UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UERJ

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Série: Estudos em Saúde Coletiva nº 122

A HISTÓRIA DA PROFISSÃO MÉDICA:
Algumas Considerações Metodológicas

André de Faria Pereira Neto

Agosto 1995

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

A HISTÓRIA DA PROFISSÃO MÉDICA:
algumas considerações metodológicas

ANDRÉ DE FARIA PEREIRA NETO
Agosto/1995

Nº 122

Diretor: José C. Noronha
Conselho Editorial: Cid M. de Mello Vianna (Coordenador)
George Kornis
Luiz Antonio de Castro Santos
Secretário/Diagramação: Victor Manoel Moreira Gonzalez
Nota: A série "Estudos em Saúde Coletiva" é uma publicação de textos para discussão do Instituto de Medicina Social - IMS, de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

P 436 PEREIRA NETO, André de Faria. A história da profissão médica: algumas considerações metodológicas. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1995. 28 p. (Série: Estudos em Saúde Coletiva; 122).

Descritores:
HISTÓRIA DA MEDICINA
OCUPAÇÕES EM SAÚDE
RECURSOS HUMANOS

Impressão e acabamento final: Gráfica da UERJ.

A HISTÓRIA DA PROFISSÃO MÉDICA:
Algumas considerações metodológicas*

André de Faria Pereira Neto**

Nosso objetivo, neste artigo, é apresentar, de forma sumária, como Paul Starr e Claudine Herzlich fizeram da profissão médica um objeto de estudo para a História. Nossa intenção é analisar a proposta metodológica apresentada por cada um dos autores, respectivamente, na primeira parte do livro "The Social Transformation of American Medicine"(1982) e no artigo "The evolution of relations between French physicians and the State from 1880 to 1980"(1982). Ambos acompanham o processo de transformação ocorrido na organização e no reconhecimento da profissão médica no final do século passado e início deste: Starr acompanha o caso Norte-americano, Herzlich o Francês.

O livro de Starr obteve o reconhecimento da crítica especializada Norte-americana, chegando a receber, em 1984, o prêmio Pulitzer. A obra é considerada, atualmente, uma referência obrigatória para aqueles que pretendam compreender a evolução histórica da profissão médica e da medicina nos Estados Unidos. Claudine Herzlich é autora de significativa obra

---

* Este artigo é parte de uma pesquisa que desenvolvo na Casa de Oswaldo Cruz/ FIOCRUZ sobre a História da profissão Médica no Brasil .

** Historiador, Doutorando do Instituto de Medicina Social/UERJ, Pesquisador da Casa de Oswaldo Cruz / FIOCRUZ - Av. Brasil 4036/401, Manguinhos CEP: 21040-361 Rio de Janeiro.

abordando, particularmente, a dimensão simbólica da doença, dentro de uma dimensão marcadamente antropológica, onde se destaca o livro "Malades d'hier, Malades d'aujourd'hui" (1984).

Nosso objetivo, neste breve artigo, não é resumir os respectivos textos (Pereira, 1994). Desejamos fundamentalmente identificar que ferramentas metodológicas foram utilizadas por estes autores e como eles procederam sua investigação. Assim pretendemos resgatar alguns elementos necessários para que a profissão médica se torne um objeto legítimo para a investigação histórica.

Trataremos, a seguir, alguns pontos que se fizeram presentes nestas abordagens. Inicialmente apresentaremos como estes autores concebem a categoria sociológica: "profissão". Em seguida observaremos como estabelecem relações entre a História de seus respectivos países e a História da profissão médica, em cada realidade. A organização do mercado dos serviços de saúde e as divisões internas à profissão formam o terceiro bloco deste artigo. Finalmente trataremos de identificar que lugar a dimensão cultural e simbólica assumiu em cada uma das abordagens.

O CONCEITO "PROFISSÃO"

No nosso entender, ambos autores, buscam estabelecer um significado para este conceito, que se diferencie daquele presente no senso comum. Para eles a atividade "profissional" se distingue das demais por ter sido a modalidade de trabalho racional que atingiu os mais elevados índices de conhecimento, autoridade e controle sobre as instituições na Era Moderna. Este sucesso se deve, em parte, ao fato dela ter conseguido elaborar um sistema de conhecimento especializado. Além disso a "profissão" instituiu procedimentos técnicos e regras de comportamento que balizaram sua

conduta. Assim estaria preservada formalmente a solidariedade entre seus integrantes. O Estado seria o mediador dos interesses da "profissão" garantindo, muitas vezes, o monopólio do exercício de sua prática. Neste sentido o profissionalismo representa essencialmente uma forma particular de controle ocupacional e não uma qualidade que é inerente a qualquer tipo de trabalho (Barbosa, 1993).

Apesar de terem assumido, em geral, a mesma trajetória, nem todas as atividades ocupacionais atingiram a mesma importância social e econômica. Por um lado cabe recuperar o processo histórico, dentro do qual a ocupação atingiu ou não o estatuto profissional. Por outro deve-se ressaltar a especificidade de cada atividade.

A profissão médica, por exemplo, detém algumas particularidades que merecem destaque. O médico entra em contato íntimo e direto com a vida privada de seu cliente. Ele participa dos momentos cruciais de sua existência, servindo de intermediário entre a ciência e o caso particular, interpretando os problemas pessoais com a linguagem abstrata do conhecimento científico. A medicina parte de um saber generalizante para atingir uma objetividade individualizada. Desta forma a prescrição do médico torna-se, para a sociedade, autorizada. As circunstâncias da doença promovem a aceitação de seu julgamento. O doente fica convencido de que não é a melhor pessoa para julgar suas próprias necessidades, nem está emocionalmente apto para isso. Um dos fatores que explicam o sucesso da medicina está associado ao poder que esta profissão tem de promover a dependência do cliente em relação ao conhecimento e à competência do médico. Esta dependência, entretanto não é tida, por estes autores, como um fato dado. Ela é construída, ideologicamente, ao longo de um processo histórico.

Para conquistar o prestígio e o poder que detém atualmente os médicos, tanto nos Estados Unidos quanto na França, tiveram que travar uma luta para conquistar um espaço até então compartilhado por ocupações ordinárias. Com isso foram capazes de estabelecer e impor, aos poucos, suas próprias regras e padrões.

Para fazer da profissão médica um objeto de estudo da História Paul Starr (1982) e Claudine Herzlich (1982) se propõe a associar várias dimensões em sua investigação. Nos dois casos a abordagem histórica da profissão médica não é vista, apenas, a partir do conhecimento médico - sua institucionalização e complexificação. As ambições dos médicos não são, tão pouco, elementos suficientes.

No nosso entender ambos autores assumem uma perspectiva metodológica que contêm duas faces complementares: Por um lado tratam a História da profissão médica como parte da História da sociedade em que esta atividade se desenvolve. A História Geral conformaria a História específica. Eles não consideram, entretanto, esta dimensão estrutural suficiente. Eles buscam resgatar a especificidade da profissão médica dentro da respectiva sociedade em que atua. Dentre os elementos ressaltados, por estes autores, podemos destacar: A organização e transformação do mercado de serviços de saúde; o aumento ou a retração da demanda e oferta destes serviços; a maior ou menor ingerência do Estado nesta matéria e as clivagens e dissensões dentro do grupo profissional. O objetivo destes autores é compreender como se desenvolve e institucionaliza a dependência do paciente em relação ao médico em cada contexto histórico.

OS MARCOS HISTÓRICOS GERAIS

Tanto Paul Starr (1982) quanto Herzlich (1982) estabelecem relações entre alguns momentos significativos da História dos países que investigam e a História da profissão médica.

NOS ESTADOS UNIDOS

Segundo Starr o processo de conquista de prestígio social e poder econômico do médico, nos Estados Unidos, coincidiu com o sucesso das pretensões industrializantes dos nortistas durante a "Guerra Civil Americana" ou "Guerra de Secessão" (1861/1865).

Costuma-se caracterizar este conflito como tendo sido o aguçamento das tensões entre os interesses distintos, gestados desde o início do século XIX: Ao sul concentravam-se as elites agrárias e escravistas, monocultoras de algodão. Ao norte localizavam-se as elites industrializantes, engajadas na formação da classe operária e de um mercado consumidor para seus bens de consumo. Uma das questões centrais desta polêmica era a manutenção ou não do trabalho escravo. A falta de integração entre estes interesses representou um obstáculo às pretensões dos nortistas de instauração de uma ordem capitalista industrial e liberal nos Estados Unidos.

Para o autor a vitória dos nortistas e da ordem capitalista, urbana e industrial facilitou em muito a consolidação e a afirmação da racionalidade médica alopática e liberal.

Até a segunda metade do século XIX, a sociedade americana era predominantemente agrária. Este tipo de vida não era compatível com uma relação de dependência e submissão do paciente à autoridade médica. Havia,

sobretudo, um enorme ceticismo popular para a aceitação da medicina em moldes científicos. Além disso a geografia daquela vida rural dispunha as pessoas de forma dispersa. O mercado de serviços de saúde não estava organizado. Do ponto de vista da organização de interesses, os médicos se mantinham divididos tanto do ponto de vista de origem sócio-econômico quanto em relação aos paradigmas científicos que postulavam. Depois da "Guerra de Secessão" aumentou o fluxo de capitais e de mão de obra européia aos Estados Unidos. O desenvolvimento científico e tecnológico elevou a produção tanto na cidade quanto no campo. A questão central no trabalho de Starr foi mostrar como estas modificações de cunho estrutural interferiram na organização e no reconhecimento do trabalho médico naquele país. Dentre os casos citados, pelo autor, podemos destacar a associação que estabelece entre o advento dos meios de transporte (canais, estradas de ferro, barcas, carros, estradas de rodagem), a invenção dos meios de comunicação modernos (telégrafo e telefone) e a diminuição do tempo de acesso do médico ao cliente e à conseqüente ampliação de seu mercado.

NA FRANÇA

A História da França, no final do século XIX, é assinalada por uma violenta crise econômica seguida de importantes movimentos sociais de cunho popular.

A França e a Inglaterra, que dominavam, até então, a produção industrial e o mercado de consumo europeu, passaram a sofrer forte concorrência da Itália e Alemanha. Este foi um dos motivos da Guerra franco-prussiana (1870). A derrota francesa, neste conflito, acirrou ainda mais a crise econômica, promovendo a fome entre as populações marginalizadas. Naquela época alguns ideais socialistas já circulavam entre certos segmentos sociais europeus. No início de 1871 eclodiu a "Comuna de Paris". O pensamento historiográfico costuma caracterizar esta rebelião como tendo sido um

movimento popular que ocupa o poder na capital francesa, instala eleições baseadas no voto universal e oficializa o "Conselho da Comuna". Este governo, composto por jacobinos e socialistas, estabelece um programa de reformas que incluem o ensino gratuito e obrigatório e o controle dos preços dos alimentos. Alguns meses depois, a "Comuna de Paris" foi violentamente reprimida. Sua deposição foi seguida pela convocação de uma Assembléia Nacional que proclamou uma nova constituição e estabeleceu, pela terceira vez, a República na França. De maneira geral a III República pode ser caracterizada pela promoção de um conjunto de reformas sociais oriundas do Estado, que buscavam satisfazer algumas necessidades da populações urbanas e rurais.

A III República representa o momento, na História da França, em que uma complexa legislação social, destinada a melhorar as condições de vida dos pobres e dos trabalhadores, foi sendo aos poucos imposta à sociedade. Este fenômeno não é exclusivo à França. Muitos países capitalistas passaram a introduzir uma série de iniciativas de cunho social. Elas representam, em parte, uma tentativa de responder às pressões socialistas que começavam a se fazer sentir. Muitas dessas leis guardavam íntima relação com a questão do acesso das camadas populares aos cuidados médicos e com as possibilidades de financiamento deste tratamento.

Esta mudança sócio-econômica também foi acompanhada pelo aumento do prestígio da medicina. Segundo Herzlich, no final do século XIX, a importância atribuída pela sociedade à Igreja Católica estava em decadência. As idéias de ciência e de progresso, próprias do crescimento de uma cultura urbana, passavam aos poucos a ocupar um lugar de destaque junto às populações das cidades. Esta nova situação inspirou alguns dos promotores das primeiras leis sociais no final do século passado.

As transformações sociais iniciadas com o advento da III República, na França, exerceram grande impacto sobre a organização e o reconhecimento da profissão médica. Até então predominavam os princípios liberais impostos com sucesso da Revolução Francesa (1789). O Estado não desempenhava qualquer papel regulador da prática médica. Para o público consumidor de serviços de saúde não havia uma distinção clara entre o conhecimento do médico e o do leigo. O mercado de trabalho era muito limitado, insuficiente para a sobrevivência do médico.

Com o advento da III República o Estado chamou para si uma série de responsabilidades de cunho social. Assim a profissão médica, na França, teve condições de negociar com o Estado a proteção legal que carecia para seu pleno exercício. Com isso ela teve condições de conquistar o monopólio do conhecimento das práticas de cura e o domínio do mercado de trabalho.

* * *

Como tivemos condições de observar tanto Starr (1982) quanto Herzlich (1982) recuperam um momento significativo na História de seus países e estabelecem as relações possíveis que esta mudança geral provocou sobre a organização e reconhecimento da profissão médica. A "Guerra de Secessão", nos Estados Unidos, e o advento da III República, na França, servem de moldura geral para a configuração de um quadro de possibilidades dentro do qual a profissão médica se organizou em cada realidade histórica. A transformação que o mercado de serviços de saúde sofreu antes e depois destas alterações mais gerais e as diferentes reações da categoria às propostas que foram sendo colocadas, tornaram-se objeto privilegiado de reflexão entre estes dois autores.

O MERCADO E AS DIVISÕES INTERNAS

Tanto Starr quanto Herzlich procuram, em seus textos, investigar como o mercado de trabalho médico se modificou após os dois marcos históricos de caráter estrutural, assinalados anteriormente. Além disso eles buscaram identificar as disputas e divergências existentes no interior da categoria. As motivações para estes conflitos também foram objeto destas análises.

NOS ESTADOS UNIDOS

Paul Starr assinala que até a "Guerra de Secessão" o retorno econômico com o exercício da profissão médica era reduzido. A demanda por serviços médicos era pequena. Ele explica esta realidade de duas maneiras. Por um lado prevaleciam os cuidados domésticos com a saúde. A medicina era exercida, em muitos casos, pelas mulheres na denominada "medicina familiar" onde predominava a auto-cura. Os "Guias", em linguagem coloquial, vulgarizavam o conhecimento médico e incentivavam a auto-cura. A medicina popular ou leiga, que podia ser identificada na atividade da parteira, do inoculador, do "colocador de osso", nos botânicos e nos fabricantes de remédios era muito difundida. Por outro lado a prática médica recebia um reduzido retorno financeiro em relação a longa educação profissional necessária. Os médicos tinham dificuldade em sobreviver exercendo exclusivamente sua profissão. Muitos a abandonavam. Alguns eram ao mesmo tempo fazendeiros enquanto outros possuíam drogarias. O exercício da atividade clínica detinha um custo direto (honorários e as taxas de internação) e outro indireto (o valor e o tempo perdido com o transporte do médico até a casa do paciente). O alto valor do trajeto contribuiu para o individualismo e o isolamento da prática profissional. Por estas razões os médicos não conseguiam monopolizar lucrativamente o exercício da atividade.

A vida urbana que se consolida nos Estados Unidos, a partir de 1870, tirou o tempo e o espaço da vida do cidadão que se dedicava à "medicina de família", baseada na auto-cura. A família, deixou aos poucos, de ter condições de cuidar e acompanhar o doente em casa. Esta alteração, de caráter estrutural, ocorreu no mesmo momento em que se desenvolvia uma profunda modificação institucional no Hospital. Até o início deste século, o Hospital era um verdadeiro despojo de seres humanos oriundos das classes menos favorecidas, que aguardavam a morte. Em geral os Hospitais eram instituições religiosas, de caridade e de assistência social, que dependiam de doações voluntárias. A redefinição científica e o aumento das demandas proporcionado pelo processo de industrialização modificaram sensivelmente esta realidade. No final do século XIX o hospital se transformou no lugar da ciência médica e da ordem burocrática na recuperação do cidadão para a vida. As elites econômicas passaram a freqüentá-lo e a mantê-lo segundo leis do mercado. O Hospital se tornou assim um lugar de negócios. Nele, a divisão do trabalho médico se reordenou e se intensificou, amparada no conceito de racionalidade. Ele passou a ser o lócus privilegiado do exercício da atenção médica de forma tecnicamente mais sofisticada. A transformação do Hospital contribuiu, ainda, para salvaguardar o tempo do profissional e a impor sua autoridade sobre o cliente. No Hospital o paciente fica pacificamente confinado em um lugar aguardando a visita do médico. Sua organização é feita para que haja pouca resistência ao exercício da autoridade médica.

O controle do acesso à suas instalações passou a ser um dos objetivos estratégicos de poder da comunidade médica. Aos poucos os hospitais passaram a ser dominados por médicos. Hoje em dia, em geral, quando um paciente entra no hospital seu médico delega a responsabilidade ao pessoal do hospital. Nos Estados Unidos, os médicos particulares continuam atendendo seus pacientes quando estes ingressam em um hospital.

A estrutura hospitalar não ficou centralizada nas mãos do Estado. Cada unidade, seja pública ou privada, manteve uma organização independente.

Na sociedade Norte-americana o princípio da liberdade individual, gestado desde a colonização, predominou mesmo depois da "Guerra de Secessão" . A vitória do capitalismo urbano e industrial, que o fim deste conflito representa, foi acompanhado pela garantia da manutenção da ordem liberal, baseada na livre iniciativa. Para os médicos e para a sociedade Norte-americana prevaleceu a noção de quanto menor a presença do Estado melhor.

Até a segunda metade do século XIX a profissão médica, nos Estado Unidos, não havia adquirido a coesão interna necessária para se impor na sociedade e conquistar riqueza e prestígio social. A relação entre os médicos era caracterizada pela hostilidade e competição. Internamente divididos os médicos foram incapazes de mobilizar seus membros para a ação coletiva. Assim eles não conseguiram nem convencer a opinião pública de sua utilidade, nem estabelecer fronteiras com os demais praticantes. A relação com os pacientes estava igualmente comprometida. A falta de coesão interna foi justificada por dois fatores: As diferenças sociais e as divergências terapêuticas. Com o mercado pouco constituído e a profissão não reconhecida socialmente, a medicina não oferecia, até o início deste século, um caminho seguro e viável para a obtenção de riqueza. Os médicos eram, em geral, figuras de influência em sua comunidade com significativo papel cívico, em grande parte filhos de fazendeiros que não sobreviviam desta atividade. Starr identifica, pelo menos, três modalidades de conduta terapêutica: os Ortodoxos - herdaram as tradições da medicina vinda da Inglaterra; os Ecléticos - valorizavam a medicina herbanária nativa americana; e os Homeopatas - resgataram a doutrina de Hahnemam da Alemanha. Todos entendiam que a medicina era uma ciência complexa e que para exercê-la era necessário um sistemático treinamento.

Para Starr, as divergências que prevaleceram até 1870 no interior da categoria profissional detêm uma motivação de origem sócio-econômica e outra de fundamentação programática e filosófica.

A constituição de um consenso social e programático entre os médicos nos Estados Unidos também foi, em parte, fruto das alterações de ordem econômica provocadas com o fim da "Guerra de Secessão". Assim, a formação de um mercado nacional de consumo de serviços de saúde, levou os membros da profissão a substituir uma orientação competitiva por uma consciência corporativa. O médico passou a confiar mais no seu colega, a interdependência aumentou, os controles tornaram-se mais aceitáveis e a assistência e previdência aos pares foi implementada. O fim da divisão interna foi conseqüência da combinação de dois fatores: A Homogeneização da formação profissional - promovida pela "Reforma Flexner" e o aumento da resolutibilidade que a medicina passou a deter com o advento da microbiologia e o incremento da tecnologia associada ao ato clínico.

Costuma-se denominar de "Reforma Flexner" ao conjunto de medidas implementadas, no início deste século, pela "Associação Médica Americana" (A.M.A.) no sentido de padronizar e qualificar o ensino e a formação do médico Norte-americano. Esta entidade criou o "State Licensing Board" que seria conferido às instituições de ensino que seguissem rigidamente suas especificações: Os cursos deveriam ter quatro anos de duração, a presença passaria a ser obrigatória, os estabelecimentos tinham que manter laboratórios e Hospitais-Escola. O aluno teria que custear seu curso, pois com a carga horária intensa e a presença obrigatória, dificilmente teria tempo para trabalhar o controle da formação do médico. Além disso, esta Reforma, proporcionou o enquanto estudava. O novo sistema aumentou enormemente aumento da homogeneidade social entre os praticantes. Aos poucos o número de judeus, mulheres e negros, que se formavam como médicos, foi diminuindo.

No final do século passado, foi enorme o impacto social promovido pela bacteriologia. A microbiologia pela primeira vez permitiu que os médicos ligassem as causas aos sintomas de maneira sistemática. Ela complexificou o conhecimento médico, ampliou sua esfera de atuação atingindo a higiene pública. A medicina tornou-se mais eficiente na medida em que diminuíram os índices de mortalidade. A confiança do cidadão com relação à medicina aumentou substancialmente. Além disso a tecnologia, associada ao ato clínico, expandiu os poderes sensoriais do médico. O estetoscópio, por exemplo, permitiu que o médico atingisse um mundo de sons inaudíveis pelo paciente. A relação do médico foi, aos poucos, deixando de ser com o paciente para passar a ser com a doença. A opinião do paciente a respeito de sua dor foi deixando de ter a importância que teve outrora. Este desenvolvimento teve certas implicações na autonomia do trabalho médico. Seus vínculos de dependência foram redimensionados em dois sentidos: Com o paciente ela diminuiu, com a organização formal do trabalho, aumentou.

Assim o efeito combinado de mecanismos de legitimação (padronização da educação e licença) e mecanismos de dependência (hospitalização, acompanhamento, seguro) deram uma estrutura definitiva às relações entre médicos e pacientes que transcende as personalidades e atitudes.

NA FRANÇA

Com a derrocada da "Comuna de Paris" o governo da III República tratou de encontrar formas para resolver a questão do acesso dos pobres e dos trabalhadores aos serviços médicos. A História da França, diferente daquela dos Estado Unidos, conferiu ao Estado uma dupla função: Regulador do jogo econômico e social e promotor de bens e serviços.

Boa parte do pensamento historiográfico sobre esta questão costuma justificar este novo papel desempenhado pelo Estado como tendo sido uma resposta às reivindicações populares, manifestadas, por exemplo, na "Comuna de Paris". Por outro lado, há os que identificam este movimento como parte de uma lógica do capitalismo neste século, já que fenômenos semelhantes podem ser observados em outras realidades históricas.

A intervenção do Estado enquanto prestador de serviços de saúde na III República interferiu na estruturação do mercado de trabalho médico e promoveu divergências no seio da corporação. O quadro de possibilidades para esta participação, apresentado pelas elites políticas da época, permitiu que a autora identificasse diferentes posições assumidas por segmentos da profissão na França. Tivemos condições de constatar que a profissão médica não era constituída por um todo homogêneo orientado por pontos de vista comuns. Em seu interior existia um nível de convergência e outro de divergência de interesses.

O Governo Francês, no início deste século, tinha as seguintes alternativas em relação à organização dos serviços de saúde: Para atender ao pobre rural foi criada a figura do "Médico do Distrito", ou seja, um funcionário público, pago pela prefeitura, que oferecia tratamento médico gratuito para pobres em uma determinada área geográfica. O "Consultório de Beneficência" foi uma outra solução encontrada tanto na área rural quanto nas cidades. Ele era financiado pela filantropia pública e privada. Esta organização de caridade estabelecia um mediante baixa remuneração. Ela era definida, em geral, de acordo com um sistema per capita. Para a classe operária foram criadas as "Sociedades de Beneficência Mútua", financiadas por trabalhadores e empregadores. Neste caso, o médico era contratado pela sociedade, e pago por ela, segundo vários contrato com um ou mais médicos que concordavam em tratar dos pobres sistemas. Em todos estes casos a relação direta e individual

entre médico e paciente ficava seriamente ameaçada. O profissional teria que passar a lidar com um terceiro elemento, que estabeleceria um contrato de serviços e proveria os pagamentos. Introduzia-se assim a dimensão coletiva na prática médica.

A autora identifica pelo menos dois tipos de reações, que por vezes convergiram, mas que assumiram conformações bastante distintas em relação à entrada deste terceiro elemento. A primeira defendia o predomínio da medicina liberal e a segunda se dispunha a submeter-se a estas novas regras do jogo.

Segundo Herzlich, a primeira tendência tornou-se visível entre os médicos ricos que atribuíam enorme importância à sua liberdade individual. Opunham-se a todo tipo de caridade amparada pelo Estado pois desejavam garantir o poder de decidir sobre sua ação filantrópica. Temiam também que este sistema levasse a uma forma de trabalho assalariado ou de emprego público. A medicina deveria permanecer como arte liberal, praticada individual e livremente.

A segunda perspectiva evidenciou-se entre os médicos de origem social modesta. Eles estavam conscientes de que, mesmo recebendo baixos salários das instituições públicas e privadas, os pobres e a classe trabalhadora representavam uma apreciável expansão do mercado médico. Para esta parcela da profissão médica, parecia impossível não aceitar tal situação. Para eles a questão era ampliar o mercado a estes segmentos menos favorecidos e sem condições de utilizar dos serviços privados, garantindo uma remuneração compatível com o trabalho desempenhado. Eles se dispunham a se submeter às regras que estavam sendo propostas, se estivessem garantidas duas modalidades de liberdade: a do paciente em escolher o médico e a do médico em atender ou não ao chamado de um pobre indigente ou de um trabalhador.

Assim eles pretendiam impor certas condições relacionadas com a noção de autonomia. Além disso não aceitavam o sistema de remuneração per capita e exigiam que o monopólio de sua prática fosse reconhecido.

Para Herzlich a divisão interna na profissão, na França no início deste século, assumiu um caráter essencialmente sócio-econômico. A origem de classe foi, no seu entender, um fator fundamental para a compreensão do comportamento do médico diante das modalidades de sistemas de saúde coletiva que estavam sendo introduzidos na sociedade francesa.

A autora procura, em seu texto, acompanhar - ao longo deste século - o desenvolvimento destas duas dimensões de sua análise: A transformação do mercado de serviços de saúde, promovida com a entrada cada vez mais incisiva do Estado e as respectivas reações e divergências presentes no seio da categoria. No seu entender existiram dois momentos distintos que mereceram sua atenção: A Reforma de 1920 e a de 1960. Na primeira os princípios liberais prevaleceram. Na segunda, não.

Em 1920, o Estado Francês desejava criar um sistema de previdência social que cobrisse as despesas médicas de uma grande parte dos trabalhadores assalariados, mas não de todos os cidadãos. O plano do governo era estabelecer um sistema de pagamento a ser efetuado por uma terceira parte e contratos coletivos entre os escritórios de previdência social e os sindicatos médicos. Os médicos mobilizaram-se, recusando aceitar este sistema. Eles constataram que, se ele entrasse em vigor, uma parte considerável do mercado médico escaparia da relação livre entre médico e paciente, pela qual haviam lutado tanto. Para eles, a própria noção de profissão liberal estava agora ameaçada: eles enfrentaram a batalha e ganharam mantendo o sistema de pagamento direto do médico pelo paciente. Assim, todo médico, segundo o que ficou conhecido como "princípio de contrato direto", tinha liberdade para

determinar o valor de seus honorários para cada paciente. Os pacientes eram, por outro lado, reembolsados com uma quantia idêntica, pelo escritório da previdência social, qualquer que fosse a sua despesa.

O período de 1950 a 1960 representa o segundo período conflitante. Em 1945, a previdência social foi estabelecida. A partir de então os serviços de assistência médica estenderam-se a todos os empregados assalariados, e lentamente para toda a população. Durante a década de 1950, o Estado propôs uma eqüidade no acesso dos diferentes grupos sociais ao tratamento médico. Pelo decreto governamental de 1960, o Estado estabeleceu, de forma autoritária, um acordo quanto à estrutura da remuneração. Os médicos utilizaram exatamente os mesmo argumentos liberais utilizados na III República e na Reforma de 1920. Agora, nos anos 60, o mesmo discurso soava anacrônico. Os sindicatos de operários e demais trabalhadores estavam comprometidos com o estabelecimento da previdência social. O acesso de todas as classes sociais ao tratamento médico havia se tornado um dos mais importantes valores na sociedade. A oposição dos médicos passou a constituir um paradoxo. Com isso a autora observa uma clivagem entre os médicos: Os clínicos gerais da zona rural, cujas clientelas detinham modestas fontes de recursos achavam que esta modificação seria uma maneira de aumentar a demanda por cuidados médicos e de melhorar seu orçamento. Os médicos das áreas urbanas, por outro lado, particularmente os especialistas que contavam com uma clientela privilegiada, permaneceram firmemente contrários ao acordo negociado. Com o crescimento e ampliação da previdência social, o Estado passou a ter interesse em controlar os custos dos serviços de saúde.

Herzlich procurou acompanhar, neste artigo, como a prática médica liberal, independente e privada, coexistiu com a instituição da previdência social de maneiras distintas no pós-III República e nas Reformas de 1920 e 1960. Como assinalamos anteriormente, a partir de 1880, os líderes da profissão aceitaram

certos vínculos com o Estado e com instituições públicas em troca do reconhecimento legal da profissão e da garantia de seu monopólio no mercado. Estavam lançadas as bases da autonomia profissional. Nos anos 20 alguns médicos concordaram em cooperar com a legislação social, pois pretendiam ampliar seu mercado. Nos anos 60, eles foram se tornando cada vez mais dependentes desse mercado, regulamentado pelo Estado. No seu entender, este modelo, imposto em 1960, introduziu certos limites à autonomia econômica, na medida em que aumentou a dependência dos médicos com relação à previdência social. Isto se verifica na medida em que ela tornou-se o mecanismo regulador de todo o mercado de serviços médicos. A maioria dos profissionais passou a depender da previdência social para a sua renda. A autonomia técnica, entretanto, se manteve. A liberdade terapêutica não foi tocada. A sua liberdade econômica, por outro lado, foi limitada.

A perspectiva metodológica proposta pela autora assume, a nosso ver, uma dupla face que se complementa: Por um lado ela se propõe a examinar a evolução da estrutura social da profissão, identificando diferentes setores no interior da categoria médica e as possibilidades de se efetivar, ou não, uma decisiva solidariedade de grupo. Por outro lado ela ressalta que as relações entre médicos e Estado envolvem sempre outros atores e grupos sociais, opositores ou aliados da profissão médica. No seu entender o contexto social mais amplo deve ser levado em consideração.

DIMENSÃO CULTURAL E SIMBÓLICA

Lendo e analisando os dois textos em questão tivemos condições de identificar o lugar que a dimensão cultural ocupa nestas análises. Starr cria e manipula com o conceito de "Autoridade Cultural", tornando-o ferramenta fundamental para a compreensão do processo de convencimento que o médico implementa sobre o paciente. Herzlich não negligencia o papel desempenhado pelos meios simbólicos na construção da realidade. Ela ressalta que os médicos só obtiveram êxito porque conseguiram convencer a opinião pública de que o modelo individual e liberal de relação médico-paciente correspondia a um verdadeiro princípio para o pleno exercício da medicina.

Em ambos os casos temos condições de afirmar que estes autores não delegam à dimensão cultural um papel secundário e irrelevante. De maneiras diferentes a perspectiva cultural encontra nestas análises o papel de destaque que merece ter.

AUTORIDADE CULTURAL

Um dos aspectos peculiares na analise de Starr, que consideramos mais interessante, se relaciona com o conceito de "Autoridade Cultural". Para ele não basta o médico dominar determinada área do conhecimento e da prática em saúde. Não é suficiente, tampouco, que ele estabeleça com o Estado e com as classes dominantes fortes laços de aliança de interesses. Para Starr o médico deve ser alguém capaz de julgar a experiência particular e as necessidades dos clientes. Ele precisa convencer o paciente de sua importância. Sua orientação deve ser entendida mais que um conselho e menos que uma ordem. A "autoridade cultural" deve ser, então, mais persuasiva e menos coercitiva. A dependência, a confiança e a obediência voluntária do paciente em relação ao medico são alguns dos elementos que

constituem esta "autoridade cultural". A sua aceitação significa a submissão a julgamentos particulares. A autoridade do médico não é pessoal. Ela deriva da comunidade profissional. O médico não julga um caso particular individualmente. Seus métodos são previstos por normas estabelecidas pelo conjunto de profissionais.

Inspirando-se em Weber (1982), o autor entende que esta "autoridade cultural" se manifesta quando as pessoas obedecem a comandos reconhecidos como legítimos e acordados por regras previstas na sociedade. E nos caos não previstos? A "autoridade cultural" também pode se exercer se suas definições e julgamentos prevalecerem como válidos. Para ele a "autoridade cultural" é essencialmente persuasiva, enquanto a autoridade social é coercitiva.

Sua legitimidade envolve três atributos distintos:

1) O conhecimento e a competência são validados pela comunidade de seus pares;

2) A validade do conhecimento e competência prevalecem no campo racional e científico;

3) O julgamento profissional e o aconselhamento são orientados por um conjunto de valores substantivos.

As relações de autoridade não são fixas e inalteradas em todo o tempo e lugar. Esta foi a razão que levou o autor a investigar o processo histórico de constituição da profissão médica dentro de um contexto particular: os Estado Unidos.

OS MEIOS SIMBÓLICOS

Herzlich, por seu lado, buscou ressaltar a importância que os meios simbólicos desempenharam na conquista da autonomia profissional dos médicos quando da implantação da III República. No seu entender, esta vitória só foi possível porque os médicos conseguiram fazer com que o modelo individual de relação médico-paciente se transformasse em um verdadeiro princípio da medicina. Assim ficava legitimada a prática privada. O convencimento da opinião pública, neste sentido, se deu por meios simbólicos. A liberdade que pregavam não continha um caráter individual. Tratava-se da autonomia de um grupo profissional organizado. Engajados em um processo de "construção social da realidade" os médicos insistiam em mostrar para a opinião pública que a "livre escolha" representava um dos mais antigos, valiosos e tradicionais princípios da medicina. Além disso eles reiteraram que a "livre escolha" era do interesse dos pacientes, pois a qualidade do atendimento passava a ser associada a este princípio.

Nos três conflitos identificados pela autora, os médicos empreenderam uma intensa batalha, orientados por argumentos liberais. Eles usaram ao máximo o prestígio do capital simbólico que haviam adquirido. Em 1920, a autora observa a eficácia deste tipo de retórica e a vitória da profissão médica; em 1960, nota seu fracasso.

A ideologia da medicina liberal foi considerada, pela autora, uma das mais importantes armas da profissão. No seu entender a ideologia médica não deve ser vista de maneira distanciada das relações sociais nas quais se insere e das quais depende para sua efetivação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Poderíamos concluir este breve artigo ressaltando alguns aspectos que consideramos fundamentais para que se possa fazer da Profissão Médica um objeto legítimo para a História.

Em primeiro lugar cabe ressaltar que os dois autores em questão buscaram estabelecer a especificidade do fenômeno profissional diante das abordagens que privilegiam a classe social como unidade analítica prioritária. A tradição marxista, em geral, não identifica qualquer distinção entre os diferentes tipos de trabalhadores. Nos últimos anos, ocorreu uma crescente racionalização e intelectualização de parte da atividade produtiva. O trabalho com a ciência é hoje organizado em disciplinas especiais a serviço do auto-esclarecimento e do conhecimento de fatos inter-relacionados. Não é um dom da graça de videntes, nem participa das contemplações dos sábios" (Weber, 1982:180). Nas sociedades complexas, como as que vivemos, as atividades do setor terciário, particularmente as que requerem uma formação de nível superior, aumentaram de número e importância. Seguindo estas preocupações algumas teses acadêmicas vem sendo defendidas (Ruth, 1993; Miguel dos Santos, 1993 e Belisário, 1993). Todos estes trabalhos, pioneiros no Brasil, tem contribuído em muito para a compreensão do fenômeno profissional, particularmente na área da saúde (Machado, 1991 e marinho, 1986).

Em segundo lugar consideramos muito interessantes a maneira pela qual estes autores relacionaram a História da profissão Médica em seus respectivos países com os acontecimentos históricos de cunho mais geral. Eles não acompanharam a tradição positivista que se limita a uma descrição dos "fatos importantes" e nem dos "vultos da medicina". Starr e Herzlich demonstram que, em certa medida, a história da profissão médica é fruto do amplo processo histórico nacional. Eles também nos mostram como a profissão

médica reage a estas determinações histórico-estruturais. A soberania profissional, no entender destes autores, contem origens sociais, culturais e históricas. As transformações econômicas, políticas, sociais e ideológicas que incidiram sobre a medicina em um determinado momento histórico foram levadas em consideração em ambas análises.

No artigo de Herzlich tivemos condições de acompanhar, ainda que superficialmente, a evolução e a transformação da relação Médico x Estado, na França, desde o final do século passado até nossos dias. Ela deu uma ênfase particular às modalidades de autonomia existentes para o exercício da profissão: a técnica e a econômica. A primeira se verifica, na determinação das condutas terapêuticas a serem seguidas pelo paciente. A segunda pode ser observada nas relações que este profissional estabelece com o mercado e com terceiros - Estado, Burocracia e Instituição Filantrópica.

Lendo estes dois textos tivemos condições de perceber que a postura metodológica destes autores combina simultaneamente três perspectivas: Por um lado eles identificam até que ponto o processo histórico mais geral interferiu na configuração particular do exercício da medicina. Por outro lado eles investigam como a profissão se relaciona com estas mudanças mais gerais de cunho estrutural. Finalmente eles resgatam os elementos que dão à profissão médica sua especificidade.

O terceiro aspecto assinalado por Starr e Herzlich se refere ao lugar assumido pela dimensão cultural. Para eles existem duas ordens de fatores que asseguram renda e poder às profissões: o consenso interno e a legitimidade externa. Antes de tentar convencer o público e o Estado de sua legitimidade a profissão deve uniformizar os interesses inter-pares. Assim ela deve estabelecer os critérios para o ingresso na profissão e as regras e padrões de convivência. A ação coletiva supõe o estabelecimento de mecanismos que

levem o indivíduo a abandonar seu ponto de vista particular dedicando seus esforços, tempo e recursos para o grupo. A ação coletiva deve ser suficientemente indutora promovendo a participação do indivíduo na coletividade. Para tanto deve produzir benefícios e penalidades. Os caminhos para a obtenção da legitimidade externa passaram, para estes autores, ou pela consolidação da "Autoridade Cultural" ou pela efetivação de mecanismos simbólicos.

* * *

Gostaríamos finalmente de fazer três comentários que consideramos pertinentes sobre as perspectivas metodológicas apresentadas.

1- O lugar da ciência na configuração da profissão foi, por ambos autores, tido como secundário ou pouco significante. Como tivemos condições de mostrar, os autores em questão combinam em suas análises uma face sócio-histórico com outra voltada para o próprio desenvolvimento do conhecimento médico e suas repercussões sociais. Para Starr, por exemplo, o impacto do desenvolvimento científico no processo de afirmação do médico diluiu as diferenças terapêuticas entre os profissionais e aumentou o eficácia e a previsibilidade do tratamento. Além disso reduziu a autonomia do profissional fazendo com que ele passasse a depender mais das organizações, do capital e da tecnologia do que de seu contato íntimo com o paciente. Analisando mais detidamente estas obras tivemos condições de perceber que, apesar de afirmarem o contrário, o desenvolvimento científico exerceu um papel fundamental na configuração da profissão médica nos Estados Unidos e na França.

2- Os dois autores, por outro lado, a nosso ver, negligenciam as relações existentes entre o sucesso do capitalismo e a configuração da profissão social. Para eles o capitalismo é compatível com muitos sistemas de cuidados médicos. Além disso afirmam que o desenvolvimento da medicina médica como uma atividade de êxito econômico, poder político e prestígio nos Estados Unidos e na França não corresponde objetivamente aos interesses da classe burguesa. Apesar de resgatarem ao longo de seus

textos, esta relativa independência observamos que a "Guerra Civil" nos Estados Unidos e o advento da III República na França, representaram, nas análises destes autores, um marco na História da profissão médica em cada um destes países. Como é do conhecimento geral os dois fatos históricos são, em certa medida, símbolos da consolidação da ordem capitalista Norte Americana e Francesa. Assim, lendo e analisando cada uma destas obras, tivemos condições de concluir que, apesar dos autores apresentarem em certo momento um perspectiva díspar, o sucesso da medicina nos Estados Unidos e na França guarda grande relação com as transformações estruturais que se processaram no final do século XIX em cada uma das realidades históricas e que levaram ao sucesso da ordem capitalista. Na medida em que estas sociedades tornaram-se mais urbanas e industriais os clientes passaram a confiar mais na habilidade de estranhos. A tecnologia revolucionou a vida quotidiana. O telefone e o carro diminuíram o custo do tempo e do transporte. Com isso a autoridade profissional do médico deixou aos poucos de ser individual passando a ser institucional.

3- Quando Starr definiu o conceito de "Autoridade Cultural" ressaltou que as suas estratégias seriam mais voltadas para a persuasão que para a coerção. A "Reforma Flexner" voltada para o estabelecimento do consenso interno e para a configuração homogênea da profissão se fez, entretanto, por métodos marcadamente coercitivos. Os requisitos necessários para a criação de uma faculdade de medicina passaram a ser de tal ordem que o número das existentes diminuiu imensamente. O controle sobre o conteúdo dos cursos e sobre os profissionais formados aumentou. De forma autoritária os médicos da Associação Médica Americana (A.M.A.) impuseram, sobre o conjunto da categoria, uma avaliação que descredenciou a maioria dos estabelecimentos de ensino médico. Além disso, esta reforma tirou da profissão os segmentos menos favorecidos da sociedade como as mulheres e os negros. Com isso gostaríamos de assinalar que o processo de conquista da "autoridade cultural" não se deu exclusivamente por métodos consensuais ou persuasivos. As estratégias coercitivas e autoritárias também tiveram sua importância.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barbosa, Maria L. O. (1993) - "A sociologia das profissões: em torno da legitimidade de um objeto". In Boletim informativo e bibliográfico (BIB, número 36, Rio de Janeiro

Belisário, Soraia (1993) - "Médico Sanitarista: As muitas faces de uma ocupação". Tese de Mestrado. Rio de Janeiro, ENSP.

Herzlich, Claudine (1982) - "The evolution of relations between French physicians and State from 1880 to 1980". In A Journal of Medical Sociology, vol. 4(3), London, nov.

_____ (1985) - "Malades d'hier, Malades d'aujourd'hui", Paris, Payot.

Machado, Maria Helena (1991) - "Sociologia de las profissiones: un nuevo enfoque". In Educacion Médica e Salud, vol.25 (1). Washington: OPAS.

Marinho, M.J. (1986) - Profissionalização e credenciamento: A política das profissões. Rio de Janeiro, SENAI, Departamento Nacional.

Miguel dos Santos, Pedro (1993) - "A profissionalização do médico em Pernambuco". Tese de Mestrado. Rio de Janeiro, ENSP.

Pereira, André de F. (1992) - "O Primeiro Código de Ética Médica(1931): Algumas considerações" In Boletim do CREMERJ, ano V, número 37.

_____ (1995) - "A profissão médica em questão (1922): Dimensão histórica e sociológica". In Cadernos de Saúde Pública, Vol. 11(4). Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ

_____ (1984) - "A história da profissão médica nos Estados Unidos: o ponto de vista de Paul Starr". In Série: Estudos em Saúde Coletiva, número 101, Instituto de Medicina Social/UERJ.

Pereira, André e Maio, M. (1992) - "Origem e trajetória inicial do Sindicato Médico Brasileiro". In Cadernos de História e Saúde, número 2, Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Pereira, André e Rocha, Sérgio (1995) - "Além da norma: Notas sobre dois códigos de ética médica brasileiros". In Saúde em Debate, número 46, pp 23-28. Londrina, Paraná, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.

Santos, Maria R. (1993) - "Do boticário ao bioquímico: as transformações ocorridas com a profissão farmacêutica no Brasil". Tese de Mestrado. Rio de Janeiro, ENSP.

Starr, Paul (1982) - The Social Transformation of American Medicine. New York: Basic Books. (Existe uma versão em espanhol publicado, em 1991, pela Fondo de Cultura Econômica do México.)

Weber, M. (1982) - "A Ciência como vocação". In: Ensaios de Sociologia. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara.

RESUMO

O objetivo deste artigo é analisar como Paul Starr e Claudine Herzlich fizeram da Profissão Médica um objeto legítimo para a História da Medicina. Estes autores partiram de uma concepção sociológica de profissão médica para, então, observar como ela conquistou prestígio social e poder econômico nos Estados Unidos e na França. A busca de coesão interna e as estratégias políticas para a preservação do mercado de trabalho foram relacionadas com a História de cada um dos países de forma criativa e inovadora.

TEXTOS PUBLICADOS
— 1994 —

101 - PEREIRA Neto, André de Faria, *A História da Profissão Médica: o ponto de vista de Paul Starr.* 23 p.
102 - FIORI, José Luís, *Sobre os Tempos de Collor - Parte II.* 36 p.
103 - TEIXEIRA, Luiz Antonio da Silva, *A Rebelião Popular contra a Vacina Obrigatória.* 43 p.
104 - ROCHA, Paulo de Medeiros, *Limitações impostas pelo processo de globalização nas políticas sociais nacionais.* 24 p.
105 - FERRAZ, Carlos Henrique, *O valor da vida como fato. Uma crítica neo-pragmática à epistemologia da vida de Georges Canguilhem.* 23 p.
106 - FIORI, José Luís. *Sobre os Tempos de Collor - Parte III.* 64 p.
107 - TAVARES, Ricardo; MORAES, Claudia Leite, *Comparações de coeficientes gerais de mortalidade: uma solução trivial para o problema da escolha da "população-alvo".* 23 p.

TEXTOS PUBLICADOS
— 1995 —

108 - FIORI, José Luís, *Sobre os Tempos de Collor - Parte IV.* 47 p.
109 - PINHEIRO, Roseni, DAL POZ, Mario Roberto. *Democratização e controle na saúde: Análise do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.* 32 p.
110 - RIVERA, Francisco Javier Uribe. *Por um contraponto teórico-metodológico entre o planejamento estratégico-situacional (PES) e o controle de qualidade total (T.Q.C.) na saúde pública.* 47 p.
111 - PEPE, Vera Lúcia Edais; VERAS, Cláudia Maria Travassos. *A prescrição médica.* 26 p.
112 - FIORI, José Luís, *Espelho Espanhol de FHC.* 15 p.
113 - FIORI, José Luís. *Por que governabilidade? Qual governabilidade?* 15 p.
114 - SANTOS, Luiz A. de Castro; FARIA, Lina Rodrigues de. *Arquivo Rockefeller: banco de dados.* 68 p.
115 - FIORI, José Luís. *O Federalismo frente ao desafio da globalização.* 32 p.
116 - FIORI, José Luíz. *Social Liberalismo: A Bússola Quebrada de Fernando Henrique Cardoso.* 20 p.
117 - FIORI, José Luiz. *Estado do Bem-Estar Social: Padrões e Crises.* 24 p.
118 - VIANA, Ana Luiza. *Modelos de intervenção do estado na área da saúde.* 62 p.
119 - PEREIRA NETO, André de Faria. *O modelo de assistência médica de Pedro Ernesto (1932): algumas considerações.* 20 p.
120 - FIORI, José Luís. *A Governabilidade democrática na nova ordem econômica.* 27 p.
121 - MOREIRA, Tula Maria Silva. *Perfil de morbidade em um ambulatório médico bancário no ano de 1994.* 27 p.