns dos ingredientes do amplo debate atual sobre os rumos da educação médica.

TENDÊNCIAS DA EDUCAÇÃO MÉDICA NAS DÉCADAS DE

1950-1960



Aula de Histologia para alunos de medicina na Faculdade de Medicina da UFRJ, na década de 1960.

*Flávio Edler e Maria Rachel Fróes da Fonseca **

A partir da década de 1950, os debates em torno da formação médica, em especial aqueles que questionavam o conteúdo curricular e o processo de ensino, perdem definitivamente seu viés informal e paroquial. Na América Latina, organismos internacionais, destacadamente a Organização Pan-Americana de Saúde, as fundações Rockefeller e Kellogg, a Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades (Escolas) de Medicina (Fepafem) - criada em 1962 - e a Associação Latino-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina (Alafem) - criada em 1984 e ideologicamente alinhada à esquerda do espectro político -, promovem a crítica da separação entre a medicina curativa e a preventiva, a partir de diferentes marcos teóricos. Paralelamente, o afluxo de médicos residentes, que foram se especializar principalmente nos EUA, conforma um movimento cuja influência “silenciosa” não pode ser desprezada. Como nota um estudioso do tema, estes últimos estabeleceram vínculos culturais que potencializaram a apropriação indiscriminada de tecnologias e de seu incremento nos ambientes de ensino e de serviços médicos¹.

Os questionamentos ao modelo de ensino Norte-Americano, que aqui chegou sob a etiqueta de “modelo flexneriano” - o qual discutimos em suas linhas gerais no artigo

anterior - parece ter sido contemporâneo à sua introdução. Assim, já num seminário ocorrido em Cali (Colômbia), realizado em 1955 sob os auspícios da OPS, é possí-

vel constatar ecos da conferência de Colorado Springs, onde foram lançadas as bases de uma “medicina integral”. Desde esse seminário precursor, bem como dos que ocorreram em Viña del Mar (Chile) e Tehuacán (México), em 1956, consolidam-se os esforços para o desenvolvimento das disciplinas básicas, para a introdução do ensino dos aspectos preventivos, sociais e para a criação de departamentos de medicina preventivas nas escolas médicas Latino-Americanas.

O que ocorria no Brasil, nesse contexto? De um modo geral, o fenômeno mais saliente das mudanças que estão ocorrendo no ambiente médico acadêmico, desde o início dos anos 60 é a explosão da oferta de vagas para estudantes. Das 26 escolas médicas que existiam até 1960, passamos para 73 em 1973. Enquanto a média de formandos, em 1960, era de 1200 alunos, essa cifra alcançaria 3000, em 1970. Estes dados acompanham o processo de urbanização e expansão da economia, intensificado desde a década de 1960. No contexto Latino-Americano, o Brasil destoa, porque a expansão se fez com base nas escolas privadas e isoladas (44% dos estabelecimentos em 1972). Esta tendência reforçou a concentração regional, no Sudeste, e se deu sem um compromisso com a qualidade ou com as propostas curriculares inovadoras. A Comissão do Ensino Médico do MEC, instituída em 1971 apontou em diversos documentos as mazelas sofridas pelo ensino: corpo docente desqualificado, com pouca ou nenhuma experiência em pesquisa; falta de infra-estrutura para a pesqui-

sa; professores convidados itinerantes; falta de campo para a prática de estudantes, na fase clínica ou de internato; isto é, cursos eminentemente teóricos sem a realização de estágios práticos. As experiências inovadoras ocorreram, em sua maioria, nas escolas públicas, seja nas escolas de maior tradição e prestígio – Curso Experimental de Medicina da USP, reforma curricular na Faculdade de Medicina da UFMG - ou em escolas novas - a experiência curricular da Faculdade de Medicina da UNB, das faculdades de Medicina de Botucatu, Unicamp, e Ribeirão Preto.

Em geral estas experiências foram efêmeras. Segundo Laura Feuerwerker “praticamente todas sucumbiram ao modelo hegemônico da educação médica (prática baseada fundamentalmente no hospital-escola, currículo marcado pela fragmentação do conhecimento em função do processo de especialização, metodologias de ensino tradicionais, centradas no professor)”².

BIBLIOGRAFIA

- 1 – ALMEIDA, Márcio José. “A educação médica e as atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos, *Rev. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, v.25, nº 2, maio/ago 2001, p. 42-52.
- 2 – FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**, São Paulo, Hucitec/Rede Unida, 1998.

INOVAÇÃO CURRICULAR NO PLANALTO CENTRAL



*Flávio Edler e Maria Rachel Fróes da Fonseca **

Como discutimos no artigo anterior, a década de 1960 assinalou uma forte expansão da oferta de médicos no Brasil, com a correspondente ampliação do número de instituições formadoras: em 1960, 1.528 médicos se graduaram nas 28 faculdades médicas existentes; dez anos mais tarde, 3.293 médicos se formavam em 48 escolas de medicina. Entre 1966 e 1970, foram criadas mais escolas (39) do que em todo o período anterior. Esse formidável crescimento foi, em grande parte, custeado pelo Estado – em 1972, os recursos federais, estaduais e municipais representavam 62% das fontes de custeio do ensino médico público e privado.

Nesse contexto, a criação da Faculdade de Ciências da Saúde da UNB ilustra uma das poucas iniciativas inovadoras, que incorporavam uma reflexão crítica ao modelo fictício de departamentos, onde o sistema de cátedras minava as possibilidades reais de integração. Em sua concepção inicial, propunha-se um modelo de ensino que rompesse com a separação do corpo docente entre aqueles voltados à investigação fundamental e os demais, ocupados com sua aplicação clínica. No tocante ao processo de ensino, o inviável aprendizado dos detalhes sobre os últimos conhecimentos gerados em cada especialidade deveria ser abolido, pondo-se ênfase numa formação básica que incutisse uma atitude voltada à aprendizagem permanente. Era a bandeira da formação integral, em que o conhecimento das matérias clínicas deveria se articular aos aspectos sociais e ecológicos postos pela clientela da região circunvizinha. O hospital comunitário de Sobradinho tornou-se coordenador das ações integradas de prevenção e cura.

Os aspirantes à carreira médica ingressavam, primeiramente, no Instituto Central de Biologia, onde seguiam um curso de um ano, comum a todas as carreiras biomédicas. Além das disciplinas comuns – bioquímica, biofísica, genética, citologia e matemática aplicada –, os estudantes de medicina estudavam antropologia e psicologia social. O ciclo profissional, iniciado em 1966, tinha como propósito formar

médicos generalistas que compreendessem os múltiplos fatores que causam os processos mórbidos e, ao mesmo tempo, considerassem a saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social. A intenção era a capacitação de médicos voltados a fomentar, manter e restabelecer a saúde do indivíduo, da família e da comunidade.

O pessoal docente da Faculdade desempenhava suas funções em regime de tempo integral e dedicação exclusiva. No ciclo básico, onde se concentrava a fase principal do ensino formal, o ensino da biologia humana e patológica integrava-se, na análise de ambos os aspectos. Os projetos de experimentação, que contavam com a participação de quase todos os professores, se baseavam, principalmente, nos estudos fisiológicos, através dos quais eram apresentados aspectos específicos de outras disciplinas. Isto permitia uma integração melhor entre os professores de clínica e ciências básicas e melhor orientação do ensino para a aplicação clínica.

Apesar do apoio da Organização Pan-Americana da Saúde, já no início da década de 1970, a experiência inovadora de Brasília foi inviabilizada pelo ambiente de asfixia política que se formou em torno da Universidade e pela tendência à especialização fragmentada, impulsionada pela dinâmica do mercado de trabalho médico, que se refletia no descompromisso crescente de vários docentes com o projeto integrador.

PROLIFERAÇÃO DAS ESCOLAS MÉDICAS - AUMENTO DO NÚMERO DE MÉDICOS FORMADOS



*Manifestação de residentes na Cinelândia/
Rio de Janeiro, na década de 80.*

*Flávio Edler e Maria Rachel Frões da Fonseca **

Nos últimos artigos desta série, temos discutido, em termos gerais, as trajetórias que o ensino médico brasileiro percorreu nas décadas de 1960 e 1970, salientando suas principais tendências. Um aspecto não trivial naquele movimento foi a proliferação vertiginosa de escolas médicas de baixa qualidade, situadas, em geral, na periferia dos centros médicos tradicionais. Convém entender a política que gerou tal resultado.

Entre 1965 e 1972, as matrículas no 1º ano dos cursos de medicina cresceram de 3.800 para 9 mil alunos. Como resultado desse incremento de vagas, o número estimado de médicos diplomados no Brasil em 1978 era de 100.000 – o dobro da totalidade dos médicos que exerciam a profissão em 1972. A simples menção do número de escolas médicas criadas naquele mesmo período (37), que contribuíram para gerar cifras tão expressivas, levanta uma suspeita sobre a qualidade dos

médicos que ingressaram no mercado de trabalho nesses seis anos. Ao analisar esta tendência, a Comissão do Ensino Médico do MEC advertia: “Por motivos óbvios o ensino médico não pode, em hipótese alguma, limitar-se a preparo doutrinário dos alunos. Requer aprendizado rigoroso de habilidades psicomotoras e adoção de determinadas atitudes em situações complexas, o que exige instrução individualizada por pessoal docente altamente qualificado e equipamento abundante”.

Os estudos empreendidos por aquela comissão revelavam que, a serem seguidos os regulamentos do currículo mínimo, as 37 faculdades criadas desde 1965 deveriam ter mobilizado mais de 3 mil professores. Não houve a menor possibilidade de treinar pessoal para esse desempenho e muito menos de encontrá-lo, já formado, fora dos grandes centros urbanos, onde se localizavam muitas das novas escolas. Nos estados onde já havia concentração de médicos, proliferou o sistema no qual professores com títulos acadêmicos, residentes em outras cidades, passaram a lecionar durante um ou dois dias na semana em cada Faculdade, emprestando prestígio, mas inviabilizando a continuidade na orientação da assistência aos pacientes ou dos experimentos nos laboratórios. As cifras ajudam a estimar o descalabro. No Estado de São Paulo, onde havia 4 faculdades de medicina até 1963, foram criadas, entre aquela data e 1971, mais 14 escolas. No Rio de Janeiro, das 4 faculdades existentes até 1965, passamos para 12 em 1971: 8 a mais. Em Minas Gerais, 5 cursos foram criados entre 1968 e 1971, contra 4 existentes até então. No Rio Grande do Sul, das 2 faculdades de medicina em funcionamento até 1961, passamos para 9 em 1970, isto é, 7 novos cursos em apenas 9 anos. Enquanto as instalações e os equipamentos necessários ao funcionamento do ciclo básico eram itens relativamente fáceis de cumprir, não é preciso insistir sobre a precariedade das bibliotecas e dos recursos hospitalares (leitos, instrumentos, administração e pessoal de apoio).

Se a Comissão do Ensino Médico do MEC mostrou-se tão crítica à situação do ensino à época, quem foram os responsáveis por aquela política de expansão indiscriminada? A resposta não é simples, ela deve ser buscada ao mesmo tempo na elite profissional, na burocracia estatal e na fisionomia da sociedade que emergiu como produto do desenvolvimentismo dos anos JK.

Pressionado pela corporação médica, pelos movimentos sociais urbanos e pelo aumento dos gastos que a assistência hospitalar e a saúde pública impunham ao orçamen-

to, o Estado incluiu o ensino médico na pauta das políticas públicas já em meados da década de 1950. Alguns dados foram mobilizados politicamente: milhares de municípios sem médicos; reduzida proporção médico/habitantes; baixíssimos índices de saúde (mortalidade infantil, sobrevida média, etc.). Por outro lado, as novas camadas médias urbanas viam na medicina a possibilidade de ascensão social para seus filhos.

É um truísmo dos estudiosos dos fenômenos sociais a constatação de que a história atua na contramão das políticas de planejamento. Nosso tema ilustra bem a discrepância entre os objetivos almejados pelos organismos que formularam e ajudaram a implementar a política de expansão de escolas médicas e os resultados não esperados de suas ações. Apesar do consenso sobre os padrões mínimos de eficiência do processo ensino-aprendizagem – os quais, conforme expresso na *1ª Conferência sobre o Ensino da Clínica Médica no Brasil (1961)*, deveriam voltar-se à formação de clínicos gerais e combater a especialização precoce –, o que se verificou foi o incremento de um grupo de escolas com as seguintes características: isoladas, não associadas a universidades; privadas, mas dependentes de verbas federais; com corpo docente sem interesse pela atividade de pesquisa e, em geral, em regime de tempo parcial e não residente na localidade onde se situava a escola; com recursos bibliográficos insuficientes; com currículo e metodologia de ensino desatualizados.

Não é difícil, entretanto, identificar as camadas médias emergentes como os principais agentes desse processo. Geralmente situadas fora ou na periferia dos grandes centros urbanos, originadas a partir de hospitais comunitários precariamente instalados, ou por vezes bem equipados, mas não adaptados ao ensino e dispendo de corpo clínico sem títulos acadêmicos ou experiência docente, essas escolas médicas atendiam aos anseios de estudantes muitas vezes já integrados à força de trabalho, que exerciam atividades não médicas ou provinham de regiões diversas daquelas em que se situava a escola.

PROJETO HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL NO SÉCULO XX

*Flávio Edler e Maria Rachel Fróes da Fonseca **

Neste número, informaremos sobre o desenvolvimento do projeto História da Educação Médica no Brasil, no Século XX, que deu origem à série História da Educação Médica. Nos dois próximos boletins, apresentaremos alguns marcos históricos que conduziram ao atual momento, em que o debate sobre a formação médica recebeu novo impulso. No último artigo da série, abordaremos, em linhas gerais, alguns dos problemas gerados com a rápida expansão das faculdades médicas nas décadas de 1960 e 1970. Tais problemas foram discutidos em diversos fóruns, e a ABEM teve um papel destacado na formulação e condução de políticas voltadas à sua superação. Em razão da diversidade de cenários e da complexidade do tema, restringiremos nossa análise ao ambiente de atuação da ABEM. Como o historiador não tem a pretensão de deter o monopólio da explicação histórica, esperamos que a apresentação panorâmica das tendências e dos dilemas contemporâneos da educação médica possa suscitar novas contribuições ao debate em curso.

O projeto História da Educação Médica no Brasil, no Século XX reúne profissionais da Escola Nacional de Saúde Pública, por seu Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde; da Casa de Oswaldo Cruz, através do Laboratório de História da Medicina e da Saúde, e da ABEM, por sua Diretoria Executiva. Representa um esforço de repensar a educação médica num momento em que o movimento voltado à sua transformação mobiliza todas as escolas. Considerando sua dimensão e abrangência, elaboramos subprojetos com a perspectiva de construir quadros históricos das instituições de formação médica do país e analisar trajetórias de associações profissionais e políticas públicas para a área da educação médica.

Com o apoio da Faperj, realizamos um levantamento das fontes históricas relativas às instituições de ensino médico no Estado do Rio de Janeiro e recolhemos dados sobre criação, antecedentes, objetivos e atuação de cada Faculdade. Como previsto, estamos desenvolvendo, numa primeira fase do projeto, um estudo sobre a trajetória da ABEM baseado em depoimentos de ex-diretores e atores de destaque no cenário da educação médica brasileira. Como parte da metodologia de História Oral, elaboramos uma cronologia da ABEM articulada aos marcos das políticas públicas de educação médica no século XX. Esta cro-

nologia, acrescida dos dados fornecidos pelos currículos dos entrevistados selecionados, serviu de base para a organização de roteiros de entrevistas. Já contamos com os depoimentos de José Roberto Ferreira, Benedictus P. de Siqueira, Roberto Figueira Santos, Clementino Fraga Filho e Mario Magalhães Chaves. Estas entrevistas estão sendo transcritas e, depois de revistas pelos depoentes, irão constituir os primeiros volumes do Acervo de Depoimentos Oraís da História do Ensino Médico no Brasil. Esse acervo ficará sob a guarda do Departamento de Arquivo de Documentação da Casa de Oswaldo Cruz, e os depoimentos liberados pelos entrevistados serão cedidos à biblioteca da ABEM, para consulta pública.

Por intermédio do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde da COC e do Núcleo de Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde da ENSP, temos apoiado a feitura de artigos e dissertações sobre o assunto. Os artigos que têm sido divulgados regularmente neste Boletim espelham parcialmente esses investimentos.

Coordenação: Dr. Antenor Amâncio Filho

Equipe: Dr. M^a. Rachel Fróes da Fonseca
Dr. Flavio Coelho Edler
Dr. Sérgio Rêgo