

**Universidade Federal de São Carlos
Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Sociologia**

Reforma sanitária e política paulista: as relações entre o processo de profissionalização dos médicos de São Paulo e políticas de saúde do governo estadual de Adhemar de Barros (1947-1951).

São Carlos, junho de 2010.

**Universidade Federal de São Carlos
Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Sociologia**

Reforma sanitária e política paulista: as relações entre o processo de profissionalização dos médicos de São Paulo e políticas de saúde do governo estadual de Adhemar de Barros (1947-1951).

Fabio de Oliveira Almeida.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Orientadora: Profa. Dra. Maria da Gloria Bonelli

São Carlos, junho de 2010.

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

A447rs

Almeida, Fabio de Oliveira.

Reforma sanitária e política paulista : as relações entre o processo de profissionalização dos médicos de São Paulo e políticas de saúde do governo estadual de Adhemar de Barros (1947-1951) / Fabio de Oliveira Almeida. -- São Carlos : UFSCar, 2010.

171 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2010.

1. Profissões. 2. Medicina - São Paulo (Estado) - história. 3. São Paulo (Estado) - política e governo. 4. Política de saúde. 5. Barros, Adhemar de, 1901-1969. 6. Profissionalismo cívico. I. Título.

CDD: 331.712 (20^a)



Universidade Federal de São Carlos
Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Sociologia
Rodovia Washington Luís, Km 235 – Cx. Postal 676 13565-905 São Carlos - SP
Fone/Fax: (16) 3351.8673 www.ppgs.ufscar.br Endereço eletrônico: ppgs@ufscar.br

Fábio de Oliveira Almeida

Dissertação de Mestrado em Sociologia apresentada à Universidade Federal de São Carlos, no dia 28 de junho de 2010 às 10h, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Aprovado em 28 de junho de 2010

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dra. Maria da Glória Bonelli
Orientadora e Presidente

Prof. Dr. Oswaldo Mário Serra Truzzi
Universidade Federal de São Carlos

Prof. Dra. Maria Teresa Miceli Kerbauy
Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"

Para uso da CPG

Homologado na 17.ª Reunião da CPG-
Sociologia, realizada em 11/08/2010

Prof. Dr. Valter Roberto Silveiro
Coordenador do PPGS



Sumário

Resumo e palavras-chave	5
Agradecimento	6
Índice de figuras	7
Introdução	8
Parte I – Profissões e Estado: do debate internacional aos estudos brasileiros sobre a medicina e sua relação com o adhemarismo.....	14
Capítulo 1 – Profissão e profissionalização	15
1.1 - A Sociologia das Profissões em perspectiva histórico-conceitual	15
1.2 - O poder das profissões em cena: Johnson, Freidson e Larson	18
1.3 – Profissionalismo como lógica ocupacional no campo médico de São Paulo e profissionalismo cívico: o problema do poder político estadual.....	25
Capítulo 2 – Estado e política na Sociologia das Profissões brasileira	36
2.1 - Medicina e Estado no Brasil	37
2.1.1 - Interpretações sobre a medicina brasileira: da Primeira República aos anos 1970	37
2.1.2 - Estudos acerca das relações entre medicina e Estado no Brasil: elementos para o estudo do caso paulista a partir de um balanço reflexivo desses trabalhos	44
Parte II – A emergência do adhemarismo e o populismo no Brasil: classes médias e grupo médico paulista.....	49
Capítulo 3 – Adhemarismo e poder estadual em São Paulo	49
3.1 - As origens sociais e políticas do fenômeno político adhemarista	50
3.2 - A máquina política adhemarista	56
Capítulo 4 – Sistema político populista, grupo de médicos e a liderança adhemarista: uma discussão sobre classes sociais e o profissionalismo no corpo médico paulista	58
4.1 - Populismo e classes sociais	58
4.2 - Sistema político populista, classes médias no Brasil e grupo médico de São Paulo	62
4.2.1 - Duas abordagens bastante influentes sobre populismo e classes médias no Brasil	63

4.2.2 - Sistema político populista, alianças de classes e profissionalismo	
na medicina paulista	72
Parte III – Política e saúde pública em São Paulo: a profissionalização médica paulista (1889-1951).....	79
Capítulo 5 – As organizações de saúde em São Paulo na Primeira República e na era Vargas (1889-1945): o fortalecimento da autonomia profissional da medicina.....	80
Capítulo 6 – O governo Adhemar de Barros e a evolução do jogo político-partidário (1947-1951).....	87
Capítulo 7 – A dinâmica político-administrativa da Secretaria de Saúde adhemarista: o movimento pendular entre politização e instabilidade <i>versus</i> reforma nos serviços de saúde.....	93
Parte IV – Interesses e ideologia dos médicos de São Paulo: contradições e ambivalências.....	109
Capítulo 8 – Ações e interesses político-profissionais da medicina paulista diante do populismo adhemarista: aproximações e distanciamentos do grupo médico de São Paulo com o governo do Estado.....	110
Capítulo 9 – Coesão e união de esforços institucionais: a interiorização da APM.....	132
Capítulo 10 – Mudanças internas à medicina e suas relações com o adhemarismo: ambivalências e incertezas na ideologia do profissionalismo médico paulista.....	144
Considerações Finais.....	163
Bibliografia.....	165
Anexo.....	171

Resumo

Esta pesquisa investiga, no Estado de São Paulo, as relações entre o processo de profissionalização dos médicos paulistas e o fenômeno de liderança política do adhemarismo, que foi muito influente sobre a dinâmica política da era populista brasileira (1930-64). Em seus mandatos como chefe do executivo paulista, Adhemar Pereira de Barros empreendeu políticas de saúde que interferiram no processo de profissionalização dessa carreira em São Paulo. Em especial, tratamos da organização da Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social, realização do segundo mandato de Adhemar de Barros como governador (1947-1951). Assim, a pesquisa avalia as conexões entre profissionalismo e política em termos das formas como essa profissão relacionou-se com o Estado e quanto as suas injunções diante da política adhemarista. Neste contexto, acreditamos que a ideologia predominante que permeou o grupo médico de São Paulo foi uma mescla entre a ideologia da neutralidade do saber, como base de uma atitude anti-política diante dos custos da política populista do adhemarismo, e uma relativa aproximação, em termos das linhas mais gerais, com a presença maior do Estado na oferta de serviços de saúde, linha que também marcou as políticas adhemaristas. Acreditamos que seria possível entender esse relativo anti-populismo dos médicos paulistas como uma atitude anti-política típica de profissionais que, baseados na neutralidade profissional, estabelecem uma estratégia de relativo distanciamento da política convencional populista, a fim de preservar sua autonomia técnica dos custos do embate político puro (Halliday, 1999). Contudo, de acordo com nossos dados, uma visão representativa da medicina paulista sobre a necessidade de maior participação do Estado na oferta de serviços de saúde, colocou-a numa posição ambivalente frente à tendência de maior presença estatal na área da saúde das políticas adhemaristas. Além disso, entendemos que o processo de interiorização das organizações político-administrativas de saúde adhemaristas contribuiu para a consolidação política e institucional da Associação Paulista de Medicina, servindo de base para a organização coletiva dos médicos paulistas em nível estadual.

Embora os médicos fossem favoráveis a maior presença do Estado na oferta de serviços de saúde, direção seguida pelas políticas adhemaristas, enfrentaram dificuldades oriundas da considerável politização das organizações estatais de saúde paulistas. Mas, como pudemos observar, essa defesa do protagonismo estatal indica uma linha de continuidade no pensamento médico paulista entre a Primeira República e o Pós-Guerra, já que também os médicos sanitaristas do primeiro período republicano entendiam que o Estado deveria assumir uma posição central na oferta de serviços de saúde. Aliás, essa posição aponta para uma atitude de relativa abertura da profissão médica paulista às necessidades e demandas sócio-políticas substantivas: trata-se de uma postura ideológica que aproxima a política da profissão às demandas de caráter social da política convencional. Com efeito, esse dado revela como a profissão médica paulista, nas décadas de 1940-50, já possuía uma composição social mais aberta e diversificada, pois esta preocupação com os desdobramentos sócio-políticos substantivos da medicina aponta para uma posição que não se refere meramente a uma elite profissional atenta às suas necessidades particulares de inserção no conjunto dos grupos dominantes ou no jogo sócio-político típico de elites. Acreditamos que seria possível afirmar que a profissão médica de São Paulo, no período analisado, já vinha incorporando há algum tempo grupos sociais não oriundos de setores de elite, o que, em nossa visão, aponta no sentido da crescente incorporação de grupos de classes médias, os quais já haviam diversificado suficientemente a composição interna da medicina de São Paulo, permitindo uma preocupação e mobilização dos médicos como grupo profissional com ideologia e interesses próprios, cada vez mais definidos profissionalmente, e menos a partir dos condicionamentos ligados à estrutura de classes e à inserção da elite da profissão no conjunto das classes dominantes. **Palavras-chave:** profissionalismo e política; profissionalismo cívico; medicina paulista e políticas de saúde adhemaristas.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer aos meus pais e irmãos, que estiveram presentes em todos os momentos mais importantes dos últimos tempos, desde os momentos mais difíceis da minha depressão, até hoje, em que me sinto bem novamente. Agradeço aos meus pais e irmãos pelo empenho e pela força que me deram no sentido de que eu continuasse estudando.

Desejo também agradecer a Aline, pela sua amizade, ao apoio, às longas conversas e às vezes em que saímos juntos para nos divertir. É verdade que não tenho sido um amigo tão presente, pois com meu emprego e a pesquisa do mestrado, meu tempo livre tem sido raro. No entanto, acredito que, considerando as circunstâncias, isso seja compreensível.

Todos foram muito importantes no processo de recuperação que enfrentei e para que eu avançasse no mestrado.

Da mesma maneira, queria agradecer, e muito, à minha orientadora, professora Maria da Glória Bonelli, a qual me permitiu aproveitar esta importante oportunidade de vida, a qual entra agora em sua fase final. Por sua orientação acadêmica e sua atitude compreensiva para com meus problemas de saúde, agradeço muitíssimo.

Além disso, gostaria de agradecer ao grupo de pesquisa em Sociologia das Profissões, liderado pela professora Glória. Aspectos importantes incorporados no desenvolvimento deste texto foram refletidos nas reuniões do grupo. Por isso, agradeço a todos por suas contribuições, mesmo que involuntárias.

Agradeço, da mesma forma, aos funcionários do Arquivo Edgard Leuenroth/UNICAMP, pelo auxílio sempre pronto enquanto coletava os dados primários que pesquisei nesta instituição. Outra importante contribuição foi da bibliotecária Isabel, que me ajudou com a coleta de dados na Associação Paulista de Medicina.

Também gostaria de citar, a fim de agradecimento, aos professores das disciplinas que cursei no PPGS/UFSCar: Glória, Valter, Thales, Richard e Maria Aparecida, pois, com seu trabalho em sala de aula, pude aprimorar esta pesquisa, seja através das leituras que fiz e das discussões que acompanhei em sala de aula sobre autores e temas que de alguma forma foram incorporados a esta dissertação, seja pelos trabalhos finais dessas mesmas disciplinas, os quais serviram de preparação à versão final deste texto.

Ainda gostaria de agradecer aos professores que compuseram a banca de qualificação e que também estão formando a banca de defesa de dissertação: Prof. Dr. Oswaldo Mário Serra Truzzi e Prof^a. Dr^a. Maria Teresa Kerbauy. Sua atenção e comentários críticos a este trabalho foram de significativa importância para o aperfeiçoamento desta pesquisa e deste pesquisador iniciante.

Enfim, desejo agradecer a CAPES e a FAPESP, pelo suporte financeiro e por investirem neste trabalho, o qual pôde ser realizado graças ao apoio dessas instituições.

Índice de figuras

Figura 1	25
Figura 2	29
Figura 3	94
Figura 4	98
Figura 5	104
Figura 6	139
Figura 7	143

Introdução

Este trabalho é fruto de uma pesquisa realizada entre os meses de março de 2008 e maio de 2010 e está organizado aqui como um texto final de dissertação a ser apresentado a uma banca de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Sociologia (PPGS), da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Assim, esta dissertação apresenta a profissão médica em um contexto específico e a partir de uma problemática teórica determinada. Ou seja, este trabalho versa sobre o processo de profissionalização dos médicos paulistas e sua relação com políticas de saúde implementadas pelo governo estadual de Adhemar Pereira de Barros, entre 1947 e 1951. Nestes termos, o trabalho procura perceber como os médicos de São Paulo, em seu relacionamento com o Estado, vivenciaram as fronteiras entre política e profissão.

Inicialmente, fazemos uma incursão, não exaustiva e voltada para os propósitos deste trabalho, acerca dos conceitos de profissão e processo de profissionalização na Sociologia das Profissões, destacando as principais correntes e paradigmas desta especialidade científica. Em particular, tratamos do paradigma do poder das profissões, enfatizando certos entendimentos de Eliot Freidson sobre esta questão e realizamos uma discussão sobre conceitos que nos orientaram na produção deste trabalho: neste caso, observamos os conceitos de profissão, autonomia profissional e profissionalismo, segundo Freidson, e de profissionalismo cívico, conforme Terence Halliday, de modo a relacioná-los com alguns conceitos de Pierre Bourdieu – tais como campo, capital social, grupos dominados e grupos dominantes, estratégias de conservação e subversão, e ainda, consenso. Depois, apresentamos alguns aspectos das produções científicas brasileiras em torno do fenômeno profissional, discutindo a temática que relaciona profissões e política no país; e apresentamos, de modo argumentado e refletido, trabalhos sobre a profissão médica brasileira diante do problema de suas relações com o Estado e a política convencional.

Além disso, tratamos da estrutura e dinâmica de poder particular que caracterizou a política paulista no pós-1945, com a ascensão do populismo adhemarista ao poder político estadual. Essa discussão sobre o populismo adhemarista nos remeteu ao debate entre Sociologia das Profissões e teoria das classes sociais, já que a teoria do populismo tem se apoiado tradicionalmente em estudos que relacionam o fenômeno populista às relações e estrutura de classes. Neste caso, embora os médicos (assim como outros grupos profissionais) identifiquem-se geralmente com as classes médias, mostramos como as relações entre o

populismo adhemarista e o processo de profissionalização dos médicos de São Paulo remetem a outras questões, como: as relações e fronteiras entre política e profissão; o problema da autonomia profissional diante da influência da política convencional; e como o profissionalismo se configura a partir da ação de políticas públicas.

Essa discussão acerca das conexões entre classes sociais, grupos médicos e populismo nos levou a refletir quanto às relações entre classes médias e Estado populista no Brasil, o que, por sua vez, nos direcionou aos trabalhos, por um lado, de Francisco Weffort e Décio Saes e, por outro lado, ao estudo sobre o populismo no Brasil de John French – particularmente aos conceitos desenvolvidos por este autor de sistema político populista e sistema de alianças de classes, pois com eles pudemos analisar as interconexões entre classes médias, profissão médica paulista e populismo adhemarista. French entende que as relações entre liderança política, Estado populista e classes sociais aconteceram na base de relações contraditórias de aliança, as quais poderiam ser estabelecidas e rompidas, parcial ou totalmente, conforme o contexto e a específica conjugação de forças presente na relação entre as partes.

Na realidade, apoiados no entendimento de Eliot Freidson acerca das relações entre profissão e Estado, o qual as identifica como estruturadas numa espécie de processo de interlocução entre partes que se relacionam numa via de mão dupla, assimilamos de maneira relativamente alterada aqueles conceitos de John French de sistema político populista e sistema de aliança de classes. Dessa maneira, aceitamos, como entende French, que as relações entre a liderança política populista de Adhemar de Barros, o Estado e outros grupos sociais se estabeleceram e evoluíram em termos de contraditórias relações de aliança, no entanto, substituímos os conceitos de classe e estrutura de classes pelos conceitos de ocupação e profissão, na medida em que concordamos com Freidson sobre o fato de que estes conceitos são mais elucidativos do que os anteriores em análises sobre o fenômeno profissional e processos de profissionalização.

Francisco Weffort e Décio Saes têm análises sobre o populismo que se aproximam relativamente, entre outras coisas, na maneira como delineiam a participação das classes médias no sistema político populista. Weffort e Saes entendem que grupos de classes médias participaram do movimento político que deu fim à Primeira República, o que resultou na ascensão de Getúlio Vargas ao poder, dando início ao período do populismo no Brasil. Ambos também se aproximam, em termos, ao argumentarem que setores das classes médias urbanas emprestaram em parte o sentido de classe de seu comportamento político aos grupos populares emergentes. Em Weffort, isso aparece no sentido de que a pequena burguesia

brasileira apresentava um comportamento irracional de massa típico a sua condição de classe marginal do sistema capitalista; por outro lado, as classes populares, ainda não desenvolvidas plenamente como um proletariado consciente de sua condição de classe explorada pelo capitalismo, também apresentavam um comportamento político de massa semelhante ao da pequena burguesia, de tal maneira que eram manipuladas pelo Estado e pelas lideranças populistas.

Já Décio Saes entende que classes médias e populismo no Brasil estariam intrinsecamente relacionados não apenas pelas razões anteriormente indicadas, mas também porque as trajetórias deste novo sistema político e desta nova forma de Estado seriam marcadas pela ação tanto das categorias sociais de Estado, filiadas às classes médias (como no caso do tenentismo, e ainda, do integralismo e do nacionalismo, que deram suporte ideológico ao Estado populista), como da massa de setores de classe média do país: expresso, por exemplo, no sindicalismo “médio” de Estado e no sindicalismo de Estado da classe operária – que no período populista assume, segundo o autor, contornos típicos de um sindicalismo de classe média. Além disso, seria pelo impulso das categorias sociais de Estado que o Estado populista realizaria a integração/manipulação “antecipada” da classe operária, através do sindicalismo de Estado e da legislação trabalhista, os quais, desde a ação dos tenentes, foram estendidos pelo Estado populista à classe operária e às outras categorias de trabalhadores urbanos e, portanto, às massas urbanas.

Saes trata de um anti-populismo por parte do que reconhece como camadas superiores das classes médias brasileiras: ora como defesa de um liberalismo oligárquico, retrógrado e anti-popular (basicamente, na sua linguagem, de profissionais liberais típicos), ora como uma atitude autoritária de “homens de empresa”, ou seja, entre outras ocupações não-profissionais (isto é, sem formação de nível superior), de engenheiros, advogados e economistas assalariados na indústria emergente a partir dos anos 1950, por exemplo. Portanto, nos dois casos Saes faz a conexão entre o anti-populismo desses segmentos e uma atitude político-ideológica conservadora na essência. No entanto, acreditamos que seria possível entender esse anti-populismo, alternativamente, como uma atitude anti-política típica de grupos profissionais que, baseados no apego à neutralidade profissional (fundada no mérito e na *expertise*), estabelecem uma estratégia de relativo distanciamento da política convencional, a fim de preservar sua autonomia técnica dos custos do embate político puro. Assim, mais do que duas formas distintas de anti-populismo conservador, teríamos um movimento característico de segmentos profissionais, que, conforme Terence Halliday, assumem uma

postura mais conservadora e distanciada dos apelos populares e das demandas sócio-políticas substantivas da política convencional, como forma de se protegerem dos possíveis custos que uma maior politização de suas atribuições poderia gerar.

Por outro lado, encontramos no grupo médico paulista preocupações também acerca dos desdobramentos sócio-políticos substantivos de suas atividades, defendendo uma participação maior do Estado na oferta de serviços de saúde, especialmente aos mais pobres. Além disso, notamos preocupações, já àquela época, com o relativo processo de assalariamento a que estavam sujeitos determinados grupos de médicos em São Paulo, pois então estavam sendo incorporados às organizações privadas e aos serviços públicos de saúde do Estado. Acreditamos que esses dados revelam como a profissão médica paulista, na década de 1940 e início de 1950, já possuía uma composição social mais aberta e diversificada, pois estas preocupações com os desdobramentos sóciopolíticos substantivos da medicina e com a condição de trabalho (assalariado) de determinados grupos médicos apontam para posicionamentos que não se referem meramente aos interesses de uma elite profissional atenta às suas necessidades particulares de inserção no conjunto dos grupos ou classes sociais dominantes, ou no jogo sócio-político típico de elites. Na realidade, revela preocupações com, por um lado, os desdobramentos sociais mais amplos de sua atividade profissional e, de outro, para a situação de trabalho de membros da profissão mais dependentes dos postos de trabalho oferecidos pelas organizações privadas e estruturas estatais, os quais, acreditamos, pela sua situação social, dependem mais desses espaços no mercado de trabalho.

Desse modo, consideramos que seria possível afirmar que a profissão médica de São Paulo, no período que analisamos, já vinha incorporando há algum tempo grupos sociais não oriundos de setores de elite, o que, sugerimos, aponta no sentido da crescente incorporação de grupos de classes médias, os quais, neste momento do processo de profissionalização dos médicos paulistas, já haviam diversificado a composição interna da medicina de São Paulo, emprestando maior densidade à base da profissão, o que permitiu o reforço, mesmo que ainda não de forma plena, da preocupação e mobilização dos médicos como grupo profissional com ideologia e interesses próprios, cada vez mais definidos a partir da visão sobre a profissão como um todo à parte, e menos a partir dos condicionamentos ligados à estrutura de classes. Diante dessa constatação, pensamos mais uma vez que o mais indicado para se estudar grupos profissionais e processos de profissionalização é utilizar, a partir de Freidson, os conceitos de profissão e profissionalismo, e não mobilizar elementos da teoria de classes, os quais são

menos elucidativos no enfrentamento de questões hoje centrais ao debate da Sociologia das Profissões.

Debatemos ainda o particular processo de profissionalização dos médicos paulistas e aspectos do segundo governo estadual de Adhemar de Barros, principalmente a criação de uma Secretaria de Saúde Pública. Como indicamos, encontramos uma visão representativa da medicina paulista sobre a necessidade de maior participação do Estado na oferta de serviços de saúde, especialmente em direção aos mais pobres, visão essa que colocou o grupo médico paulista numa posição de ambivalência frente à tendência de maior presença estatal na área da saúde, algo típico das políticas adhemaristas – tendência materializada principalmente na criação da Secretaria de Saúde Pública. Apesar de àquela época os médicos paulistas serem favoráveis a uma presença maior do Estado na área da saúde, direção trilhada de modo semelhante pelas políticas adhemaristas, eles enfrentaram obstáculos oriundos da considerável politização das organizações estatais de saúde no governo Adhemar de Barros. Assim, em seu relacionamento com o adhemarismo, os médicos paulistas lidaram com problemas na construção das fronteiras entre política convencional e política da profissão, como forma de preservarem sua autonomia profissional.

Para investigarmos os médicos do Estado de São Paulo e sua relação com a política convencional ao longo do governo adhemarista, concentramos esforços no estudo da Associação Paulista de Medicina, principal entidade representativa do grupo médico do Estado e que atuava em defesa dos seus interesses e ideologia profissionais e científicos. Como evidenciaremos, os médicos paulistas oscilaram de uma posição de aproximação junto ao governo paulista, especialmente em relação à conquista, com recursos estaduais, de uma sede própria que centralizasse suas estruturas antes disseminadas pela cidade de São Paulo, para uma postura de crítica e relativo distanciamento, perceptível na conhecida “Assembléia Permanente de Médicos e Engenheiros”, em que ambas as categorias profissionais reivindicaram do governo paulista a equiparação de vencimentos em relação aos advogados servidores do governo do Estado.

É bom que se diga que neste estudo não pretendemos averiguar o impacto das políticas de saúde adhemaristas sobre a população do Estado, ou mesmo em relação a sua saúde, mas sim, verificar os impactos dessas políticas sobre a condição profissional dos médicos de São Paulo. Para este estudo, utilizamos dados obtidos junto à bibliografia acadêmica e outras fontes secundárias que trataram da política adhemarista, e ainda, de fontes ligadas ao jornal *O Estado de São Paulo*, referentes a uma coleta de dados de edições desse diário ligadas aos anos compreendidos entre janeiro de 1947 e janeiro de 1951, anos do segundo mandato do

governo adhemarista – este diário era o principal jornal publicado àquela época no Estado de São Paulo, constituindo, assim, em fonte interessante para a pesquisa. Da mesma maneira, investigamos, em relação ao mesmo período, os dados da Revista Paulista de Medicina, que era a publicação de caráter científico e profissional da Associação Paulista de Medicina.

Esta dissertação está organizada em quatro partes, que se relacionam entre si e que desenvolvem o argumento apresentado aqui. Tais partes segmentam o texto pela reunião de alguns capítulos nos quais discutimos cada sub-tema reunido em cada parte. As duas primeiras partes têm caráter mais conceitual e apresentam as balizas teóricas da pesquisa. Já as duas últimas caracterizam-se por análises de nossa base de dados empírica. Ao final deste trabalho, encerramos o texto com algumas considerações sobre temas e aspectos discutidos anteriormente pela pesquisa.

Parte I – Profissões e Estado: do debate internacional aos estudos brasileiros sobre a medicina e sua relação com o adhemarismo.

Profissão, em sentido sociológico específico, indica um conceito que denota uma atividade no mundo do trabalho que demanda formação de nível superior. Portanto, não são todas as atividades no mundo do trabalho que podem ser classificadas como profissão, segundo essa especialidade. Na Sociologia das Profissões o que se conceitua de maneira geral como trabalho remunerado em tempo integral é o que se denomina ocupação. Assim, toda profissão é uma ocupação, mas nem toda ocupação é profissão em sentido sociológico.

Mas o estatuto de profissão não é uma decorrência de um estado natural de uma determinada ocupação. Na verdade, uma ocupação atinge o *status* de profissão através de um processo histórico-sociológico, também chamado processo de profissionalização. A fim de se consolidar e angariar reconhecimento social, uma ocupação que aspire à condição de profissão procura controlar o próprio mercado de trabalho, de modo a fixar uma posição privilegiada para seus membros em detrimento das demais ocupações concorrentes. Para essa finalidade, a profissão estabelece uma série de estratégias que incluem o controle sobre a formação acadêmica, a posse de um saber abstrato especializado, o estabelecimento de credenciais que habilitam indivíduos a atuarem em dado segmento profissional, a elaboração de leis e códigos de ética – que definem juridicamente os limites e o que é legal ou ilegal na atividade profissional – e a criação de associações e conselhos profissionais, para cuidar da promoção dos interesses e atributos do corpo profissional e regular a atividade. Tais iniciativas buscam legitimar e dar suporte à prática profissional e reservar, em termos formais, uma parte do mercado de trabalho apenas aos profissionais de uma determinada categoria. Com efeito, é por meio da conquista da autonomia (principalmente técnica, mas também econômica), a partir do domínio exclusivo de uma *expertise*, que o fortalecimento da profissão em um determinado mercado acontece. E a mobilização em torno da autonomia leva a profissão a buscar legitimidade social e aprovação de suas reivindicações por parte do Estado.

Aplicadas estas circunstâncias ao caso específico das atividades na área da saúde, por exemplo, temos que apenas os indivíduos técnica e juridicamente habilitados poderão “(...)

monopolizar o desempenho de um conjunto específico de atividades definidas como atribuições exclusivas” (FERNANDES, 2004). As profissões na área da saúde estabelecem, cada uma, espaços (ou jurisdições) acerca de atividades que monopolizam. Mas, entre elas existem hierarquias que modelam suas relações inter-profissionais, bem como as relações que essas profissões mantêm com o público em geral e com os clientes – é o caso dos médicos em relação a outros profissionais na área da saúde, tais como: nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos (as) e enfermeiros (as). Na realidade, a profissão médica tem sido uma das profissões mais competentes no estabelecimento de um controle e legitimidade sociais sobre seu monopólio de atividades na área da saúde.

Mas apesar desses contornos mais ou menos claros acerca de conceitos como “profissão” e “processo de profissionalização”, desde o surgimento da Sociologia das Profissões, e antes mesmo da sua consolidação na segunda metade do século XX, estes mesmos conceitos têm recebido por parte de diversos autores no plano internacional, significados relativamente distintos, de modo que esta especialização já acumulou ao longo dos anos não somente conceitos, mas também uma diversidade de abordagens, tradições, problemáticas e paradigmas. Como veremos especialmente quanto ao caso da profissão médica, todo esse debate encontra-se hoje presente em trabalhos de autores que investigam o fenômeno profissional no Brasil.

Capítulo 1 – Profissão e profissionalização.

1.1) A Sociologia das Profissões em perspectiva histórico-conceitual.

Maria de Lourdes Rodrigues observa que por “(...) razões e com objetivos diferentes, desde o final do século XIX, pensadores como Spencer, Sant-Simon, Weber, Durkheim, Beatrice e Sidney Webb refletiram sobre o fenômeno das profissões, fornecendo importantes contributos para o seu estudo” (RODRIGUES, 2001). Em comum estes autores atribuíram um valor positivo às profissões, considerando-as formas superiores de organização social e manifestações de desenvolvimento e modernidade, em oposição às sociedades tradicionais. No entanto, é apenas na segunda metade do século XX que o fenômeno profissional é assimilado pela Sociologia de forma sistemática, emergindo um processo interno de especialização científica que levou à constituição de um subdomínio hoje conhecido como Sociologia das Profissões.

O surgimento dessa especialização científica está vinculado a variáveis científicas e extra-científicas, ou seja, esta disciplina foi condicionada pelo contexto sócio-político e econômico anterior e posterior à Segunda Guerra Mundial, a emergência de diferentes grupos ocupacionais aspirando ao status profissional, como os próprios sociólogos. Nestes termos, a Sociologia das Profissões seria, antes de tudo, um produto de vínculos sociais e ideológicos e, portanto, limitada por uma visão de mundo.

Contudo, para além das condições sociais e políticas, mais ou menos favorável, mais ou menos condicionantes do surgimento da Sociologia das Profissões, deve-se sublinhar a existência de uma lógica cognitiva de estruturação desse domínio disciplinar, associada a uma série de interrogações que se revelaram nucleares na sedimentação do seu corpo de conhecimentos, tais como: o que é uma profissão, ou o que a distingue de qualquer ocupação? Como e em que condições uma ocupação se transforma em profissão? Qual a função social das profissões – ou melhor, como e por que alguns grupos mantêm situações de privilégio profissional? E, enfim, qual o sentido histórico-sociológico das profissões? É em torno dessas interrogações e da busca das respectivas respostas que, ao longo das últimas décadas, se constituiu e sedimentou a Sociologia das Profissões, com seus diferentes ângulos de observação, modelos explicativos e paradigmas¹.

Diversos autores reconhecem na história desta disciplina dois grandes períodos: o primeiro deles, anterior à década de 1970, dominado pelas perspectivas funcionalistas; e o segundo período, após os movimentos críticos dos anos 1960 e 1970, de emergência de uma pluralidade de paradigmas. Mas, do ponto de vista dos principais temas e aquisições cognitivas, Maria de Lurdes Rodrigues (2001) identifica quatro períodos na história da disciplina:

- a) Um primeiro período, que decorre desde os trabalhos inaugurais de Carr-Saunders e Wilson, ainda na década de 1930 até o final da década de 1960, sendo o pós-guerra o período mais produtivo. Neste período, destacam-se autores como Parsons, Merton, Goode, Barber e Moore, cujos trabalhos se filiam no paradigma funcionalista, dominante em todo o período, e que, à procura de um modelo analítico funcional e criterioso das profissões, repousam sobre critérios de legitimidade social (em termos de controle e integração sociais) do fenômeno profissional; e ainda, Hughes, Strauss e

¹ O conceito de paradigma, como referencial conceitual para estudar a comunidade científica, foi formulado por Thomas Kuhn e implica realizações científicas reconhecidas universalmente por uma comunidade científica, as quais, durante certo período, oferecem problemas e soluções basilares para as gerações seguintes de cientistas. Para mais detalhes sobre o conceito de paradigma, ver: KUHN, Thomas (1975). A estrutura das revoluções científicas. São Paulo, Perspectiva.

Bucher, que produziram trabalhos numa perspectiva alternativa, seguindo a tradição da Escola de Chicago e do interacionismo simbólico, que repousam, por seu turno, nas análises sobre relações de negociação e conflito desenvolvidos pelas ocupações – assim, se os funcionalistas procuravam uma definição conceitual universal de profissão, os interacionistas entendem que os significados em torno do conceito de profissão são diversos, variáveis, contextuais e objeto de negociações e conflitos; e, por último, Wilensky e Gross, que procuraram realizar sínteses dos dois paradigmas anteriores;

b) Um segundo período, que tem na década de 1970 o momento mais produtivo “(...) e [que], para além das figuras ligadas à sociologia crítica, como W. Mills e Gouldner, no campo da Sociologia das Profissões destaca-se Gyarmati” (RODRIGUES, 2001, p. 4). É um momento em que o paradigma funcionalista é revisto e criticado. Criticam-se especialmente as práticas monopolistas das profissões e seus efeitos econômicos, o viés ideológico dos modelos funcionalistas – que assimilariam o discurso do ideal de serviço defendido pelas profissões sem um olhar crítico – e a inadequação do conceito funcionalista de profissão diante da variedade de sentidos empiricamente encontrados em realidades sociais distintas, como, por exemplo, entre o mundo anglo-americano e o mundo europeu-continental, constituindo, nesta questão, um movimento de crítica mais ou menos na linha das interpretações interacionistas;

c) Um terceiro período, que destaca “(...) *o poder das profissões e a pluralidade de paradigmas (...)*” (RODRIGUES, 2001, p. 4). Essa fase decorre ao longo dos anos de 1970 e 1980 e se caracteriza pela emergência de uma pluralidade de orientações paradigmáticas e metodológicas que procuram dar sentido a um mesmo fenômeno: o poder das profissões. Destacam-se autores como Johnson, Larson e Freidson, que são ao mesmo tempo responsáveis pelo movimento crítico e seus tributários;

d) Por último, o período das abordagens sistêmica e comparativa. Reúnem-se aqui recentes estudos sobre profissões em que, por um lado, segundo Maria de Lurdes Rodrigues, não se conhecem ainda todos os desenvolvimentos ou decorrências e, por outro, não seria ainda possível ter o distanciamento necessário aos exercícios críticos. São trabalhos comparativos que levam em conta as dimensões histórico-temporal e espacial (nacional/local – de diferentes profissões numa mesma formação social e dimensão internacional – as mesmas profissões em diferentes países). Destacam-se também os estudos de Andrew Abbott, marcados pela preocupação de construção de uma teoria sistêmica do mundo profissional, em que as disputas jurisdicionais inter-

profissionais e intra-profissionais conferem uma dinâmica conflitiva às relações internas ao sistema das profissões.

Diante desses movimentos intelectuais mencionados acima, interessa-nos observar em detalhes o terceiro período – das abordagens sobre o poder profissional –, já que é dele e, particularmente das pesquisas de Eliot Freidson, que extraímos as orientações teóricas mais centrais deste trabalho.

1.2) O poder das profissões em cena: Johnson, Freidson e Larson.

Como já observamos, entre as décadas de 1970 e 1980 emerge uma nova base de questionamento no campo da Sociologia das Profissões, em trabalhos de autores que agora focalizam um novo tipo de fenômeno: o poder das profissões. Entre os autores mais destacados da Sociologia das Profissões internacional que lidaram com essa nova problemática, sobressaem os nomes de Terence Johnson, Magali Sarfati Larson e Eliot Freidson.

Rodrigues (2001) afirma que Terence Johnson é o primeiro autor a defender que é necessário direcionar a análise sobre profissões no sentido das relações de poder. Ele considera que as ocupações são uma consequência geral da divisão do trabalho nas sociedades e que o surgimento, em uma dada sociedade, de saberes profissionais especializados para a produção de bens ou serviços gera relações de dependência social e econômica, isto é, relações de distância social através da “desespecialização” dos consumidores, resultante da especialização dos produtores. Por sua vez, a distância social produz uma estrutura de incerteza ou indeterminação entre produção e consumo, potencializando a exploração. O nível de indeterminação tem consequências principalmente para a relativa autonomia e recursos de que as profissões dispõem para constranger outras ocupações com as quais disputam espaço na divisão do trabalho e para se imporem diante dos consumidores de seus bens e serviços.

A incerteza gerada por essa relação desigual entre profissionais-produtores e consumidores tem um componente cognitivo relativo à complexidade do conhecimento técnico mobilizado pelos profissionais, mas guarda ainda um componente de mistificação deliberada das profissões com o intuito de aumentar a distância social, a autonomia própria e o controle sobre a atividade profissional. Na ótica de Johnson, o profissionalismo seria um peculiar tipo de controle ocupacional. E além deste tipo de controle, existiriam outros dois. Vejamos, pois, os três:

- a) **Colegial**: em que se inscreve o profissionalismo e que se notabiliza pelo fato do produtor-profissional ter as atribuições para definir as necessidades do consumidor (fragmentado e heterogêneo), assim como as soluções para as necessidades identificadas;
- b) **Patrocinato**: neste tipo o consumidor é quem define suas próprias necessidades e as formas de supri-las; o consumidor pode ser uma oligarquia aristocrática, como em sociedades tradicionais, ou as grandes corporações empresariais das sociedades industriais, que empregam profissionais;
- c) **Mediado**: neste caso, a relação produção-consumo é mediada, por exemplo, pelo Estado, sendo que as definições das necessidades de consumo e as formas de supri-las podem assumir diferentes formatos.

Terry Johnson entende que o principal recurso ou fundamento do poder profissional resulta da contribuição do grupo ocupacional para as “funções globais do capital”, isto é, à produção do lucro, à realização do capital e à reprodução das relações sociais que asseguram a manutenção do modo de produção capitalista, de tal modo que a explicação do domínio de uma profissão sobre outras ocupações encontra-se nos laços que a unem à classe dominante.

Maria de Lurdes Rodrigues sustenta que a contribuição de Johnson é dar início a uma nova fase na Sociologia das Profissões, “(...) marcada pela preocupação de alargamento do campo de observação, isto é, passar de uma visão internalista das profissões para o estudo em simultâneo das interações estabelecidas com o exterior, a estrutura de classes da sociedade envolvente e, sobretudo, o Estado” (RODRIGUES, 2001, p 50). De algum modo, essas preocupações teóricas com variáveis exteriores às profissões vão acompanhar as postulações dos demais autores que se dedicaram à problemática do poder profissional.

Contudo, de acordo com Eliot Freidson (2001), em trabalho mais recente, Johnson parece ter alterado seu entendimento acerca das relações entre profissões e Estado. Se antes Johnson tratava cada pólo destas relações como um agente distinto do outro, mais recentemente o autor tem defendido que as profissões modernas são, na verdade, parte do aparato que compõe o Estado, o qual, com a modernidade, teria incorporado as disciplinas profissionais entre seus recursos, a fim de criar uma população dócil. Diferentemente da era pré-moderna, em que o Estado fazia uso apenas da coerção, ou até do terror, para imprimir o controle social, atualmente o Estado estaria fazendo uso do conhecimento profissional para o controle da população. Neste sentido, Freidson acredita que Johnson não confere valor analítico à distinção entre Estado e profissões.

Eliot Freidson entende que estes dois agentes estão intimamente conectados, mas que seria cair em um mar de ambigüidades não considerá-los entidades distintas. Por mais interpenetrados que Estado e profissões possam se mostrar, cada qual tem objetivos particulares e distintos; aliás, o Estado teria o poder coercitivo sobre a sociedade que lhe corresponde, um poder de que as profissões não disporiam. Enquanto o poder seria genérico ao Estado, o conhecimento especializado requerido para modelar este poder em ações administrativas concretas, em modelos classificatórios e reguladores, e também no que o autor chama de ocupações de governo, não seria genérico ao Estado. Os principais mecanismos coercitivos do Estado seriam a lei e os códigos de procedimentos, e seus instrumentos seriam seus ministérios e agências administrativas, além das cortes civis e criminais. Estes instrumentos seriam organizações formais ou burocracias, não se configurando, dessa forma, como nenhuma das organizações típicas das profissões. Além disso, o autor argumenta que a ideologia do profissionalismo nega o controle mais amplo sobre as profissões, seja do Estado, seja dos clientes, de tal modo que as profissões advogam – ou procuram fazê-lo – para si o poder de servir à sociedade com independência e em prol de valores transcendentais. Profissões concretas dependem dos instrumentos do Estado para organizar e exercer o poder que cria e mantém elementos essenciais do profissionalismo, mas como alguns desses elementos não são sustentados ou nem mesmo suprimidos pelo Estado, seria mais adequado pensar analiticamente o Estado como uma contingência do profissionalismo².

Conforme Eliot Freidson (1996), as pesquisas acerca das profissões até um passado recente nunca haviam sido um campo importante em qualquer das Ciências Sociais. No entanto, nos últimos anos isso tem mudado. Em termos práticos, esse recente interesse pelas profissões pode ser explicado, conforme o autor, pelo fato de as profissões e os profissionais terem se tornado muito numerosos e importantes nos países industriais avançados – e se poderia dizer, complementarmente, que as profissões tornaram-se muito influentes em todo o mundo moderno. Tem havido um aumento constante nas ocupações de formação universitária, que ganharam posições importantes tanto no serviço público civil quanto no mercado privado. Contudo, em razão de uma falta de consenso sobre quais ocupações deveriam ser estudadas e sobre que tipo de informação poderia ser coletado a seu respeito,

² Como veremos abaixo neste texto, Freidson entende que o profissionalismo seria não apenas a ideologia típica de grupos profissionais, mas também o conjunto de instituições que estruturam técnica e economicamente a realidade das profissões enquanto tal. Segundo Freidson, mesmo em Estados mais hostis ao profissionalismo, como a Alemanha nazista e a União Soviética, elementos do profissionalismo como os controles profissionais sobre a divisão do trabalho, sobre o mercado de trabalho e em relação às instituições de formação, não foram de todo eliminados, embora nestes casos as profissões não tenham desfrutado da mesma autonomia sobre a orientação ética de suas atividades como em Estados não-autoritários.

grande parte das pesquisas seria apenas precariamente comparável, mesmo quando abordam a mesma ocupação³.

Além disso, outra dificuldade referir-se-ia a ausência de um quadro de referência teórico que pudesse dar sentido heurístico mais abrangente e relacionar o estudo sobre profissões a campos sociológicos mais amplos. Para o sociólogo norte-americano, a nova teoria de classes foi uma tentativa neste sentido, mas Freidson argumenta que o conceito de classe não é muito elucidativo para enfrentar a variedade de profissões e suas diversas formas de inserção na economia política. Com efeito, Freidson acredita que o conceito central em Sociologia das Profissões deve ser o de ocupação, e não o de classe, e que o mesmo deve ser relacionado à sociologia do trabalho e à sociologia do conhecimento. Eliot Freidson entende que profissão “(...) é, antes de tudo e principalmente, um tipo específico de trabalho especializado” (FREIDSON, 1996) da moderna economia oficial; e as profissões distinguem-se em virtude de sua posição relativamente elevada dentro da força de trabalho. Por um lado, isso acontece devido às aspirações ou origens de classe de seus membros, mas, para o autor, mais importante é o tipo de conhecimento e de habilidade requisitados para seu trabalho.

Neste sentido, acreditamos que, embora a teoria de classes seja um importante recurso analítico para estudos sobre relações de exploração social e dominação ideológico-política, e também, sobre estrutura e estratificação sociais, ou ainda, para se verificar as relações entre posição social e estilo de vida ou gosto, ou mesmo, para se analisar a relação entre posição social e comportamento político, poderíamos dizer que com a teoria de classes é mais difícil de lidar com certas questões hoje centrais para a Sociologia das Profissões, tais como: formação das identidades profissionais, disputas jurisdicionais entre profissões e dentro delas, processos de profissionalização, constituição de monopólios de mercado e conquista da autonomia. Tais questões foram sendo analisadas pela Sociologia das Profissões conforme o debate acadêmico nesta especialização científica foi avançando, de tal modo que hoje se pode notar um conjunto relativamente diversificado de perspectivas analíticas e de autores que lidaram e lidam com tais questões. Neste contexto, foram de significativa relevância as contribuições dos autores que construíram o que Maria de Lurdes Rodrigues (2001) chama de o paradigma do poder.

Rodrigues argumenta que seria com a contribuição de Eliot Freidson – e sua produção intelectual desde o início dos anos 1970 – que o paradigma do poder consolidar-se-ia na

³ Para resolver esse problema, Freidson desenvolveu um modelo de análise das profissões que permite conferir com maior precisão quais ocupações podem ser estudadas e que tipo de informação pode ser investigada. No seguimento do trabalho explicitaremos a proposta teórica de Freidson.

Sociologia das Profissões. Segundo Freidson (1994), profissionalização pode ser identificada como um processo através do qual uma ocupação – organizada formalmente ou não, por meio da reivindicação (afirmação) das suas competências especiais e esotéricas, dos benefícios que seu trabalho oferece à sociedade e da particular qualidade do seu trabalho – obtém o direito exclusivo de realizar um determinado tipo de trabalho, com controle sobre a formação e o acesso à profissão, assim como o direito de determinar e avaliar a maneira como o trabalho é feito. A profissão seria, neste caso, um princípio ocupacional de organização do trabalho. Nestes termos, o poder profissional centra-se nas vantagens – autonomia técnica e controle sobre o próprio trabalho – oferecidas por um monopólio do conhecimento (*expertise*) e por credenciais, que são os principais recursos do poder profissional.

A autonomia técnica, baseada no domínio ou monopólio de uma *expertise*, cria um âmbito de atividade onde o trabalhador individual, e não a hierarquia organizada, é soberano. Por outro lado, as credenciais, como segunda maior fonte do poder profissional, seriam um mecanismo institucionalizado de controle sobre recursos desejados que permitiriam o acesso aos domínios da interpretação, julgamento e solução de problemas que o público (ou os clientes) desejam ver resolvidos. Portanto, autonomia, *expertise* e credencialismo são três conceitos que conferem condições interessantes a um domínio analítico que permite definir o poder das profissões. O domínio analítico configurado a partir destes eixos poderia ser apresentado, segundo Rodrigues (2001), a partir de seis enunciados:

- 1) O princípio ocupacional de organização do trabalho concretiza-se com o exercício de autoridade, apoiada na força do Estado, sobre o próprio trabalho pelos membros das ocupações. O Estado aprova jurisdições e licenças exclusivas, o que opõe o princípio ocupacional ao princípio burocrático de controle sobre o trabalho realizado em organizações;
- 2) O princípio ocupacional supõe a autoridade do *expert*, isto é, a autoridade do profissional para coordenar a divisão do trabalho;
- 3) A autoridade do *expert* é estabelecida por processos sociais e políticos que conferem autonomia ao profissional na divisão do trabalho, autonomia comum a profissionais assalariados ou independentes;
- 4) O conhecimento (*expertise*) é parte essencial do princípio ocupacional, mas isso somente não basta para conferir poderes especiais ao profissional. Da mesma forma, é fundamental a exclusividade do conhecimento, traduzida no controle sobre o recrutamento, formação e realização do trabalho de criação, divulgação e aplicação do conhecimento;

5) O conhecimento abstrato ou *expertise*, aprendido em instituições formais de educação superior, é a principal condição no processo de reivindicação de privilégios profissionais. E tais privilégios são assegurados pelo poder de Estado, que garante aos profissionais a exclusividade de usar e avaliar um certo corpo de conhecimentos; isso tudo evidencia como as profissões estão intimamente conectadas com o processo político formal, exigindo dos profissionais uma permanente atividade política;

6) As profissões também alimentam uma dimensão ideológica, um conjunto de crenças sobre qual a melhor maneira de resolver os problemas que se impõe no corpo profissional e que pode ser analisada nos conflitos com outras ocupações.

Desse modo, os elementos característicos essenciais das profissões estão baseados: na ligação entre tarefas, para as quais há demanda num mercado; formação oferecida pelo sistema de ensino; e acesso privilegiado de trabalhadores formados para o desempenho dessas mesmas tarefas. Essa ligação institucionaliza a relação entre o sistema de ensino superior e o mercado de trabalho. O principal suporte institucional das profissões são as instituições de credenciamento e o corpo de conhecimentos formais aos quais os profissionais são expostos nas instituições de formação. “A combinação de credenciais e formação permite o acesso ao mercado de trabalho profissional protegido” (RODRIGUES, 2001, p. 52). E existiriam dois tipos de credenciais: por um lado, as credenciais ocupacionais – isto é, licenças, graus, diplomas e certificações que permitem o acesso ao mercado de trabalho; e por outro, as credenciais institucionais, ou seja, instituições de certificação de educação superior e outras instituições profissionais que fornecem formação teórica ou prática, sendo que as principais instituições certificadoras são as universidades, as associações profissionais e o Estado.

O acesso privilegiado ao mercado de trabalho implicaria um complexo processo de negociação, que envolveria: o estatuto de essencial de uma atividade ocupacional na divisão do trabalho; a reivindicação de que só os trabalhadores com particulares competências (*expertise*) poderiam realizar esta atividade; negociação com outros grupos ocupacionais que realizam atividades fronteiriças ou sobrepostas no mercado para definir campos, posições e relações sociais; e ainda, o desenvolvimento de estruturas formais como instituições de formação e credenciamento.

Isto posto, anos depois dos primeiros trabalhos de Freidson, Magali Sarfati Larson promove uma tentativa de síntese de teses marxistas e weberianas em sua própria análise sobre as profissões. A autora estuda os profissionais como grupos de interesses ligados ao sistema de classes da sociedade capitalista e analisa a profissionalização de grupos

ocupacionais enquanto espécies de projetos de mobilidade coletiva, em que as ocupações almejam não apenas posições econômicas, mas também *status* social e prestígio.

A segmentação monopolista e fechada do mercado de trabalho aconteceria por meio do controle do acesso à profissão (controle sobre o sistema de ensino e aprendizagem) e da proteção do mercado (sistema de licenças). O processo de profissionalização seria um processo de fechamento social por meio do qual os grupos ocupacionais procuram maximizar os seus resultados e os seus recursos, limitando o acesso a um círculo restrito de postulantes. Tais processos implicam a exclusão e a oposição a outros grupos, sendo justificados pelo discurso do serviço prestado à comunidade e requerem a legitimidade e o apoio político do Estado. A profissionalização ou o controle do mercado seria a transformação de uma ordem de recursos escassos, conhecimento e competência, em outra ordem de recompensas sociais e econômicas. E para manter o valor destes recursos ou recompensas é necessário conservar a escassez, o que reforça a tendência para o fechamento. Assim, a profissionalização seria uma afirmação coletiva de um status especial e um processo de mobilidade social coletiva. De forma distinta de Johnson e Freidson, em seu tratamento analítico da problemática do poder das profissões, Larson enfatiza o aspecto do controle do mercado e os processos de monopolização/fechamento, focalizando os mecanismos de diferenciação e exclusão sociais.

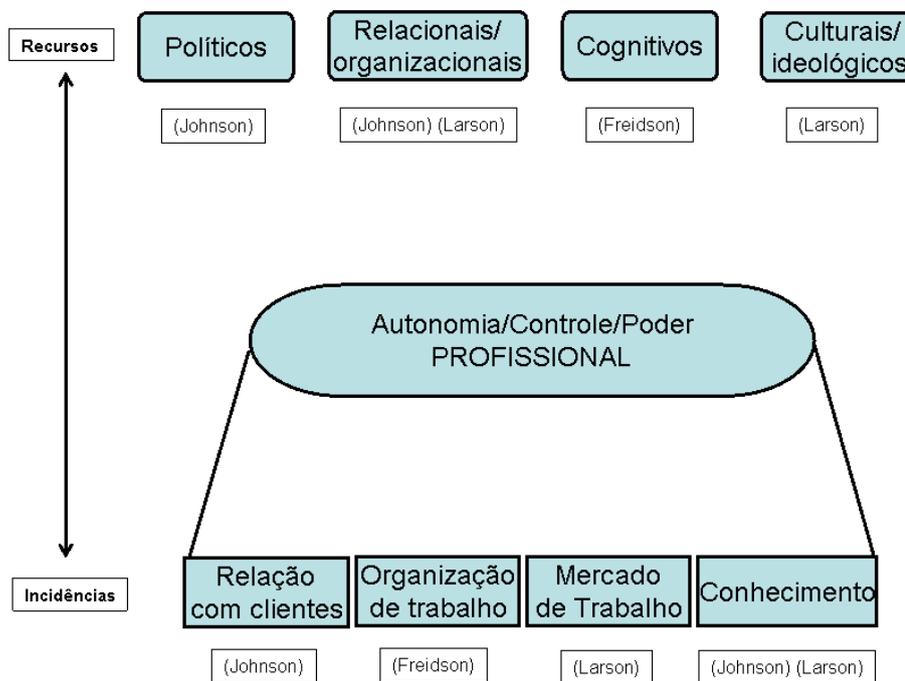
Com esse enquadramento teórico, Maria de Lurdes Rodrigues (2001) afirma que embora Eliot Freidson tenha reconhecido o valor dos estudos de Larson para o entendimento dos monopólios profissionais, ele critica de forma geral as suas teses. O sociólogo norte-americano considera que

(...) o facto de Larson usar a designação de monopólio/fechamento de mercado, e não, por exemplo, mercado protegido [ou abrigo de mercado], é revelador (...) [de uma visão determinada] da divisão do trabalho, uma visão idealizada ou perfeita no que respeita quer a mobilidade, quer à fluidez, sendo os grupos ocupacionais [ou profissionais] vistos como conspiradores e indesejáveis por constituírem constrangimentos a tal fluidez – é difícil ver como o trabalho complexo, que requer longos períodos de formação e de prática para a efectiva realização de tarefas, pode ser socialmente viável (RODRIGUES, 2001, p. 57).

Freidson prefere a expressão “mercados protegidos” ou “abrigos de mercado”, assimilando teoricamente o mercado de trabalho como um conjunto de ocupações protegidas. Uma ocupação expressa a organização do trabalho produtivo em papéis sociais e, como nas economias de mercado capitalistas os trabalhadores entram nestes papéis sociais via mercado de trabalho, seria de crucial importância ganhar algum controle sobre a oferta, ou seja, adquirir uma posição mais forte, transformando-se em grupos estáveis e organizados com

relativa autonomia. Para Freidson, este seria o principal recurso de poder utilizado pelos grupos profissionais: um mercado de trabalho protegido implica controle ocupacional sobre a oferta, bem como em relação ao conteúdo da procura. Portanto, se Larson destaca os mecanismos de exclusão e diferenciação sociais decorrentes do estabelecimento de proteções ou monopólios de mercado, Freidson sublinha os mecanismos de aquisição de autonomia e poder alternativo. Segue abaixo um esquema que representa graficamente as contribuições de Johnson, Larson e Freidson ao estudo do poder profissional.

Figura 1. Esquema sobre implicações do poder profissional em Johnson, Larson e Freidson.



Fonte: Rodrigues, 2001, p. 58.

1.3) Profissionalismo como lógica ocupacional no campo médico de São Paulo e profissionalismo cívico: o problema do poder político estadual.

Na sociologia das profissões, sem dúvida, a medicina foi uma das primeiras e ainda é uma das mais importantes ocupações de nível superior que receberam a atenção de pesquisadores e teóricos dessa área de conhecimento. Um dos autores que estudaram o campo da medicina foi Eliot Freidson, o qual desenvolveu um modelo típico-ideal de análise que se constituiu em um valioso instrumento de pesquisa a respeito das profissões em geral. Segundo

Freidson (2001)⁴, existiriam três princípios básicos organizadores das relações no mundo do trabalho formal, seriam eles: o de livre-mercado, o burocrático racional-legal (ou gerencial) e o ocupacional (ou profissional). Cada um deles concorreria com os demais no sentido da organização da divisão do trabalho, e mesmo nenhum deles se estabelecendo de forma absoluta, em geral toda divisão de trabalho seria dominada por algum dos três. Além disso, existiriam distintas ideologias que alimentariam esses princípios organizadores. No caso da lógica de mercado, o seu conteúdo ideológico fundamental seria a defesa da livre escolha de consumidores existentes no mercado. Na lógica burocrática, por seu turno, defende-se o controle dos corpos administrativos de empresas públicas ou privadas sobre a dinâmica de trabalho. Já a ideologia que acompanharia o princípio ocupacional seria a do profissionalismo, a qual seria sustentada pela centralidade do mérito profissional e pela *expertise*, alegando que os profissionais atuam de maneira independente tanto da clientela imediata como dos patrões, na defesa de valores transcendentais, como: verdade, beleza, esclarecimento, justiça, salvação, prosperidade ou saúde.

O autor entende que profissionalismo seria não apenas a ideologia que permearia a lógica ocupacional de organização das profissões, mas também um conceito típico-ideal que reuniria as características institucionais e ideológicas dos grupos ocupacionais organizados sob a lógica profissional, centrada na autonomia e na valorização da *expertise*. Eliot Freidson pontua cinco características que compõe, de forma geral, o tipo ideal do profissionalismo. Estas características seriam:

- a) Um tipo de trabalho especializado da economia formal, com um corpo de base teórica de conhecimentos e habilidades discricionários e que recebe um status especial na força de trabalho;
- b) Jurisdição exclusiva em uma determinada divisão do trabalho controlada pela negociação entre ocupações;
- c) Posição protegida no mercado de trabalho interno e externo, baseada em credenciais criadas pela ocupação;
- d) Programa formal de treinamento desenvolvido fora do mercado de trabalho, que produz as credenciais controladas pela ocupação em associação com o ensino superior;
- e) Uma ideologia que prioriza o compromisso com a realização de um bom trabalho em vez da eficiência econômica da atividade.

⁴ Todas as citações desta obra foram estabelecidas aqui a partir de tradução livre.

As variações no tipo de Estado, assim como a existência de associações profissionais – com suas específicas formas de organização e com os modos particulares que adotariam no agir – funcionariam como condicionantes que interagiriam com as características do tipo ideal do profissionalismo e matizariam sua concretização empírica, interferindo nos processos de profissionalização rumo à autonomia ocupacional. Na realidade, Freidson entende que o conceito de autonomia, na acepção que adota, trata-se de um construto intelectual com “(...) duas implicações bem diferentes – autonomia *da* influência ou poder de outros, e autonomia *para* influenciar ou exercer poder sobre outros” (FREIDSON, 2009, p. 410). Com este entendimento, o autor acredita que as distintas possibilidades de configuração do Estado implicariam a variável mais importante nos rumos da profissionalização de um grupo ocupacional do ponto de vista da sua autonomia.

Neste contexto, acreditamos que seja possível encontrar correspondências, ou linhas de aproximação, entre, de um lado, as características do tipo ideal do profissionalismo e o significado da autonomia ocupacional e, de outro, elementos peculiares à medicina como grupo profissional. Inclusive e particularmente, entendemos que isso também acontece com a medicina paulista da época que estudamos neste trabalho. Assim, assumimos que a medicina representa um tipo de trabalho especializado inserido na economia formal, que já nos anos 1940 e no contexto da sociedade paulista, possuía um corpo de base teórica de caráter discricionário, o qual ocupava, já àquela época, um espaço de destaque na força de trabalho de São Paulo: atestam esta assertiva, as diversas especialidades médicas existentes na medicina de São Paulo entre 1940 e 1950 – tais como a pediatria, a neuropsiquiatria, a ginecologia e obstetrícia e a dermatologia (isso para não citar a especialização em saúde pública, muito importante para os serviços sanitários paulistas desde a Primeira República).

Outra questão, diz respeito à variável jurisdição exclusiva, a qual também é possível evidenciar quanto aos médicos de São Paulo que estudamos: neste sentido, podemos apontar a posição dominante que os médicos ocupavam, próximo à metade do século passado, nos espaços hospitalares paulistas, ou mesmo nos serviços sanitários do Estado, realizando diagnósticos de doenças e enfermidades em geral e designando tratamentos específicos. Em relação às credenciais garantidoras do exercício profissional exclusivo e às instituições de formação profissional de nível superior, situadas fora do mercado de trabalho, podemos lembrar da existência de pelo menos três grandes instituições produtoras de credenciais médicas em São Paulo, as quais transmitiam aos futuros médicos os conhecimentos técnicos especializados de nível superior (*expertise*) exigidos por determinação legal e com respaldo

estatal, ou seja, a Faculdade de Medicina da USP, a Faculdade de Higiene e Saúde Pública e a Escola Paulista de Medicina.

Enfim, encontramos no grupo médico paulista dos anos 1940 e 1950 uma ideologia que priorizava o compromisso com a realização de um bom trabalho em vez da eficiência econômica da atividade – algo notável nas críticas dos médicos paulistas quanto à influência negativa de determinados controles sobre o trabalho que realizavam na área da saúde, oferecidos pela iniciativa privada de organizações que visariam mais o lucro do que a oferta de serviços com qualidade, ou por aqueles serviços controlados por organizações estatais, como as Caixas de Aposentadoria e Pensões, as quais não ofereciam, segundo os médicos, condições adequadas ao seu trabalho e não atendiam as reais demandas de assistência à saúde da população. Apesar das restrições mencionadas acima, o comprometimento com valores distanciados de interesses setoriais também se expressava, ideologicamente, na defesa da participação mais extensa do Estado na oferta de serviços de saúde à coletividade.

Assim, conseguimos perceber como os médicos paulistas da época do segundo governo Adhemar reuniam características que nos permitem concluir que os mesmos controlavam uma área exclusiva de atuação profissional e que atuavam junto à área da saúde com considerável autonomia técnica. Neste sentido, os médicos conquistaram um espaço próprio na sociedade paulista, com independência relativa para realizar e controlar seu próprio trabalho. Por outro lado, acreditamos que, nesta situação, os médicos estiveram em condições de manter uma relação de interlocução com as estruturas estatais adhemaristas e, como veremos abaixo, colocaram-se a uma distância relativamente segura – especialmente no plano ideológico – a fim de preservarem sua autonomia técnica de certos custos relacionados ao populismo adhemarista. No entanto, essa autonomia não se estendeu para além de certo ponto quanto aos aspectos político e econômico, visto os médicos do Estado, especialmente os servidores públicos estaduais, não terem conseguido aprovar junto aos poderes Executivo e Legislativo paulistas, a medida legal de equiparação ante os advogados que trabalhavam para o governo do Estado. Essa luta revelou aos médicos de São Paulo toda a carga contraditória de um grupo profissional que experimenta as dificuldades de ação na arena da política convencional.

Freidson argumenta que a variável mais importante para o profissionalismo é o Estado. Dessa maneira, as instituições do profissionalismo não podem ser estabelecidas ou mantidas prescindindo-se do poder do Estado, visto que o controle ocupacional da divisão do trabalho, do mercado de trabalho e do modo de ensino profissional vai contra o interesse tanto de consumidores individuais como das empresas. Apoiando-se em uma tipologia do Estado desenvolvida por Mirjan Damaska (1986), Freidson estabelece quatro tipos de Estado,

diferenciados ao longo de duas dimensões, que se relacionam a partir de um *continuum* que conecta os quatro tipos ideais de Estado.

Uma dessas dimensões refere-se à forma em que os ministérios e órgãos estatais organizam-se para implantar as políticas do Estado e, neste caso, segundo Damaska, existiriam duas formas fundamentais de organização das estruturas estatais: de um lado, teríamos a forma hierárquica, que diz respeito à burocracia racional-legal; já o modo coordenativo, por seu turno, corresponderia a uma estrutura simples e plana (não hierárquica).

A outra dimensão implica a política ampla, que orienta o exercício dos poderes estatais, ou seja, tal dimensão refere-se ao plano ideológico de orientação das formas de Estado: neste sentido, a política reativa permite que a maioria dos assuntos seja organizada e administrada por membros individuais e grupos da sociedade civil; já a política ativista, como uma espécie de pólo oposto à orientação política anterior, é aquela em que o Estado impõe sua própria visão do que é desejável à sociedade civil, desencorajando, ou mesmo suprimindo, os grupos civis que não concordam com essa visão estatal. Segue abaixo um quadro com as quatro combinações de Estado:

Figura 2. Quadro representativo dos tipos de Estado conforme a orientação política e o tipo de estrutura organizacional.

AGENTES DE POLÍTICAS SEGUNDO AS VARIAÇÕES
NA IMPLEMENTAÇÃO E ORIENTAÇÃO DA POLÍTICA ESTATAL

Orientação política	Hierarquia	Coordenativo
Reativo	A burocracia serve como agente de grupos de interesse civis	Grupos de interesse civis formulam e implementam políticas
Ativista	A burocracia formula e implementa as políticas do Estado	Grupos aprovados pelo Estado formulam e implementam políticas

Fonte: Freidson, 1996, p. 148.

Em um Estado coordenativo-reativo, o Estado é passivo e as associações profissionais auto-organizadas desempenham um papel essencial por si mesmas, pois negociam sua divisão de trabalho com outras ocupações, criam reservas de mercado e estabelecem escolas para a criação de credenciais. Os órgãos estatais restringem suas ações à resolução de disputas que não podem se solucionar privadamente. Para um Estado hierárquico-reativo, por outro lado, os órgãos estatais formulam e administram por si próprios o status, as jurisdições, as reservas de mercado e os programas de treinamento da força de trabalho; e fazem isso com base ou em

recomendações de uma associação profissional independente, ou com base na criação de um arranjo corporativo, o chamado corporativismo societal, “(...) no qual seleciona uma associação para representar a profissão em seu conjunto, atraindo-a para negociações obrigatórias em nome de seus membros” (FREIDSON, 2001, p. 148).

Em um Estado hierárquico-ativista, teríamos um corporativismo estatal: a associação profissional aparece neste contexto como uma criatura da política estatal, que não pode defender outra posição a não ser a do próprio Estado. Segundo Freidson, embora nenhuma associação verdadeiramente independente seja autorizada a representar a profissão neste tipo de Estado, seria um erro assumir que o profissionalismo não existe – “(...) podemos supor que a substância técnica básica do corpo especializado de conhecimento e qualificação de uma profissão permanece intacto” (FREIDSON, 2001, p. 148). Enfim, o Estado coordenativo-ativista, que evita o uso do planejamento centralizado e a administração burocrática, mas que se dedica, acerca de sua própria visão estatal, a mobilizar a sociedade civil. Conforme o autor, a combinação da natureza coordenativa com o ativismo torna este Estado hostil à organização do profissionalismo.

Por outro lado, Eliot Freidson acredita que as associações profissionais não são essenciais para o estabelecimento do profissionalismo, no entanto, quando se trata de reformar ou adaptar o profissionalismo estabelecido, é essencial para o Estado a presença de uma associação para representar os profissionais. Isto posto, o autor lembra que associação não é sinônimo de profissão, pois o próprio estabelecimento do profissionalismo cria uma estratificação, por meio da autoridade cognitiva e administrativa, bem como uma diferenciação por especialização, entre outras: esse complexo de diferenças implica que uma associação raramente atinge o consenso da profissão, a não ser acerca das questões mais gerais. Uma profissão pode ainda incluir membros com grande influência política e intelectual independentemente das associações, sem que representem uma visão de conjunto. Essas diferenciações internas das profissões conferem, para o autor, ampla margem de manobra ao Estado, e uma considerável capacidade de apoiar as posições dos grupos internos às profissões que mais se aproximam de suas próprias. Levando em consideração tais aspectos, na realidade entendemos que as associações profissionais, para além do que foi dito, constituem um elemento muito importante à dinâmica profissional, ao permitirem que uma profissão se veja como uma categoria social com características, idéias e valores relativamente semelhantes e, pelo menos, determinados interesses comuns. Como mostraremos no decorrer deste trabalho, é o que podemos apreender da relação da Associação Paulista de Medicina com os médicos do Estado de São Paulo, entre 1947 e 1951. Ao longo

do governo Adhemar de Barros, acontece a interiorização dessa associação pelo Estado, permitindo uma articulação profissional dos médicos de São Paulo distinta e nova, já que até este momento nenhuma instituição médica do Estado havia se organizado com estas dimensões e abrangência. Assim, uma associação profissional como a que acabamos de mencionar, pode oferecer à sua profissão uma forma de agir coletiva com desdobramentos não apenas em relação ao profissionalismo em si, mas também de natureza social e política mais gerais. Além disso, notamos entre os médicos paulistas a existência de um movimento associativo com desdobramentos principalmente econômicos e políticos: trata-se do movimento de “Assembléia Permanente”, que mobilizou os médicos paulistas a fim de obter a equiparação, como carreira pública estadual, ante os advogados servidores públicos do governo paulista.

Mas o profissionalismo, como conceito que denota o agir profissional, recebeu ainda de Terence Halliday um tratamento especial, notável a partir do seu interessante conceito de profissionalismo cívico. Conforme Halliday (1999), os segmentos profissionais agiriam não apenas como fornecedores de *expertise* ao Estado – a fim de que este desempenhasse suas funções e controlasse a sociedade –, como, na realidade, embasados na neutralidade de sua *expertise*, organizar-se-iam em nome da sociedade civil para defendê-la da autoridade estatal, caso este atuasse em desfavor do bem comum: seja em razão de convicções políticas ligadas a ideologias de esquerda ou aos direitos civis, seja pelo compromisso com direitos sociais e econômicos, ou ainda, por alguma forma de defesa da neutralidade ou da legalidade jurídica, como no caso dos profissionais do Direito. Nestes termos, as profissões desempenhariam um tipo de mandato moral concedido pela sociedade civil. Terence Halliday não exclui a existência de interesses ligados à preservação dos limites jurisdicionais na atuação profissional, nem interesses ligados à busca por status e benefícios econômicos ou políticos; na verdade, o autor entende que as motivações do agir profissional podem constituir um complexo amalgama de orientações, que difere conforme o contexto político, econômico ou mesmo profissional. Mas, o que o autor procura destacar é que, ao lado de interesses setoriais, ele também encontra em suas pesquisas uma motivação cívica na ação profissional. A isso Halliday denomina profissionalismo cívico, ou seja, uma forma de agir com a qual as profissões fariam a sua própria política, centrada na neutralidade do saber e a partir de um mandato da sociedade civil, distinguindo-se da política convencional e se protegendo, de algum modo, de seus custos para os grupos profissionais.

Em sua análise sobre as relações entre profissionais do Direito e a ordem política liberal, o autor percebe uma tensa, mas necessária, coexistência entre o que ele chama de

centro do corpo profissional (formado pela elite dos profissionais – de perfil mais conservador) e a periferia (constituída da base da profissão que lida com causas de cunho sócio-político – a qual, nos termos do autor, seria mais inovadora – ou, na realidade, mais “progressista”). O primeiro grupo estabelece uma fronteira mais bem demarcada entre política e profissão – ou seja, entre o aspecto técnico da atividade profissional, de um lado, e, de outro, o político (em sentido convencional); já o segundo grupo, atua de modo que essas fronteiras ficam menos nítidas, já que em suas atividades profissionais lida com causas politicamente mais substantivas, o que muitas vezes faz com que esses profissionais mesquem, ou, pelo menos, aproximem o aspecto técnico do saber profissional com interesses setoriais e partidários. Esses dois pólos seriam igualmente necessários para a preservação da posição social dos profissionais, contrabalançando, ao mesmo tempo, elementos que preservam a autonomia (primeiro caso) através da demarcação mais rígida entre política e profissão e, por outro lado, a abertura aos clamores sociais por ações socialmente mais transformadoras, em termos da extensão de direitos substantivos. Mas esse equilíbrio de tensões só permite a preservação da condição social de uma profissão se o centro ou elite da profissão mantiver em sua ação hegemônica, aquela separação entre política e profissão, e se o grupo que aproxima o saber profissional da política convencional/substantiva se mantiver na periferia do corpo profissional, de modo a evitar que os custos da política convencional recaiam sobre o conjunto da profissão.

A construção dessa polaridade: entre, de um lado, uma elite profissional e, de outro, uma base da profissão, em que cada uma caracteriza-se por uma orientação própria no agir profissional, permite uma aproximação da teoria de Terence Halliday com a teoria do espaço social desenvolvida por Pierre Bourdieu a partir do conceito de campo. “Bourdieu denomina ‘campo’ esse espaço onde as posições dos agentes se encontram *a priori* fixadas. O campo se define como o *locus* onde se trava uma luta concorrencial entre os atores em torno de interesses específicos que caracterizam a área em questão” (ORTIZ, 1983, p. 19). O campo se define, assim, como um espaço em que se notam relações de poder, determinado, para Bourdieu, em função da distribuição desigual de um *quantum* social que estabelece a posição que um agente específico ocupa em seu interior. Esse *quantum* o autor chama de capital social, sendo a estrutura do campo apreendida tomando-se como seu eixo fundamental os pólos opostos dos dominantes, de um lado, e dos dominados, de outro. Os agentes do primeiro grupo são exatamente os que possuem um máximo de capital social; ao passo que os dominados notabilizam-se pela ausência ou raridade do capital social específico que determina o campo particular em questão. A divisão do campo em dominantes e dominados implica, segundo

Bourdieu, uma distinção entre ortodoxia e heterodoxia. Isto é, o grupo dominante estabelece práticas ortodoxas de conservação do capital social acumulado, ao passo que os dominados utilizam práticas sociais heterodoxas, a fim de desacreditar os detentores reais de capital legítimo.

No campo profissional, como é o caso dos médicos, a conquista e manutenção da autonomia ocupacional é, segundo Freidson, a base do poder da profissão. Como visto com Halliday, parte importante da conquista e manutenção dessa autonomia advém da preservação da neutralidade técnica do saber profissional diante dos custos da política convencional – estratégia essa comum, em geral, aos membros da elite de uma profissão. Isso constitui, no mundo profissional, uma espécie de ortodoxia – como se refere Bourdieu – à qual se contrapõe a uma heterodoxia – representada no campo profissional pela postura que aproxima o conhecimento técnico-profissional de ações políticas mais substantivas. No caso dos médicos paulistas, é possível se discutir como eles lidaram com os custos relacionados à política populista de Adhemar de Barros, o qual teve uma influência considerável sobre a política paulista entre os anos de 1945 e 1964. É neste sentido que entendemos que as políticas de saúde adhemaristas do segundo governo Adhemar (1947-1951) podem ter interferido na autonomia profissional dos médicos de São Paulo. Com efeito, esse problema em torno da autonomia profissional e sua relação com a política convencional apresenta-se com força quando se tratam de questões que envolvem governos, políticas públicas e suas relações com profissões e processos de profissionalização. É o que podemos notar em relação aos médicos paulistas em seu envolvimento com as políticas de saúde adhemaristas, particularmente no que se refere ao segundo governo Adhemar, no qual foi criada a Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social, que teve significativo impacto sobre a condição profissional dos médicos paulistas.

Mas se a medicina paulista pode ser investigada como um campo concorrencial de lutas entre grupos que divergem entre si quanto à relação da profissão com a política convencional, também é verdade que ela pode ser vista como um campo de lutas entre dois grupos, os quais, no tempo do segundo governo Adhemar, encontravam-se em lados distintos e que conformavam perfis profissionais diferenciados, quais sejam, os médicos liberais e os médicos especialistas que atuavam em equipes de saúde – seja em organizações privadas, seja em organismos públicos. Perfazendo um terceiro perfil existente entre os médicos de São Paulo daquela época, encontramos os médicos sanitaristas, os quais atuavam nos órgãos estaduais de saúde pública. Neste contexto, é bom lembrar que, a partir de 1945, passaram a funcionar e formar novos profissionais, três faculdades importantes no âmbito da saúde de

São Paulo: a já consolidada Faculdade de Medicina da USP, a recém-constituída Faculdade de Higiene e Saúde Pública (antigo Instituto de Higiene e Saúde Pública) e a Escola Paulista de Medicina. A primeira e a terceira faculdades tornaram-se responsáveis por formar médicos tanto da clínica geral, quanto de outras especialidades que existiam àquela época em São Paulo; já a segunda, passou a formar profissionais com competências próprias para atuar na saúde pública. Cada perfil notabiliza-se por uma diferente relação com os pacientes, uma distinta forma de inserção no mercado de trabalho e uma diferente forma de relação com a área da saúde.

Os médicos liberais realizam um trabalho de assistência médica junto a pacientes em geral individualizados, atuam na esfera do mercado privado e se dedicam principalmente à medicina curativa. Os especialistas que atuam no mercado de trabalho privado empregam-se em organizações de saúde onde o trabalho médico é realizado em equipes de especialistas, sendo que trabalham principalmente em torno da medicina curativa. Por sua vez, os sanitaristas e outros médicos ligados ao Estado atuam como servidores públicos. Neste contexto, os sanitaristas realizam um trabalho de medicina coletiva, isto é, dedicam-se ao cuidado de enfermidades que afetam coletividades, como sejam endemias ou epidemias, e atuam geralmente na esfera da administração governamental, dedicando-se à chamada medicina preventiva – embora, no Brasil, a saúde pública tenha combinado medicina preventiva e medicina curativa⁵. Outros médicos servidores públicos realizam um trabalho de assistência médica à população atendida pelos organismos estatais de assistência, os quais, àquela época, eram basicamente ligados aos institutos de aposentadorias e pensões referentes à medicina e outros serviços previdenciários oferecido pelo poder público. Em nosso trabalho pudemos perceber principalmente as diferenças e divergências entre os grupos de médicos liberais, de um lado, e de médicos especialistas que atuam em organizações, embora também tenhamos notado conflitos entre o governo Adhemar e médicos funcionários públicos estaduais.

Essa caracterização do campo médico paulista com, por um lado, pólos distintos e relativamente opostos no que se referem à relação de diferentes grupos médicos com a política convencional e, por outro, pólos distintos e também relativamente opostos, formados por médicos ligados à clínica privada e médicos servidores públicos, bem como por médicos generalistas, especialistas e sanitaristas, não exclui as relações de aliança entre os diferentes segmentos médicos, com as ações dos diferentes grupos podendo convergir ou não para a

⁵ Sobre essa combinação de medicina curativa e preventiva na saúde pública nacional, corporificada na operação dos centros de saúde, consultar: FARIA & CASTRO SANTOS, 2002.; e também, FARIA, 2007.

mesma direção conforme o contexto. Aliás, os médicos paulistas que estudamos mobilizaram-se em conjunto em torno da defesa da profissão e de melhorias nas condições de seus profissionais que atuavam na esfera governamental estadual, reivindicando salários melhores diante do governo Adhemar de Barros.

Por outro lado, a medicina paulista, nos anos de governo Adhemar, inseria-se no campo profissional mais amplo daquele tempo em São Paulo e, neste sentido, sofria os efeitos das lutas competitivas e alianças com diferentes profissões, especialmente com aqueles segmentos profissionais ligados à administração pública e mais diretamente afetados pelas políticas adhemaristas. Como notamos com Halliday, as motivações do agir profissional podem constituir um complexo amalgama de orientações, que difere conforme o contexto político, econômico ou mesmo profissional. É neste sentido que encontramos os médicos de São Paulo aliados com os engenheiros e se opondo, em termos relativos, aos advogados servidores públicos, na luta por melhores salários para aquelas duas categorias profissionais que trabalhavam para o governo estadual.

Neste estudo acerca das relações entre médicos paulistas e políticas de saúde adhemaristas, entendemos que é de fundamental importância averiguarmos como evoluiu o contexto político em que os médicos de São Paulo estiveram envolvidos e notarmos como esse mesmo contexto condicionou o processo de profissionalização desses médicos. Na realidade, este é o foco central de nossa pesquisa – não por acaso, acabamos nos envolvendo com o debate brasileiro sobre o populismo em nosso país, visto o adhemarismo ter sido sempre relacionado à política populista brasileira entre 1930 e 1964. Por outro lado, acreditamos que, dentro de certa margem de possibilidades e diante de nossas limitações, este estudo também procurou realizar um debate com outras pesquisas sobre profissões, profissionalismo, Estado e política convencional no Brasil, particularmente em relação aos estudos sobre médicos e medicina no país, em seu relacionamento com o Estado e políticas públicas de saúde.

Capítulo 2 – Estado e política na Sociologia das Profissões brasileira.

Os estudos sociológico-históricos sobre as profissões ganharam corpo, no país⁶, apenas recentemente. E foram nas últimas décadas do século XX que a chamada Sociologia das Profissões conseguiu atingir um estágio maior de difusão nas Ciências Sociais do país⁷. Maria da Glória Bonelli (1996) afirma que a temática profissional surge em pesquisas nas Ciências Sociais brasileiras de quatro formas. A primeira delas identifica-se como produção da própria Sociologia das Profissões e se enquadra nos modelos analíticos consagrados por esta especialização. A segunda é mais influenciada pelos processos de profissionalização na sociedade do que pela bibliografia da área. “São trabalhos que recorrem ao argumento profissional como um aspecto relevante para o entendimento da problemática que estão estudando” (BONELLI, 1999a, p. 287). A terceira forma recorre a esse enfoque para analisar fenômenos sociais distintos do profissional, mas que se constituem de modo semelhante a ele. A quarta e última forma de abordagem não distingue o uso científico do termo profissão daquele típico do senso comum, utilizando-o para designar quaisquer das experiências ocupacionais no mercado de trabalho.

Neste contexto, foram produzidos vários trabalhos tratando tanto da dinâmica profissional no espaço do mercado, ou ainda, nas esferas da sociedade civil e da comunidade, como também analisando o relacionamento que as profissões mantinham com o Estado e a política convencional. Mas é somente a partir da década de 1980 que este tema das relações entre profissões e Estado/política consolida-se e vem sendo foco de preocupações mais profundas entre os cientistas sociais; mais recentemente, já nas décadas de 1990 e 2000, surgiram trabalhos que articularam os eixos do Estado e da política convencional com a temática profissional, no contexto da especialização em Sociologia das Profissões. Estes últimos são trabalhos que abordam o fenômeno profissional destacando a questão do poder das profissões.

⁶ No Brasil, “profissão” é um termo utilizado pelo senso comum para designar qualquer ocupação, não importando se há exigência de formação de nível superior para exercê-la; mas, como mencionado anteriormente, para a sociologia das profissões, esta noção representa um conceito que se refere apenas às ocupações de nível superior do mundo do trabalho formal. Portanto, sempre que se fizer referência à profissão neste projeto, estar-se-á adotando o sentido sociológico indicado.

⁷ Como referências de balanço sobre a produção da sociologia das profissões no Brasil, recomenda-se.: BONELLI & DONATONI. “Estudo sobre profissões nas Ciências Sociais Brasileiras”. In: *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, nº 41, pp. 109-142, 1996; e BONELLI. “Estudos sobre profissões no Brasil”. In: Sérgio Miceli (org.). *O que ler na ciência social brasileira (1970-1995)*. São Paulo, Editora Sumaré; Brasília/DF, CAPES, 1999a.

2.1) Medicina e Estado no Brasil.

Do conjunto de autores que têm investigado as conexões das profissões com o Estado no Brasil, algumas pesquisas sobre os profissionais da medicina podem ser destacadas para os objetivos deste trabalho. No entanto, como as relações entre médicos e Estado no Brasil têm sido objeto de pesquisas não somente de autores vinculados à Sociologia das Profissões, certos estudos representativos e realizados a partir de outros enfoques – mas que tratam da mesma temática indicada – também serão discutidos neste trabalho. Assim, de modo geral, as pesquisas abordaram as relações dos médicos com a implantação do capitalismo no Brasil, com as elites políticas e estatal-burocráticas (nacionais e/ou estaduais) e as ideologias políticas da época que analisam, além da questão da autonomia profissional, dos monopólios de mercado, dos processos de profissionalização e das disputas e conflitos por fronteiras jurisdicionais e entre identidades profissionais.

2.1.1) Interpretações sobre a medicina brasileira: da Primeira República aos anos 1970.

Versando sobre as relações entre o desenvolvimento do capitalismo no país, o Estado e as contribuições dos médicos para a implantação e operação dos serviços públicos de saúde, podemos destacar os trabalhos de três autores que representam visões referencias de posições analíticas mais tradicionais do campo de estudos sobre médicos no país.

Emerson Merhy (1987) investigou a emergência dos serviços sanitários de São Paulo na República Velha; segundo o entendimento do autor, as práticas sanitárias devem ser analisadas como práticas sociais determinadas por um modo de produção social específico, sendo que no capitalismo elas assumem a forma de práticas sociais que visam à reprodução das relações de exploração econômica e de dominação político-ideológica do capital sobre o trabalho. Nesse contexto, os médicos são vistos como operadores do processo político-ideológico de dominação. Segundo Merhy, ao longo da Primeira República e em meio ao contexto do capitalismo mundial, organizou-se, no Brasil, um “modo de produção de mercadorias”, responsável pela introdução do trabalho livre no país. A partir de então, o país passou a vivenciar um processo de transição de uma economia agrária e urbano-comercial para uma economia agrária e urbano-industrial, o que resultou em mudanças nas relações de classes sociais e na relação do Estado com o processo de dominação.

São Paulo foi onde essas mudanças aconteceram mais claramente, já que era a economia mais dinâmica do país. Com o crescimento das classes dominadas urbanas e com o aumento das tensões sociais nas cidades no início do século XX, o aparelho estatal de São Paulo alterou o perfil de seus serviços de saúde pública, o que permitiu que se superasse, conforme o autor, o tempo de predomínio da abordagem mais coercitiva das campanhas e intervenções bacteriológicas e se iniciasse o tempo de influência da abordagem médico-sanitarista, apoiada mais em educação sanitária e preventiva. Essas mudanças aconteceram, conforme Merhy, no sentido de que o Estado se adequasse às novas demandas de reprodução das relações capitalistas existentes.

Já Donnangelo (1975) pesquisou a inserção dos médicos no mercado de trabalho na região da Grande São Paulo no início dos anos de 1970. A industrialização e as migrações de trabalhadores para as cidades diversificaram as demandas sociais por serviços de saúde. Isso e a incorporação de novas tecnologias à produção dos serviços médicos contribuíram para a difusão do trabalho assalariado em organizações burocratizadas, onde o serviço passou a se realizar em grupo e, principalmente, pelos Institutos Estatais de Previdência Social. A hipótese de Donnangelo é de que houve nesse período perda da autonomia do profissional correspondente ao assalariamento do produtor direto (médico liberal). Neste período analisado pela autora, nota-se um incremento do processo de especialização profissional e o surgimento da medicina de grupo no setor privado da economia, a partir de incentivos do próprio Estado brasileiro, o qual passa a deslocar parte dos recursos da Previdência Social para essa modalidade de assistência.

A nova participação do Estado nos serviços médico-assistenciais explica-se, segundo a autora, pela necessidade do capitalismo brasileiro abrandar os conflitos surgidos com a urbanização/industrialização do país. Essa situação de mercado em transição implicou mudanças nas ideologias médicas. Foram identificados três tipos de ideologia: a liberal, a empresarial e a estatizante e que influenciavam diferentemente os médicos conforme sua inserção no mercado de trabalho e sua relação com as atividades autônoma, assalariada, ou em organizações públicas ou privadas. No contexto de mercado em transição, especialização e burocratização, a defesa da autonomia profissional (ideologia hegemônica) perde relativamente espaço para defesas sobre condições de trabalho e situação de mercado.

Por seu turno, Therezinha Madel Luz (1979) analisou algumas das principais organizações de saúde pública brasileiras de 1960 a 1974. O foco da pesquisa direcionou-se para o estudo das formas como essas instituições, e os grupos médicos que as integravam, fomentavam as estratégias de hegemonia do bloco no poder capitalista nacional. As

instituições de saúde cumpririam um papel político de enquadramento das classes dominadas pela manipulação/conservação dos corpos, que assim seriam transformados em força produtiva de trabalho. Segundo a autora, no período houve um crescimento da participação das instituições médicas em favor do processo de hegemonia, pois elas contribuíram para a contenção de tensões sociais que poderiam se aguçar pelo processo econômico concentrador. Por terem apenas ampliado a medicalização social, sem que melhorassem as condições gerais de saúde da população, as instituições médicas funcionaram como pivô político e ideológico na estratégia de hegemonia capitalista brasileira.

Em outro conjunto de trabalhos, que apresentam perspectivas teóricas renovadas, reconhecemos três autores que se dedicaram ao estudo das relações entre elites estatais, elites políticas (nacionais e/ou estaduais) e médicos no Brasil.

Em pesquisa relativa aos princípios gerais de formação/seleção das elites médicas no país, Odaci Coradini (1996) investigou como, em detrimento do *ethos* meritocrático, de 1829 a 1980 manteve-se um mesmo padrão de relações e práticas sócio-políticas personificadas, com base na reciprocidade, entre os membros da Academia Nacional de Medicina, o corpo de Estado e as elites políticas. Observando as trajetórias de três destacados membros dessa entidade profissional – José da Cruz Jobim, João Vicente Torres Homem e Pedro da Silva Nava –, que atuaram em diferentes momentos do período, o autor procura demarcar como as redes de relações sociais mobilizadas por eles foram determinantes para as suas trajetórias profissionais. Segundo o autor, apenas no final do período investigado (1960-70) começou-se a desenvolver um campo acadêmico mais autonomizado, com suas regras e práticas próprias, baseadas na meritocracia.

Gilberto Hochman (1993, 1998), em análise sobre as relações entre a saúde pública e o processo de formação do Estado no Brasil ao longo da Primeira República, sustenta que as políticas de saúde pública neste primeiro período republicano tiveram um papel central na criação e no aumento da capacidade do Estado brasileiro de intervir no território nacional e efetivamente integrá-lo, independentemente dos resultados dessas políticas sobre a condição de saúde da população atingida por esses serviços. No caso do Brasil da Primeira República, os limites de atuação do Estado central no campo da saúde estavam dados pela Constituição de 1891, que garantia a autonomia municipal e estadual e que permitia a intervenção federal só em caso de solicitação dos poderes estaduais. Além disso, os problemas sanitários não se constituíram como prioridade na agenda política do país até, pelo menos, a década de 1910, apesar da grave situação sanitária em diversas regiões do Brasil, como evidenciava a questão das endemias rurais.

Contudo, essa situação começou a se inverter a partir da combinação de alguns fatores, tais como: a intensa atuação de movimentos nacionalistas, tal qual a Liga Pró-Saneamento do Brasil (fundada em 1918), que demandava o saneamento dos sertões; a publicação do relatório da expedição médico-científica realizada por Belisário Penna e Artur Neiva em 1912, o qual explicitava uma situação sanitária problemática no interior do país; a repercussão da frase de Miguel Pereira, “O Brasil é um imenso hospital”; a manifestação das instituições representativas dos médicos – especialmente a Academia Nacional de Medicina (ANM), pedindo ações na mesma direção; e, enfim, as pressões internacionais de movimentos intelectuais e políticos que apoiavam o fortalecimento da saúde pública. Dessa intensa movimentação de médicos, intelectuais e políticos emergiu um consenso no sentido de que, para dar conta dessa delicada situação sanitária, seria necessário conceder autonomia aos serviços de saúde pública e situá-los no âmbito da administração governamental central. Mas foi necessário que um trágico fator desencadeante entrasse em operação para que as mudanças se efetivassem. Este não foi mais do que uma pandemia: a gripe espanhola. A gripe vitimou milhares de brasileiros independentemente da origem, grupo ou classe social a que pertenciam; em 1919 atingiu mesmo o presidente da República, Rodrigues Alves. A morte do presidente gerou um consenso quanto à necessidade urgente de mudanças na área da saúde pública. Afinal, todos, ricos ou pobres, eram iguais perante algumas epidemias.

Segundo Hochman, não foram as endemias rurais (ancilostomose, doença de chagas ou a malária) – objeto central das intervenções do movimento pelo saneamento do Brasil –, mas uma epidemia urbana que, ao explicitar, de forma paradigmática, os efeitos negativos da interdependência social, promoveu uma consciência sobre a necessidade de soluções amplas – na verdade, criou-se o entendimento de que, pela magnitude do problema, ações cooperativas entre municípios e Estados, ou ações individuais das unidades da federação não seriam suficientes: a saída foi a criação e o aumento da capacidade de ação do Estado central, redefinindo as relações entre a União, de um lado, e os poderes e oligarquias estaduais, de outro. É neste contexto que é criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), o qual, a partir de então, passou a estabelecer acordos com os diferentes poderes estaduais no sentido de criar várias unidades sanitárias, e ainda, hospitais regionais e de isolamento, além de asilos e dispensários. Com tudo isso, observou-se um processo de autonomização dessa agência estatal em relação ao sistema político que a criara: a especificidade técnica de suas atividades, a complexidade e o alcance territorial de suas ações foram aumentando o escopo de suas atribuições frente ao sistema político. Expressão desse deslocamento foi a formação de

identidade e quadros profissionais para gerenciarem essas mesmas agências. Deu-se um lento, mas evidente processo de diferenciação entre médicos clínicos e sanitaristas.

O período varguista iniciado em 1930 herdou uma estrutura estatal e uma burocracia com razoável capacidade de atuação autônoma sobre o território de todo o país. Mas, por sua vez, deslocou as atenções para a regulação dos efeitos de interdependência entre trabalhadores urbanos, empresários e Estado por meio da expansão das políticas de previdência social; com elas, houve uma separação mais clara, tanto institucional como burocrática, territorial e política entre saúde pública e assistência médica. Concluindo, Hochman argumenta que o fracasso das políticas estatais de saúde estaria vinculado menos a um “acanhamento” estrutural da administração pública na Primeira República, e mais ao deslocamento do processo de coletivização e estatização do bem-estar em prol das crescentes externalidades causadas pela dimensão urbana e industrial da sociedade brasileira.

Luiz Antônio de Castro Santos (2004), por outro lado, efetuou um estudo sobre o processo de institucionalização das atividades de saneamento público durante a Primeira República em cinco Estados brasileiros. As ações e ideologias na saúde pública originaram-se não dos grupos populares em busca de cidadania, mas dos centros de poder nacional e regional controlados pelas oligarquias, ou, com alguma autonomia, pelo próprio Estado. Esse típico processo de “modernização conservadora” foi determinado por forças econômicas e políticas e pelos ideais de progresso nacional do período. Ele variou segundo a maneira como se conjugaram – no tempo e conforme a agenda política das elites estaduais de cada região – as demandas por conservação de mão-de-obra estrangeira e/ou nacional, sendo que, para o seguimento das reformas, a relação entre poder central e estadual e a participação da Fundação Rockefeller tiveram papel mais destacado quanto aos Estados nordestinos do que em relação a São Paulo; outra variável importante, segundo o autor, foi a existência, ou não, de uma tradição médica e sanitária estadual.

Para explicar o pioneirismo paulista em reforma na saúde pública, Castro Santos argumenta que, para tanto, foi fundamental a singular combinação de alguns fatores: as demandas da economia cafeeira por manutenção de mão-de-obra estrangeira (em um primeiro momento) e migrante nacional de outros Estados (em um segundo momento), diante de um quadro de ameaça representado por doenças infecto-contagiosas, somada à existência de uma elite estadual coesa e politicamente organizada em uma estrutura de partido único (o PRP), e ainda, a presença de uma tradição médica engajada e mobilizada pelos ideais nacionalistas do sanitarismo dessa época.

Enfim, sobre o fenômeno profissional e tratando da autonomia profissional, de monopólios de mercado, de processos de profissionalização, disputas em torno de jurisdições e identidades profissionais, nos quais o papel do Estado é identificado como central nas análises, as três pesquisas seguintes completam nossas referências fundamentais.

Edmundo Campos Coelho (1999) pesquisou as profissões de médicos, advogados e engenheiros durante o Império e a Primeira República no Brasil. Ao estilo de uma tragédia clássica, Coelho desenvolve uma análise sobre esses grupos profissionais em busca de status social e profissionalização – isto é, monopólios de mercado e autonomia regulatória. Em particular, o estudo investiga as relações da Academia Imperial de Medicina, do Instituto dos Advogados Brasileiros e do Instituto Politécnico Brasileiro com o Estado. Segundo o autor, as elites profissionais dessas instituições procuravam obter o monopólio de seus mercados por meio da influência que estabeleciam junto ao Estado, pois não retinham nenhum conhecimento específico que lhes revertesse o crédito e a distinção sociais necessários em relação aos concorrentes de seus mercados profissionais. Embora os médicos tivessem conquistado a regulamentação de sua ocupação através do credencialismo educacional, a elite médica da Academia não conseguiu atingir seus objetivos mais amplos, pois nenhum dos governos do período atendeu a seu projeto coletivo de compartilhamento institucional do poder com o Estado. A desejada criação de uma “medicina política” com uma “polícia médica”, sob o controle dos médicos da Academia, nunca foi aceita, nos termos desses médicos, pela Corte Imperial ou pelas elites políticas republicanas.

Já em pesquisa sobre o Congresso Nacional dos Práticos de 1922, André de Faria Pereira Neto (2001) realizou uma análise acerca dos temas centrais discutidos pela elite médica nacional presente ao evento, a saber, as questões relativas ao exercício e formação dos médicos e às fronteiras e identidades profissionais – debate travado entre os três grupos médicos reconhecidos pelo autor: generalistas, especialistas e higienistas. “Os dois grandes eixos de tensão existentes entre eles eram os elementos que confrontavam o generalismo à especialização e os que contrapunham a prática em serviços públicos àquela exercida em serviços privados” (PEREIRA NETO, 2001, p. 401). No contexto do início do século XX, os médicos brasileiros experimentavam modificações relevantes em sua prática profissional, tais como maior especialização no trato dos pacientes e o uso de novas tecnologias para o diagnóstico, que introduziram a intermediação de estruturas organizacionais na relação médico-paciente (antes direta e individualizada); isso elevou os custos de produção e diminuiu o controle médico não somente em torno do atendimento como do valor do trabalho prestado.

O momento da realização do Congresso foi marcado ainda pelo crescimento do número de faculdades médicas e de profissionais, trazendo para o debate o problema do controle mais rigoroso sobre a prática médica e sobre o mercado de trabalho. As controvérsias também tocaram no assunto das outras ocupações da área da saúde (farmacêuticos, enfermeiras-visitadoras e parteiras) em sua relação com a medicina; assim como sobre o papel dos adeptos de práticas de cura apontadas como “indesejáveis” (curandeiros, espíritas e homeopatas). Outro tópico importante foi o debate a respeito das relações entre médicos e Estado, como não poderia deixar de ser em um período de maior intervencionismo estatal, maior nível de assalariamento de médicos, inclusive no serviço público (embora a prática liberal predominasse) e de definições relevantes no meio médico, como introdução da racionalidade própria da precisão técnica. De um modo geral, Pereira Neto entende que essas questões centrais no “Congresso” ainda hoje reverberam sobre a vida dos médicos brasileiros.

Em trabalho sobre a presença da Fundação Rockefeller em São Paulo e o desenvolvimento da saúde pública paulista entre a Primeira República e o Segundo Pós-Guerra, Lina Faria (2007) analisa o processo de institucionalização de um novo campo científico e sanitário em São Paulo, com a emergência do Instituto de Higiene de São Paulo (IHSP), em 1918, liderado por Geraldo Horácio de Paula Souza, e os esforços de reforma do Serviço Sanitário Paulista, empreendidos também por Paula Souza, em 1925 – mudança que alterou o anterior modelo campanhista “policial” de intervenção sanitária, para um modelo baseado na educação sanitária e nos centros de saúde e postos de higiene, de abordagem universalista. Lina Faria mostra como tanto a criação do IHSP, como as mudanças nos serviços sanitários estaduais sofreram resistências e oposições, mas que, apesar disso, tanto o IHSP consolidou-se como instituição científica de renome – transformando-se em Faculdade de Higiene e Saúde Pública em 1945 –, quanto à reforma sanitária de Paula Souza prosperou. Segundo a autora, Paula Souza foi um negociador competente a frente do IHSP e do Serviço Sanitário Paulista, permitindo que, apesar das adversidades políticas e institucionais, as mudanças lideradas por ele e seu grupo fossem vitoriosas e permanecessem por longo tempo.

Faria demonstra que o reconhecimento e a autonomia profissionais vinculam-se à organização social do campo de atuação profissional, e que os esforços de Paula Souza em prol de um novo modelo de ciência aplicada em São Paulo devem ser vistos neste sentido. Em meio a esse processo, novas identidades profissionais ligadas à saúde pública foram reforçadas: como, por exemplo, a enfermagem de saúde pública, a qual tem uma autonomia profissional considerável em relação à medicina tradicional. Paula Souza também foi um importante interlocutor entre as forças do campo sanitário paulista e a Fundação Rockefeller,

propiciando um ambiente mais adequado, embora não isento de oposições, para o apoio daquela fundação ao desenvolvimento da saúde pública paulista. Na verdade, conforme a autora, embora o apoio da Fundação Rockefeller à criação de um novo modelo de instituição científica tivesse contribuído para a superação de uma prática científica amadora rumo a uma prática profissionalizada, com o apoio à docência e à pesquisa experimental em tempo integral no IHSP, não houve um ato instaurador de produção científica no país, visto já existirem esforços científicos modernos anteriores: como, por exemplo, no Instituto Butantan em São Paulo, e no Instituto de Manguinhos, na capital federal da época, o Rio de Janeiro. Nestes locais a pesquisa biomédica e experimental já se realizava desde o início da Primeira República.

2.1.2) Balanço reflexivo acerca das relações entre medicina e Estado no Brasil: elementos para o estudo do caso paulista.

Todas as pesquisas retomadas no tópico anterior revelam não apenas a importância, no país, de uma das mais influentes profissões do mundo moderno, ou ainda, a validade e necessidade de mais estudos sobre grupos médicos no Brasil, mas também que é fundamental em análises deste tipo uma atenção especial quanto ao papel desempenhado pelo Estado e pela política convencional na institucionalização da área de atuação médica e nos processos de profissionalização desse grupo ocupacional. O caso de São Paulo é emblemático nesse sentido, como nos demonstram os trabalhos acima citados de Donnangelo, Merhy, Castro Santos e Faria. É neste sentido que o desenvolvimento de um trabalho sobre as particularidades da profissionalização dos médicos paulistas, no pós-1930, como é o caso deste estudo, deve reconhecer a importância estratégica da avaliação acerca das conexões do referido grupo ocupacional com os governos da época. Essa percepção pode ficar ainda mais evidente ao se abordar o campo da política daquele tempo – em particular, no plano do Estado de São Paulo.

A medicina paulista tem sido objeto de pesquisas de diversos autores da Sociologia e da História das Ciências e da Saúde. Entre estes autores, como vimos, alguns desenvolveram a temática “médicos e Estado/política”, a partir de diferentes referenciais teórico-metodológicos, mas que em comum discutiram as relações entre médicos, políticas e serviços públicos de saúde, ao longo da Primeira República e os anos da década de 1970. Fica patente em relação ao caso paulista, que há um contínuo incremento das políticas e dos serviços públicos na área da saúde do Estado – embora seja verdadeiro que os resultados sobre a saúde

da população desses mesmos serviços tenham oscilado relativamente. Entre o final da Primeira República e os anos 1970 crescem e se modificam os serviços ligados à saúde pública, da mesma maneira que se expande à assistência médica pública aos trabalhadores. Nesse intervalo de tempo, transformam-se as condições não apenas técnicas e tecnológicas do trabalho médico e as organizações em que se realiza o trabalho em saúde, mas ainda, e relacionado a tudo isso, modifica-se a condição profissional do médico em São Paulo.

Mas se é importante observar o papel do Estado e da política convencional para se investigar a condição profissional do médico, seria importante analisar os políticos, as políticas públicas e os governos. Com efeito, entre o final da Primeira República e anos 1970, o país experimentou um período de enormes transformações sociais e grandes tensões políticas. No campo político, o Brasil viveu os anos de dominação varguista (1930-1945) – com uma experiência ditatorial (1937-1945) – e um período de democracia inaugurado em 1945, que é interrompido por um golpe militar em 1964. Aliás, os anos de 1930 a 1964 têm sido comumente identificados pelas Ciências Sociais e pela História do país como de vigência de um sistema de dominação peculiar e característico dessa época, ou seja, o populismo. Ademais, se o período foi caracterizado nestes termos, este seria o caso porque foi quando estiveram ativos na política brasileira os políticos assim chamados populistas⁸.

Foi nesse período, também, que um médico paulista ascende no cenário político de São Paulo e que teve impacto considerável na política nacional da época. Trata-se de Adhemar Pereira de Barros, o qual, da mesma maneira que outros políticos do período, foi apontado pelo meio intelectual nacional como emblemática figura populista; e os desdobramentos de sua atuação política serão identificados como constituindo o fenômeno do adhemarismo. Adhemar de Barros, nestes anos, foi interventor federal do Estado Novo em São Paulo (1938-1941) e governador democraticamente eleito em duas oportunidades: 1947, governando São Paulo até 1951; e 1962, sendo deposto do cargo em 1966, pelos militares. Além disso, foi prefeito da cidade de São Paulo entre 1958 e 1961. Em seus governos, Adhemar de Barros desenvolveu políticas públicas de saúde que modificaram a condição profissional dos médicos paulistas, particularmente entre os anos do primeiro governo democrático de Adhemar de Barros (1947-1951)⁹.

⁸ Sobre mais informações a respeito dos anos de 1930 a 1964 no Brasil, ler: FAUSTO, Boris. *A revolução de 1930: historiografia e história*. São Paulo, Brasiliense, 1972; _____. “O Brasil Republicano”. In: *História Geral da Civilização Brasileira*, tomo 3, vol.2, São Paulo, DIFEL, 1978; SKIDMORE, Thomas. *Brasil: de Getúlio Vargas a Castelo Branco (1930-1964)*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1975.

⁹ No seguimento deste trabalho, faremos uma análise sobre a criação e organização da Secretaria de Saúde do segundo governo Adhemar de Barros.

Isso posto, ainda acerca dos trabalhos sobre médicos e Estado no Brasil, podemos perceber nas pesquisas de Donnangelo (1975), Luz (1979), Merhy (1987), ou mesmo de Coradini (1996) e Castro Santos (2004), que predomina o enfoque de classe e a preocupação de verificar as relações ou laços que unem os médicos às classes dominantes¹⁰. Na realidade, nos estudos empreendidos pelos três primeiros autores, notamos que a categoria profissão não é utilizada como um conceito sociológico específico, sendo os médicos vistos mais a partir da função político-ideológica que teriam para o processo de dominação social de classe, do que em termos da dinâmica interna do mundo das profissões, como os debates na Sociologia das Profissões fazem hoje. Aqui, poderíamos destacar os trabalhos de Coelho (1999), Pereira Neto (2001) e Faria (2007), já que não analisam as conexões ou determinações dos médicos em sua atuação na área da saúde a partir das relações ou estrutura de classes, mas segundo as relações internas dos médicos em seus diferentes seguimentos (Pereira Neto e Faria) e dos médicos com outras ocupações e profissões (Coelho, Pereira Neto e Faria).

Sobre esse aspecto das relações entre profissões e estrutura de classes, Marli Diniz (2001) afirma que alguns autores reconhecem que nas últimas décadas transformações no capitalismo monopolista expandiram bastante o setor de serviços, dando a luz a uma nova categoria social. Conforme Diniz, o que todas estas abordagens têm em comum é que discutem a emergência de novas ocupações não-manuais assalariadas; e o que as distingue é o tamanho da fração, seu grau de heterogeneidade ocupacional e a percepção do analista sobre o aumento ou redução, geralmente ao nível ideológico, da “posição contraditória” de classe. “Que [estas abordagens] incluam algum setor das chamadas ‘profissões’ é algo freqüentemente irrelevante, tanto pelo que incluem (...) quanto pelo que excluem (...)” (DINIZ, 2001, p. 35).

Dessa maneira, Diniz sustenta que se pode dizer que a categoria profissão tem pouca relevância nas análises centradas em classe ou estrutura de classe, e ainda, que classe ou estrutura de classe tem pouca relevância atualmente nas pesquisas em que profissão é a categoria central. Os modelos de estrutura de classe não conseguiriam esclarecer tão adequadamente como o conceito de profissão faz, um fenômeno típico do século XX (e também do século XXI) como é o desenvolvimento das profissões e sua crescente importância estratégica nas sociedades modernas. Os profissionais não seriam nem capitalistas nem operários, nem tampouco tipicamente administradores ou burocratas. Certamente não seriam

¹⁰ É bom que se diga que Castro Santos analisa os médicos não apenas em termos de suas conexões com as classes dominantes, mas também do ponto de vista das suas características particulares e motivações ideológico-científicas.

proprietários rurais independentes ou membros dos pequenos proprietários urbanos. As profissões, em si mesmas, também não seriam uma classe em separado, embora os profissionais geralmente sejam, com razão, identificados, em sua maioria, com camadas intermediárias ou classes médias da estrutura social. As profissões seriam, antes, categorias ocupacionais diferentemente avaliadas e gratificadas, conforme a solução de problemas adaptativos da realidade social como um todo.

Por outro lado, embora Donnangelo (1975) apresente uma visão interna da profissão médica paulista e identifique certa diversidade de situações de mercado para os médicos de São Paulo, com algumas divergências ideológicas (ideologia liberal, empresarial e estatizante) entre grupos médicos com condições de mercado diferentes, predomina o entendimento de que os médicos atuam de modo afinado com as classes dominantes no processo de dominação e que houve considerável perda da autonomia dos médicos com o processo de assalariamento em organizações burocráticas. É bom lembrar que existe certa controvérsia na Sociologia das Profissões acerca dos efeitos dos processos de assalariamento e burocratização sobre a autonomia profissional. Alguns afirmam que isto leva a um processo de proletarização de profissionais, outros, porém, sustentam que o assalariamento ou a burocratização, quando associados a outras mudanças na profissão (especialização profissional e clientela mais bem informada, por exemplo), gera um processo de perda da autonomia e de desprofissionalização. Neste debate, contudo, entendemos que a posição mais adequada é a de Eliot Freidson (1996, 1998, 2001), para quem somente a perda da autonomia técnica da profissão (baseada no monopólio da *expertise*) implicaria a descaracterização de uma ocupação como profissão.

Como lembra Faria (2007) apoiando-se em entendimento presente nos trabalhos de Freidson, o reconhecimento e a autonomia profissionais vinculam-se à organização social do campo de sua atuação, ou seja, demandam a criação de um espaço onde a autonomia profissional (sustentada no monopólio de conhecimento técnico) possa se instituir. É dessa maneira que Faria entende os esforços de Paula Souza para organizar uma nova área de atuação para a saúde pública paulista; assim, o Instituto de Higiene de São Paulo – IHSP (que após 1945 transforma-se em Faculdade de Saúde Pública) – foi escolhido por Paula Souza como lugar de treinamento e credenciamento profissionais, criando condições para a realização do trabalho profissional da saúde pública. De maneira aproximada, Hochman (1993, 1998) também acredita que o desenvolvimento federal das organizações estatais de saúde pública durante a Primeira República, como a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), contribuíram para o processo de especialização médica no país, fortalecendo a carreira de médicos sanitaristas e distinguindo estes de forma mais marcada da

clínica médica. Neste sentido, para os propósitos de nosso trabalho, é possível se questionar acerca de quais implicações as políticas de saúde adhemaristas, implementadas entre 1947 e 1951, tiveram para a organização da área de atuação dos médicos paulistas no contexto sócio-político pós-1945, isto é, de que maneira essas políticas interferiram no processo de profissionalização desses médicos em direção à autonomia profissional.

Por seu turno, Coradini (1996) atenta para os mecanismos de recrutamento, seleção e constituição de elites no Brasil, em função das formas de solidariedade de classe baseados mais na lógica da reciprocidade do que da meritocracia. Desse modo, até não muitas décadas atrás os médicos obtiveram posições de prestígio mais a partir dos laços da elite com o Estado do que por meio do mérito profissional. Da mesma maneira, Coelho (1999) relativiza a força da ideologia da *expertise* entre os médicos no Império e na Primeira República, afirmando que os mesmos não conseguiram garantir, como desejavam, seu prestígio social e monopólio profissional diante dos práticos e “charlatães” e que estabeleceram uma estratégia de bajulação frente ao poder de Estado, pois não detinham nenhum conhecimento técnico (*expertise*) reconhecido socialmente que lhes oferecesse crédito social para a sua profissão. Para o autor essa bajulação não foi capaz de garantir a realização dos interesses mais amplos dos médicos brasileiros – pelo menos até o Estado corporativo de Vargas, nos anos 1930.

Na verdade, a ideologia do profissionalismo, centrada no mérito profissional e na *expertise*, é vista por estes dois autores como contagiada pelo *ethos* de classe, uma visão que perde a dimensão de retorno desse processo, isto é, a influência da ideologia do profissionalismo sobre a sociedade e o Estado. “As elites também se entrelaçam na ideologia do profissionalismo, que vai sendo paulatinamente difundida, através dos valores do ideal de serviço, do mandato recebido dos clientes, a condição de porta-voz da opinião pública [e] a *expertise* (...)” (BONELLI, 2002, p. 37). Neste sentido, deve-se entender a relação profissão-Estado/sociedade como uma interação entre pólos interdependentes, isto é, um processo histórico que se desenrola em uma via de mão-dupla (BONELLI, 2002).

Acredito, portanto, que partindo deste entendimento sobre as relações entre profissionalismo, Estado e sociedade, a Sociologia das Profissões possa contribuir para que a condição de profissionalização dos médicos de São Paulo seja mais bem conhecida na época discutida por este trabalho, isto é, no segundo governo estadual de Adhemar de Barros em São Paulo (1947-1951), e que a relação particular que a medicina paulista estabeleceu com o poder de Estado, através das políticas de saúde adhemaristas, também possa ser investigada mais a fundo.

Parte II – A emergência do adhemarismo e o populismo no Brasil: classes médias e grupo médico paulista.

Vimos que o contexto político pode ser muito influente sobre processos de profissionalização, uma decorrência da importância do jogo político em sentido estrito para a definição da organização estatal e suas relações com a sociedade e os diferentes grupos que a compõe. Para verificarmos como aconteceram as relações entre médicos, Estado e adhemarismo em São Paulo, retomaremos o contexto político paulista e a relação que Adhemar de Barros e seu partido estabeleceram com o mesmo. Entendemos que o adhemarismo alterou decisivamente o quadro das principais forças políticas do Estado, o que gerou conseqüências sobre as relações entre médicos paulistas e governo estadual. A Sociologia das Profissões pode contribuir para um aprofundamento no conhecimento do fenômeno populista no Brasil através do estudo das relações entre médicos paulistas e adhemarismo.

Capítulo 3 – Adhemarismo e poder estadual em São Paulo.

Conforme Regina Sampaio, procurar “(...) as origens remotas de um fenômeno político, traz sempre o risco de nos levar a identificar traços desse fenômeno em épocas que muito pouco ou nada tiveram a ver com as características que fazem dele uma realidade historicamente determinada” (SAMPAIO, 1982, p. 39). Contudo, no caso do Partido Social Progressista (PSP) e de seu criador e liderança máxima, Adhemar Pereira de Barros, seria impossível deixar de considerar o período histórico que antecedeu à fase de estruturação do PSP e de consolidação do adhemarismo, ou seja, é necessário se recuar no tempo e percorrer o período histórico que antecedeu à redemocratização do país e a formação dos partidos nacionais em 1945. Na realidade, para se analisar as relações entre a liderança política de Adhemar de Barros e o poder político estadual em São Paulo, seria interessante que fossem recuperadas as origens da trajetória pessoal e política de Adhemar e, assim, que também fosse verificado de que modo se originou e evoluiu essa relação da liderança adhemarista com a política paulista.

3.1) as origens sociais e políticas do fenômeno político adhemarista.

A partir de suas origens familiares, percebe-se que Adhemar foi um típico herdeiro da tradicional elite política do interior paulista pré-1930. Nascido na cidade de Piracicaba, em 1902, e filho de Antônio Emydio de Barros – um grande proprietário de terras na mesma cidade – e de Elisa Pereira Pinto (filha de ricos fazendeiros da região de Piracicaba), Adhemar estudou nas instituições de ensino onde alguém de sua condição social freqüentava normalmente àquela época. Formou-se médico pela Escola Nacional de Medicina, no Rio de Janeiro. Depois disso, completou seus estudos na Europa, onde fez residência médica em Hamburgo e Berlin (Alemanha), e depois em hospitais na França, Áustria, Suíça e Inglaterra. Sua tese de doutorado tratou da questão da histerectomia – cirurgia para a retirada de parte ou totalidade do útero de mulheres. De volta ao país, clinicou na especialidade de ginecologia até 1932, quando passou a se envolver em questões políticas. Casou-se com Leonor Mendes, filha do Dr. Octávio Mendes – renomado professor da Faculdade de Direito do Largo São Francisco – e Elisa de Moraes Mendes, também vinculados às antigas elites de São Paulo.

Em 1932, Adhemar assume o posto de capitão e delegado militar das regiões de Aparecida e Lorena e participa como médico do Movimento Constitucionalista organizado pela oligarquia paulista que se contrapôs ao regime instituído por Getúlio Vargas após o golpe de 1930. Com o fim do movimento, Adhemar parte para o exílio no Paraguai; depois se transfere para a Argentina, onde intensifica suas ligações com próceres revolucionários, os quais seriam importantes nos desdobramentos de sua posterior carreira política¹¹. De volta ao Brasil, consegue ingressar na vida política com a ajuda de seu tio, o ex-senador Dr. Resende – antigo perrepista que coloca seu sobrinho na chapa de candidatura do PRP (Partido Republicano Paulista) para a Assembléia Constituinte do Estado, em 1934. Adhemar é eleito deputado estadual, mas deixa o cargo após a implantação do Estado Novo e o fechamento das casas legislativas. Como deputado, Adhemar ganhou certa notoriedade por conta de virulentos discursos anti-getulistas e anti-armandistas. Dentro do partido, no entanto, sua posição era apenas modesta, ocupando ele, em 1937, o cargo de presidente do Diretório da Liberdade, em São Paulo.

¹¹ Os dados referentes à biografia de Adhemar de Barros foram extraídos de: a) uma biografia de Adhemar escrita por Mario Beni, presente em *Adhemar*, São Paulo, GRAFICOR - Sociedade Editora e Imprensa Ltda, 1970; uma pesquisa de mestrado de Regina Sampaio, op. cit.; c) um verbete sobre Adhemar de Barros e outro sobre o PSP, presentes em um dicionário histórico-biográfico organizado por Alzira Alves de Abreu, o *Dicionário Histórico-Biográfico Brasileiro pós-1930*, Rio de Janeiro, FGV/CPDOC, 2001; e d) um livro sobre as origens sociais, as obras e realizações de Adhemar de Barros, de autoria de Paulo Cannabrava Filho, *Adhemar: trajetória e realizações*, São Paulo, Terceiro Nome, 2004.

Com o golpe do Estado Novo, os perrepistas encontram sua grande oportunidade de retomar o controle do Estado, então em mãos do Partido Constitucionalista; sendo assim, manifestam de imediato sua adesão ao novo regime. A estratégia surte efeito e no momento em que Vargas resolve, no início de 1938, substituir o então interventor de São Paulo, Cardoso de Melo Neto, pede aos líderes do extinto PRP uma lista de dez nomes para que um deles fosse escolhido como o novo interventor. O nome de Adhemar aparece como um dos menos destacados, mas acaba sendo o postulante escolhido por Getúlio. Segundo Regina Sampaio (1982), Adhemar foi o escolhido não apenas pelo apadrinhamento do chefe de Polícia do Rio, Filinto Müller (como o próprio Vargas afirmaria mais tarde), e de Dulcídio do Espírito Santo Cardoso (secretário de segurança de São Paulo em outras oportunidades e amigo de Adhemar), mas, principalmente, pela aparente estratégia getulista em relação às elites estaduais. Sem contrariar frontalmente estas oligarquias, Vargas escolhia para as interventorias nomes de pequena expressão no interior dessas elites, de modo a ter um controle pessoal maior sobre seus interventores.

No caso de São Paulo, contudo, logo Getúlio perceberia que a escolha de Adhemar tinha sido um engano. Sem dúvida, Adhemar foi capaz de neutralizar, em certa medida, a força das mais tradicionais lideranças perrepistas, mas o fez no sentido de criar sua própria liderança no Estado. Aliás, sua liderança assumiu contornos de um prestígio popular que iria gerar a desconfiança do próprio Vargas. Com o início do sistema de interventorias no Estado Novo e a escolha que o político gaúcho fez de seu nome ao cargo de interventor em São Paulo (em 1938), Adhemar de Barros inicia um trabalho de formação de suas próprias bases políticas com a substituição de todos os prefeitos do interior por elementos de sua escolha. Também através do Departamento de Municipalidades (que esteve vinculado diretamente a ele), Adhemar vai ampliando e reforçando seus contatos políticos não apenas com a população em geral do interior, mas também com as elites políticas dos municípios paulistas. Desse modo, concilia tanto o atendimento das demandas dessas localidades como ainda vai instituindo sua imagem como administrador público, pois a medida em que suas realizações eram finalizadas, ele participava pessoalmente das inaugurações e estabelecia, assim, um contato próprio e pessoal com o povo do interior.

No período de sua interventoria (1938-41), Adhemar acaba interferindo e modificando o quadro do jogo político paulista, pois se inicialmente assumiu o cargo apoiado em bases perrepista e constituiu seu secretariado com elementos quase inteiramente desse grupo, sua manobra de alterar o conjunto de prefeitos do interior, contrariando antigos grupos políticos dominantes no partido, cria ao mesmo tempo bases novas para o seu futuro na política e mais

adversários para si, que agora somam os velhos inimigos dos partidos adversários ao PRP – como do antigo Partido Constitucionalista – e ainda as lideranças do próprio campo perrepista. Esses ressentimentos acabaram sendo importantes para a saída antecipada de Adhemar do Executivo paulista, além de servirem de fonte para a formação das clivagens que se criaram em torno dele no pós-1945. Numa estratégia, em microcosmo, similar ao que Getúlio fizera no plano nacional, Adhemar tendeu a substituir as velhas lideranças arregimentando elementos mais jovens que, embora tivessem ligações com o PRP e dispendo de algum prestígio local, não eram direta e inteiramente subordinadas aos tradicionais grupos dominantes no partido.

Mas nesse processo de conquista de um espaço entre as forças tradicionais do espectro político paulista, teve papel destacado a forma como Adhemar de Barros empenhou-se na condição de governante e administrador público. De acordo com Sampaio (1982), sem entrar em conflitos com as classes econômicas dominantes de São Paulo, Adhemar emprestou à administração estadual um novo estilo de realizações concretas e de retórica política, o qual seria marcante nas outras administrações posteriores do político. As grandes obras públicas – à custa, muitas vezes, dos cofres públicos – e a expansão dos serviços de saúde são os fatos mais destacados de suas administrações.

São retomadas obras de administrações anteriores, como a retificação do rio Tietê e a construção de túneis nas principais vias da capital paulista. É iniciada a eletrificação da malha ferroviária da Sorocabana e a construção das vias Anhanguera e Anchieta. Na área da saúde, o governo interventorista de Adhemar dá início à construção do Hospital das Clínicas e cria também o Hospital Pênfigo Foliáceo e vários sanatórios para tuberculosos. Além disso, são reestruturados os Serviços da Lepra e da Assistência aos Psicopatas e difundidos os Centros de Saúde – em substituição aos antigos Postos Sanitários, dentro da nova perspectiva do sanitarismo daquela época, apoiado em educação sanitária e trabalho preventivo. Os serviços de assistência ao interior do Estado são centralizados no Departamento de Municipalidade, que, segundo Sampaio, permitiu que Adhemar levasse às últimas conseqüências as costumeiras práticas políticas perrepistas. Ainda conforme a mesma autora, as caravanas de Adhemar ao interior são inúmeras e freqüentes e sempre seguidas de grandes festas e inaugurações, em todo caso acompanhadas de um contato direto de Adhemar com populares, nos típicos “(...) modos bonachões e irreverentes de Adhemar” (SAMPAIO, 1982, p. 44). Créditos também foram abertos para os municípios do interior, com um sistema de financiamento mais flexível a juros mais baixos. Em 1938, Adhemar criou o Departamento de Assistência ao Cooperativismo e o Programa para o reerguimento econômico do Vale do

Paraíba. Com essas práticas, Adhemar de Barros fortalecia as bases de seu prestígio no interior do Estado, mesmo que à custa do comprometimento das finanças públicas.

Mas ao lado desta política de realizações, o interventor passou a desenvolver um trabalho de proselitismo político, sustentado por um eficiente serviço de propaganda que esteve voltado para um apelo direto e pessoal às forças populares. É neste sentido que se devem entender as famosas “palestras ao pé do fogo”, que eram transmitidas pelo rádio diariamente para todo o Estado. Nelas Adhemar utilizava-se de uma linguagem geralmente simples e conectada com os costumes do caboclo do interior, era uma conversa íntima – nos termos de Mario Beni, importante correligionário adhemarista – do interventor Adhemar com o povo simples de São Paulo.

De acordo com Regina Sampaio,

Começava a se criar o mito Adhemar de Barros: de um lado a imagem do administrador ousado e dinâmico e, de outro, a imagem, com ele identificada personalisticamente, do Estado como o responsável direto pelo amparo aos mais humildes e sem acesso às estruturas formais de poder. Reforçando esta imagem, surgia a figura de Dna. Leonor [esposa de Adhemar], ‘como símbolo da bondade da mulher brasileira’, encabeçando iniciativas de assistência social amplamente divulgadas pela propaganda oficial (SAMPAIO, 1982, p. 44).

Mas se essa aproximação com as classes populares causava alguma desconfiança nas classes econômicas dominantes, isso não chegou a prejudicar substancialmente a relação de Adhemar com estas. Esse bom relacionamento com os proprietários da indústria, do comércio e da lavoura deveu-se principalmente às ações do Conselho de Expansão Econômica e à participação de representantes desses mesmos segmentos sociais nesse conselho. O Conselho de Expansão Econômica do Estado de São Paulo foi criado por Adhemar em 1938, sendo presidido por ele e formado por representantes das principais lideranças econômicas do Estado – viram-se representadas neste conselho as seguintes instituições de classe: a FIESP, a Associação Comercial, a Sociedade Rural Brasileira, o Banco do Estado (que representava também outros bancos) e o Instituto de Engenharia. A justificativa de criação desse conselho econômico era a de coordenar os esforços para enfrentar as dificuldades da situação da Segunda Guerra Mundial, dentro do mesmo espírito que orientou a criação posterior da Coordenação de Mobilização Econômica, no plano federal.

A interventoria adhemarista não se estendeu por mais do que três anos (1938-1941). Ao longo deste curto período foram várias as viagens de Adhemar até a capital federal para contornar as intrigas em que o interventor paulista se viu envolvido e que prejudicavam sua relação com o ditador. Em 1941, a situação de Adhemar se deteriora bastante, o que é

habilmente explorado pelos seus opositores, principalmente os do perrepismo. Em maio de 1941, Coriolano de Góes, antigo secretário da fazenda de Adhemar, entrega ao ditador Vargas um dossiê contra o interventor paulista. Na mesma época, é publicado um livro – “A administração calamitosa do Sr. Adhemar de Barros em São Paulo” –, assinado por um certo João Ramalho, que, segundo se aventou à época, seria um pseudônimo de Epitácio Pessoa Cavalcanti (também duro opositor de Adhemar). As acusações, fartamente documentadas, estendem-se desde os desperdícios da administração Adhemar, até denúncias de desvios de dinheiro público e negociatas envolvendo a contratação de empresas particulares para realização de obras públicas, chegando mesmo a acusações de envolvimento com o jogo ilícito. São lembrados ainda os discursos de Adhemar contra Vargas, no tempo em que Adhemar era deputado. Aparecem também alguns documentos que comprovariam o envolvimento do interventor com uma organização comunista e são feitas insinuações de relações de Adhemar de Barros com grupos integralistas. Diante dessas acusações, Adhemar deixa o cargo de interventor e é substituído por Fernando Costa, então Ministro da Agricultura de Getúlio.

Ao sair do centro da política paulista, Adhemar deixou formatado um quadro político que iria se manter mais ou menos o mesmo em seu retorno à vida política, em 1945: de um lado, e mesmo incompatibilizado com Getúlio Vargas, ele terá daqui em diante a oposição dura dos anti-getulistas que iriam organizar a União Democrática Nacional (UDN)¹² e, de outro, as dificuldades de aproximação e as desconfianças dos velhos perrepistas, que se reuniram em torno do Partido Social Democrático (PSD) – formado a partir da máquina interventorista estadonovista de São Paulo, que era dominada por grupos perrepistas¹³.

Com os movimentos de redemocratização do país a partir do “Manifesto dos Mineiros”, Adhemar volta a restabelecer contatos com antigos correligionários da época da interventoria, mas inicialmente procura articular-se com as forças políticas que então se organizavam para a nova vida democrática. Com o prestígio que acumulara, Adhemar procurava conquistar uma posição de destaque entre as forças políticas paulistas, a fim de concorrer ao cargo de governador do Estado. Mas os ressentimentos com os perrepistas da época da interventoria impediram entendimentos de Adhemar com o PSD. Entre os políticos anti-getulistas da UDN, apesar da profunda desconfiança de antigos integrantes do Partido Democrático (PD) da Primeira República – que caíram com a ascensão de Vargas e Adhemar

¹² Quanto à formação e trajetória histórico-política da UDN, consultar: BENEVIDES, Maria Vitória (1981). *A UDN e o udenismo: ambigüidades do liberalismo brasileiro (1945-1965)*. São Paulo, Paz e Terra.

¹³ Acerca da origem, composição e história do PSD, procurar em: HIPPIÓLITO, Lúcia (1985). *PSD de raposas e reformistas: PSD e a experiência democrática brasileira (1945-1964)*. Rio de Janeiro, Paz e Terra.

no Estado Novo – e devido a maior heterogeneidade das forças anti-getulistas, que lhe oferecia maior margem de manobra, Adhemar resolve integrar-se aos quadros da União Democrática Nacional.

Mas já na campanha à presidência da República, em 1945, Adhemar sente as fortes resistências dos udenistas paulistas para com ele e seus partidários e decide criar um partido autônomo. A partir de contatos com João Café Filho, Adhemar cria o Partido Republicano Progressista (PRP), com a mesma sigla do antigo Partido Republicano Paulista, pois Adhemar acreditava que poderia com isso atrair votos de antigos perrepistas. Nas eleições constituintes de 1945, o PRP de Adhemar consegue apenas eleger dois deputados: João Café Filho, pelo Rio Grande do Norte e Romeu de Campos Vergal, por São Paulo. Com o intuito de ampliar suas bases para as eleições estaduais que se avizinhavam, o PRP funde-se com o Partido Popular Sindicalista, de Miguel Reale e Marrey Jr., e com o Partido Agrário Nacional, de Mario Rolim Teles. Nasceu, assim, o Partido Social Progressista (PSP), pelo qual Adhemar, assumindo uma roupagem oposicionista, candidatou-se e venceu o pleito ao governo do Estado em 1947.

De acordo com Regina Sampaio (1982), a eleição de Adhemar de Barros implicou a possibilidade de estruturação do PSP em nível estadual, de modo a colocá-lo definitivamente como um interlocutor constituinte e necessário na política paulista. Já em fins de 1947, o PSP contava com diretórios e subdiretórios em todos os distritos eleitorais do interior e da capital. O partido adhemarista também obteve, neste ano, um desempenho razoável na concorrência aos cargos para o Executivo nos municípios do interior, conseguindo, sozinho, vitórias em 27% do total de prefeituras do Estado. Com o controle dos recursos governamentais de São Paulo, o PSP obtém vitórias, no ano de 1951, em 45% dos cargos a prefeito nas cidades paulistas, confirmando sua hegemonia no Estado. Isso pode ser notado, também, em função da vitória do partido nas eleições do mesmo ano para o governo estadual, em que o pessepista Lucas Nogueira Garcez assume o comando do Executivo das mãos de Adhemar de Barros. Portanto, entre os anos de 1947 e 1954, o adhemarismo foi se fortalecendo cada vez mais como uma força política, muito em razão de sua penetração pelo interior do Estado e pelos bairros periféricos da capital, a qual teve, como origem, o trabalho que Adhemar iniciara ainda em sua interventoria.

Estruturado a partir dos recursos governamentais controlados no comando do governo paulista, a expansão do PSP representou, de acordo com Sampaio, um nítido enfraquecimento das bases pessedistas no Estado, que, nas demais eleições ocorridas a partir de 1947, tiveram desempenhos bem abaixo do que seu partido rival adhemarista. Aliando-se ou cooptando

diversas máquinas políticas locais do interior do Estado, o pessepismo comprimiu o espaço do Partido Social Democrático e da União Democrática Nacional, consolidando-se nas regiões rurais do Estado. Por outro lado, a aliança com os comunistas e a própria divisão dos trabalhistas permitiram que o PSP penetrasse no eleitorado operário urbano e adquirisse a conotação de partido popular, isto é, de um partido de oposição às elites conservadoras identificadas com o PSD e, principalmente, com a UDN, permitindo ainda que a máquina política do pessepismo adhemarista disputasse com o PTB o eleitorado trabalhista.

3.2) A máquina política adhemarista.

Adriano Luiz Duarte e Paulo Fontes sustentam que desde o início de sua carreira política, Adhemar foi uma figura carregada de ambigüidade, “um dos *políticos tradicionais* que mais claramente percebeu a novidade para o cenário político e social, da presença de milhares de novos eleitores residentes em bairros periféricos e nas cidades operárias que cresciam em São Paulo” (DUARTE & FONTES, 2004, p. 90). Além disso, Adhemar sempre cuidou para que ele mantivesse um bom contato com o povo do interior e com o eleitorado popular das regiões rurais do Estado. Com um discurso atravessado por referências classistas e dirigido aos trabalhadores, reconhecendo-os na condição de interlocutores privilegiados, Adhemar condenava as desigualdades do país e atacava as elites, conformando em torno de si uma imagem de generosidade e de acesso livre e fácil aos trabalhadores e excluídos. No entanto, ao mesmo tempo, aproximava-se de setores paulistanos bem conservadores, e não poucas vezes reprimiu greves e manifestações populares em nome da manutenção da ordem social e segurança pública. Ainda de acordo com Duarte e Fontes, é muito provável que a força do adhemarismo advenha mesmo dessa ambigüidade de seu discurso – e poderíamos dizer também, da ambigüidade de sua prática. Mas a força do adhemarismo pessepista estava nem tanto na capacidade de mobilização dos trabalhadores organizados e sindicalizados, mas, principalmente, na capacidade da estrutura do PSP de articular e mobilizar sua rede de contatos, benefícios, favores e troca de prestígios – traduzidos em apoio político e votos – junto às organizações de moradores dos bairros populares.

Duarte e Fontes reformulam relativamente o modelo desenvolvido por Regina Sampaio (1982) sobre a máquina político-partidária e o apelo carismático de Adhemar de Barros sobre os eleitores de São Paulo. Para Sampaio, o populismo adhemarista poderia ser explicado através das teses que formulou acerca do que chamou de pessepismo, de um lado, e de adhemarismo, de outro – como estratégias partidárias. O populismo adhemarista, enquanto

fenômeno político-partidário, é visto por Sampaio em termos das estratégias adaptativas de concorrência que o PSP estabeleceu nas lutas interpartidárias por postos e recursos na estrutura burocrática do Estado, especialmente em São Paulo. Assim, tanto os jogos de formação ou quebra de alianças, como as variações em termos de ideologia do partido e de Adhemar, são explicados a partir dos condicionantes que envolveram as disputas entre o PSP e as outras organizações partidárias. O pessepismo referir-se-ia ao trabalho e às bases sócio-políticas enquadradas pelo PSP. Dessa maneira, estariam envolvidas a estrutura, as estratégias de disputa (como o clientelismo quando de posse dos recursos governamentais) e suas bases sociais, principalmente a pequena burguesia. O adhemarismo, da sua parte, estaria relacionado ao apelo carismático mais extenso da própria figura ou imagem de Adhemar de Barros sobre o eleitorado operário urbano ou proletariado, e que não seria enquadrado diretamente pela organização pessepista, pois as estruturas necessárias para tal já estariam sob domínio da seção paulista do Partido Trabalhista Brasileiro (PTB).

Diante disso, Duarte (2002) e Duarte e Fontes (2004), em análises sobre a participação no sistema político populista brasileiro de trabalhadores de bairros operários de São Paulo, sustentam que mais importante para a movimentação da máquina política pessepista, e que foi o mecanismo alimentador do carisma e do mito que se construiu em torno de Adhemar no pós-1945, foi a imensa rede de contatos e trocas de benefícios, favores e prestígio garantida pela estrutura sócio-política que ia desde o diretório regional do PSP, passando pelos diretórios municipais e distritais ou subdiretórios distritais e que atingia o conjunto de organizações locais, como as associações e clubes de bairros nas zonas periféricas de São Paulo. Essa rede era garantida através dos delegados, subdelegados e inspetores-de-quarteirão, que faziam a mediação entre a população e o partido. Para Duarte, foi essa rede que se movia entre a estrutura do Estado, a estrutura do partido adhemarista e as organizações de bairro locais, que deu força eleitoral ao pessepismo e à Adhemar de Barros em sua trajetória política entre 1945 e 1964.

Com efeito, esse relacionamento entre a liderança política de Adhemar de Barros e elementos das classes populares e/ou pequena burguesia (esta concentrada principalmente no interior do Estado de São Paulo) tem sido objeto de debate entre diversos autores das Ciências Sociais e da História, desde pelo menos os anos 50 do século XX. Aliás, esse tema das relações entre lideranças políticas nacionais ou regionais e as classes populares e/ou pequena burguesia, nos anos compreendidos entre as décadas de 30 e 60 do século passado, tem se configurado como uma linha investigativa muito profícua de trabalhos na História, na Sociologia e na Ciência Política brasileiras. Na verdade, grande parte da teoria acerca do

fenômeno populista tem se constituído de análises erigidas a partir do registro da teoria de classes e em como as relações de classes tem modelado, de alguma maneira, certas expressões de liderança política, atuantes entre 1930 e 1964, então denominadas populistas.

Diante disso, cabe-nos retomar aspectos importantes dessas conexões entre o fenômeno populista brasileiro e a produção acadêmica nacional que se apóia na teoria de classes para explicar expressões de liderança política populistas no Brasil. Com essa discussão, a partir de um debate quanto às relações entre classes médias e profissões no Brasil, procuraremos estabelecer caminhos alternativos para o estudo de um grupo profissional específico, os médicos paulistas, e seu relacionamento com políticas de saúde adhemaristas.

Capítulo 4 – Sistema político populista, grupo social de médicos e a liderança política de Adhemar de Barros: uma discussão sobre classes sociais e o profissionalismo no corpo médico paulista.

4.1) Populismo e classes sociais.

Jorge Ferreira afirma que o populismo, como uma categoria explicativa para a política brasileira entre 1930 e 1964, “(...) tornou-se uma das mais bem sucedidas imagens que se firmaram nas Ciências Humanas no Brasil” (FERREIRA, 2001, p. 7). O ano de 1930, com a ascensão de Vargas ao poder, marcaria o início do populismo no Brasil; 1945, por sua vez, representaria rearranjos institucionais que teriam permitido a sua continuidade no período democrático que então se inaugurava; enfim, 1964 representaria o seu colapso. Contudo, o sucesso da expressão não se limitou aos estudos acadêmicos, invadindo, da mesma maneira, as publicações da imprensa e a linguagem cotidiana da população comum, atingindo “(...) alto grau de compartilhamento, plasticidade e solidificação (...)” (GOMES, 2001, P. 20).

Conforme Ferreira, as primeiras formulações sobre o populismo surgiram no contexto da democratização de 1945. No entanto, as idéias que identificaram a noção naquela época não se basearam em categorias teóricas acadêmicas, mas, sim, procuravam fabricar imagens politicamente desmerecedoras do adversário político. As elites liberais que perderam o poder em 1930, contrariadas com a política varguista e com a ascensão dos trabalhadores ao cenário político, passaram a explicar o apoio dos assalariados a Vargas ressaltando a demagogia, a manipulação, a propaganda política e a repressão policial do Estado Novo, sugerindo uma

relação destituída de reciprocidade e desigual: o Estado, com Vargas, emergia como todo poderoso; e a sociedade – em particular os trabalhadores –, era transformada em vítima, iludida pela propaganda política do governo e amedrontada com a polícia de Vargas. Desde então, e até 1964, as oposições liberais, com amplo acesso aos meios de comunicação, instituíram a imagem política desta época, a saber: cooptação política dos sindicatos, corrupção estatal e demagogia eleitoral, todas patrocinadas pelos trabalhistas e outros populistas.

Nos anos 1950, algumas teorias, ainda sem grandes repercussões e restritas a pequenos círculos intelectuais, interpretavam a política brasileira a partir de algumas dicotomias, como entre campo e cidade e entre líderes carismáticos e “massas”¹⁴. “Massas, vale dizer, porque, a partir de critérios estabelecidos por aqueles mesmos intelectuais, os trabalhadores ‘ainda’ não tinham consciência de sua própria classe” (FERREIRA, 2001, p. 9). Portanto, o “populismo” primeiro surgiu como imagem negativa do adversário político, e apenas mais tarde como categoria explicativa com respaldo acadêmico. Março de 1964, contudo, repercutiu profundamente no meio acadêmico brasileiro. Desse modo, as teorias que, segundo Ferreira, circulavam timidamente na década de 1950 e início dos anos 1960 apropriaram-se daquelas imagens pejorativas e alcançaram rápido sucesso. “Um cenário de ‘populistas’ e ‘pelegos’, eis a imagem que temos da política brasileira entre 1930 e 1964” (FERREIRA, 2001, p. 10). Personagens de diferentes tradições políticas foram identificados e investigados através da mesma categoria explicativa – seriam todos “populistas”. Líderes trabalhistas como Getúlio Vargas, João Goulart e Leonel Brizola foram perfilados ao lado de um general como Eurico Dutra, um udenista como Carlos Lacerda e de políticos regionais paulistas, como Jânio Quadros e Adhemar de Barros.

Mas a teoria do populismo, como chave explicativa da política brasileira entre 1930 e 1964, tem privilegiado – independentemente dos enfoques analíticos e interpretativos – principalmente a dimensão das relações de classes sociais. Seja na primeira geração de teóricos, como entende Ferreira, que escolheram para seus modelos variáveis econômico-estruturais (tais como “proletarização” de trabalhadores recém-chegados do campo,

¹⁴ Em meados dos anos de 1950, um grupo de intelectuais, sob o patrocínio do Ministério da Agricultura, passou a se reunir periodicamente com o objetivo de debater os problemas políticos do país. Como uma vanguarda esclarecida, o Grupo de Itatiaia (como ficou conhecido por se reunirem em Itatiaia), esforçou-se para formular projetos políticos para o Brasil. Um dos problemas identificados foi o surgimento do populismo na política do país. Em 1953, o grupo fundou o Instituto Brasileiro de Economia, Sociologia e Política (IBESP), que mais tarde serviria de núcleo para a fundação do Instituto Superior de Estudos Brasileiros (ISEB). Foi esse mesmo núcleo que começou a publicar os *Cadernos de Nosso Tempo*. Entre os que compunham esse grupo, estavam Alberto Guerreiro Ramos, Cândido Mendes de Almeida e Hélio Jaguaribe. Sobre o Grupo de Itatiaia e desdobramentos, ver: GOMES, op. cit..

urbanização e industrialização)¹⁵; seja na segunda geração, que se voltou mais para as características do Estado Novo e para seus mecanismos ora de repressão e propaganda política, ora de manipulação científica e de controle da classe trabalhadora¹⁶; ou ainda, as produções da terceira geração – entre as quais, algumas que rejeitam a própria noção de populismo e seus derivativos¹⁷ –, sempre são as classes sociais e relações de classes que se elegem para explicar a natureza do período do populismo ou as bases e características das diversas expressões de liderança populista.

Na primeira geração de teóricos do populismo, e na segunda, predomina uma interpretação da relação Estado-sociedade, em que os pólos desta dicotomia mantêm entre si uma relação desigual: de um lado, temos um Estado autônomo e todo-poderoso; e, de outro, uma sociedade passiva e submissa. No entanto, conforme Ferreira, pesquisadores mais recentes – muito influenciados pela História Cultural, pela chamada História Política renovada e pela nova História Social inglesa – têm sido críticos dessa visão dicotômica desigual e sem interlocução entre Estado e sociedade – em alguns casos até, como dissemos antes, eles têm sido críticos à própria aplicabilidade da categoria populismo para se explicar a política brasileira entre 1930 e 1964.

¹⁵ Nesta geração enquadram-se, por exemplo, o trabalho de Francisco Correia Weffort em: *O populismo na política brasileira*, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1978. E também, o estudo de Octávio Ianni, no conhecido livro: *O colapso do populismo no Brasil*, São Paulo, Civilização Brasileira, 1968. Com efeito, quanto à primeira geração, o trabalho de Weffort constitui-se como a mais influente interpretação do populismo brasileiro. Nele, embora em alguns momentos afirme a ambigüidade da manipulação dos líderes populistas sobre os trabalhadores, é indiscutível a ênfase colocada no problema da cooptação destes trabalhadores pelo Estado, então todo-poderoso, fruto da suposta incapacidade da burguesia nacional em tornar-se classe hegemônica e da suposta ausência de um proletariado autônomo e organizado; condições que teriam contribuído para a personalização do poder e das relações políticas, com a emergência de um Estado manipulador e de lideranças políticas demagógicas cooptando as massas trabalhadoras.

¹⁶ Nesse enquadramento teórico, podemos citar um trabalho sobre o aparato policial da era Vargas, de Elizabeth Cancelli: *O mundo da violência: a polícia da era Vargas*, Brasília, Editora Universidade de Brasília, 1993. Para a autora, a sociedade brasileira pós-1930 caracterizou-se por constituir-se de uma sociedade de massas, em que o caráter de classe da atividade sócio-política dos brasileiros e a luta de classes foram obscurecidos por uma situação massiva da sociedade nacional e pela sobreposição de um Estado autoritário, corporificado na figura mítica de um líder carismático, Getúlio Vargas. Neste contexto, a autora reconhece o caráter policial desse mesmo Estado, que, ao confundir sua própria vontade com a vontade coletiva da sociedade, apoiou-se fortemente nos dispositivos de segurança, responsáveis pelo controle e vigilância sociais, pela repressão aos indivíduos e grupos considerados ora “inorgânicos” em relação ao organismo social brasileiro, ora perigosos para a ordem nacional, como sejam, estrangeiros, mendigos e os considerados “vagabundos” (ou não-trabalhadores). A sociedade, nesta perspectiva, é vista como passiva e amedrontada pelas forças policiais repressivas, e ainda, doutrinada pela propaganda governamental, a qual defende uma ordem social harmoniosa sustentada a partir de um nacionalismo baseado num certo conceito de “brasilidade”.

¹⁷ Exemplo dessa perspectiva é o conhecido trabalho de Ângela de Castro Gomes: *A invenção do trabalhismo*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1994. Nesta pesquisa, a autora substitui o conceito de populismo pelo conceito de pacto trabalhista, de modo a negar que as relações entre Vargas, o Estado e os trabalhadores aconteceu na base da mera subordinação, manipulação demagógica ou cooptação dos últimos, não havendo nenhum tipo de interlocução, negociação ou conflito, mesmo que entre termos ou pólos desiguais nessas relações. Desse modo, a autora entende os trabalhadores como sujeitos da história que agem e fazem escolhas num determinado campo de pressões e contrapressões, de modo que a relação que estabelecem com o Estado é vista como aberta à possibilidade do conflito e à reciprocidade.

Isso posto, como vimos anteriormente, uma das linhas investigativas mais freqüentes sobre o populismo dedicou-se à análise de determinadas expressões de liderança política, identificadas como populistas. Uma dessas expressões, e que tem sido objeto de pesquisas desde os anos 1950, é a trajetória política de Adhemar de Barros ou, como também tem sido identificado, o adhemarismo. Esta foi a designação que recebeu o fenômeno representado pela trajetória e implicações políticas de Adhemar Pereira de Barros na política nacional. Desde um texto publicado em uma edição do periódico *Cadernos do Nosso Tempo*¹⁸, as implicações do adhemarismo têm sido identificadas pelo pensamento social brasileiro enquanto um fenômeno político populista.

Até o momento, na literatura histórico-sociológica especializada sobre o adhemarismo, predominaram os estudos que investigaram as conexões entre Estado/liderança adhemarista e estrutura de classes sociais (principalmente quanto aos nexos de Adhemar junto às suas bases eleitorais operárias e pequeno-burguesas): ora enfatizando a força e sobreposição do Estado – aqui personificado na liderança adhemarista – junto à sociedade¹⁹, ora dando margem a que a sociedade civil mantivesse uma relação politicamente ativa com o poder estatal²⁰. Já Sampaio²¹, como vimos no tópico anterior, analisou o adhemarismo do ponto de vista da lógica de disputas interpartidárias e seus condicionamentos, reconhecendo na sociedade civil um pólo político ativo. Ao eleger o partido de Adhemar para a análise, o Partido Social Progressista (PSP), Sampaio pôde conciliar ao mesmo tempo a exploração deste tema e uma nova interpretação do populismo adhemarista e do clientelismo, evidenciada nas teses que formulou sobre o que passou a denominar de adhemarismo e de pessepismo, como estratégias partidárias.

O pessepismo referir-se-ia ao trabalho e às bases sócio-políticas enquadradas pelo partido de Adhemar. Dessa maneira, estariam envolvidas a estrutura e os quadros do partido, as estratégias de disputa – como o clientelismo quando de posse dos recursos governamentais – e suas bases sociais, particularmente a pequena burguesia. O adhemarismo, por outro lado, estaria relacionado ao apelo carismático da própria imagem de Adhemar de Barros sobre o eleitorado operário urbano, e que não seria enquadrado diretamente pela organização do PSP, dado que as estruturas necessárias para tal já estariam sob domínio do PTB de São Paulo.

¹⁸ Trata-se de: JAGUARIBE, Hélio. “O que é o ademarismo?”. In: *Cadernos do Nosso Tempo*, nº. 2, 1954 apud FERREIRA, op. cit..

¹⁹ JAGUARIBE, id.; WEFFORT, Francisco Correia. *O populismo na política brasileira*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1978; Debert, 1979 DEBERT, Guita Grin. *Ideologia e populismo: A. de Barros, M. Arraes, C. Lacerda, L. Brizola*. São Paulo, T. A. Queiroz Editor, 1979.

²⁰ FRENCH, John. “A ascensão do populismo adhemarista em São Paulo – 1946/1947”. In: *Série de textos sobre história eleitoral / Idesp*, nº. 19. São Paulo, Sumaré, 1987; Duarte, op. cit.; Duarte & Fontes, op. cit..

²¹ SAMPAIO, op. cit.

Portanto, mesmo quando analisado sob a ótica das disputas interpartidárias, tem-se o pano de fundo das relações de classes como recurso analítico de entendimento de aspectos do fenômeno adhemarista.

4.2) Sistema político populista, classes médias no Brasil e grupo médico de São Paulo.

Mas tratar do populismo adhemarista e de suas conexões com os médicos paulistas remete-nos à discussão não apenas das ligações entre populismo no Brasil e relações de classes, mas, de maneira particular, ao problema das relações entre o sistema político populista e as classes médias, visto que em geral tanto os médicos como outros grupos profissionais identificam-se com grupos de classes médias. Tradicionalmente o populismo tem sido discutido como um fenômeno político típico da formação social brasileira²² dos anos compreendidos entre 1930 e 1964, tendo como elemento característico a emergência das massas populares como importante fator da dinâmica política nacional – massas, inclusive, no sentido marxista original de classe(s) social(is) que se caracteriza(m) por um comportamento político heterônomo e por relações sociais amorfas. Essa caracterização do populismo tem sido objeto de críticas, de tal maneira que hoje existem diversos autores e trabalhos que oferecem modelos interpretativos para a política brasileira entre 1930 e 1964 que divergem dessa caracterização mais tradicional.

Para a modelagem de nossa argumentação, interessa-nos retomar refletidamente os estudos de três autores que são referências significativas de maneiras de interpretar e analisar o populismo no Brasil como um sistema político, tais autores são: Francisco Weffort, Décio Saes e John French. A partir da retomada de trabalhos desses três autores, pretendemos realizar uma discussão sobre as relações entre sistema político populista no Brasil, classes médias, profissão e profissionalismo na medicina paulista.

No sub-tópico 5.2.1, iremos tratar dos trabalhos de Weffort e Saes, a fim de delinear posicionamentos mais tradicionais acerca do populismo e da participação das classes sociais neste sistema político e, em particular, a integração das classes médias ao Estado populista. Em seguida, no outro tópico que se segue (5.2.2), realizaremos uma discussão crítica destes dois autores a partir dos entendimentos de John French sobre o sistema político populista, a

²² Não discutiremos aqui o fenômeno do populismo em outros países latino-americanos, onde também se discute o fenômeno do populismo PRADO, Maria Ligia Coelho. O populismo na América Latina: Argentina e México. 2 ed. São Paulo: Brasiliense, 1981, (Coleção Tudo e história/ v.4).

participação das classes sociais, inclusive das classes médias, para adensar nossa discussão no sentido do problema das relações entre classes médias, profissões e profissionalismo na medicina paulista.

4.2.1) Duas abordagens bastante influentes sobre populismo e classes médias no Brasil.

Em sua formulação mais conhecida e disseminada, a de Francisco Correia Weffort (1978), o populismo brasileiro, ou o sistema político populista, teria sido instituído a partir de um golpe político-militar comandado pelas oligarquias dissidentes do regime oligárquico da Primeira República, as quais se aliaram com as classes médias urbanas. Mas como nenhum desses segmentos sociais conseguiu instituir uma nova hegemonia política, e como nem os grupos oligárquicos agroexportadores – dominantes antes de 1930 – nem a incipiente burguesia nacional conseguiram conquistar a hegemonia, a partir de 1930 o país passou a experimentar uma situação de crise de hegemonia, que permitiu a relativa autonomização do Estado frente à sociedade e a personalização das instituições políticas.

É do reconhecimento dessa crise de hegemonia política entre os grupos dominantes que Weffort derivou seu conceito de Estado de compromissos, isto é, um Estado em que as distintas forças dominantes mantêm relações políticas entre si numa composição tal em que nenhuma dessas forças se torna hegemônica e impõe seus interesses particulares à sociedade em geral; uma situação marcada, por isso mesmo, pela instabilidade política. É neste contexto que o Estado vê-se na circunstância de buscar um parceiro alternativo a fim de obter a legitimidade sócio-política de que necessita. Segundo o autor, este parceiro consistiu nas emergentes massas urbanas, as quais se encontravam neste momento em formação como produtos dos processos de urbanização e industrialização. Estas passaram a oferecer as condições de legitimidade de que o Estado necessitava. Com efeito, essa busca pela legitimidade nas massas urbanas, reconhecida por Weffort, levou-o a caracterizar conceitualmente este tipo de Estado como um Estado de massas.

Para Weffort, a forma em que neste sistema político o Estado estabeleceu o seu contato junto às massas foi através das lideranças políticas carismáticas, as quais se confundiam aqui com o próprio Estado e que manipulavam aqueles mesmos agrupamentos populares. Contudo, essa manipulação sempre encontrou seus limites nas bases sociais às quais ela se dirigia – nos deparamos então com as determinações dadas na estrutura de classes e com as possibilidades que as lideranças carismáticas encontravam frente às demandas das

classes de que retiravam sua força. Para o autor, apesar do obscurecimento que o populismo produzia sobre as relações sócio-políticas, as determinações e o sentido de classe nos seus fatos políticos não desapareciam.

O autor entende que o “(...) populismo brasileiro é, por certo, um fenômeno de massas. Mas no sentido preciso de que classes sociais determinadas tomam, em dadas circunstâncias históricas, a aparência de massa” (WEFFORT, 1978, p. 27). Neste sentido, somente com o desenvolvimento do capitalismo no país e a conseqüente separação entre a esfera econômica e a política, possibilitando uma relação especificamente política entre os indivíduos e o poder, é que o populismo pôde se formar como relação entre o poder e uma massa de indivíduos isolados entre si. O autor afirma, ainda, que foi necessária a existência de uma população operária e pequeno-burguesa em “condição de disponibilidade política” nas cidades, decorrente do impulso provocado pelo maior nível de urbanização e industrialização, para que houvesse a formação das massas integrantes do populismo nacional.

Burguesia e proletariado podem, de acordo com Weffort, encontrarem-se em situação de massa e adquirirem elementos em seu comportamento próprios a esta condição, mas tendem, geralmente, a desenvolver o comportamento coerente de classe. Este problema teria atingido o proletariado nacional nos anos do populismo no Brasil, que não atingira o estágio de real consciência de sua condição de classe dominada e explorada. No entanto, a pequena burguesia tenderia, em princípio, a manifestar-se como massa devido a sua própria condição social de classe marginal do sistema capitalista e destinada a desaparecer de sua estrutura social e política, como decorrência do processo de proletarização a que estariam sujeitos os seus elementos, não permitindo que ela desenvolvesse um “sentimento de classe”; e criando na mesma, em realidade, um sentido individualista em seu comportamento político. Essa especificidade classista acerca do comportamento político das massas seria refletida no estilo de liderança política que os políticos populistas desenvolveriam nas relações com suas bases sociais, ou seja, as próprias massas.

Weffort explica, assim, a natureza do populismo adhemarista como um fenômeno de massas. Neste sentido, a força social do adhemarismo encontrava-se em suas bases eleitorais pequeno-burguesas, as quais procuravam em Adhemar e em seus governos, a “(...) imagem de um Estado assistencial, protetor, ao qual se possa recorrer em caso de dificuldade (inclusive através da corrupção)” (WEFFORT, 1978, p. 31). Essa expectativa de acomodação individualista junto a um Estado protetor seria típica de uma classe como a pequena burguesia, decadente e ameaçada de proletarização; da mesma forma, isso teria servido de

alento a outros setores *lumpen* da estrutura social, que se viram atraídos por essa possibilidade de proteção.

Como o próprio autor afirma: “(...) não há nada de estranho em caracterizar o populismo de Barros como uma forma de ‘política ideológica’ que expressa, em alguma medida, a especial condição de uma pequena burguesia de ascensão recente preocupada com a queda iminente” (WEFFORT, 1978, p. 33). E foi apoiado na força deste eleitorado, que Adhemar de Barros teria suportado o ostracismo político em que se encontrou após 1950, e conseguido retornar em 1962 como governador do Estado de São Paulo. Mesmo com a considerável estrutura partidária (o PSP) que Adhemar construía, a força de seu partido, segundo o autor, teria origem e sustentação em Adhemar e no impulso obtido por ele com seus vínculos diante das massas urbanas de comportamento político pequeno-burgueses, principalmente do interior paulista.

E foi exatamente quando as massas populares nacionais começaram um processo de mobilização mais claramente contestatório no início da década de 1960 e passaram a imprimir uma pressão sócio-política que extravasava os limites do comportamento típico de massas, que o Estado populista entrou definitivamente em crise. Isso se concretizou com as frequentes greves de trabalhadores, o fortalecimento dos grupos nacionalistas e a mobilização dos camponeses (sejam em organizações sindicais, sejam a partir das “ligas camponesas”). Enfim, foi quando o Estado populista passou a perder o controle de sua base fundamental de sustentação e legitimidade, que o compromisso populista entre os setores dominantes – baseado numa participação controlada das massas – deixou de ser viável e entrou em sua derradeira crise com o golpe de 1964.

Portanto, para Francisco Weffort, classes médias e populismo estariam relacionados tanto no que se refere à origem de seu sistema político – com a participação das classes médias urbanas no movimento de 1930 –, como quanto à natureza estrutural e ideológica de classe do populismo, ou seja, sua fundamentação na emergência das massas urbanas à dinâmica política, as quais se caracterizariam por sua orientação política pequeno-burguesa.

Mas a teoria do populismo também se dedicou a tratar não apenas e exatamente das relações entre líderes carismáticos e massas urbanas. Décio Saes, em seu livro “Classe média e sistema político no Brasil”²³, dedicou dois capítulos (o segundo e o terceiro) ao problema das relações entre sistema político populista e classes médias no Brasil. Na realidade, assim como Weffort, Décio Saes também reconhece no Estado populista tanto um Estado de

²³ SAES, Décio. *Classe média e sistema político no Brasil*. São Paulo, T. A. Queiroz, 1985.

compromissos como um Estado de massas: da mesma maneira que na ótica do outro autor, Saes entende que o Estado pós-oligárquico configurou-se a partir de uma crise de hegemonia em que nenhum dos setores oligárquicos, nem a burguesia industrial ou mesmo o que Saes denomina “categorias sociais de Estado” – isto é, inicialmente os tenentes, e depois, a burocracia estatal e as forças armadas – tornou-se o grupo político hegemônico entre as classes dominantes; por outro lado, Saes afirma que essa complexa conjugação de forças dominantes exigiu que o Estado populista buscasse uma nova base de sustentação, o que aconteceu pela integração/manipulação dos operários urbanos e dos outros trabalhadores do aparelho urbano de serviços. Nessa configuração política, o Estado autonomiza-se relativamente à sociedade e às relações de classe.

Segundo Saes, sob o impulso inicial dos tenentes, e mais tarde, das outras categorias sociais de Estado, o Estado populista caracterizou-se por ser um Estado intervencionista, centralizado, nacional e industrializador, o que o levou a implementar uma política estatal de industrialização que substituiu a ação econômica da incipiente burguesia industrial no desenvolvimento do capitalismo industrial no Brasil. Isso não apenas contribuiu para o próprio desenvolvimento da burguesia industrial brasileira como promoveu uma ascensão precoce da luta de classes, a qual foi de alguma maneira “antecipada” por uma política de integração/manipulação das massas urbanas, efetivada pelo sindicalismo de Estado e pela legislação trabalhista, os quais passaram a organizar de cima para baixo as ações dos trabalhadores, no lugar da organização autônoma do proletariado.

Saes sustenta que o sistema político populista emergiu a partir da revolução político-militar de 1930, orquestrada pelas oligarquias dissidentes de São Paulo, pelas oligarquias dominantes de Minas Gerais, do Rio Grande do Sul e da Paraíba. No entanto, se não fosse a participação dos tenentes nacionalistas – como vanguarda política das baixas camadas médias urbanas – os objetivos revolucionários do movimento não seriam propostos nem pelos líderes oligárquicos nem pelos comandantes das forças armadas, já que uma vez mais tendiam a uma conciliação com o bloco oligárquico hegemônico, depois da perda na disputa presidencial do bloco de oposição oligárquico reunido na Aliança Liberal. Assim, a busca pelo fim do federalismo liberal-democrático oligárquico, típico dos anos pós-1930, e a instituição de um Estado nacional, centralizado e industrializador só foi possível pela ação dos tenentes nacionalistas, os quais, segundo Saes, souberam dar sentido político às aspirações por um desenvolvimento industrial e por uma melhora nas possibilidades de consumo por parte das baixas camadas médias urbanas.

Conforme o autor, as baixas camadas médias eram os únicos grupos urbanos desvinculados realmente da dominação oligárquica e livres de outros objetivos políticos, a ponto de dar suporte aos interesses dos tenentes por um Estado centralizado e industrializador. Saes encontra uma espécie de culto do Estado pequeno-burguês nessa adesão das baixas camadas médias ao Estado populista, um movimento que guardaria laços de semelhança, embora em outra conjuntura histórico-política, ao culto do Estado francês realizado pela pequena burguesia rural francesa que Marx analisa em *O Dezoito Brumário*. A crise do mercado mundial e do capitalismo agro-mercantil brasileiro em fins da década de 1920 e inícios dos anos 1930 haviam acertado em cheio as classes médias urbanas e o operariado; no entanto, Saes argumenta que as classes médias tradicionais (representadas especialmente pelo profissional liberal típico) encontravam-se profundamente vinculadas ao liberalismo oligárquico e à sua visão estamental da política, para aderir ao impulso político tenentista – é desta forma que Saes reconhece um sentido anti-populista na ação política das camadas médias tradicionais; por outro lado, o operariado esteve, neste momento, dividido entre o projeto anarco-sindicalista de destruição do Estado capitalista e a busca leninista pela instauração de uma ditadura do proletariado, e, por isso mesmo, também ficou à margem do movimento de 1930.

Por ter sido um movimento impulsionado pelos tenentes (filiações às classes médias urbanas) e por ter dado sentido político às aspirações e aos ressentimentos das baixas camadas urbanas, Saes entende que a revolução de 1930 foi uma “revolução de classe média”; por outro lado, o autor indica que esta mesma revolução também foi uma “revolução burguesa” – não por ter sido fruto de um projeto ou ação da burguesia industrial brasileira, mas porque esta revolução criou um estado intervencionista e industrializador, o qual ao longo do tempo fez emergir, com força cada vez maior, uma nova classe dominante: a burguesia industrial.

O populismo implicaria tanto a absorção política da classe operária, por meio do sindicalismo de Estado, como, da mesma maneira, das baixas camadas médias urbanas – ou seja, empregados de escritório, bancários e pequenos funcionários públicos. O período populista é marcante não apenas pelo nascimento do sindicalismo operário de Estado, mas também pelo sindicalismo médio de Estado – como sejam, por exemplo, de comerciantes, bancários ou jornalistas. Acerca disso, Saes lança uma hipótese provisória: o sindicalismo de Estado ajustar-se-ia mais eficazmente ao sindicalismo “médio”, ao passo que representaria um momento temporário do processo de organização corporativa e política do operariado. Isto é, o sindicalismo de Estado populista constituiria uma expressão apropriada das possibilidades

ideológicas e organizacionais das baixas camadas médias urbanas e encontraria limites em sua ação. Na luta sindical contra o mau patrão, esses grupos apelariam ao Estado; no entanto, este é concebido como um árbitro ou instância suprema capaz de resolver o conflito na empresa mediante a imposição de uma decisão justa: neste contexto, a pressão sindical das baixas camadas médias é menos um instrumento de luta contra a empresa e o Estado capitalistas, e mais um meio de tornar mais eficazes seus pedidos e reverter em seu benefício a mediação do Estado-árbitro. O sindicalismo populista, como representaria o reconhecimento do Estado do direito das baixas camadas médias à reivindicação, constituiria para Saes, talvez, uma expressão adequada do sindicalismo “médio”.

Décio Saes relaciona o populismo à ação política das categorias sociais de Estado filiadas às camadas médias urbanas. Neste contexto, o tenentismo nacionalista experimenta o seu apogeu no período 1930-1934. A vitória do movimento político-militar de 1930 fez dos tenentes uma das forças controladoras do Estado. Entretanto, em torno de 1934, o declínio do tenentismo enquanto força politicamente organizada já era patente. Sua concepção militar da política os havia induzido a orientar os seus esforços no sentido de mudanças apenas institucionais. Dessa maneira, a consolidação do Estado nacional e centralizado após 1930 retirou-lhes praticamente sua razão de ser enquanto grupo político organizado. Mas em outras conjunturas, quando a necessidade de reforço das estruturas do Estado veio à tona com força, as categorias sociais de Estado filiadas às camadas médias urbanas empenharam-se em trazer à ideologia de Estado um novo alento, a fim de contribuir na tarefa de superação dos obstáculos colocados pelas forças anti-populistas ao prosseguimento de uma política de industrialização. É neste contexto que Saes examina o integralismo e o nacionalismo.

Como assinala Saes, desde 1930 as forças oligárquicas lutaram contra o populismo e, nesta condição, lideraram a contra-mobilização de 1964 e se constituíram no setor hegemônico do movimento das classes dominantes, sendo que sempre mobilizaram a seu favor as classes médias tradicionais. Na conjuntura de ascensão do movimento popular em torno dos anos 1960, o anti-populismo das altas camadas médias tradicionais traziam um impulso que ia além do sempre presente desejo de restauração da política como privilégio social. Além disso, traziam também o temor da proletarização. Segundo o autor, neste contexto de crise mais aguda do populismo, os profissionais liberais assumem uma postura de defesa das instituições democráticas, que estariam sendo violadas pelo Estado populista.

Mas além deste liberalismo de elite das altas camadas médias tradicionais, Saes também encontra uma outra forma de oposição de setores das classes médias ao Estado

populista. Trata-se do autoritarismo que o autor encontra nas novas camadas médias – ou seja, os detentores da autoridade técnica ou administrativa no seio da empresa moderna, como sejam gerentes, chefes de serviço, economistas, técnicos médios, engenheiros industriais, entre outros. Estes grupos (sejam originários das camadas médias tradicionais ou das baixas camadas médias) acendem a partir dos anos 1950-1960 a uma nova “situação de trabalho”, que lhes permite, segundo Saes, ultrapassar os valores pré-industriais ou a própria identificação populista com o Estado. O exercício da autoridade administrativa no seio da empresa moderna, típico dessas novas classes médias, estaria na origem da convicção sobre o caráter “racional” da autoridade, assim como da necessidade de uma organização hierarquizada da sociedade, engendrando nestes grupos disposições políticas autoritárias. Estas disposições levam tais grupos a reivindicar não a restauração da democracia de tipo oligárquica (como as classes médias tradicionais), nem a democracia de massas (populista), mas sim uma organização do poder em moldes autoritários.

Tanto o populismo como o autoritarismo implicam alguma forma de culto ao Estado que remete às classes médias, mas diferem um do outro. Se as baixas camadas médias vêem o Estado como “Estado-justiça”, as novas camadas médias o vêem como “Estado-ordem”; se as primeiras esperam intervenções da instância suprema no sentido de seus interesses, as últimas almejam que o Estado saiba consagrar a hierarquia social. Conforme Saes, se as camadas médias tradicionais sempre admitiram soluções autoritárias (extra-constitucionais e militares), elas sempre as consideraram como medidas excepcionais para momentos de crise, mas, superada a crise, sempre buscaram a restauração concreta de suas concepções liberal-democráticas. Já em relação às novas classes médias, Saes sublinha que os momentos de crise política concediam a seu autoritarismo a oportunidade de ultrapassar os limites da empresa e ganhar a cena política.

O autor ainda argumenta que o movimento de 1964 ocultaria mudanças de posição registradas depois de 1956 nas altas camadas médias, ou seja, a ascensão das novas camadas médias e o declínio das tradicionais classes médias. “A integração progressiva dos profissionais liberais à grande empresa (industrial, comercial, financeira ou de serviços) simbolizaria este processo, sendo que uma parte dos jovens advogados, economistas e engenheiros se desembaraçará desde logo do liberalismo de seus predecessores (...)” (SAES, 1985, p. 142). O profissional liberal, personagem típico das altas camadas médias tradicionais até os anos 1950, cederia espaço, segundo Saes, ao administrador, ao “homem de empresa”.

Mas a contra-mobilização de 1964 atingiria não apenas as tradicionais camadas médias e as novas camadas médias; da mesma maneira, afetaria as baixas camadas médias. Estas, da mesma forma que os trabalhadores manuais, são afetadas pelo crescimento da inflação e pelo aumento da taxa de exploração da força de trabalho que acompanha a conjuntura pós-1956, de modo que pressionam o Estado da mesma maneira que os outros trabalhadores. Neste contexto, as baixas camadas médias levarão ao limite suas possibilidades de ação sindical e política – isto é, ao invés da oposição ao Estado populista, reivindicam a sua intervenção soberana e arbitral nos conflitos engendrado dentro da empresa (privada ou pública). Portanto, conforme Saes, as baixas camadas médias participaram ativamente da pressão popular e integraram suas reivindicações às demandas do movimento nacionalista, de tal maneira que elas se encontrarão essencialmente identificadas com o populismo no momento do golpe de Estado de 1964.

Saes afirma que a contra-revolução de 1964 foi o processo político por meio do qual o conjunto da classe dominante se desembaraça do populismo e, neste contexto, a burguesia industrial teria atribuído um significado especial à sua recusa do populismo, isto é, rejeitou-o enquanto estratégia política de industrialização típica de uma etapa de transição do capitalismo brasileiro. Na etapa monopolista de desenvolvimento que se seguiu, o prosseguimento da industrialização exigiu a transformação do poder político no sentido de preservar a acumulação de capital dos choques provocados pela luta de classes, o que fez emergir um Estado autoritário e anti-popular. Por outro lado, o movimento de 1964 também teria equivalido ao suicídio político das camadas médias urbanas, pois a participação das camadas médias tradicionais e das novas camadas médias no movimento político-militar de 1964 tornou-as co-responsáveis pela destruição de um sistema político que havia dado o direito à reivindicação e à cidadania ao conjunto das camadas médias urbanas. Enfim, ao participarem do golpe de 1964, estas camadas médias não realizaram apenas a destruição política das camadas médias identificadas com o populismo, mas também a sua própria destruição pela exclusão de todas as camadas médias do sistema político.

Portanto, para Décio Saes classes médias e populismo no Brasil estariam profundamente relacionados. Isso porque, por um lado, o movimento político-militar instituidor do populismo no país em 1930 teria sido promovido não apenas pelas dissidências das classes dominantes e pelos comandantes das forças armadas, mas, principalmente, em função do impulso revolucionário anti-oligárquico e pelo centralismo e industrialismo estatistas dos tenentes nacionalistas. Por outro lado, as trajetórias deste novo sistema político

e desta nova forma de Estado seriam marcadas pela ação tanto das categorias sociais de Estado, filiadas às classes médias (como no caso do próprio tenentismo, e ainda, do integralismo e do nacionalismo), como da massa de setores de classe média do país: expresso, por exemplo, no sindicalismo “médio” de Estado e no sindicalismo de Estado da classe operária – que no período populista assume contornos típicos de um sindicalismo de classe média. Além disso, seria pelo impulso das categorias sociais de Estado que o Estado populista realizaria a integração/manipulação “antecipada” da classe operária, através do sindicalismo de Estado e da legislação trabalhista, os quais, desde a ação dos tenentes, foram estendidos pelo Estado populista à classe operária e às outras categorias de trabalhadores urbanos e, portanto, às massas urbanas.

Enfim, o populismo estaria relacionado às classes médias brasileiras também em função de suas crises e de sua queda derradeira; ou melhor, as camadas médias tradicionais, em aliança com as oligarquias, exerceram durante todo o período populista uma pressão anti-populista e restauradora do antigo liberalismo oligárquico; por outro lado, as baixas camadas médias, segundo Saes, estiveram operando ao lado do populismo durante todo o período e foram derrubadas junto do Estado populista pelo golpe de 1964; enfim, as novas camadas médias urbanas, as quais atuaram com seu autoritarismo contra a democracia de massas populista e, assim como as camadas médias tradicionais, estiveram na oposição ao populismo que o destruiu em 1964.

Mas talvez fosse possível encontrar uma forma alternativa de interpretar a participação das classes médias no sistema político populista; uma forma que, na verdade, passa pelo reconhecimento das relações entre, de um lado, setores particulares das classes médias nacionais – representados por grupos profissionais específicos – e, de outro, políticas públicas populistas determinadas. Neste sentido, acreditamos que seria possível encontrar uma forma alternativa de participação de setores de classes médias brasileiras, investigando as relações entre o particular grupo profissional de médicos paulistas e políticas de saúde do segundo governo estadual de Adhemar de Barros em São Paulo (1947-1951) – uma liderança política que, como observamos anteriormente, sempre foi apontada pelo meio acadêmico brasileiro como figura política populista.

4.2.2) Sistema político populista, alianças de classes e profissionalismo na medicina paulista.

Conforme Duarte e Fontes (2004, p. 112), o modelo interpretativo formulado por Francisco C. Weffort propõe que as relações entre o Estado populista e as massas urbanas aconteceram na base da manipulação e cooptação desses mesmos grupos sociais pelo Estado, embora em determinadas passagens Weffort afirme a ambigüidade da manipulação dos líderes populistas sobre as massas; de fato, apesar de em certos momentos admitir tal ambigüidade, o autor destaca o aspecto de cooptação desses grupos sociais pelo poder estatal, decorrente da suposta incapacidade da burguesia nacional em tornar-se classe hegemônica e da suposta ausência de um proletariado autônomo e organizado. Tal explicação disseminou-se em uma série de trabalhos entre as décadas de 1970 e 1980, de tal maneira que os anos entre 1930 e 1964 ficaram conhecidos como a “era populista” ou “república populista”. Essa perspectiva foi assimilada por Décio Saes ao seu trabalho, sendo que o mesmo defende que o Estado populista teria se autonomizado relativamente à sociedade, a qual se notabilizaria por uma espécie de letargia política, caracterizada por uma crise de hegemonia entre as classes dominante e por um comportamento massivo por parte dos grupos populares.

Contudo, em meados da própria década de 1980 tal interpretação passou a ser intensamente criticada por vários autores, rejeitando-se a tese de passividade dos trabalhadores urbanos e as idéias de cooptação e manipulação conduzidas por um Estado todo-poderoso; novas pesquisas revelaram um papel ativo dos trabalhadores, o que contribuiu para que se superasse a ênfase sobre a dicotomia “autonomia-heteronomia” na ação política dos trabalhadores. Neste contexto, surgiram, pelo menos, duas visões mais gerais acerca dessas questões.

De um lado, alguns autores – como Ângela de Castro Gomes – apostaram na substituição do conceito de populismo pelo conceito de trabalhismo; inclusive, Gomes (1994) propôs o conceito de pacto trabalhista, a fim de enfatizar o fato de que, na verdade, as relações entre os trabalhadores e o Estado aconteceram mais na base da reciprocidade – entre atores, é bem verdade, desiguais em poder –, do que de imposição do Estado sobre os trabalhadores. Neste sentido, o conceito de populismo traria consigo toda uma carga pejorativa que o tornou uma noção muito elástica e, de certo modo, a-histórica, a qual passou a explicar tudo e, nesta condição, a explicar quase nada. De outro lado, autores como John

French (1987) propuseram um outro eixo explicativo, que destacou o enfoque das relações de classe na base das relações de aliança: assim, as relações entre trabalhadores, Estado, classes médias e burguesia teriam se constituído em termos de alianças que, embora estabelecida entre atores desiguais em termos de influência social e política, não prescindiam de negociações e reciprocidades, recolocadas a cada momento pela correlação de forças existentes. As alianças não seriam apenas de caráter bilateral; seriam parte de um sistema de alianças de cada um dos grupos, algumas das quais podendo funcionar, para cada um dos sujeitos envolvidos, com objetivos contraditórios. Desse modo, entre 1930 e 1964 ter-se-ia configurado um sistema político populista, que influenciou o comportamento político de todos os grupos e classes participantes.

Conforme French,

Diferentemente de termos como “pacto social” ou “coligação”, o conceito de aliança é fluido e dinâmico pela própria natureza. Podem estabelecer-se alianças mediante acordos expressos e formais, ou mediante ações não-reconhecidas, mas paralelas. Acresce que elas estão sempre sujeitas à renegociações que refletem oscilações de poder entre as partes envolvidas, influências de seus respectivos adversários ou o surgimento de novos aliados possíveis. E finalmente, as alianças podem ser de natureza tática ou estratégica, efêmera ou duradoura – podem ser traídas, cumpridas de maneira incompleta, ou até mesmo impossível de cumprir. Em cada caso, devemos compreender os termos da aliança entre os atores importantes em cada nível da estrutura de poder (FRENCH, 1987, p. 255-256).

Aliás, acreditamos que a estrutura de poder comporta a investigação não apenas das relações entre as classes tomadas como agregados estanques; da mesma maneira, acreditamos que seria possível observar a dinâmica de relações de aliança entre segmentos, camadas ou grupos sociais específicos que compõe uma mesma classe social. Neste sentido, podemos compreender as relações entre determinados setores ou grupos de classe média, como no caso de grupos médicos, com o Estado populista, em termos das contraditórias e tensas relações de aliança desses grupos com o Estado brasileiro, relações de aliança que marcaram a história da medicina brasileira ao longo de seu processo de profissionalização. Nessa mesma direção, podemos questionar como camadas médias determinadas, presentes na estrutura social e política de São Paulo durante a vigência do sistema político populista, relacionaram-se com uma manifestação particular de liderança política populista e com uma determinada forma de governar o Estado, como foi o adhemarismo em São Paulo nos anos em que Adhemar de Barros foi governador estadual.

Se é necessário que se tratem das relações entre as classes sociais em geral, em termos de suas relações de aliança com o Estado populista, também seria o caso, em particular, de investigar as relações entre os diferentes segmentos de uma mesma classe, tal como a classe média, com o populismo. Como acompanhamos no tópico anterior, Décio Saes empreendeu um esforço intelectual neste sentido em seu trabalho sobre as relações entre a ascensão e queda do populismo no Brasil e a participação política de diferentes camadas de classe média. Saes relaciona o populismo brasileiro à ação política das categorias sociais de Estado filiadas às classes médias, de modo que destaca três ideologias de culto ao Estado populista, desenvolvidas por essas categorias, que, por sua vez, as propõem à sociedade em geral. São elas: o tenentismo nacionalista, o integralismo e o nacionalismo. Estas ideologias teriam alimentado a mobilização do Estado populista e teriam servido de base à estratégia populista de desenvolvimento industrial, sustentada a partir de um Estado centralizado e nacional. O autor diferencia em sua análise as altas das baixas camadas médias, além de três diferentes segmentos, ou camadas, de classes médias: as camadas médias tradicionais, as baixas camadas médias e as novas camadas médias; cada uma caracterizar-se-ia por disposições ideológicas próprias, por uma distinta participação na estrutura de poder político populista e por uma particular situação de trabalho.

De acordo com Saes, as camadas médias tradicionais, que se situariam nas altas classes médias, seriam representadas, basicamente, pela figura do profissional liberal típico e, portanto, pelos trabalhadores com formação de nível superior que realizariam seu trabalho utilizando-se de sua *expertise*, na condição de autônomos; considerando a formulação de Saes, essa camada teria se posicionado contra o populismo desde o seu surgimento até sua queda, e teria se caracterizado por disposições ideológicas centradas num liberalismo elitista e anti-populista; compondo as altas camadas médias até os anos 1950, elas sedem terreno progressivamente às novas camadas médias. Por sua vez, as baixas camadas médias seriam representadas por empregados de escritório, bancários e pequenos funcionários públicos, os quais aderiram ao populismo e o apoiaram até o seu declínio. Enfim, as novas camadas médias, as quais seriam constituídas de gerentes, chefes de serviço, economistas, técnicos médios, engenheiros industriais, entre outros; na condição de “homens de empresa típicos” ou administradores, alimentariam uma visão de mundo marcada pela centralidade das noções correlatas de autoridade e hierarquia, derivadas de sua condição de trabalhadores de organizações empresariais; segundo Saes, as novas camadas médias teriam levado suas disposições autoritárias a uma busca empenhada pela queda do populismo e, assim como as

tradicionalis camadas médias, teriam participado do movimento que derrubou o populismo em 1964.

Isso posto, em sua análise sobre os diferentes segmentos de classes médias ao longo do populismo brasileiro, Saes não leva em consideração as especificidades da dinâmica particular que caracteriza o campo profissional. Embora trate dos profissionais liberais enquanto categoria profissional típica, o autor trata outros profissionais empregados em organizações mais como administradores-burocratas do que enquanto profissionais. Como a Sociologia das Profissões nos esclarece atualmente, tanto o profissional liberal quanto o empregado em organizações são profissionais em sentido sociológico e se diferenciam de outros trabalhadores pela exigência de formação educacional de nível superior, pela necessidade da aplicação criteriosa de um conhecimento técnico-abstrato às tarefas de sua ocupação, e ainda, pelo controle sobre o próprio trabalho. Tais características aplicam-se de forma comum tanto a médicos que atuam na clínica privada como aos que são servidores públicos, tanto a advogados liberais quanto a assalariados, assim como em relação a economistas e engenheiros que trabalham em organizações empresariais.

Além disso, como apresentado anteriormente, Décio Saes investiga três ideologias que teriam surgido das categorias sociais de Estado filiadas às classes médias, isto é, ideologias que surgiriam no interior dos aparelhos estatais e que se difundiriam a partir daí para a sociedade, as classes sociais e outros grupos: neste sentido, o tenentismo nacionalista, o integralismo e o nacionalismo seriam propostos de cima para baixo sobre a sociedade brasileira. Quanto a isso, seria interessante notar que as relações entre Estado e sociedade não acontecem em uma via de mão única, como caracterizado por Saes, mesmo em um Estado populista. Na verdade, as influências entre Estado e sociedade são mútuas, inclusive no plano ideológico. Assim, o nacionalismo tenentista do início dos anos 1930, o integralismo e o nacionalismo do final do período populista, entre seus elementos semelhantes e dessemelhantes, podem ter se configurado não apenas a partir da ação das categorias sociais de Estado, mas também de grupos da sociedade civil que se mobilizaram no sentido da promoção dessas ideologias. Mas além dessas três ideologias, também seria necessário investigar outra ideologia que atingiria setores das classes médias, ou seja, seria importante observar a ideologia dos grupos profissionais.

Assim como observamos acima quando tratávamos dos modelos de Eliot Freidson e Terence Halliday, os grupos profissionais (liberais ou não) atuam na sociedade, em sua relação com a política ou com o Estado a partir de uma ideologia que seria típica à esfera

profissional. Trata-se da ideologia do profissionalismo, a qual, baseada na centralidade do mérito profissional e da *expertise*, proporia uma organização do mundo do trabalho baseada no princípio profissional: este se contraporia à autoridade burocrática privada ou pública e ao controle de mercado efetuado pelos consumidores, garantido assim (ou procurando garantir) que os resultados do trabalho não se contaminem negativamente nem pela administração nem pelos clientes, e que sejam oferecidos serviços com base na alegação de independência tanto da clientela imediata como dos patrões, a fim de oferecer à sociedade e ao Estado serviços e produtos de qualidade sustentados por valores transcendentais, como: verdade, beleza, esclarecimento, justiça, salvação, prosperidade ou saúde.

Mas em sua análise, Décio Saes reconhece no que ele chama de altas classes médias – quer dizer, as tradicionais camadas médias e as novas camadas médias – um sentido anti-populista na ação política desses grupos. Em relação a esse aspecto, é bom que se diga que o autor trata como participantes da mesma categoria social – novas camadas médias – tanto economista e engenheiros (profissionais em sentido sociológico, isto é, com formação de nível superior) como também técnicos médios (sem formação de nível superior), desconsiderando as particularidades da condição dos profissionais formados em universidades que atuam no mundo do trabalho a partir do uso de sua *expertise*. Neste sentido, profissão deve ser considerada como uma articulação analítica distinta em termos de organização e estratificação sociais, ao lado, por exemplo, do conceito de classe.

O autor trata também de um anti-populismo dos estratos superiores das classes médias brasileiras: ora como defesa de um liberalismo oligárquico, retrógrado e anti-popular, ora como uma atitude autoritária de “homens de empresa”, isto é, entre outras ocupações não-profissionais, de engenheiros, advogados e economistas profissionais, por exemplo. Portanto, nos dois casos Saes relaciona o anti-populismo a uma atitude político-ideológica conservadora na essência. No entanto, acreditamos que seria possível entender esse anti-populismo, alternativamente, como uma atitude anti-política típica de elites profissionais que, baseadas no apego à neutralidade profissional (fundada no mérito e na *expertise*), estabelecem uma estratégia de relativo distanciamento da política convencional, a fim de preservar sua autonomia técnica dos custos do embate político puro. Assim, mais do que duas formas distintas de anti-populismo conservador, teríamos um movimento característico de elites profissionais, as quais, conforme Halliday (1999), assumem uma postura mais conservadora e mais distanciada dos apelos mais populares e das demandas sócio-políticas substantivas da

política convencional, como forma de se protegerem dos possíveis custos que uma maior politização de suas atribuições poderia gerar.

Portanto, o apelo político populista e as políticas públicas de figuras como Adhemar de Barros podem ter sido colocados por essas elites profissionais a uma distância relativamente mais segura, como forma de preservarem sua condição profissional. Halliday não exclui a existência de interesses ligados à busca por *status* ou benefícios econômicos e políticos entre as elites profissionais que se apegam à neutralidade profissional, mas destaca que, com isso, as profissões abrem um espaço político no qual elas podem receber um mandato moral da sociedade e defendê-la do poder do Estado. O sociólogo norte-americano destaca um contínuo político-ideológico característico de grupos profissionais, que vai do pólo mais conservador (representado geralmente pelas elites profissionais), até um pólo mais “progressista” (normalmente associado às bases dos grupos profissionais, que se encontram abertas às demandas político-sociais), sendo que a política da profissão pode variar em termos relativos entre estes pólos, dependendo do contexto sócio-político, econômico e profissional. Neste sentido, grupos profissionais determinados, como de médicos, podem ter mantido uma atitude relativamente distanciada dos apelos políticos populistas, embora também de relativa ambivalência, dependendo da maior convergência ou não entre, de um lado, a visão ideológica e os interesses profissionais desses grupos e, de outro, os interesses e as características ideológicas dos apelos políticos e das políticas públicas de figuras populistas como Adhemar de Barros.

Por sua vez, a ideologia do profissionalismo pode ter influenciado as disposições políticas de outros grupos sociais, bem como a própria atuação do Estado, ou ainda, ter influenciado setores específicos das demais classes sociais, num movimento com idas e vindas, de tal maneira que a ideologia do profissionalismo também pode ter influenciado não somente o Estado, mas, da mesma maneira, o restante da sociedade brasileira.

Isso posto, conforme Maria Ligia Barbosa, “[para] ir além das aparências é necessário examinar com cuidado as formas de inserção social que são criadas pelos grupos de classe média ou que se apresentam a eles como possibilidade” (BARBOSA, 1998, p. 129). Um tipo específico dessa inserção social, segundo a autora, são as estratégias de profissionalização de estratos de classe média, que têm feito com que “(...) a representação do mundo social construída a partir do profissionalismo tend[a] a se tornar dominante como forma de regulação dos trabalhos e das relações sociais em amplos setores do espaço social” (BARBOSA, 1998, p. 130). Assim, não há dúvidas sobre o crescimento da dependência da

sociedade em relação aos saberes profissionais. O fenômeno da medicalização é um bom exemplo disso. Como pudemos observar acerca do caso de São Paulo, a medicina tem, cada vez mais, ocupado espaços na sociedade e no Estado brasileiros. Portanto, acreditamos que investigar mais a fundo o processo de profissionalização dos médicos paulistas, permitirá que se conheça melhor como têm se comportado determinados grupos de classes médias no Brasil e como os saberes profissionais dos médicos têm influenciado a sociedade brasileira e o Estado. Desse modo, então, acreditamos que se poderia “(...) [perceber no país, ou melhor, em São Paulo e em um contexto particular de nossa história,] de que forma e em que medida certos grupos sociais conseguem (...) estabelecer (...) algum tipo de poder, modelando formas específicas de relações sociais” (BARBOSA, 1998, p. 141).

Entendemos que o fenômeno adhemarista suscita interrogações analíticas que tocam em questões interessantes à Sociologia das Profissões, as quais envolvem as políticas públicas de saúde adotadas pelo Estado de São Paulo e seu impacto sobre o processo de profissionalização dos médicos paulistas. Problemas que a teoria de classes tem dificuldade em oferecer respostas teóricas mais adequadas. Embora a teoria de classes seja muito eficaz, como notamos anteriormente, no estudo, entre outras questões, das relações entre posição social e comportamento político, ela não costuma discutir questões características da Sociologia das Profissões atual. É bem verdade que com a teoria de classes foi possível investigar as bases sociais do populismo adhemarista, especialmente quanto às suas ligações com a classe trabalhadora e a pequena burguesia. Contudo, o que se poderia dizer quanto ao tipo de relação que o adhemarismo estabeleceu com grupos sociais específicos, tais como os médicos paulistas, os quais, embora identificados geralmente com camadas intermediárias ou classes médias da estrutura social, vivenciam uma dinâmica social própria ao campo profissional? Nesse mesmo sentido, como se verificou o problema da autonomia ocupacional dos médicos no governo adhemarista? De que maneira se caracterizou o profissionalismo no corpo médico paulista entre 1947 e 1951? Ou então, como os médicos de São Paulo vivenciaram as fronteiras entre política e profissão a partir das políticas de saúde do governo Adhemar de Barros?

No enfrentamento dessas questões, parece-nos interessante retomar as sugestões feitas por Freidson²⁴ acerca da necessidade de se substituir o conceito de classe ou de estrutura de classe, pelos conceitos de ocupação e profissão, para se analisar grupos profissionais; e também, de se adotar uma perspectiva que privilegia a variável analítica central para o autor

²⁴ FREIDSON, op. cit.

nos processos de profissionalização: o Estado. Vimos que Freidson nos esclarece que as relações entre Estado e profissão acontecem na base de um processo de interlocução entre pólos que interagem entre si; neste sentido, devemos entender as relações entre o Estado adhemarista e os médicos paulistas em termos de uma via de mão dupla, mesmo que entre atores sócio-políticos desiguais em poder.

Nesta direção, podemos retomar, de modo relativamente alterado, a formulação anterior de John French (1995) acerca das relações entre Estado e sociedade no sistema político populista brasileiro, a fim de incorporá-la à nossa análise sobre as relações entre os médicos de São Paulo e o Estado adhemarista: assim, podemos entender, como propõe John French, que as relações entre Estado e sociedade ao longo do governo adhemarista aconteceram na base de contraditórias relações de aliança, as quais, embora estabelecidas entre atores desiguais em termos de influência social e política, não prescindiram de negociações e reciprocidades, recolocadas a cada momento pela correlação de forças existentes. Mas, diferentemente da formulação original de French, substituímos apenas os conceitos de classe e relações de classe, pelos conceitos de ocupação e profissão, pois entendemos que estes conceitos são mais elucidativos em análises sobre grupos profissionais e processos de profissionalização.

Parte III – Saúde pública paulista: política convencional e profissionalização médica (1889-1951).

Interessante em termos da compreensão das relações entre processos de profissionalização e Estado, a análise de políticas públicas permite que se amplie o horizonte de pesquisa, de modo que sejam conhecidos certos caminhos pelos quais o contexto político mais amplo influencia a dinâmica tanto intra-profissional como interprofissional. Por outro lado, pensamos que tais relações são dinâmicas e historicamente variáveis, embora existam linhas de continuidade entre períodos históricos distintos. Dessa maneira, defendemos que uma compreensão mais precisa das variações na autonomia profissional dos médicos de São Paulo, em razão de certas modificações nas políticas de saúde adhemaristas, emerge do estudo

do processo de construção da saúde pública do Estado de São Paulo e sua relação com o processo de profissionalização da medicina paulista.

Capítulo 5 – As organizações de saúde em São Paulo na Primeira República e na era Vargas (1889-1945): o fortalecimento da autonomia profissional dos médicos.

De acordo com Luiz Antônio de Castro Santos (1993), logo no início do período republicano, as condições de saúde pública eram críticas em vários Estados brasileiros, e a população de muitos municípios esteve ameaçada por doenças endêmicas e por surtos epidêmicos de cólera, varíola, febre tifóide, tuberculose e febre amarela²⁵. Neste contexto, o primeiro Estado a lançar campanhas de saneamento foi São Paulo. Para isso, foi fundamental que São Paulo desenvolvesse um arcabouço jurídico e estruturas organizacionais adequadas para esse fim, o que, de algum modo e em alguma medida, aconteceu em São Paulo ao longo da Primeira República.

Como visto acima quando tratávamos de estudos sobre as relações entre medicina e Estado/política no Brasil, Castro Santos (2004) explica o pioneirismo paulista em reforma na saúde pública entre 1889 e 1930 argumentando que, para tanto, foi fundamental a singular combinação de alguns fatores sócio-econômicos, políticos e ideológicos. Neste sentido, a necessidade dos cafeicultores paulistas criarem ou manterem condições adequadas de saúde da mão-de-obra nas suas fazendas serviu de motivo impulsionador para que as classes dominantes paulistas aderissem com o tempo à reforma²⁶; combinado a isso, houve a

²⁵ Sobre essas endemias e epidemias, devemos dizer que se transmitem ou por contágio (ou seja, pelo contato direto ou indireto entre pessoas) ou não – e é bom lembrar que endemias são doenças infecciosas que incidem habitualmente sobre uma população ou região; já as epidemias são doenças infecciosas que atingem uma grande população em dada localidade, mas que tem caráter mais transitório. *Cólera ou Cólera-morbo* – é uma doença infecciosa aguda, geradora de epidemias, que se caracteriza por intensa diarreia aquosa e prostração, causada pelo *Vibrio cholerae*, que se transmite especialmente pela água; a *Varíola*, por sua vez, é uma doença contagiosa aguda (declarada extinta do planeta oficialmente na década de 1970), de origem viral e caracterizada por febre, dor no corpo, vômitos e lesões cutâneas; já a *Febre Tifóide* é uma infecção provocada pela bactéria Gram-negativa *Salmonella typhi*, transmitida pela água ou alimentos contaminados por excrementos humanos infectados e se caracteriza por febre alta, prostração, diarreia, podendo causar graves problemas cardíacos, digestivos e neurológicos, devido à liberação de toxinas na corrente sanguínea; por outro lado, a *Tuberculose* é uma doença infecto-contagiosa e endêmica, provocada pelo bacilo de *Koch*, podendo atingir quase todos os tecidos do corpo, principalmente os pulmões; enfim, a *Febre Amarela* – infecção grave, devida a um vírus comum na África Central e na Amazônia, transmitida ao homem por mosquitos, como o *Aedes aegypti*, e se caracteriza por febre, dores abdominais e musculares, icterícia, vômitos sanguinolentos e anúria.

²⁶ Embora realmente tenha havido avanços na reforma sanitária paulista na Primeira República, e mesmo, que tenha havido um crescimento na participação de fazendeiros paulistas nesse processo, existiram resistências dos coronéis do interior ao crescimento da intervenção estatal em suas fazendas através do trabalho dos serviços sanitários.

existência de um partido político unificado e coeso em São Paulo, o Partido Republicano Paulista (PRP) – o qual serviu de intermediário entre as organizações e políticas estatais, de um lado, e as classe econômicas dominantes, de outro –; enfim, a existência, àquela época, de um grupo médico aberto aos avanços da ciência e mobilizado pelos ideais de progresso nacional do sanitarismo brasileiro. Tudo isso permitiu, em São Paulo, um processo de reforma sanitária que ao longo do primeiro período republicano levou a um crescente incremento das leis e organizações no campo da saúde pública.

Com efeito, as primeiras estruturas administrativas e legais sobre saúde pública em São Paulo surgiram no final do período monárquico brasileiro. No ano de 1886, o governo monárquico nomeou inspetores federais de saúde pública para várias províncias, inclusive São Paulo. Assim, a Inspetoria de Higiene de São Paulo cumpriu com as atribuições de “polícia médica” na capital, estabeleceu padrões para a prática médica, realizou a supervisão das condições sanitárias em edifícios públicos, a inspeção de alimentos e remédios e promoveu a vacinação antivariólica. Apesar da responsabilidade do governo monárquico acerca dessas funções, este não poderia cumpri-las sem o apoio do governo paulista, que financiou os programas da Inspetoria de Higiene da província com créditos designados para a imigração.

Após um curto período de refluxo nas ações governamentais por ocasião das agitações da jovem República, o governo paulista volta a promover uma forte ação de saneamento e higiene pública na capital e em outras cidades do interior que, segundo o governo do Estado, eram áreas tidas como economicamente muito importantes, sendo que era fundamental que o Executivo estadual auxiliasse tais municípios na pesada tarefa financeira de cuidar das endemias e surtos epidêmicos. Em 18 de julho de 1892, o governador Cerqueira César assinou a primeira lei da República a organizar um serviço sanitário estadual, incorporando inovações recentes da saúde pública européia.

Depois desses progressos iniciais de 1892, o movimento sanitarista de São Paulo caracterizou-se por uma crescente intervenção estadual, ainda que com alguns retrocessos. Já em 1893, os poderes estaduais foram reduzidos pela nova legislação de saúde pública da administração Bernardino de Campos (1892-1896), que destacava a responsabilidade municipal sobre a autoridade do Estado. Contudo, em 1894, promulgou-se o primeiro Código Sanitário do período republicano, fornecendo normas e uma base legal para a implementação de medidas de saúde pública nos anos seguintes.

Durante a administração estadual de Campos Sales (1896-1898), os serviços sanitários voltaram a seguir o caminho da maior centralização. Conforme a Lei nº. 432, de agosto de 1896, o serviço sanitário tornou-se órgão normativo para todos os programas de saúde pública

desenvolvidos em São Paulo. No entanto, como na legislação anterior, as áreas rurais – reduto dos fazendeiros-coronéis locais – continuaram intocadas.

O ano de 1898 inaugura também o período de quase 20 anos em que Emílio Ribas esteve à frente do serviço sanitário estadual como seu diretor. Segundo Castro Santos, “(...) Ribas foi capaz de acelerar as tendências de intervenção estadual e de ação efetiva de saúde pública iniciadas nos primeiros anos da República, chegando a obter reduções drásticas nos níveis de mortalidade da população” (CASTRO SANTOS, 1993, p. 373). A legislação de saúde e os serviços sanitários passaram por sucessivos avanços na administração de Emílio Ribas.

Das três principais reformas do aparelho estadual de saúde pública, acontecidas em 1906, 1911 e 1917, a primeira reforçou o sentido centralizador da legislação inicial de Campos Sales, a segunda, por sua vez, reverteu as tendências à intervenção estadual, enfim, a terceira voltou a empreender o espírito intervencionista e centralizador das normas anteriores a 1911.

A reforma de 1906 realizou-se na administração estadual de Jorge Tibiriçá (1904-1908) e foi responsável por ampliar o poder estadual sobre as questões sanitárias. A legislação aprovada em janeiro de 1906, por meio da Lei nº. 1.343, refletia a posição defendida por Tibiriçá. Os inspetores de saúde eram designados para distritos sanitários em todo o Estado, para desempenhar várias funções antes a cargo dos governos locais. O governador publicou outra importante medida legal em 1906, com o Decreto nº. 1395, de 3 de setembro daquele ano, a qual criava uma comissão especial para prevenção e tratamento do tracoma²⁷. A reforma do Serviço Sanitário e a criação da comissão especial contra o tracoma evidenciavam a intenção do governo estadual de cuidar com pulso firme os problemas de saúde nas áreas rurais, o que encontrava a resistência dos fazendeiros.

O governo estadual posterior, de Albuquerque Lins (1908-1912), reverteu o sentido centralizador na saúde pública paulista ao restringir as tarefas dos Serviços Sanitários à capital do Estado. Um novo Código Sanitário aprovado pelo Decreto nº. 2.141, de 1911, adotou a mesma linha descentralizadora. O Serviço Sanitário passou a delegar maior responsabilidade pela reforma sanitária rural aos municípios do interior. No entanto, Ribas manteve, como diretor de Saneamento, o fornecimento de serviços contra o tracoma por mais três anos depois da reforma de 1911.

²⁷ O tracoma ou traucoma era uma grave doença ocular que afetava a população rural do Estado, principalmente os imigrantes. Trata-se de uma infecção que causa conjuntivite grave e granulosa devido à bactéria *Chlamydia tracomatis*.

De acordo com Castro Santos (1993, p. 375), Ribas continuou a pressionar no sentido de uma legislação que ampliasse a autoridade do Serviço Sanitário para além dos limites instituídos pela reforma de 1911. Mas apenas com a reforma de 1917 a reorganização do sistema de saúde atenderia àquelas pressões. Ribas foi o responsável pelo ambiente favorável para a realização dessa reforma, embora em 1917 ele já estivesse aposentado de suas funções no Serviço Sanitário. A meta almejada por Ribas – isto é, obter o controle do território coronelista – esteve bem perto de ser atingida em 1917. A lei, definitivamente aprovada, excluiu de forma cuidadosa os mecanismos legais que pudessem interferir mais incisivamente na realidade das fazendas do interior, ou seja, a reforma era válida para as fazendas estabelecidas depois de 1917, mas não antes, embora a legislação autorizasse o Serviço Sanitário interferir nas fazendas já em funcionamento em caso de epidemia. Tudo isso se passou no governo de Altino Arantes (1916-1920), que promoveu a reforma através da Lei nº. 1.596, de 29 de dezembro de 1917.

A intervenção do governo nas áreas rurais ganhou força depois da reforma sanitária de 1917. Na realidade, o período de 1918 a 1930 é marcado pela consolidação do Serviço Sanitário. Após a aposentadoria de Emílio Ribas, a direção dos serviços sanitários foi confiada a Artur Neiva, antigo pesquisador de Manguinhos. Foi Neiva quem travou as batalhas seguintes pela implementação da legislação de 1917. O Decreto nº. 2.918, de 9 de abril de 1918, deu forma final ao texto do Código Sanitário e as regras específicas à higiene rural.

Os anos 1918-1925 foram voltados principalmente ao desenvolvimento de programas e políticas: foi reativada a comissão especial para o combate ao tracoma; os esforços em prol da saúde rural cresceram rapidamente; e o governo paulista, sem o auxílio do governo federal, desenvolveu um trabalho de instalação de postos sanitários pelo estado com a ajuda da Fundação Rockefeller, uma instituição filantrópica norte-americana que implementava programas, cursos de especialização em saúde pública e oferecia recursos para o desenvolvimento de políticas e campanhas sanitárias junto com governos nacionais e locais mundo afora.

Em 1925, durante a administração estadual de Carlos de Campos (1924-1927), ocorreu mais uma reforma organizacional no Serviço Sanitário de São Paulo, consolidando os serviços de saúde pública no Estado. A reforma sustentava-se no progresso obtido pela legislação sanitária durante os anos de Emílio Ribas, mas continha melhoras significativas

propostas por Geraldo Horácio de Paula Souza, que então dirigia o Serviço Sanitário²⁸. A reforma de 1925 atingiu um grande número de áreas da saúde pública e trouxe avanços à legislação trabalhista em relação às mulheres e crianças. Possibilitou ainda um maior controle sanitário do governo sobre estabelecimentos industriais e locais de trabalho em geral, sendo criada uma Inspetoria de Higiene do Trabalho. A reforma Paula Souza avançou ainda nas áreas da assistência social, com a criação de uma agência de proteção à criança. A saúde rural foi enfatizada na reforma de 1925, com a criação de uma Inspetoria de Higiene dos Municípios, ligada diretamente ao Serviço Sanitário estadual. O novo código sanitário determinou que as suas normas se aplicassem a todos os imóveis rurais, embora tenha garantido também que haveria um tempo para a observação das determinações legais. Além disso, os dados estatísticos foram aperfeiçoados e passaram a figurar nos apelos dos governantes ao Legislativo por melhorias na saúde pública.

A partir da reforma de 1925, portanto, houve o surgimento de uma nova estrutura institucional no Serviço Sanitário. Castro Santos e Faria (2002) argumentam que desde então o eixo das atividades de saúde pública em São Paulo seriam os centros de saúde e postos de higiene, que – inspirados e apoiados por concepções e ações da Fundação Rockefeller – tratavam de estruturas organizacionais complexas que conjugavam a realização de ações sanitárias, serviços médicos e serviços sociais, ou seja, combinavam, medicina preventiva, assistência médica e educação sanitária. Na concepção de Paula Souza, os centros de saúde seriam serviços permanentes para áreas interioranas e urbanas do Estado. A educação sanitária, neste contexto, era o elemento-chave para a formação da consciência sanitária da população.

Como mencionado anteriormente, a reforma de 1925 criou alguns serviços próprios, um sinal, para Castro Santos e Faria (2002) de que se experimentava em São Paulo um processo de especialização na área da saúde. Os serviços então criados foram: Serviço da Criança; Serviço de Olhos; Serviço de Ouvidos, Nariz e Garganta; Serviço de Exame Médico Periódico; Serviço de Inspeções de Saúde Requisitadas; Serviço de Exame Médico Geral; Serviço de Tuberculose; Serviço de Sífilis e Moléstias Venéreas; Serviço de Laboratório (para exame de fezes, sangue e escarro); e Serviço de Educação e Vacinações. Os centros de saúde foram criados e distribuídos pela cidade de São Paulo e pelas áreas rurais interioranas do Estado, onde eram conhecidos como postos permanentes de saúde. O artigo 51 do Decreto

²⁸ Paula Souza foi o comandante do Serviço Sanitário estadual de São Paulo de 1922 até 1927. Logo no terceiro ano de sua administração, ele deu início a uma reforma na saúde pública paulista que deixaria marcas por um longo período.

3.876, de 11 de julho de 1925, assinalava as principais atividades dos centros de saúde. Elas eram gratuitas ao público e consistiam de: higiene pré-natal; higiene infantil; higiene pré-escolar; higiene escolar; higiene das outras idades; exames periódicos, médicos e dos hábitos de higiene; além de atividades voltadas para doenças como tuberculose, verminoses, sífilis e outras doenças venéreas; e ainda, atividades de nutrição e dietética, entre outras.

Mas o sentido inovador da reforma Paula Souza refere-se ao cuidado com a educação sanitária, materializado na criação de uma Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde. O trabalho nesta inspetoria dependia muito das atividades das educadoras sanitárias: as quais eram as novas agentes de saúde pública, então responsáveis pelas visitas às famílias, transmissão às mães de noções de puericultura e encaminhamento de necessitados de cuidados médicos para os centros de saúde.

A partir de 1926, aconteceu um crescimento considerável dos gastos estaduais com serviços de saúde pública, especialmente com os postos permanentes. Com o tempo, os antigos dispensários especializados foram cedendo lugar aos centros de saúde e postos de higiene, nos quais os problemas higiênicos, sanitários e sociais eram tratados em conjunto, e não mais em seus aspectos isolados.

Contudo, a parceria entre Paula Souza e a Fundação Rockefeller produziu atritos e ressentimentos entre os profissionais da área da saúde. “Contra o programa dos centros de saúde voltou-se um grupo influente, constituído por sanitaristas do porte do Francisco de Sales Gomes Jr., Artur Neiva e Waldomiro de Oliveira. Um dos principais motivos dos ataques que sofria Paula Souza era sua defesa intransigente do modelo mais generalista da Fundação Rockefeller” (FARIA & CASTRO SANTOS, 2002, p. 159). O grupo de Sales Gomes defendia um modelo centrado nos problemas específicos da saúde. Assim, inspetorias especializadas – isto é, estruturas verticais especializadas – ficariam responsáveis pela realização de pesquisas e campanhas de combate a doenças como lepra, tuberculose e malária. Ao longo da administração do governador Júlio Prestes (1927-1930), quando Waldomiro de Oliveira tornou-se o diretor do Serviço Sanitário, as atividades dos centros de saúde em São Paulo passaram por certo processo de desaceleração.

Sales Gomes assume a direção do Serviço Sanitário paulista em 1930 e inicialmente procurou abandonar o espírito da reforma de Paula Souza. Contudo, Castro Santos e Faria (2002) sustentam que essa rejeição ao modelo baseado nos centros de saúde teve caráter apenas temporário, dado o papel multiplicador que os centros de saúde desempenhavam. Apesar da forte presença de serviços específicos, os centros de saúde tradicionais ocupariam um lugar de bastante destaque por um bom tempo. “Em meio às disputas e rivalidades,

predominou um certo consenso em relação à forma de organização e execução das atividades dos centros de saúde: ‘a delimitação de uma população dentro de um território circunscrito’, ou seja, a criação de distritos sanitários” (FARIA & CASTRO SANTOS, 2002, p. 160). Na verdade, o programa de Paula Souza não excluía ou extinguiu os dispensários e os serviços especializados – os objetivos de Paula Souza procuravam promover a consciência sanitária das populações e, como finalidade correlata, desenvolver os serviços de profilaxia geral e específica. Os serviços de caráter específico eram finalidades dos centros de saúde e deveriam entrosar-se com estes.

Na década de 1940, o Estado de São Paulo já contava com 7 centros de saúde, além de 10 postos de higiene e cerca de 80 sub-postos de saúde. A reforma dos serviços estaduais de saúde, em 1938, ao longo do primeiro governo Adhemar de Barros (1938-1941), então interventor federal do Estado Novo, incentivou a formação de uma rede de serviços e o aumento dos gastos com os centros de saúde. Àquela época, o diretor do Serviço Sanitário de São Paulo era Barros Barreto. E, pelo Decreto nº. 9.273, de 28 de junho de 1938, foram organizados os serviços dos centros de saúde da capital. Já, pelo Decreto nº. 9.339, de 18 de julho de 1938, previu-se recursos para a construção de 11 centros de saúde na capital paulista. Por sua vez, o Decreto nº. 9.341, de 20 de julho de 1938, organizou o Serviço do Interior do Estado, composto de Diretoria com sede na cidade de São Paulo e de centros de saúde estabelecidos no interior do Estado. No governo de Fernando Costa (1941-1945), também interventor federal, ocorreu um aumento considerável dos centros de saúde em São Paulo. O Decreto nº. 12.784, de 24 de junho de 1942, criou quase cinquenta centros de saúde em vários municípios paulista, com Samuel Pessoa ocupando o cargo de diretor do Departamento de Saúde estadual.

Com o final do Estado Novo, o segundo governo Adhemar de Barros (1947-1951) ampliou a rede distrital de centros de saúde, através do Decreto nº. 18.165, de 22 de junho de 1948, fortalecendo ainda mais o modelo instituído a partir da reforma Paula Sousa em 1925.

O que se pode notar em relação aos serviços de saúde criados e organizados no Estado de São Paulo desde o início da República até o começo da década de 1940, é que eles cresceram, tornaram-se mais complexos e numerosos, acompanhando inovações surgidas nas diferentes épocas na medicina e na saúde pública internacional. De um modelo de inspiração mais europeu no início da Primeira República – modelo então dominante e mais moderno para a época –, os serviços sanitários paulistas passaram a ter como referência o modelo baseado nos centros de saúde e postos de higiene, de inspiração norte-americana e difundidos

mundo afora pela Fundação Rockefeller e seus programas de desenvolvimento sanitário e científico, implantados em diversos países do mundo.

Neste contexto, a saúde pública paulista desenvolveu-se tanto em termos de legislação como do ponto de vista da administração em saúde. Acompanhando esse processo, os médicos sanitaristas experimentaram desenvolvimentos em seu processo de profissionalização, de modo que ao longo da década de 1940 eles já possuíam um lugar assegurado no corpo da burocracia estatal paulista. Esse processo culmina, em 1947, com a criação de uma Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social, por obra do segundo governo Adhemar de Barros (1947-1951) – uma importante conquista no sentido da autonomia profissional para os médicos paulistas, particularmente os operadores dos serviços de saúde pública.

Diante disso, seria interessante realizar uma discussão sobre as políticas de saúde desenvolvidas por Adhemar de Barros em seu segundo governo, especialmente a criação da Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social, no ano de 1947. Mas, para tanto, seria importante retomarmos o segundo governo adhemarista, no qual houve a criação dessa secretaria. Neste segundo mandato, como evidenciaremos, o contexto político e partidário que o acompanhou exerceu influências significativas sobre o desenvolvimento de políticas públicas por parte do governo.

Capítulo 6 – O governo Adhemar de Barros e a evolução do jogo político-partidário (1947-1951).

Ao analisar as políticas de saúde adhemaristas e seu impacto sobre a profissionalização dos médicos de São Paulo, é necessário averiguar, primeiramente, a dinâmica político-partidária que marcou a política paulista nos anos do segundo governo Adhemar, pois como observaremos, ela teve impacto importante nos destinos da Secretaria de Saúde adhemarista. O governo de Adhemar de Barros, iniciado e encerrado entre 1947 e 1951, sofre ao longo do período pressões, conflitos e obstáculos resultantes de sua inserção no sistema político-partidário paulista, com reflexos determinantes na política federal e nas relações entre esta esfera de poder e a política nos Estados.

Eleito, o governador Adhemar de Barros sofre forte oposição das forças pessedistas de São Paulo e da UDN, que encetam forte campanha no sentido de impedir sua posse. A aliança eleitoral com os comunistas oferecia munição para tentar mobilizar as Forças Armadas,

principalmente depois das declarações de Luis Carlos Prestes a respeito de sua posição pró-soviéticos em caso de guerra entre o Brasil e a União Soviética, posição que tinha causado grande impacto na opinião pública. São interpostos vários recursos visando impugnar a eleição de Adhemar, sob a alegação de ilegalidade de sua candidatura e do registro de seu partido, além de irregularidades na apuração das eleições. Por outro lado, explorou-se intensamente a questão do processo instaurado contra o então interventor Adhemar, em 1941, que tratava do emprego irregular de verbas secretas da polícia, e que se encontrava a esta altura na Justiça Federal – esta questão foi amplamente explorada, principalmente pelos partidários da União Democrática Nacional de São Paulo²⁹.

Um acordo entre Adhemar e o PSD paulista contornou esta primeira contrariedade enfrentada por Adhemar de Barros como governador. Adhemar se comprometia a ingressar no PSD na convenção do partido que deveria acontecer em julho de 1947. Isso trouxe às relações entre o governador eleito e as forças pessedistas um apaziguamento temporário, e o PSD passa a compor formalmente o governo com a pose do Dr. Luis Gonzaga Novelli. Jr. como secretário da pasta de Educação e Saúde Pública. O PTB anti-borguista³⁰ participa também do governo, indicando depois o nome de Cássio Ciampolini para a Secretaria do Trabalho. A UDN, contudo, desde o início declara-se na oposição ao governo Adhemar de Barros, o que provoca uma crise interna na UDN paulista, com o grupo comandado por Paulo Nogueira Filho e Castilho Cabral divergindo do partido e formando uma dissidência denominada Ação Popular Renovadora, cujos componentes deixam a UDN em junho de 1947 e ingressam no PSP junto de vários prefeitos e vereadores udenistas.

Contudo, a aliança entre Adhemar e o PSD dura pouco tempo. Logo no começo de seu mandato, Adhemar promove a substituição de todos os prefeitos anteriormente nomeados durante a interventoria de Macedo Soares, colocando em seus lugares elementos do PSP. Esse ato unilateral, contrariando interesses do PSD paulista, provoca uma crise na política de São Paulo e o fim do apoio ao governo Adhemar das forças pessedistas, implicando ainda a saída antecipada de Luis Gonzaga Novelli Jr., ligado ao PSD, do cargo de Secretário da Educação e Saúde Pública. O PSD passa à oposição e alia-se à UDN, ao PRP e ao grupo borghista,

²⁹ Acerca do caso na justiça contra Adhemar, procurar nas páginas do jornal “O Estado de São Paulo”, nas seguintes edições: p. 7, 1º de março de 1947; p. 6, 2 de março de 1947; pp. 4-5, 4 de março de 1947; pp. 4-5, 5 de março de 1947; p. 5, 6 de março de 1947; p. 5, 8 de março de 1947; e p. 6, 9 de março de 1947.

³⁰ Hugo Borghi foi expulso do PTB no início de março de 1947, ingressando no Partido Trabalhista Nacional (PTN), legenda pela qual concorre ao governo do Estado no mesmo ano. Contudo, Borghi contava ainda com vários adeptos no PTB. Não tendo sido prestigiado por Adhemar de Barros no novo governo, pois Adhemar preferiu negociar com a ala getulista do PTB, o grupo borghista do PTB passa à oposição. Depois, já com o fim do apoio do PTB ao governador Adhemar, Borghi volta a apoiar o governo adhemarista e em 1948 é nomeado Secretário da Agricultura.

formando na Assembléia Constituinte um bloco parlamentar de oposição. Na Câmara Federal, a bancada do PSD intenta ataques ao governador de São Paulo, com sucessivas denúncias de ligações entre o governador, o Partido Comunista e a Intentona Comunista, com, inclusive, a entrega de várias prefeituras do Estado a elementos indicados pelo Partido Comunista. Neste contexto, o deputado federal pela UDN, Flores da Cunha, levanta a possibilidade de ser decretada a intervenção federal em São Paulo, ao mesmo tempo em que era finalizada a tramitação do processo de cancelamento do registro partidário dos comunistas, o que aconteceu realmente em 7 de maio de 1947. Segundo Regina Sampaio (1982), aproveitando-se desses rumores, as forças oposicionistas de São Paulo tentam votar imediatamente uma Constituição provisória – conhecida como “Polaquinha” – e que continha certos mecanismos que facilitariam o pedido de *impeachment* do governador Adhemar de Barros, movimento que vinha sendo articulado com base na acusação de desvio de dinheiro público.

Esta primeira fase da campanha intervencionista é superada por um novo acordo entre Adhemar e o PSD, através do apoio pessepista a Novelli Jr. nas eleições em novembro de 1947 para vice-governador. O acordo, no entanto, gera uma cisão no PSD e a Comissão Executiva Estadual lança a candidatura de Cirilo Jr., em aliança com o PTB e com os comunistas. A UDN lança um candidato próprio com o nome de Plínio Barreto. Ao final da campanha, Novelli Jr. é eleito vice-governador, resultado que iria marcar o reinício da campanha intervencionista, com o PSD vislumbrando a possibilidade de assumir o governo paulista pela retirada de Adhemar do poder. Neste sentido, as forças pessedistas aproximam-se da UDN e do PTB. O rompimento de Novelli Jr. com o governador Adhemar acontece em março de 1948, sob a alegação de incompatibilidade entre a administração Adhemar e a política financeira do governo federal³¹, e também, em razão de um Congresso Rural que seria encabeçado pelo então secretário da agricultura de São Paulo, Hugo Borghi. Esse congresso mobilizou intensos ataques da opinião pública, dos proprietários rurais e de suas associações de classe, que se preocupavam com a mobilização do campo e apontavam o caráter eleitoral do evento. Cedendo às pressões, ainda em fevereiro de 1948, Adhemar anuncia o adiamento

³¹ Segundo Regina Sampaio (1982), a atuação de Adhemar de Barros à frente do governo paulista entre 1947 e 1951 apresenta várias das mesmas características do tempo de sua interventoria. A administração é centrada basicamente na realização de grandes obras públicas e na ampliação dos serviços oferecidos pelo Estado, que implicava o crescimento da máquina governamental, o que servia, ao mesmo tempo, como mecanismo de maximização dos recursos à disposição do PSP para o atendimento de sua clientela. Essa política, no entanto, esbarrou em sérias dificuldades orçamentárias devidas aos compromissos existentes desde o exercício orçamentário do governo anterior e a novas imposições legais neste tema, oriundas da Constituição Estadual e da Lei Orgânica dos Municípios. Para contornar essas situações o governo Adhemar passa a emitir títulos (o chamado bônus rotativo) de responsabilidade do Estado, que se tornou uma verdadeira moeda auxiliar para o governo estadual. Essa política financeira estadual serviu de base para críticas oposicionistas e munição para a campanha intervencionista.

do congresso, sem que fosse estabelecida uma data para a real realização e com a justificativa de que elementos comunistas teriam se infiltrado nos trabalhos desenvolvidos no interior do Estado. No início de março, a idéia do congresso foi definitivamente sepultada com o afastamento de Hugo Borghi do comando da Secretaria da Agricultura.

Com a cisão entre o governador de São Paulo e o vice-governador Novelli Jr., as duas alas do PSD paulista reconciliam-se, dando início a uma violenta campanha contra Adhemar, que contou com o apoio udenista, do PTB, e ainda do PR e do PRP. A campanha intervencionista ganha novos contornos com dois fatos: primeiro, em abril de 1948 é encaminhado ao Presidente da República, pela mesa provisória da Assembléia Legislativa, um ofício assinado pelos líderes do PSD, UDN, PTB e PR, solicitando providências do governo federal contra o governador de São Paulo, pois o Legislativo estadual teria sofrido coação por parte do governador por ocasião da escolha da nova Mesa da Assembléia, sendo que o Legislativo estadual não tinha condições de tomar as medidas cabíveis – isto é, o *impeachment* – já que seria necessário mobilizar a maioria absoluta dos parlamentares; por outro lado, é lançado um manifesto-denúncia, subscrito por deputados federais e estaduais de São Paulo, pedindo a intervenção federal – com base no artigo da Constituição Federal que tratava de intervenção federal em casos de ameaça da integridade nacional –, que então era justificada pela política financeira e o estado das contas públicas do governo estadual.

Quanto à representação da Mesa da Assembléia Legislativa, o presidente Dutra dá fim a questão favoravelmente a Adhemar, sustentando que a questão era de exclusiva competência do Poder Legislativo estadual, não cabendo ao governo federal nenhuma atitude. Já sobre o manifesto-denúncia dos deputados federais e estaduais, o presidente encaminha a documentação ao ministro da Justiça, para que fosse averiguada a aplicabilidade das medidas solicitadas, mas também aqui o governo federal toma atitude favorável a Adhemar, com o ministro da Justiça Adroaldo Mesquita dando parecer contrário à intervenção. Para este desfecho, Sampaio (1982) afirma que contribuiu seu entendimento com o então ministro da Guerra, general Canrobert, a respeito da atitude do governador paulista sobre o PCB, agora na ilegalidade.

Diante da intensificação da campanha intervencionista, Adhemar procurou ampliar as suas bases de apoio, e teria entrado em entendimentos com os comunistas, fazendo-lhes algumas concessões, como a libertação de presos, liberdade para os órgãos de imprensa do PCB e garantias a Luís Carlos Prestes. Em fins de março de 1948, os comunistas lançam um forte manifesto anti-intervencionista, provocando a vinda a São Paulo do general Canrobert, a fim de exigir do governador Adhemar medidas punitivas aos responsáveis pelo documento.

De acordo com Regina Sampaio (1982), teria sido aventado à época que o general era portador de um ultimato a Adhemar, isto é: ou as atividades comunistas eram contidas, ou a intervenção seria efetivada. Mas quando o ministro da Guerra chega a São Paulo, Adhemar de Barros já havia determinado providências contra os comunistas, esvaziando o argumento oposicionista sensibilizador do setor militar.

A oposição volta, então, seus ataques para um novo cenário: o Senado Federal. Neste sentido, ganham força novamente as denúncias referentes à situação financeira do governo paulista, constantes do manifesto-denúncia encaminhado ao presidente da República, que por sua vez o remete então ao ministro da fazenda, Corrêa e Castro, para as devidas análises. Em junho de 1948, o ministro da fazenda retorna o documento com seu relatório sobre o caso em que concluía pela intervenção, pois a desordem financeira do governo paulista ameaçava a ordem interna do país. De posse desse relatório, o presidente da República, Eurico Gaspar Dutra, manda-o de volta ao Senado para a apreciação e julgamento das medidas cabíveis. Em fins de julho, contudo, o Senado aprova os pareceres das comissões de justiça e de finanças, contrários à intervenção, decisão que assinalou definitivamente o final da campanha intervencionista.

Conforme Sampaio (1982), esse desfecho para o caso da intervenção em São Paulo deveu-se muito à posição legalista do presidente Dutra, que se preocupava com o perigoso precedente que a intervenção federal em um Estado provocaria nas relações entre o governo federal e os governos estaduais. Por outro lado, diversas forças políticas de outros Estados e boa parte da própria opinião pública foram contrárias à intervenção.

Em meados de 1948, o PTB paulista muda sua orientação e passa a apoiar Adhemar. O governador de São Paulo estabelece também um acordo com a chamada “ala velha” do PSD, que se retira da campanha intervencionista, obtendo, em troca, as secretarias da fazenda (para Manhães Barreto, do grupo Simonsen), do trabalho (para José João Abdalla) e da justiça (para César Vergueiro, do grupo Gastão Vidigal). O acordo gera nova crise entre os pessedistas paulistas, sendo que Cirilo Jr., Benedito Costa Neto, Godofredo da Silva Teles Filho, Plínio Cavalcante e outros, emitem uma nota oficial contra a posição da “ala velha”. Surgem então, rumores de expulsão de César Vergueiro e J. J. Abdalla dos quadros do PSD paulista. Vários deputados pessedistas rompem com o partido, ingressando depois no PSP.

Adhemar de Barros saía, assim, fortalecido da campanha intervencionista, consolidando sua posição no Estado de São Paulo e neutralizando o PSD paulista em definitivo.

Encerrada celeuma acerca da intervenção em São Paulo, os esforços de Adhemar de Barros se direcionam então para a campanha presidencial das eleições de 1950. Com esse intuito, o governador de São Paulo passa a articular a organização de seu partido, o PSP, em vários outros Estados, projetando sua imagem pessoal através de uma série de viagens por todo o país. Conforme Regina Sampaio (1982), inviabilizada inicialmente sua candidatura dentro do esquema situacionista federal³², já que se apresentava como força política independente e de expressão apenas estadual, Adhemar procura lançar-se como candidato de oposição, identificado com as forças populares e progressistas, em contraposição ao situacionismo federal. Neste contexto, Adhemar aproxima-se então dos trabalhistas, almejando o apoio de Vargas para sua candidatura.

Depois de várias negociações políticas que envolviam o acerto de nomes para vice-presidência, para a chapa ao governo estadual e para os Legislativos estadual e federal, além de um apoio nas forças armadas que garantisse a posse e o governo, negociações essas marcadas ainda por certo entrechoque e hostilidades entre Vargas e Adhemar, as conversações evoluem no sentido de uma candidatura de aliança entre o PTB e o PSP, mas com Vargas à frente da chapa, ficando Adhemar e seu partido como apoiadores de Getúlio Vargas na campanha em São Paulo. O apoio do governo paulista era fundamental para Getúlio, pois o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) não dispunha de força política para, sozinho, garantir sua candidatura à presidência da República, sendo que ainda encontrava-se em fase de estruturação e com clara desvantagem em relação à máquina pessepista em São Paulo. Além disso, São Paulo era um Estado de grande peso no jogo político-partidário nacional, constituindo num forte sinal para o apoio militar.

O esquema PTB/PSP vence as eleições, com Getúlio Vargas assumindo a presidência da República pelos próximos quatro anos. Por outro lado, a aliança trabalhista-pessepista vence as eleições estaduais, com o adhemarista Lucas Nogueira Garcez assumindo o governo paulista para o mandato de 1951 a 1954. Nas eleições legislativas, o PSP conquista a vaga ao senado (César Vergueiro) e elege a maior bancada, em termos relativos, na Assembléia Legislativa de São Paulo (25,3 % de um total de 75 cadeiras). Na Câmara Federal, o PSP garante a maioria na bancada paulista, com 32,5% de um total de 40 cadeiras. Além disso, Adhemar garante participação no governo federal, indicando Sousa Lima para o Ministério da

³² Inicialmente, o grupo situacionista no plano federal preconizava uma candidatura de união entre o PSD, a UDN e o PR, em razão do acordo partidário que marcou o governo Dutra – seria a chamada “fórmula mineira”. Contudo, divergências entre as alas dutrista e varguista do PSD e a dificuldade de encontrar um nome que fosse aceito pela UDN, levaram ao esvaziamento desta possibilidade. Após a tentativa de manter a candidatura de união com um nome extra-partidário militar, o general Caronbert, o PSD e a UDN decidem lançar candidatos próprios: assim, o PSD lança Cristiano Machado; já a UDN aposta no brigadeiro Eduardo Gomes.

Viação e Ricardo Jafet para a presidência do Banco do Brasil, além de obter a presidência do IAPTEC e a prefeitura do Distrito Federal.

Como podemos perceber, as relações entre, de um lado, Adhemar de Barros e seu governo e, de outro, o contexto político-partidário mais amplo de São Paulo foram bastante tumultuadas, o que, entendemos, gerou desdobramentos não apenas para a composição do secretariado adhemarista, mas para a própria estrutura de comando e dinâmica das distintas áreas do governo Adhemar, com implicações no desenvolvimento de políticas públicas, como foi o caso da área de saúde e quanto à organização da Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social. Acreditamos que esse contexto político foi fundamental para o alto nível de politização e instabilidade do comando e dinâmica da secretaria de saúde adhemarista, embora, como evidenciado abaixo, isso não tenha impedido que o governo realizasse reformas nos serviços de saúde estaduais.

Capítulo 7 – A dinâmica político-administrativa da Secretaria de Saúde adhemarista: o movimento pendular entre politização e instabilidade *versus* reforma nos serviços de saúde.

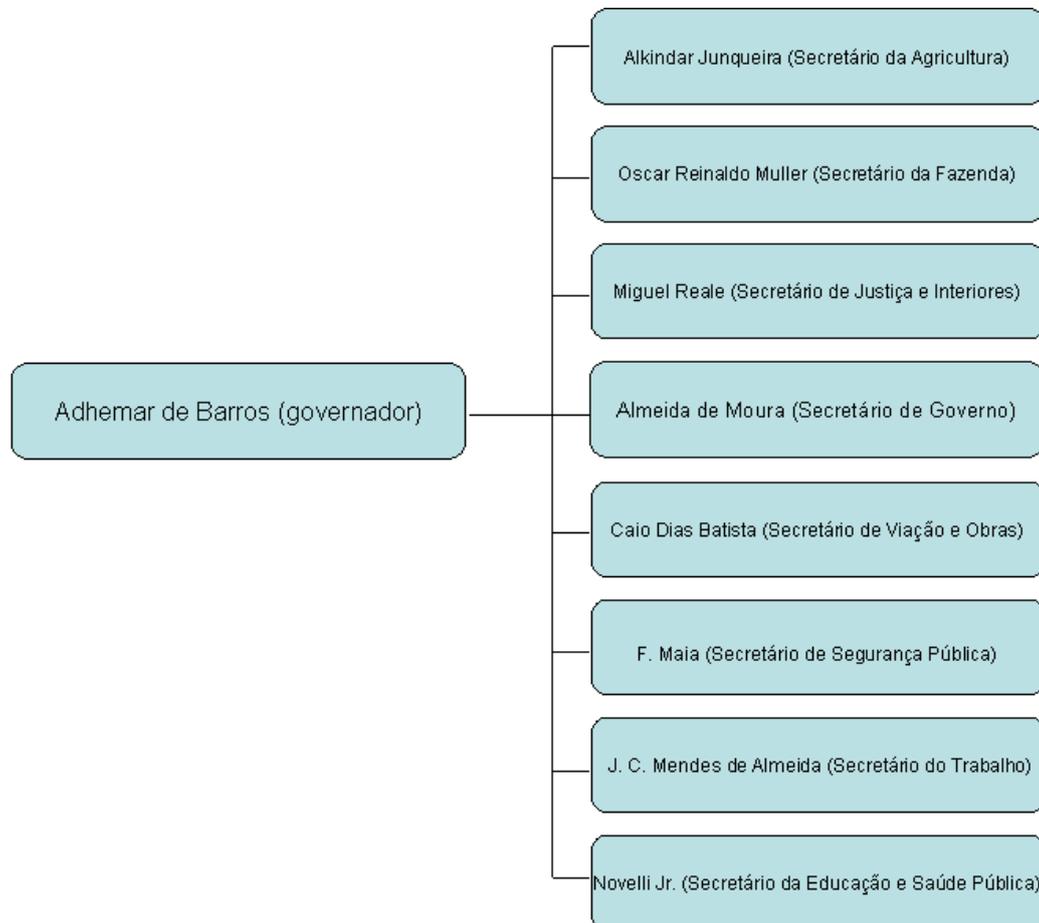
Assim que toma posse do cargo de governador no dia 14 de março de 1947, das mãos do ainda interventor José Carlos de Macedo Soares, Adhemar de Barros constituiu, desde logo, o seu secretariado. Ao longo do primeiro ano de governo, o secretariado de Adhemar de Barros é alterado diversas vezes. Inclusive, ainda em 1947, a Secretaria de Educação e Saúde Pública tem, ao todo, três titulares de sua pasta antes de ser desmembrada em duas outras secretarias: a de Educação, de um lado, e a de Saúde Pública e Assistência Social, de outro. Várias das mudanças no secretariado aconteceram em função da instabilidade política do governo, marcado, como notamos no tópico anterior, por forte oposição das agremiações político-partidárias da União Democrática Nacional, do Partido Social Democrático e até do Partido Trabalhista Brasileiro. Neste contexto, parte das negociações que envolveram tentativas do governo Adhemar de contornar essas situações de crise levaram a mudanças significativas no secretariado – como foi o caso, por exemplo, de Hugo Borghi, o qual chegou a ocupar o cargo de Secretário da Agricultura, mas que deixou o posto por desgastes políticos.

Logo no início de sua atuação como secretário da saúde, Sr. Luis Gonzaga Novelli Jr., nomeou os primeiros integrantes de sua secretaria, os quais ocuparam os principais cargos da

mesma³³. Seja por razões partidárias ou não, o fato é que, no ano de 1947, o titular da pasta de Saúde é substituído quatro vezes, com cinco ocupantes ao todo³⁴.

Abaixo, segue a configuração do primeiro secretariado adhemarista no início de seu governo de 1947 a 1951.

Figura 3. Secretariado do Governo Adhemar de Barros em março de 1947.



Fonte: “O Estado de São Paulo” 18 de março de 1947, p. 3.

³³ Eles foram: Mario Ottobrine Costa, diretor do Departamento de Saúde; Antonio Romano Barreto, diretor do Departamento de Educação; Luis Batista, diretor do Departamento de Profilaxia da Lepra; Carlos Prado, diretor do Departamento Estadual da Criança; e Flávio de Oliveira Ribeiro da Fonseca, diretor do Instituto Butantan. Com efeito, em março de 1948 acontece o rompimento de Novelli Jr. com o governador Adhemar – Novelli Jr. já era então o Vice-Governador por São Paulo e quem deveria assumir o posto de Governador caso Adhemar de Barros deixasse o cargo, mas que fora o antigo Secretário da Educação e Saúde de Adhemar, saindo do governo pelo rompimento de seu partido, o PSD, com o governo Adhemar no caso da substituição dos prefeitos do interior.

³⁴ Os titulares da Secretaria de Saúde em 1947 foram: primeiro, o Dr. Luis Gonzaga Novelli Jr.; o segundo ocupante da pasta foi o Sr. Aluizio Lopes de Oliveira – que era diretor-geral da Secretaria de Educação (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1947a, p. 3); o penúltimo secretário da pasta de Educação e Saúde Pública foi o Prof. Fernando de Azevedo – este, com a separação da pasta de Educação da pasta de Saúde, passou ao cargo de secretário da Educação, pelo menos por mais algum tempo até que se retira do cargo para que outro assumisse a pasta (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1947b, p. 3); o último secretário da pasta de Educação e Saúde Pública foi o Sr. Francisco Brasiliense Fusco, o qual, de diretor geral do Departamento de Educação, assumiu o expediente de secretário da referida pasta. O quinto secretário de saúde assume o cargo já com a separação das pastas de Educação e Saúde Pública. O novo ocupante é o Sr. Milton Pena, que assume a Secretaria da Saúde Pública e Assistência Social no dia 5 de julho de 1947 (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1947d, p. 3).

A Secretaria de Negócios da Saúde Pública e Assistência Social foi criada pelo decreto-lei nº. 17.339, assinado em 28 de junho de 1947. Contudo, em 3 de setembro de 1947, foi empossado o Sr. José Queiroz Guimarães, substituindo o secretário anterior (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1947c, p. 3) e que se manteve no cargo apenas até o final de fevereiro do ano seguinte (O ESTADO DE SÃO PAULO..., 1948a, p. 3). Depois deste, houve ainda mais 3 nomes ocupantes da pasta de saúde³⁵. Além disso, outros nomes ocupantes de cargos importantes na Secretaria de Saúde são modificados neste primeiro ano de governo. Exemplos dessas modificações foram os casos de dois órgãos dessa secretaria: por um lado, quanto ao cargo de diretor do Departamento de Profilaxia da Lepra, temos ao todo 3 ocupantes ao longo do governo³⁶; por outro lado, no cargo de diretor do Instituto Butantan, temos a substituição de um diretor inicialmente nomeado por um segundo³⁷. Além disso, outro cargo atingido por mudanças tratou-se do cargo de diretor geral do Departamento de Saúde, do qual o Dr. Mario Ottobriani é exonerado em maio de 1947, quando as pastas de Saúde e Educação ainda estavam juntas (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1947e, p. 4); em seu lugar assumiu o Dr. Paulo César de Azevedo Antunes (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1947f, p. 3).

Tanto a instabilidade como a politização não se restringiram à questão das trocas de secretários ou diretores de departamentos. Tal se verificou, da mesma maneira, em dois episódios polêmicos do governo adhemarista. O primeiro, que ficou conhecido nas páginas de “O Estado de São Paulo” como “o caso do Hospital das Clínicas”, tratou-se da polêmica em torno do orçamento do governo do Estado e o impacto das verbas destinadas ao Hospital das Clínicas da USP para as contas públicas – o diário paulista aventou, inclusive, que o governador de São Paulo até poderia fechar as portas do hospital, o que não aconteceu realmente. Conforme apuramos em fontes relativas ao referido jornal, esse episódio repercutiu não somente na imprensa como também entre os grupos políticos do Estado (O

³⁵ O primeiro, trata-se do Sr. Martinho de Ciero, o qual não permaneceu muito tempo no cargo – após ser empossado no dia 3 de março de 1948, deixou a Secretaria de Saúde dias depois, em 12 de março – Martinho de Ciero ocupava uma cadeira na Assembléia Legislativa antes de assumir a Secretaria de Saúde, contudo, não muito depois de se tornar secretário viu-se na necessidade de voltar para o parlamento estadual quando as forças situacionistas estavam mais fragilizadas e precisavam do reforço representado por Martinho de Ciero para constituir maioria na casa legislativa (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1948b, p. 3). Em seu lugar, foi empossado o Sr. Astolfo Pio Monteiro da Silva (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1948c, p. 3). Este também não permaneceu mais do que um período relativamente curto, já que encontramos registros os quais dão conta de que, logo em setembro de 1948, o Sr. Herbert Maya de Vasconcelos já era o novo secretário (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1948d, p. 3). Na realidade, Herbert Maya de Vasconcelos veio a ser substituído, por um período curto, pelo Sr. Milton Pena, mas apenas interinamente enquanto Vasconcelos esteve em viagem à Itália chefiando a delegação paulista ao Congresso Internacional de Dermatologia, realizado em Florença (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1950a, p. 3)

³⁶ Inicialmente, temos o comando do médico Luís Batista, seguido depois por Nelson de Sousa Campos e que, em julho de 1947, é substituído por José de Alcântara Madeira

³⁷ Em princípio o comando do Instituto Butantan ficou a cargo de Flávio de Oliveira Ribeiro da Fonseca, o qual é substituído mais tarde por Eduardo Vaz (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1947g, p. 3).

ESTADO DE SÃO PAULO, 1949a, p.3; 1949b, p. 3; 1949c, p. 4). A comissão da Assembléia Legislativa responsável por essa questão orçamentária não teria seguido aquilo que o governo paulista desejava e teria apresentado um orçamento maior para o Hospital das Clínicas do que o governo pretendia, os grupos políticos adhemaristas teriam culpado elementos da União Democrática Nacional de São Paulo pelo episódio.

O outro fato referiu-se a um processo de transferências e relocação de funcionários ocorridos no Instituto Butantan em 1948, fato que gerou manifestações oposicionistas na Assembléia Legislativa. Em seção noturna relatada pelo jornal “O Estado de São Paulo”, em 6 de fevereiro de 1948, o deputado estadual Ernesto Pereira Lopes (UDN) criticou as então recentes mudanças de funcionários junto ao Instituto, as quais teriam prejudicado os trabalhos da instituição, inclusive na fabricação de produtos de uso medicinal. Depois de tratar das relocações em geral, o deputado lembrou, em particular, do caso da nomeação do diretor do Butantan daquele momento, Dr. Eduardo Vaz, o qual ainda manteria relações próximas com a empresa comercial de que havia se desligado para assumir seu cargo no Estado. O deputado Pereira Lopes também criticou a manifestação do secretário de saúde diante do pedido de informações que fizera ao secretário sobre o caso. Neste contexto, o deputado Auro Soares Moura Andrade, líder da bancada udenista na Assembléia Legislativa, fez um aparte e citou um trecho de um livro de Adhemar de Barros, em que este tratava de um caso semelhante ocorrido no governo paulista do tempo em que Adhemar fora deputado estadual. Neste momento, o deputado Salomão Jorge (líder governista) faz outro aparte e lembra que àquela época o governador era Armando de Sales Oliveira (ligado ao grupo que, entre 1947-1951, compunha a ala oposicionista ao governo estadual), o qual não alimentaria sentimentos mesquinhos, tal qual o líder governista ligado à Adhemar, que defendeu o fato de que as relocações se faziam no interesse público. Prosseguindo, o deputado Pereira Lopes esclareceu que o caso do governo Armando de Sales Oliveira gerou a abertura de rigorosa investigação, de tal maneira que o diretor do Butantan daquela época, Dr. Afrânio Amaral, foi afastado do cargo e somente a ele retornou depois de concluídas as investigações, as quais assinalaram no sentido da falta de fundamentação das acusações. Mas as discussões entre as duas alas, oposição e situação, sobre o caso da relocação no Instituto Butantan se prolongaram ainda mais e tomaram boa parte daquela sessão noturna da Assembléia Legislativa. Houve outros processos de relocação de funcionários no governo Adhemar, mas nenhum gerou o mesmo grau de polêmica.

Isso tudo indica uma considerável inconstância ou instabilidade de comando, uma forte politização do cargo de secretário de Saúde e mesmo, talvez, de outros cargos da

secretaria em questão³⁸. Acreditamos que essa instabilidade decorreu em parte do fato de que Adhemar de Barros desentendeu-se com forças políticas tradicionais do Estado, criando um ambiente político mais hostil para si e seu governo. Além do mais, é inegável que houve um movimento de transição que reorganizou os serviços de saúde, culminando na criação da Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social. Enfim, tais circunstâncias configuraram um contexto de mudanças e ações com fortes implicações políticas para o governo Adhemar e, especialmente, quanto à área da saúde.

No caso do cargo mais importante da administração sanitária paulista entre 1889 e 1947 – isto é, Diretor Sanitário (primeiramente) e Secretário da Saúde (mais tarde) –, a tendência de instabilidade e constante mudança de comando típicas do governo adhemarista contrastam com a tendência característica do setor de saúde pública ao longo da Primeira República: enquanto no primeiro período republicano houve em São Paulo um Diretor do Serviço Sanitário como Emílio Ribas, o qual permaneceu no cargo por quase 20 anos, no governo de Adhemar de Barros, só no primeiro ano de governo, foram seis os titulares da pasta de saúde, sendo que nos anos restantes de seu governo ocorreram mais substituições. Essa constante instabilidade, com mudanças frequentes não apenas de secretários ou diretoras, mas até de outros cargos, revela, talvez, potenciais tensões internas à Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social, além de indiscutíveis áreas de atrito entre essa secretaria e o contexto político mais abrangente. Igualmente, revela possíveis divergências entre o governador Adhemar de Barros, seus secretários e até certos quadros dos principais funcionários da estrutura da Secretaria de Saúde Pública; de qualquer maneira, é inegável a forte interferência de questões relacionadas à política convencional sobre os destinos da Secretaria de Saúde Pública.

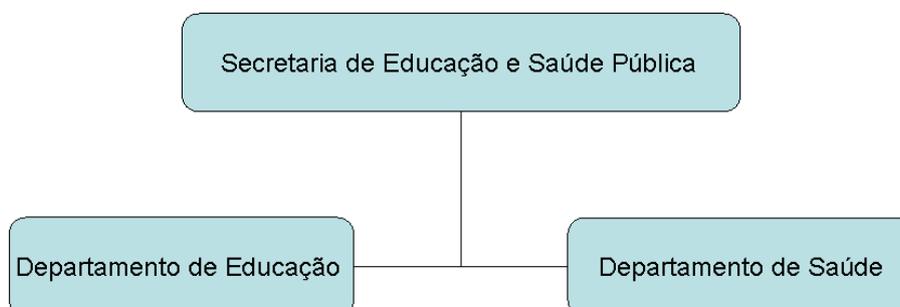
Neste sentido, embora os médicos de São Paulo tenham obtido uma grande conquista no sentido de sua autonomia profissional a partir da criação de um organismo burocrático com *status* de Secretaria de Estado, referente à área da saúde, isto é, a Secretaria da Saúde Pública e Assistência Social, eles tiveram de enfrentar significativa politização desse mesmo organismo, o que representou um considerável desafio ao grupo médico paulista. Parece claro que, do ponto de vista do profissionalismo, essa instabilidade ou politização representa uma cunha que fragiliza a condição profissional dos médicos, particularmente os ligados à administração pública do Estado de São Paulo. Dessa forma, a constituição da Secretaria de

³⁸ É bem verdade que a maioria das trocas, substituições e nomeações de novos comandantes desses cargos acontece na base de pedidos de exoneração por parte dos titulares desses cargos, mas também se deve dizer que não é incomum que o pedido de exoneração do próprio ocupante do cargo esconda motivações ligadas à divergências e conflitos entre o indivíduo e a estrutura de comando superior.

Saúde Pública foi acompanhada da formação de um campo de tensões no qual se explicitaram conflitos com efeitos significativos em torno das fronteiras entre política e profissão.

Sobre a configuração da nova Secretaria da Saúde Pública e Assistência Social, sua estrutura ficou determinada a partir da transferência de organismos governamentais antes situados na Secretaria de Educação e Saúde Pública. A antiga Secretaria de Educação e Saúde Pública era composta, basicamente, por uma estrutura com dois organismos principais que congregavam as demais estruturas que davam conta das duas finalidades da mesma secretaria. Esses organismos eram: o Departamento de Educação e o Departamento de saúde.

Figura 4. Secretaria de Estado de Educação e Saúde Pública em junho de 1947 (antes do desmembramento).



Fonte: “O Estado de São Paulo”, 26 de abril de 1947, p. 3.

Com o desmembramento das duas finalidades desta secretaria em duas outras secretarias, cada departamento e suas estruturas restantes foram re-situadas conforme a configuração de cada uma das novas secretarias. Foram transferidos para a nova Secretaria de Estado de Negócios da Saúde Pública e Assistência Social: o Departamento de Saúde; o Departamento de Assistência a Psicopatas; o Departamento Estadual da Criança; o Departamento da Profilaxia da Lepra; o Serviço de Pênfigo Foliáceo; o Serviço de Medicina Social; o Instituto Butantan; e mais o Serviço Social do Estado (menos a Procuradoria do Serviço Social, responsável pelos egressos de reformatórios e instituições correcionais e penais – que continuou ligada à Secretaria de Justiça e Negócios Interiores). Junto dessa estrutura também ficaram acoplados os vários centros de saúde, postos de higiene e subpostos localizados na capital paulista e no interior do Estado, onde o trabalho de saúde pública e o atendimento à população aconteciam concretamente (O ESTADO DE SÃO PAULO,

1947h, p. 3). Além disso, ainda se incorporaram as diversas instalações hospitalares e santas casas da capital e do interior do Estado ligadas ao governo estadual.

Desse modo, a nova Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social incorporou tanto as estruturas sanitárias de caráter mais universalista – os centros de saúde, postos de higiene e sub-postos – como os serviços sanitários especializados – quais sejam os Departamentos de Assistência a Psicopatas, o Estadual da Criança e da Profilaxia da Lepra, e ainda, os Serviços de Pênfigo Foliáceo e de Medicina Social. Por outro lado, a assistência médica e hospitalar também foi acoplada igualmente à nova estrutura da secretaria, compondo ao lado dos serviços sanitários o conjunto dos serviços de saúde do Estado. Mas como esta secretaria também se responsabilizou pela assistência social estadual, incorporou dentro dela o Serviço Social do Estado, que passou a ocupar um espaço menor na secretaria diante das estruturas relacionadas diretamente à saúde.

Na verdade, a própria Constituição Estadual de São Paulo, promulgada em 1947, trazia em um mesmo título, o “Título VII – Da Assistência Social e Saúde Pública”, as duas funções que a partir dali caberiam ao governo do Estado cuidar de maneira associada. É interessante notar que, na Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1946, não existiu nenhuma menção específica a respeito da saúde pública, como aconteceu na Constituição paulista de 1947, o que acreditamos revelar a difusão na população paulista daquela época, ou, pelo menos, em parte importante de suas elites, da importância seja dos problemas coletivos de saúde – como as endemias e epidemias – seja do valor do desenvolvimento, por parte do Estado, de serviços de saúde pública.

Como destacou Castro Santos acerca do pioneirismo paulista em reforma sanitária, desde a Primeira República os problemas sanitários, como endemias e epidemias, que afetavam a saúde da população paulista daquela época, foram paulatinamente incorporados à agenda política das elites políticas paulistas, não apenas em função de seu impacto negativo para a economia do Estado, como também em razão da existência de um grupo médico em São Paulo mobilizado em torno das ideologias de desenvolvimento científico associadas ao desenvolvimento sócio-econômico mais geral³⁹.

Isso posto, a 10 de maio de 1947, foi criada, no âmbito da Secretaria de Educação e Saúde Pública, uma comissão constituída para estudar de maneira ampla o problema da malária no Estado. Fizeram parte desta comissão: Firmino de Oliveira Lima; e ainda, José Aluizio Bittencourt da Fonseca e Renato de Robert Corrêa – ambos do Serviço de Profilaxia

³⁹ Em anexo, ao final do texto, encontra-se a parte da Constituição paulista de 1947 referente à saúde pública.

da Malária –; Flavio Oliveira Ribeiro da Fonseca, diretor do Instituto Butantan; Augusto Leopoldo Atrosa Galvão, livre docente da Faculdade de Medicina da USP e assistente da cadeira de Parasitologia; e Paulo César de Azevedo Antunes, diretor-geral do Departamento de Saúde e presidente dessa comissão. Ademais, também em maio de 1947 e seguindo o mesmo espírito da iniciativa anterior, foi estabelecida uma comissão para investigar o problema da lepra em São Paulo. Presidida por J Alcântara Madeira, a comissão ainda era formada por César Salgado, Olga de Paiva Meira, Sampaio Corrêa e o cel. Nelson de Aquino (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1947i, p. 3). Por outro lado, em junho de 1947, através de um outro Decreto, foi constituída, na então Secretaria de Educação e Saúde Pública, uma comissão para estudar, sob todos os aspectos, a organização dos serviços de saúde do Estado – as reuniões dessa comissão realizar-se-iam da mesma forma que no caso da comissão da malária, ou seja, sob a presidência do Diretor-Geral do Departamento de Saúde. Já em 28 de dezembro de 1949, foi promulgada pelo governo de São Paulo a lei nº. 565⁴⁰, que criou uma Comissão de Planejamento de Saúde, Higiene e Assistência, a fim de elaborar o Plano Geral a que se referia o artigo 130 da Constituição do Estado.

É interessante notar que, embora essas comissões fossem criadas no âmbito da Secretaria de Educação e Saúde Pública, em um primeiro momento, e na Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social, mais tarde, levando-se em consideração nossas fontes, fica difícil dizer quais foram exatamente os destinos das mesmas, já que não há ocorrência de outras informações a seu respeito. Considerando que houve continuidade de relatos quanto a outros temas tratados pelo jornal “O Estado de São Paulo” – temas e fatos também ligados à Secretaria de Saúde – e que outros, como veremos no caso da Assembléia Permanente de Médicos e Engenheiros, também foram noticiados parcialmente – acreditamos que mesmo tendo havido reuniões e discussões, ou até conclusões e proposições de ação sobre as mesmas, parece que não repercutiram suficientemente para continuar a obter a atenção do referido diário paulista ou, por alguma razão ou opção editorial (que pode ser até de cunho político-ideológico), o jornal simplesmente deixou de publicar os resultados dessas comissões. No entanto, é verdade que a comissão sobre os serviços de saúde foi organizada ao mesmo tempo em que se criou uma comissão similar para a área da educação, sendo que ambas surgiram com a finalidade de estudar as possibilidades de reorganização dos serviços de saúde, de um lado, e de educação, de outro (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1947j). Assim, é possível que os trabalhos dessas comissões tenham tido ligação ou influência sobre

⁴⁰ De acordo com o jornal “O Estado de São Paulo”, de 29 de dezembro do mesmo ano, p. 3.

a criação das duas secretarias autônomas surgidas em 1947: a de Saúde Pública e Assistência Social e a de Educação.

Mas, além de criar a Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social, o governo Adhemar de Barros desenvolveu outras estruturas que passaram a compor internamente essa secretaria. Através do decreto 18.207, assinado em 27 de julho de 1948 (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1948e), foi estabelecida a Divisão Sanitária do Estado de São Paulo, em conformidade do que havia determinado antes o decreto-lei nº. 17.030, de 6 de março de 1947, o qual organizou também, de modo integrado ao Departamento de Saúde, a Divisão do Serviço do Interior, instituindo uma Diretoria com sede na capital, 304 Unidades Sanitárias espalhadas pelo Estado e mais 19 Delegacias de Saúde. Nesta direção, como notamos anteriormente, por meio do decreto nº. 18.165, de 22 de junho de 1948, ampliou-se a rede distrital de centros de saúde fortalecendo ainda mais o modelo instituído a partir da reforma Paula Sousa em 1925. Além disso, ainda por meio do decreto nº. 18.165, o governo Adhemar criou a Repartição de Transportes junto à Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1948f.).

Através da lei nº 227, de 23 de dezembro de 1948, foram dirigidas verbas no valor de cem mil cruzeiros para que a Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social realizasse, na cidade de São Paulo, o 4º Congresso Nacional de Psiquiatria, Neurologia e medicina Legal (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1948g, p. 3). Por outro lado, em setembro do referido ano, o governo paulista lançou um decreto, nº. 18.312, aprovando o contrato de locação, pelo prazo de dois anos, de um prédio em separado para ser instalada a Divisão do serviço de Tuberculose – órgão situado no Departamento de Saúde (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1948h, p. 3). Já no ano seguinte, a 27 de julho, foi inaugurada na capital do Estado a nova sede da Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social, que passou a funcionar no prédio “Roosevelt”, localizado à Rua São Luis, um edifício próprio adquirido para esse fim (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1949d, p. 7).

Segundo o decreto-lei nº. 17.030, de março de 1947, que mencionamos acima, a Diretoria da Divisão do Serviço do Interior seria composta de: uma Sub-Divisão Administrativa; uma Sub-Divisão Técnica; e uma Sub-Divisão de Pesquisa. Entre suas atribuições, a Divisão do Serviço do Interior deveria superintender, coordenar, orientar e fiscalizar os serviços da sede, bem como das delegacias e dos centros de saúde e postos médico-sanitários; além disso, deveria cuidar para que houvesse um entrosamento dessa divisão com as demais divisões do Departamento de Saúde e outras entidades. Já as delegacias de saúde deveriam dirigir, orientar e fiscalizar os serviços das respectivas sedes,

dos centros de saúde e postos médico-sanitários de acordo com as normas técnico-administrativas da diretoria da divisão. Quanto às unidades sanitárias, tais seriam classificadas em: Centros de Saúde, Postos de Assistência Médico-Sanitária e Sub-Centros de Saúde e Sub-Postos de Assistência Médico-Sanitária.

Os cargos criados e vinculados às unidades sanitárias por este decreto, foram: médico sanitaria, médico em função gratificada responsável pela administração da própria unidade sanitária, educador sanitário, inspetor sanitário, fiscal sanitário e escriturário, além de técnico de laboratório e do prático de laboratório, e ainda mais, o cargo de atendente – tais cargos seriam situados em zona urbana ou rural conforme as disposições específicas do tipo de zona e segundo o número populacional abrangido por cada uma das unidades⁴¹. Mas além desses cargos, também foram criados alguns cargos não concursados ou efetivos, quais sejam os de servente e os de contratados que prestariam serviços de assistência nos dispensários e ambulatórios das unidades sanitárias; por outro lado, também seriam contratados nessa condição os anatomo-patologistas, os quais executariam os serviços de verificação de óbitos por causas mal definidas e que atuariam junto às delegacias de saúde. Aliás, conforme o decreto, todos estes cargos não efetivos seriam ocupados por quadros considerados extranumerários – estes embora não sejam efetivos, submetem-se a um regime semelhante aos próprios efetivos, e não são regidos pelo regime da CLT. Foram ainda criados vários cargos ou funções gratificadas na Parte Permanente do Quadro Geral de cargos e funções, destinados à Divisão do Serviço do Interior.

Para os cargos de chefe de sub-divisão, inspetores técnicos e delegados de saúde, o decreto designou que seus ocupantes deviam ser médicos nomeados que integrassem o quadro de efetivos da Divisão do Serviço do Interior e que já exercessem à época ou antes, função de assistente técnico, ou congênere, ou de chefia, ou que tivessem sido admitidos por concurso, ou ainda, por médicos com especialização em higiene ou saúde pública. Neste sentido, podemos perceber como os médicos assumiram posições centrais na configuração hierárquica de quadros de funcionários, para funções e cargos inclusive de direção e chefia, e que, ainda, deu-se certa preferência a médicos que estivessem vinculados ao serviço público como funcionários efetivos.

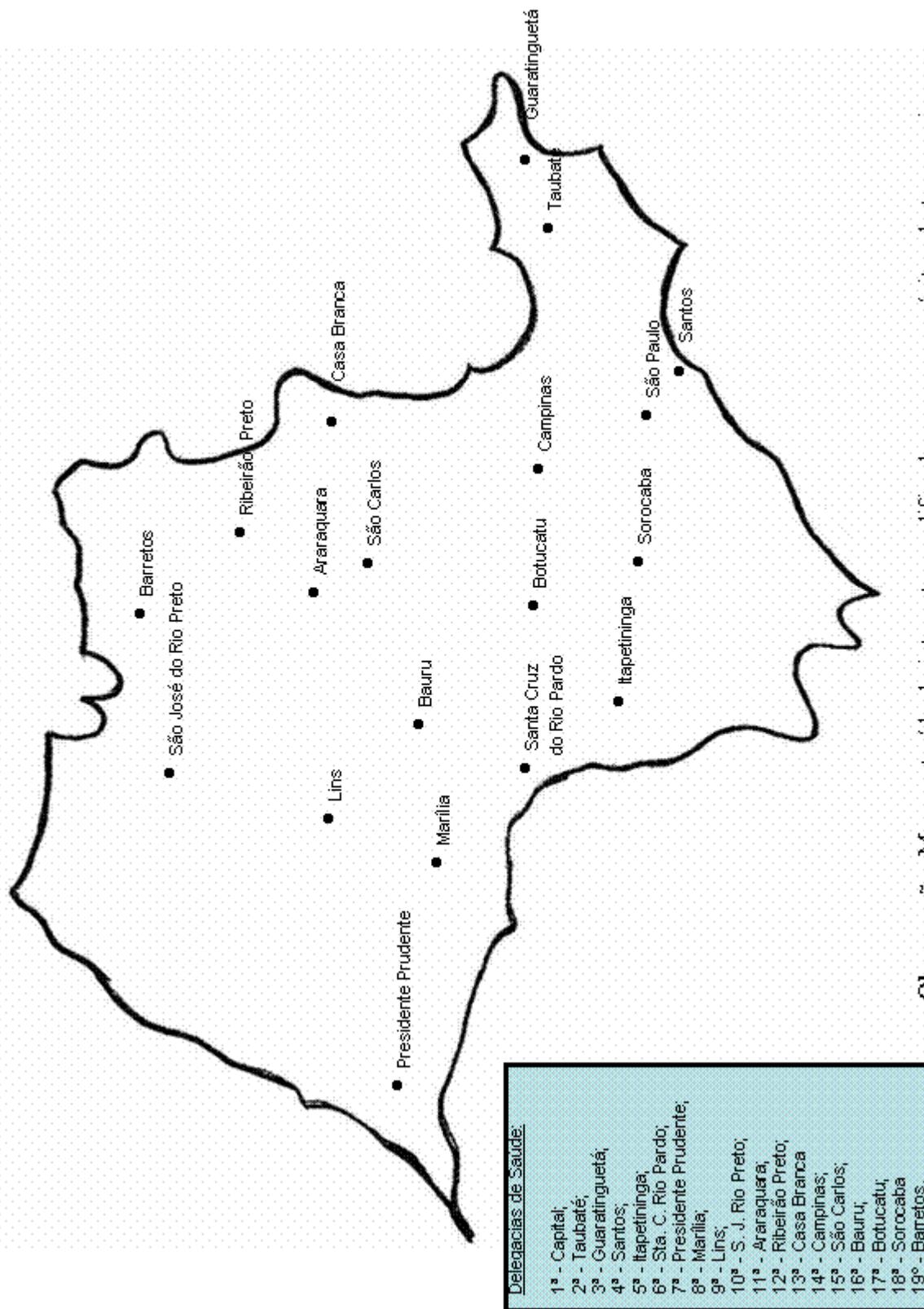
De certo modo, os médicos passaram a ocupar posições centrais não apenas nas equipes técnicas que realizavam concretamente os serviços de saúde – como no caso dos médicos sanitaria que realizavam o trabalho médico-sanitário nos centros de saúde e posto sanitários

⁴¹ Segundo publicação de o “Diário Oficial do Estado de São Paulo”, de 6 de março de 1947.

– mas, igualmente, nos cargos de caráter mais político-administrativo, como no caso dos delegados de saúde. Diante disso, parece claro que a preferência por médicos, particularmente os efetivos e não nomeados puramente por indicação política, demonstra como, do ponto de vista profissional, os médicos paulistas foram favorecidos também por essas mudanças mencionadas acima. É possível dizer que, do ponto de vista da autonomia profissional, os médicos tiveram sua posição de controle e poder sobre o próprio ambiente de trabalho fortalecidos.

Ainda em conformidade ao mesmo decreto, as delegacias de saúde teriam ordenação numérica, localizando-se a primeira na capital do estado e as outras nas seguintes cidades-sedes em ordem crescente: Taubaté; Guaratinguetá; Santos; Itapetininga; Santa Cruz do Rio Pardo; Presidente Prudente; Marília; Lins; São José do Rio Preto; Araraquara; Ribeirão Preto; Casa Branca; Campinas; São Carlos; Bauru; Botucatu; Sorocaba; e a última, ou a décima nona, localizada na cidade de Barretos. No que se refere às 304 unidades sanitárias, temos uma distribuição que atingiu diferentes regiões do estado.

Figura 5. Mapa do Estado de São Paulo com as cidades sedes de Delegacias de Saúde



Observação: Mapa extraído da internet e modificado para os propósitos desta pesquisa

Com efeito, em decreto assinado em 18 de janeiro de 1949 (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1949e, p. 3), nº. 18.505, o governo Adhemar autorizou a Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social a instalar Unidades Sanitárias em mais de 60 municípios de diferentes regiões do Estado⁴². Com a lei nº. 530, de 8 de dezembro de 1949, foram criados 15 postos de saúde subordinados ao Departamento de Profilaxia da Lepra – nestes postos, deveriam ser lotados preferencialmente egressos de outras instituições do Estado especializadas no cuidado de doentes afetados pela hanseníase, sendo que para a execução dessa lei, o seu artigo 2º abriu créditos no valor de CR\$ 2.250.000,00. Seriam instalados dois desses postos na capital, nos bairros de Vila Mariana e Penha; e o restante nas seguintes cidades do interior: Amparo, Botucatu, Cedral, Itatinga, Jundiaí, Marília, Mogi das Cruzes, Paraibuna, Presidente Prudente, Rio Claro, São José do Rio Preto, São Sebastião e Tatuí (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1949f, p. 3).

A política de pessoal do governo Adhemar de Barros também realizou algumas mudanças. Lançou-se o decreto estadual nº. 19.355-B, em 1949, o qual instituiu uma gratificação sobre os vencimentos dos funcionários públicos que, no exercício de suas funções nos hospitais, sanatórios, dispensários e no Instituto de Pesquisa “Clemente Ferreira”, da Divisão do Serviço de Tuberculose, entrassem em contato pessoal e direto com doentes acometidos de tuberculose. Também no ano de 1949, o governo decretou que o cargo de diretor do Instituto Butantan deveria ser exercido em tempo integral, diferentemente do que acontecia antes, justificando a necessidade do exercício do cargo nestes moldes dado o seu caráter de supervisão técnico-científica e de orientação de trabalhos realizados por técnicos que, em grande parte, estariam igualmente sob regime de tempo integral de trabalho (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1948h, p. 3). Na mesma direção, o governador assinou o decreto nº. 18.462, de 26 de janeiro de 1949, que dispunha, da mesma forma, sobre o exercício em tempo integral dos ocupantes de um cargo de biólogo e dois de médicos, lotados no Instituto Butantan.

Com isso, podemos perceber como o governo adhemarista, a despeito do elevado nível de politização do comando central da Secretaria de Saúde, e até de outros cargos e níveis de

⁴² Os municípios em que este decreto autorizou instalar Unidades Sanitárias foram: Adamantina, Águas de São Pedro, Alfredo Marcondes, Álvares Florence, Álvaro de Carvalho Américo de Campos, Arealva, Artur Nogueira, Barueri, Bento de Abreu, Buritama, Cabralla Paulista, Campos Novos Paulista, Cardoso, Cerquillo, Conchal, Cordeirópolis, Corumbataí, Cosmorama, Cubatão, Dracena, Estrela D'Oeste, Florida Paulista, Gracianópolis, Guapiara, Guaraçá, Indiana, Ipuã, Itariri, Itirapuã, Jaborandi, Jales, Jarinu, Julio Mesquita, Junqueirópolis, Juquiá, Macaúbal, Monte Alegre do Sul, Monteiro Lobato, Oscar Bressane, Pacaembu, Paulicéia, Pedro de Toledo, Piquerobi, Pirapozinho, Planalto, Poá, Pongai, Presidente Epitácio, Reginópolis, Rifaina, Rincão, Rubriacea, São Caetano do Sul, São José da Bela Vista, Serrana, Susano, Taiuva, Terra Roxa, Timburi, Ubirajara, Valentim Gentil, Vinhedo e Santa Gertrudes.

poder, implementou políticas específicas que alteraram as organizações administrativas dessa secretaria, de modo a torná-la uma estrutura com mais capilaridade junto aos territórios não apenas da capital do Estado como, igualmente, do interior paulista, além de ter dado relativa atenção a aspectos diferenciados da política de saúde. De certo modo, parece ter existido uma linha de continuidade, na área da saúde, entre o espírito reformista da Interventoria adhemarista e o caminho trilhado nessa mesma área pelo segundo governo Adhemar. Entre 1938 e 1941 são reestruturados determinados serviços públicos, tais como o Serviço da Lepra e o Serviço de Assistência aos Psicopatas; ademais, é iniciada a construção do Hospital das Clínicas da USP em São Paulo, além de criados o Hospital do Pênfigo Foliáceo e vários sanatórios para tuberculosos. Da mesma forma, como vimos, a Interventoria adhemarista expandiu a rede estadual de centros de saúde (Sampaio, 1980, p. 44).

Com efeito, as diversas ações no campo da saúde revelam como o governo adhemarista não direcionou suas ações apenas para área da saúde pública em sentido estrito, embora tenham sido, por exemplo, os centros de saúde muito importantes entre as políticas de saúde adhemaristas. Na realidade, pudemos destacar mudanças seja no que se refere aos aspectos organizacional e gerencial, seja nos serviços sanitários, de pesquisa e tratamento de epidemias e endemias.

Embora não tenhamos nos voltado para o estudo do impacto das políticas de saúde adhemaristas sobre os problemas de saúde da população do Estado, ou para os seus efeitos sócio-políticos sobre os distintos grupos sociais paulistas (exceto, claro, em relação aos médicos de São Paulo), parece evidente que houve um conjunto de ações do governo no sentido de realizar políticas públicas específicas para o setor sanitário e para a saúde em geral. Mesmo sendo difícil averiguar, com nossos dados, a efetividade, a eficácia ou a eficiência dos serviços de saúde adhemaristas, é possível perceber um desenho institucional que se apresenta não apenas na criação da Secretaria de Saúde Pública em geral, mas também nos seus arranjos interiores. Um conjunto de ações que, poderíamos dizer, esteve direcionado para a expansão dos serviços públicos, e mesmo, para a difusão dos organismos estatais rumo não somente à capital como ao interior do Estado, de modo que se ampliaram relativamente as possibilidades de acesso popular a esses serviços e se estenderam as áreas de contato entre o governo do Estado e os municípios do interior. É o que podemos notar, por exemplo, com a propagação dos centros de saúde e com a criação das Delegacias Regionais de Saúde. Por outro lado, esse direcionamento dos serviços públicos rumo ao interior de São Paulo talvez revele uma outra dimensão do adhemarismo e de sua relação com os médicos do Estado, ou seja, o desenvolvimento de estruturas de saúde no interior paulista – seja ao nível

administrativo, seja em termos de serviços prestados à população – certamente implicaram negociações políticas entre o governo Adhemar de Barros e grupos políticos situados nas diferentes regiões e localidades do interior, com reflexos indiscutíveis sobre a realidade profissional dos médicos atuantes nessas áreas. Devemos nos lembrar que, durante este segundo governo, o adhemarismo estendeu o seu raio de ação política, com vitórias eleitorais significativas em todo o Estado de São Paulo.

Dito isso, do ponto de vista da autonomia profissional dos médicos de São Paulo, as ações do governo adhemarista operaram em, pelo menos, dois sentidos distintos e relativamente opostos, isto é, caminharam desde um alto nível de politização da Secretaria de Saúde, o que interferia negativamente na condição profissional médica (principalmente dos médicos ligados à administração pública), até a expansão de serviços públicos de saúde, os quais favoreceram os médicos paulistas ampliando a esfera de atuação desse grupo profissional no âmbito estadual de governo. Além disso, a difusão de estruturas sanitárias ou de saúde no sentido do interior paulista pode ter significado a emergência de novas variáveis para a configuração do trabalho médico interiorano, para a definição de carreiras profissionais e para a relação médico-paciente nas localidades que receberam tais estruturas, interferindo até no modo como as clientela desses médicos se relacionavam com eles, já que entre tais médicos e seus pacientes passaram a conviver de maneira próxima, se não integrada, novas organizações que vieram a realizar uma medicina apoiada mais em trabalho de equipe do que na ação do médico liberal.

Levando em consideração a tipologia de Freidson (2001) sobre as formas de orientação político-ideológica e de organização das estruturas burocráticas estatais, podemos dizer que o Estado adhemarista, no que respeita aos assuntos da saúde, configurou-se de tal maneira que sua orientação político-ideológica foi de tipo mais ativista que reativa, já que a maioria das questões de saúde foi tratada em seu governo de forma ativa e predominantemente pelo próprio governo adhemarista, embora isso não tenha implicado um real e completo distanciamento das organizações médicas e do grupo de médicos profissionais, ou de sua visão particular sobre o campo da saúde em São Paulo. Como evidenciaremos nos próximos tópicos, com base no posicionamento de um segmento representativo dos médicos paulistas, acerca da participação estatal nos serviços de saúde, podemos entender que o grupo médico paulista pode ter mantido uma atitude relativamente distanciada dos apelos políticos populistas de Adhemar de Barros que politizaram as organizações estatais de saúde, embora também de relativa ambivalência, dependendo da maior convergência ou não entre, de um lado, a visão ideológica e os interesses profissionais desse grupo e, de outro, os interesses e as

características ideológicas dos apelos políticos populistas de Adhemar de Barros. Por outro lado, é possível se afirmar que, do ponto de vista da organização das estruturas e agências estatais, encontramos no governo adhemarista uma organização mais hierárquica que coordenativa, pois inicialmente entre os serviços de saúde pública e assistência médica encontramos várias estruturas burocráticas verticais, como, por exemplo, os diversos departamentos especializados, que, como vimos, ofereciam serviços sanitários voltados a questões de saúde pública específicas. Além disso, a organização das Delegacias Regionais de Saúde tornou a estrutura burocrática estadual de saúde mais complexa, com níveis diferenciados de gestão.

Enfim, entendemos que o Estado adhemarista, do ponto de vista da implementação de sua política de saúde, foi mais ativista que reativo e mais hierárquico que coordenativo, mas isso não significa que seria possível definir de maneira absoluta o Estado adhemarista como um Estado hierárquico-ativista típico, conforme definição conceitual de Freidson, pois, dessa forma, teríamos de reconhecer em São Paulo um corporativismo estatal: as associações profissionais, neste caso, aparecem como uma criatura da política estatal, sendo que não podem defender outra posição a não ser a do próprio Estado – algo que, como apontaremos, não existiu, visto que os médicos paulistas defendiam uma visão acerca da participação estatal relativamente crítica quanto à maneira como concretamente a visualizavam àquela época. Neste mesmo sentido, também evidenciaremos conflitos que deixaram em lados opostos, relativamente, o governo adhemarista e os médicos de São Paulo, conflitos que envolveram relações de aliança desses médicos com os engenheiros servidores públicos do governo do Estado, em busca de equiparação junto aos advogados, que igualmente trabalhavam para a administração estadual, e que, àquela época, tinham uma posição relativamente superior aos médicos e engenheiros.

Parte IV – Interesses e ideologia dos médicos de São Paulo: contradições e ambivalências.

A criação de uma Secretaria de Saúde Pública sinalizou uma ampliação das estruturas estatais de assistência à saúde da população do Estado e um crescimento na fatia do mercado de trabalho para os médicos de São Paulo, os quais passaram a contar com um organismo estatal, de nível de secretaria de Estado, especializado na oferta de serviços de saúde. A partir dessas circunstâncias talvez fosse possível se afirmar que, em princípio, os médicos ligados à clínica privada representavam interesses relativamente distintos dos médicos ligados à saúde pública e à administração governamental e que, dessa forma, talvez tivessem se relacionado de maneira relativamente distinta com a administração adhemarista e com suas políticas na área de saúde: um modo, num caso, simplesmente crítico dos médicos ligados à prática liberal, os quais passaram a atuar sob a concorrência dos novos serviços públicos de saúde; no outro caso, dos médicos sanitaristas e dos profissionais ligados à administração pública em geral, possivelmente mais favorável, visto terem sido diretamente favorecidos pelas políticas adhemaristas. O perfil profissional característico dos médicos ligados à clínica privada difere do perfil dos médicos ligados à saúde pública e à administração governamental.

Tais distinções estruturantes do campo da medicina paulista, presentes no período de governo adhemarista, expressavam o estado de especialização da medicina de São Paulo⁴³ e se situavam em um contexto muito particular no Estado, visto que a saúde pública vinha se estruturando e ganhando espaço desde a Primeira República, acompanhando em parte o movimento dos sanitaristas no plano político federal, e mesmo, certos desenvolvimentos no plano internacional. Por outro lado, a medicina de grupo, que realiza o trabalho em equipes de especialistas dentro de organizações de saúde, também já havia iniciado seu processo de

⁴³ Sobre o processo de especialização da medicina paulista pós-1930, além dos trabalhos anteriormente citados de Castro Santos, Faria, Merhy e Donnangelo – analisados mais profundamente em tópicos anteriores – também indicamos, para consulta, o recente trabalho selecionado a seguir: MOTA, André & SCHIRAIKER, Lilia Blima (2009). “Mudanças corporativas e tecnológicas da medicina paulista em 1930”. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 16, n.º. 2, abr./jun., pp. 345-360. Quanto a este último trabalho, os autores argumentam que a saúde pública perde força relativamente à assistência médica previdenciária, que se tornaria importante preocupação do Estado brasileiro após a ascensão de Getúlio Vargas em 1930, no contexto de maior desenvolvimento urbano-industrial. Mas, no que se refere a este aspecto, como procuramos argumentar neste trabalho a partir dos dados coletados e analisados, acreditamos que a saúde pública continuou sendo uma preocupação importante não somente dos médicos paulistas, como também da própria elite política de São Paulo. A criação de uma Secretaria de Saúde Pública, acreditamos, evidencia bem como ambos estavam interessados no desenvolvimento da saúde pública paulista.

desenvolvimento em São Paulo na década de 1940. Enfim, é preciso mencionar o crescimento da medicina previdenciária, que após 1930 teve sua esfera de atuação muito ampliada dada a maior atenção do Estado brasileiro aos trabalhadores das cidades e à questão urbana⁴⁴. Contudo, ao analisar os dados referentes ao jornal “O Estado de São Paulo” e à “Revista Paulista de Medicina” – publicação própria da Associação Paulista de Medicina durante o segundo governo Adhemar de Barros – a dinâmica profissional dos médicos paulistas nos apresenta ações e posicionamentos político-ideológicos e profissionais que, ao menos, suavizam bastante a oposição entre esses pólos. Como apontaremos no desenvolvimento deste trabalho, em razão de uma conjugação de fatores determinada, ao longo do governo Adhemar os médicos paulistas experimentaram um período de relativização, embora não possamos afirmar a mera exclusão, das diferenças internas ao grupo profissional e de reforço do conagraçamento e união de esforços coletivos, tanto em sentido profissional estrito como político mais amplo.

Capítulo 8 – Ações e interesses político-profissionais da medicina paulista diante do populismo adhemarista: aproximações e distanciamentos do grupo médico de São Paulo com o governo do Estado.

A profissão médica tem apresentado ao longo de sua história uma capacidade considerável de conviver com diferenças e conflitos internos e mudanças organizacionais, tecnológicas ou político-profissionais que modificaram e modificam a configuração concreta da medicina. É o que podemos perceber em relação aos diversos momentos de evolução do processo de especialização médica, bem como quanto às mudanças de caráter científico e em relação às diversas modalidades de participação do Estado na oferta de serviços médicos e de saúde. Esse sentido de unidade tende comumente a se reforçar quando o grupo médico reconhece circunstâncias em que se encontra mais ou menos fragilizado, sob ameaça ou enfraquecido em seu poder ou autonomia, ou ainda, em momentos nos quais percebe que a união de esforços pode resultar em benefício coletivo.

No caso dos médicos paulistas do período de governo adhemarista, percebemos que os mesmos experimentavam uma particular situação, a qual, sob o ponto de vista deles próprios,

⁴⁴ Para mais informações sobre a formação e desenvolvimento da Previdência Social no Brasil, consultar: COHN, Amélia (1981). *Previdência Social e Processo Político no Brasil*. São Paulo, Editora Moderna (coleção Contemporânea); OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo & TEIXEIRA, Sonia M. Fleury (1985). *(Im) Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis, Vozes; Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

os colocavam diante de mudanças que promoviam alterações significativas na organização e prestação de seus serviços profissionais; além disso, sentiam que sua posição e *status* entre determinados grupos profissionais estavam relativamente inferiorizados. Seja por conta da forma concreta como estava acontecendo o que os próprios médicos de São Paulo denominavam de “socialização da medicina” no Brasil, seja em função das condições profissionais sob as quais se achavam os médicos ligados à administração pública do Estado de São Paulo. Mas eles também vivenciaram, ao mesmo tempo, um processo de fortalecimento dessa categoria profissional em São Paulo, fruto da mobilização do conjunto dos médicos do Estado no sentido da equiparação de sua categoria ao grupo de advogados servidores públicos estaduais, os quais possuíam uma posição relativamente superior na esfera estadual de governo. Como procuraremos mostrar, esse fortalecimento da categoria médica paulista desdobrou-se da esfera de atuação mais propriamente política (ou da política convencional) até atingir à organização interna do grupo médico do Estado de São Paulo, que passa a se estruturar no período que analisamos como grupo profissional efetivamente estadual, adquirindo novos contornos do ponto de vista de sua ação enquanto grupo. De alguma maneira, esse processo de coesão rumo ao fortalecimento de uma identidade coletiva estadual acompanhou o processo que descrevemos anteriormente de interiorização das estruturas sanitárias e de saúde no âmbito do governo estadual, o que certamente influenciou a organização político-profissional dos médicos paulistas, já que o Estado representa uma variável central nos processos de profissionalização.

Nesse sentido, a política profissional deve conviver com a política convencional em alguma medida e em determinados termos – vimos que Freidson pensa assim e que este é o centro do argumento de Halliday acerca do que ele conceituou como profissionalismo cívico. No entanto, essa convivência nem sempre é harmoniosa e comumente é permeada de contradições e ambivalências, fruto das variações nos contextos sócio-econômico, político e profissional. Entre os médicos paulistas do pós-1945, tal situação expressou-se em um movimento variável de aproximação e distanciamento do ponto de vista das ações efetivas de ambos os lados (Estado e médicos) e da convivência de sinais opostos e ambivalentes em termos ideológicos.

Na realidade, essa dinâmica iniciou-se antes e se estendeu por todo o governo Adhemar de Barros – em parte, inclusive, por conta de particularidades da ação política do populismo adhemarista, a qual, do ponto de vista das relações entre política convencional e profissionalismo, não seguiu uma trajetória retilínea e uniforme –, um traço, aliás, muito

característico da política populista: é interessante nos lembrarmos do que propõe John French acerca das relações entre Estado e sociedade ao longo dos governos populistas, como de Adhemar de Barros; para este autor, tais relações aconteceram na base de contraditórias relações de aliança, as quais, embora estabelecidas entre atores desiguais em termos de influência social e política, não prescindiram de negociações e reciprocidades, recolocadas a cada momento pela correlação de forças existentes. No sistema de alianças em torno do populismo adhemarista, não faltaram acordos, quebras de acordos, sinalizações de aceitação de interesses mútuos entre a política adhemarista e grupos sociais envolvidos com Adhemar e/ou recusas dos mesmos. Não por acaso, Adriano Luiz Duarte (2002) definiu a figura de Adhemar de Barros como indiscutivelmente carregada de ambigüidades; e acreditamos que isso seja válido tanto do ponto de vista ideológico como de sua prática. Neste contexto, podemos entender o campo variável de possibilidades em termos de aproximação e distanciamento – chegando mesmo ao ponto de conflito aberto – entre os médicos paulistas e o adhemarismo no poder estadual.

Em termos concretos, por um lado, as aproximações entre esses dois pólos aconteceram, no pós-1945, desde, em um primeiro movimento, a busca de apoio e financiamento estadual para a construção da nova sede da Associação Paulista de Medicina (APM) – iniciada ainda no período das interventorias estadonovistas –, a qual, assim, poderia ser centralizada em um único prédio na capital do Estado, passando, em um movimento posterior, para as aproximações envolvendo a questão da assistência aos médicos paulistas, acertada entre o governo estadual e a referida entidade médica. A APM se constituía na principal entidade profissional dos médicos paulistas no pós-1930, tendo vivenciado mudanças estatutárias significativas entre os anos de governo Adhemar que a tornaram definitivamente uma instituição representativa do conjunto dos médicos do Estado, sendo que esteve presente em todos os momentos de aproximação ou distanciamento dos médicos em relação ao governo paulista. Por outro lado, no pólo oposto, o movimento de alternância aproximação-distanciamento levou ao desgaste das relações entre os médicos de São Paulo e o governo estadual, fruto das tensões entre ambos os lados geradas em torno da “Assembléia Permanente de Médicos e Engenheiros”, em que médicos e engenheiros paulistas aliaram-se na busca pela equiparação de vencimentos ante os advogados servidores públicos estaduais.

Como afirmamos, o caso da construção da nova sede social da APM implicou negociações entre representantes dos médicos de São Paulo ligados à APM e o governo paulista desde, pelo menos, o final do período de interventorias no Estado de São Paulo,

sendo que partindo da obtenção de uma subvenção estadual inicial, passando pela conquista de um terreno próprio até a conclusão das obras e início das atividades na nova sede, em janeiro de 1951, passaram-se aproximadamente 6 anos. Tudo começou com o trabalho do presidente da APM, o professor Oscar Monteiro de Barros, no sentido da obtenção de uma subvenção junto ao interventor Fernando Costa no valor de Cr\$ 200.000,00, quantia conquistada através do Decreto-lei nº. 14.601, de 15 de março de 1945, a qual foi paga em parcelas divididas até fins de 1945. Ainda neste ano, mas agora sob a presidência do professor Jairo Ramos, a APM conseguiu outra subvenção estadual, no valor de Cr\$ 2.500.000,00, a partir do decreto-lei nº. 14.851, de 9 de julho de 1945. Esta subvenção foi negociada com o Banco do Estado de São Paulo mediante cessão de direitos creditórios pela importância de Cr\$ 2.000.000,00, representada por nota promissória emitida pela Associação Paulista de Medicina e endossada pessoalmente pelo seu presidente. O pagamento dessa nota promissória, por parte do Tesouro do Estado, só veio a acontecer em 30 de novembro de 1946, pelo que, da subvenção decretada anteriormente, de Cr\$ 2.500.000,00, só foram recebidos Cr\$ 2.000.000,00.

Enquanto se processava o recebimento dessa subvenção, a APM punha em marcha seu plano de construção. Em setembro de 1945, iniciaram-se negociações quanto ao terreno onde se construiria a sede da entidade. Tais negociações chegaram a bom termo em princípios de 1946, tendo a APM adquirido um terreno à avenida Brigadeiro Luis Antônio, nº. 274, pela importância de Cr\$ 2.000.000,00. Em setembro de 1946, o arquiteto Eduardo Kneese de Melo foi contratado para o planejamento das obras; em março de 1947, a planta da construção foi aprovada pela Prefeitura Municipal; já, no mês de abril do mesmo ano, contratou-se o Instituto de Pesquisas Tecnológicas do Estado para o traçado do perfil de sondagens do terreno. Planejado o prédio e o uso do terreno, a APM partiu atrás de fundos para a construção em si, o que veio a conquistar em 17 de janeiro de 1948, a partir de um empréstimo bancário contratado junto à Caixa Econômica Federal. Depois de análises, a Caixa Econômica concluiu que o valor do terreno seria fixado em Cr\$ 3.000.000,00, sendo que o preço da obra de construção ficaria em Cr\$ 10.755.000,00, de tal maneira que o banco se dispunha a emprestar, mediante hipoteca, Cr\$ 8.000.000,00, ou seja, 60% do total oferecido em garantia hipotecária, e com juros de 8% ao ano. O montante seria entregue em parcelas conforme o andamento das obras. Assim, com tudo isso acertado, em 21 de fevereiro de 1948 lançou-se a pedra fundamental da construção, tendo a mesma sido concluída e inaugurada em janeiro de 1951.

Adhemar de Barros assumiu o poder estadual recebendo do seu antecessor uma espécie de crédito do governo estadual ante os médicos paulistas, os quais haviam recebido

dessa instância política o montante necessário para a compra do terreno onde pretendiam construir sua sede social. No entanto, esse crédito do Executivo paulista logo foi sendo gasto em função da referida questão da equiparação. Mas se o caso da construção da nova sede social da APM surgiu antes do início do governo Adhemar de Barros, e se o mesmo se prolongou durante boa parte de seu mandato – servindo assim, aparentemente, de motivação para uma aproximação mais ou menos certa dos médicos junto à esfera de poder que havia contribuído de maneira importante para a conquista do objetivo desejado pelos médicos paulistas –, a questão da assistência médica com recursos públicos estaduais foi uma medida com desdobramentos que poderíamos considerar igualmente importantes, já que atendia a um aspecto que certamente sensibilizava os médicos do Estado.

Com efeito, a questão da assistência aos médicos, fruto de uma iniciativa do governo do Estado, também representou um típico momento de congraçamento entre os dois lados. Neste sentido, Adhemar de Barros, então chefe do Executivo paulista em segundo mandato, sancionou a Lei nº. 610, de 2 de janeiro de 1950, a qual criou um serviço de assistência aos médicos que necessitassem desse tipo de apoio. Conforme esta Lei, o governo do Estado instituiria este serviço a fim de prestar auxílio aos médicos que, exercendo seu trabalho no Estado, se encontrassem inválidos, enfermos ou em penúria. Esta assistência também se estenderia às famílias dos médicos falecidos sem recursos. Dessa forma, criou-se um fundo especial destinado à construção da “Casa dos Médicos”, entidade responsável por cuidar dos médicos de São Paulo que estivessem vivenciando algumas das circunstâncias de fragilidade mencionadas acima. Para este fundo, foi criada uma “taxa de assistência aos médicos”, cobrada então a partir de um selo adesivo denominado “Assistência aos Médicos”, no valor de Cr\$ 2,00 (dois cruzeiros), devendo o mesmo ser colado nos atestados de saúde. Para a execução do serviço, a Lei designou o Departamento de Previdência da Associação Paulista de Medicina, entregando-lhe, para esse fim, mensalmente, o produto arrecadado por meio da taxa instituída (REVISTA PAULISTA DE MEDICINA, 1950, pp. 120-121).

Esse modelo de prestação de serviços de assistência implicou o claro reconhecimento e prestígio da Associação Paulista de Medicina diante não apenas do governo adhemarista, mas também, talvez, de outros círculos políticos, na medida em que o serviço foi criado por meio de uma Lei sancionada pelo governador Adhemar, mas aprovada e decretada anteriormente pela Assembléia Legislativa. Tal medida significou, ainda, que o governo de Adhemar de Barros se encontrava relativamente aberto e disponível frente às demandas e necessidades dos médicos do Estado. No entanto, essa medida foi tomada apenas no último ano do governo, o que, quanto ao realizado por Adhemar nos anos anteriores, significou uma

mudança rumo ao lado oposto no sentido indicado pelo Executivo paulista em relação aos anseios sócio-econômicos e profissionais dos médicos de São Paulo. Antes desse momento final de aproximação entre os médicos e o governo adhemarista, houve um período de desentendimentos, e até conflito aberto, por conta da questão da equiparação de vencimentos entre médicos e engenheiros, de um lado, e advogados, de outro – todos funcionários públicos estaduais.

Podemos observar que desde o início do governo Adhemar existiram movimentações da parte do grupo médico paulista no sentido de promover a campanha pela equiparação de sua categoria profissional ao grupo de advogados servidores públicos estaduais. Isso fica evidente logo em julho de 1947, quando essa questão entra nos debates da Assembléia Legislativa de São Paulo através de um pronunciamento do deputado Milton Caires de Brito, líder da bancada comunista. Neste discurso, o mesmo faz a leitura de um memorial dirigido ao governador do Estado, preparado por médicos paulistas, no qual são feitas referências a disposições constitucionais que determinavam maior remuneração e melhores condições de trabalho para diversas categorias profissionais pertencentes aos quadros do funcionalismo. Nessa época, havia uma diferença salarial entre advogados e médicos, a favor dos primeiros. Diante disso, o deputado comunista declarou total apoio à reivindicação médica e fez um apelo aos seus colegas do Legislativo a fim de que também se sensibilizassem a favor da medida (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1947k, p. 5). Este talvez tenha sido o primeiro passo com impacto político maior de um esforço para tornar esta reivindicação de conhecimento público e com efetiva força política.

Parece-nos que os médicos, os engenheiros e até outros grupos profissionais não conseguiram mobilizar os deputados da Assembléia Constituinte Estadual de 1947 no sentido de garantir a posição, como carreiras de Estado, que os advogados conseguiram. A crítica médica, inclusive, dirigiu-se, logo de início, para um objeto bem definido, ou seja, o decreto-lei nº. 17.330, de julho de 1947 – que estabeleceu para os advogados, na função pública, os níveis de vencimentos de 7.000 a 11.000 cruzeiros, enquanto médicos e engenheiros permaneceram nos níveis, respectivamente, de 3.500 a 5.500 cruzeiros e de 4.000 a 5.500 cruzeiros. Posteriormente, essa condição de inferioridade foi reafirmada com a promulgação da Constituição Estadual de São Paulo de 1947, a qual, através do artigo 25 das suas Disposições Transitórias, determinou aos advogados servidores públicos do Estado uma posição de destaque entre as carreiras ocupacionais com nível superior. Não é que os médicos de São Paulo estivessem interessados em derrubar por completo as determinações deste dispositivo legal, rebaixando os advogados à condição das demais carreiras, inclusive a

médica, mas almejavam conquistar a mesma posição que aqueles profissionais do Direito. Era nesse sentido que os médicos paulistas procuravam sensibilizar o governo do Estado (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1949g, p. 5).

Aliás, conforme carta de outubro de 1948, dirigida ao governador de São Paulo Adhemar de Barros, do médico Dr. Alípio Correa Neto (líder político-profissional dos médicos paulistas), os médicos entendiam que desde o ano de 1947 o governador havia prometido cuidar do caso e havia se mostrado favorável em atender as reivindicações médicas. Ao mesmo tempo, contudo, desde o início ele se mostrou reticente em cumprir com o que prometera.

Em discurso apresentado em sessão solene de posse da nova diretoria da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, ainda em março de 1948, o médico Dr. Alípio Correa Neto – que então passava o comando da diretoria da entidade para o médico Dr. Pedro Ayres Neto – sustentou que realmente o referido dispositivo legal das Disposições Transitórias da Constituição Estadual havia operado uma distinção entre as carreiras públicas de profissionais de nível superior, em detrimento, entre outros, dos médicos e a favor dos advogados. Segundo o Dr. Alípio Correa Neto,

O erro, a injustiça está no fato de que nem foi assunto de cogitação saber-se como deveria ficar a situação dos outros profissionais liberais, entre eles os médicos. Isto significa menosprezo ao serviço que o médico presta à sociedade; se não é nem motivo de cogitação aquilatar-se do valor dos serviços médicos prestados como parcela da administração, é porque esses mesmos serviços não merecem consideração, e não merecendo a função qualquer consideração, redundam em desprestígio moral para quem a exerce (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1948i, p. 7).

Neste mesmo pronunciamento, o Dr. Alípio Correa Neto enfatizou a necessidade dos médicos paulistas se unirem em torno da causa da equiparação e que, dessa forma, as entidades médicas também deveriam se aproximar a fim de que o movimento ganhasse força.

Este fato fez os médicos de São Paulo olharem para o descalabro da desunião de sua própria classe. Assim desunida e desorganizada ela o será preza fácil nas mãos dos barões da economia e dos poderes públicos. Aproveito a oportunidade para lançar um apelo no sentido da organização da classe de modo que possa ela enobrecer os seus desígnios e colaborar para a solução dos problemas sociais a ela atinentes (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1948j, p. 7).

Ao que parece, os apelos do Dr. Alípio Correa Neto encontraram o apoio que ele vislumbrava para o movimento que defendia. Não por acaso, ainda em abril de 1948 iniciou-se um movimento reivindicatório dos médicos de São Paulo, em busca da equiparação econômica e jurídica de sua categoria profissional à carreira de advogados do Departamento Jurídico do Estado de São Paulo. Organizado a partir de uma comissão central liderada pelo Dr. Alípio Correa Neto, o movimento da Assembléia Permanente dos Médicos do Estado mobilizou os profissionais da área em torno da causa comum e logo começou a obter resultados, embora ainda iniciais e não definitivos. Com efeito, além da comissão central presente na capital do Estado, foram criadas outras 13 comissões em diferentes cidades do interior (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1948k, p. 13). Logo este movimento logrou obter o apoio das diversas entidades médicas paulistas de seu tempo e de boa parte dos médicos do Estado.

Com pouco mais de 30 dias de existência, o movimento já havia conseguido, aparentemente, sensibilizar os poderes públicos a ponto de ter obtido uma audiência com o governador Adhemar de Barros em que se acertou as seguintes medidas em relação ao que os médicos pleiteavam: a) o governador se comprometeu a incluir no exercício orçamentário de 1949 a reestruturação das carreiras de médicos e engenheiros, equiparando-as a de advogados; b) além disso, Adhemar autorizou que uma comissão de médicos poderia acompanhar a elaboração orçamentária para 1949, juntamente com o diretor do Serviço Civil; e c) os médicos convidaram o governador a participar de uma das reuniões semanais da Assembléia Permanente de Médicos. Aliás, na mesma reunião em que os médicos contariam com a participação do governador era esperada também a presença do presidente da Assembléia Legislativa do Estado (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1948l, p. 9).

Em dezembro, os profissionais mobilizados compuseram uma nova delegação a fim de tratar com o governador e obtiveram mais uma audiência com Adhemar de Barros, na qual o mesmo se comprometeu outra vez em trabalhar para atender as reivindicações desses profissionais (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1948m, p. 5). Assim, em um primeiro momento, os acontecimentos indicavam que os médicos conseguiriam a atenção e o atendimento de suas demandas por parte do governo adhemarista, indicando que talvez predominasse o pólo da aproximação entre o governo Adhemar e o grupo médico de São Paulo. No entanto, estas medidas não tiveram continuidade, o que, com o tempo, veio a fragilizar as relações entre os dois lados, provocando o distanciamento e gerando conflitos.

Mas ainda em maio de 1948, em reunião com os médicos mobilizados em torno da Assembléia Permanente dos Médicos, o Dr. Alípio Correa Neto comunicou a todos que havia

comparecido à “Assembléia dos Engenheiros”, “(...) em que ficou demonstrado que médicos e engenheiros pleiteavam idênticas reivindicações. Deliberou-se, então, a composição de uma Comissão Mista, de uns e outros, a fim de agir conjuntamente” (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1948n, p. 9). Conforme o estabelecido, a comissão responsável por comandar os trabalhos da Assembléia Permanente de Médicos e Engenheiros ficou composta de representantes das duas categorias profissionais (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1948o, p. 11). Ademais, na mesma reunião de maio em que foi oferecido o referido comunicado, discutiu-se a possibilidade de se reivindicar junto ao governo estadual a igualdade não apenas econômica, mas também jurídica, a se estabelecer, assim, já a partir de janeiro de 1949 para médicos, engenheiros e advogados servidores estaduais.

Afora uma direção em sentido político havia também uma tesouraria que cuidava das finanças e dos meios que custeavam a Assembléia Permanente. Aliás, o movimento sobreviveu, desde o início, de doações de colegas profissionais da Engenharia e da Medicina de São Paulo que se envolviam com a Assembléia Permanente. Contudo, a partir de julho de 1949, a tesouraria do movimento criou uma contribuição, no valor de 100 cruzeiros, que passou a ser cobrada dos colegas médicos e engenheiros (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1949h, p. 8).

Por outro lado, quanto aos trabalhos mais centrais da Assembléia Permanente, já em junho de 1948, a Assembléia Permanente aprovou uma moção dirigida ao governador Adhemar de Barros em que demandava a indicação de um nome técnico para a Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social. Os médicos almejavam a presença de um verdadeiro profissional da área, escolhido por critério essencialmente técnico, para comandar a secretaria. Conforme publicado em “O Estado de São Paulo”, temos o seguinte texto dirigido ao governador do Estado:

Peço permissão para levar ao conhecimento de v. exa., que os médicos do Estado de São Paulo resolveram, há mais de um mês, considerar-se em assembléia permanente, para tratar de diversos assuntos referentes à profissão, entre eles a sua atuação na função pública.

Na sessão de 14 do corrente foi aprovada a moção, que ora dirijo a v. exa., no sentido de manifestar o contentamento da classe se v. exa. se dignasse indicar para ocupar a Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social, o nome de um técnico em assuntos de assistência social e saúde pública.

Destarte procuram os médicos manifestar aos poderes administrativos o interesse que têm pela coisa pública e, ao mesmo tempo, robustecer a dignidade profissional, escopo primordial da assembléia permanente acima aludida (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1948p, p. 8).

Certamente esta reivindicação se fazia presente nos trabalhos da Assembléia Permanente dos médicos dada a constante troca de secretários da pasta de Saúde e pelo fato de que, por diversas vezes, o nome escolhido para o cargo ter sido apenas o de um aliado político do governador, o qual nem sempre tinha relações efetivas com a área da saúde, prejudicando não apenas o andamento das atividades como atingindo um aspecto importante citado anteriormente acerca do profissionalismo médico, que via o âmbito de sua atuação profissional ligada à administração pública estadual muito atingida pelo elevado nível de politização da saúde. Além da crítica quanto a situação da carreira médica junto ao governo paulista, os médicos do Estado acrescentaram o descontentamento em relação a forma como Adhemar de Barros lidava com a estruturação do comando da Secretaria de Saúde Pública.

Mas afora o fato de propor a necessidade de um nome técnico para o comando da Secretaria de Saúde Pública, os médicos da Assembléia Permanente decidiram, também nas reuniões de junho de 1948, enviar uma mensagem de solidariedade aos médicos e engenheiros da Prefeitura de São Paulo, os quais se encontravam igualmente em busca de reestruturação de suas carreiras em âmbito municipal – estes já haviam avançado no seu movimento, tendo obtido àquela altura que o anteprojeto dessa matéria estivesse tramitando em várias Comissões da Câmara Municipal. Os médicos da Assembléia Permanente resolveram também fazer-se representar oficialmente nos debates que promovia a Sociedade Paulista de Medicina Social e do Trabalho, a respeito do projeto Aluisio Alves, que tramitava na Câmara Federal e que instituíra o seguro-doença para todo o país. Ademais, deliberou-se no sentido de que fossem acompanhados os trabalhos sobre a equiparação das referidas carreiras, realizados pela Comissão Técnico-Legislativa do Estado. Enfim, nessas mesmas reuniões os médicos da Assembléia Permanente estabeleceram um plano de ação que deveria instalar progressivamente bases do movimento em importantes núcleos do interior paulista, de modo que decidiram fazer-se representar na inauguração da Assembléia Permanente de Médicos e Engenheiros da cidade de Santos, que iria acontecer também em junho – aliás, além de Santos, Sorocaba e Ribeirão Preto também organizaram suas respectivas Assembléias Permanentes, estabelecendo um contato muito próximo com o centro do movimento em São Paulo.

Durante todo o processo da campanha em torno da Assembléia Permanente, a comissão dirigente recebeu inúmeros telegramas de médicos, tanto da capital como do interior, confirmando o apoio e participação dos mesmos junto ao movimento (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1948q, p. 8), evidenciando, assim, a elevação do nível de coesão dos médicos do Estado em torno desta causa. As mensagens vinham de importantes centros

médicos do interior e expressavam a adesão, cada vez maior, dos médicos do Estado, tais como: Santos, Sorocaba, Araras, Jaú, Marília, Franca, São José do Rio Preto, Catanduva, Ribeirão Preto, entre outras cidades paulistas (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1949i, p. 9).

Neste ritmo de trabalhos, em agosto de 1948, os profissionais participantes da Assembléia Permanente iniciaram os preparativos para uma Convenção Estadual dos Médicos e Engenheiros de São Paulo, a qual contou com uma programação relativamente diversificada, composta de quatro temas oficiais: 1) equiparação das três carreiras (médicos, engenheiros e advogados); 2) a questão das associações de classe; 3) salário mínimo universal para os profissionais; e 4) outros temas livres (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1948r, pp. 8-9). Esse evento realizou-se a 4 de setembro de 1948 e, entre os participantes médicos, contou com a presença do Governador estadual Adhemar de Barros, o qual mais uma vez se comprometeu em atender a contento as demandas dos médicos e engenheiros da Assembléia Permanente. Em publicação do jornal “O Estado de São Paulo”, em outubro de 1948, temos a apresentação de uma carta do líder da Assembléia Permanente, Dr. Alipio Correa Neto, em que o mesmo faz menção a uma nota taquigráfica da Convenção Estadual em que se poderia extrair o seguinte pronunciamento do governador Adhemar que, presente ao evento, dirigia-se aos médicos mobilizados em torno da campanha pela equiparação. Adhemar de Barros teria afirmado que:

(...) um compromisso quero assumir convosco, é o compromisso de que vou mandar à Assembléia Legislativa, não para o exercício deste ano, porém, para o exercício de 1949, o projeto de reajustamento (...) afirmo que esse projeto deverá ser mandado daqui a uns 30 dias, para o exercício de 1949, ao Legislativo (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1948s, p. 11).

Esse pronunciamento foi utilizado pelo Dr. Alipio Correa Neto em entrevista à imprensa no processo de divulgação do movimento dos médicos e engenheiros. Contudo, através da própria imprensa foi contestado pelo governador Adhemar, o qual afirmou que não havia estipulado prazos para o cumprimento da demanda do movimento. Em resposta, o Dr. Alipio Correa Neto resolveu publicar a referida nota taquigráfica em que desmente a declaração anterior de Adhemar de Barros à imprensa. E ainda emendou:

Não menti, portanto, quando disse que o compromisso não foi cumprido dentro do prazo estipulado. Não tenho mesmo o hábito de mentir por mim próprio, e jamais o faria em nome de colegas e dos engenheiros que me honram com a sua confiança. As minhas palavras, portanto, exprimiram a verdade

amplamente testemunhada e por testemunhos de qualidade (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1948t, p. 11).

Em outro trecho, o Dr. Alípio destacou:

Estas notas taquigráficas foram revistas por V.Exa. [o governador] e o seu conteúdo foi falado em alto e bom som, numa reunião em que estavam presentes cerca de 1.200 médicos e engenheiros, testemunhas fidedignas de dois fatos: 1) o compromisso do Sr. Governador; 2) que espontaneamente se marcou um prazo de cerca de 30 dias (ESTADO DE SÃO PAULO, 1948u, p. 11).

Com a publicação da referida nota taquigráfica, o Dr. Alípio respondeu a contestação anterior do governador e acrescentou mais uma página às relações de aproximação e distanciamento entre o governo adhemarista e os médicos e engenheiros mobilizados, uma página com trocas de acusações mútuas, inclusive de mentiras. Àquela altura, entre os médicos de São Paulo a Associação Paulista de Medicina constituía-se na entidade médica de maior abrangência e representatividade do Estado; nesta condição, seu presidente em exercício, o professor Dr. Jairo Ramos, tomou parte nas discussões entre o governo paulista e os médicos e engenheiros. Dessa forma, declarou à imprensa:

Somos acusados de fraudadores da verdade, não temos senso porque reivindicamos um direito e pedimos justiça, agimos mal porque desconhecemos a situação financeira do Estado, deste mesmo Estado que fazendo-se cego às obrigações a cumprir, majorou em 100% os vencimentos de apenas uma classe de seus servidores, somos inconscientes porque pleiteamos uma justa equiparação e porque achamos justo que esta venha atingir todas as classes de servidores públicos. (...)

(...) Como se não bastasse todas estas acusações, restava mais uma, também de autoria do Sr. Governador, quando diz: 'Eu lamento, meu caro colega, o que se está passando com os colegas e amigos da Assembléia Permanente de Engenheiros e Médicos, procurando criar mais um estado de alarme na opinião pública'. (...)

Protestamos [diz o Dr. Jairo Ramos] com toda autoridade de presidente da APM, com autoridade de médico consciente de seus deveres e de seus direitos (...) contra esta afirmativa do Sr. governador (...) (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1948v, p. 12).

O movimento da Assembléia Permanente já havia conquistado o apoio de diversas entidades médicas e dos engenheiros e, com o tempo, outras entidades profissionais também emprestaram o seu apoio. Entre elas, encontravam-se: o Centro Acadêmico Oswaldo Cruz – da Faculdade de Medicina da USP, o Centro de Estudos do Serviço de Tuberculose, a Sociedade Médica de Sorocaba, a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, o Sindicato Médico de Campinas, a Sociedade Paulista de Medicina e Higiene Escolar, a Sociedade de Medicina Social e do Trabalho, a Sociedade de Oftalmologia de São Paulo, o

Centro de Estudos Franco da Rocha, as Associações de Médicos e Engenheiros de Santos, o Instituto de Engenharia, e ainda, Associação dos Engenheiros do Estado, o Sindicato Médico do Estado de São Paulo e a já mencionada Associação Paulista de Medicina. Aliás, no correr dos trabalhos, haveria a confirmação do apoio de entidades médicas de outros Estados, como foi o caso da Associação Médica de Minas Gerais, a qual, no início de 1949 iria declarar o seu apoio ao movimento, assim como a Academia Nacional de Medicina⁴⁵.

Mas se o movimento da Assembléia Permanente caminhou para se tornar uma força coletiva atuante em benefício das carreiras envolvidas, também percebeu que as resistências do governo paulistas e a impostura no cumprimento dos acordos com o movimento começavam a exigir atitudes mais firmes de sua parte. No mês de outubro de 1948, médicos e engenheiros decidem criar um fato com significado simbólico e político mais explícito quanto ao seu descontentamento ante as reticências do governo paulista em atender suas reivindicações. Em resolução aprovada em uma sessão de outubro, os profissionais mobilizados decidiram que:

Conforme resolução aprovada na última sessão da “Assembléia Permanente dos Médicos e Engenheiros de São Paulo”, a que compareceram os representantes de várias associações de classe, resolveu-se solicitar a essas entidades, como demonstração de solidariedade aos médicos e engenheiros – funcionários públicos, prejudicados em seus direitos, o fechamento de suas sedes por três dias em sinal de protesto por não terem ainda sido tomadas pelo governo do Estado as medidas prometidas em favor daqueles profissionais durante a Convenção Estadual realizada a 4 de setembro último e em várias outras ocasiões repetidas à Comissão Mista das duas classes (...)

(...) Durante a campanha mostraram os médicos e engenheiros toda a paciência e critério que deles era lícito esperar. Primeiro apelaram e nada conseguindo, resolveram reunir-se em Assembléia Permanente nesta Capital e em treze cidades do Interior. Levando em conta as propaladas dificuldades financeiras do Estado, resolveram, ainda, facilitar a tarefa do governo, escolhendo a data de 1º de janeiro de 1949 para a reparação que tarda. Colaboraram da maneira mais eficiente possível na feitura de planos, e nesse desprendimento se mostraram dignos. Mas nem assim, apesar de uma declaração pública reproduzida na imprensa, o governo do Estado até agora tomou as providências necessárias e cabais (...)

(...) O fechamento de Associações de classe é o primeiro sinal de revolta que a todos os espíritos está causando tão esdrúxulo critério de tratamento (...)

(...) Outras atitudes mais enérgicas virão se persistir esse estado de coisas (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1948x, p. 13)

Por volta do final de novembro de 1948, já não havia mais tempo hábil para que a medida de equiparação fosse incorporada pelo Executivo à proposta orçamentária do ano seguinte e atingisse o Legislativo. Assim, os médicos e engenheiros mudam de tática e

⁴⁵ Tais informações sobre o apoio de várias sociedades médicas ao movimento estão de acordo com o diário “O Estado de São Paulo”, nas seguintes edições: de 20 de outubro de 1948, p. 8; 22 de outubro de 1948, p. 9; 24 de outubro de 1948, p. 11; de 9 de fevereiro de 1950; 21 de outubro de 1948, p. 10; 21 de janeiro de 1949; e 20 de julho de 1949, p. 9.

passam a buscar a saída no apoio da Assembléia Legislativa de São Paulo. Com base nos pareceres favoráveis de dois juristas contatados, o professor Vicente Rao e o constitucionalista Carlos Maximiliano, médicos e engenheiros encontraram uma brecha legal para pedir a medida de equiparação por meio de uma medida decorrente da ação dos deputados da Assembléia Legislativa Estadual. Dessa forma, a nova tática foi proposta e votada pela Assembléia Permanente, sendo aprovada junto de um requerimento, segundo o qual, a comissão diretiva da Assembléia Permanente deveria entrar em contato imediatamente com o presidente da Assembléia Legislativa do Estado, entregando-lhe em mãos o texto do projeto e os aludidos pareceres para discussão no Parlamento Estadual (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1948z, p. 12).

Na mesma sessão da Assembléia Permanente em que a nova tática foi aprovada, participou dela o presidente da Associação Paulista de Medicina, o Dr. Jairo Ramos, o qual usou da palavra e tornou público a todos os presentes que, em reunião com seus associados, a APM havia decidido terminantemente que: 1) consideravam nula, de qualquer ponto de vista, a palavra do governador Adhemar de Barros, visto ter reiteradamente prometido a equiparação das carreiras colimadas, mas, igualmente, não ter cumprido a palavra; 2) a APM passaria a considera-lo inimigo da classe médica e, ademais, a procederem as acusações verbais que haviam sido feitas contra ele em relação à classe, acusações essas objeto de cogitação da Comissão de Defesa da entidade, poderiam cassar-lhe o título de sócio benemérito concedido ao governador em 1941, quando o mesmo era interventor do Estado; 3) oficial dando conhecimento desse ato a todas as entidades médicas do país; 4) exigir de todos os médicos que ocupam cargos de confiança na administração estadual, que, em 48 horas, se definissem se estavam ao lado do governador ou da classe; 5) decorrido esse prazo, publicar pelos jornais os nomes dos médicos que pertenciam à classe e os que não pertenciam mais; 6) oficial ao presidente executivo do 7º Congresso Brasileiro de Higiene, que se realizaria em dezembro daquele ano, fazendo ver que a Associação Paulista de Medicina não compareceria ao evento caso o governador Adhemar de Barros participasse do mesmo. De fato, o evento realizar-se ia entre 12 e 19 de dezembro de 1948, sendo que era esperada a participação do chefe do executivo paulista, além do secretário de Saúde Pública e Assistência Social, do diretor do Departamento de Saúde do Estado, do diretor da Faculdade de Higiene e Saúde Pública e de representantes de serviços de saúde pública federais e de outros Estados.

Ao final da reunião, médicos e engenheiros discutiram quais as possibilidades de tomar medidas mais duras a fim de garantir a conquista do objetivo fundamental do movimento. Em meio às discussões emergiu a possibilidade de o movimento de Assembléia

Permanente estabelecer uma ação de cunho mais radical, isto é, um movimento grevista, algo que, certamente, representaria uma grande radicalização do movimento e uma medida pouco comum para os médicos paulistas daquela época.

A 21 de dezembro de 1948, em sessão da Assembléia Permanente de Médicos e Engenheiros, os profissionais mobilizados decidiram entrar em greve. Cansados das reticências do governador e temerosos de que não houvesse mais tempo hábil para a aprovação do projeto que tratava da matéria na Assembléia Legislativa, os médicos e engenheiros resolveram radicalizar o movimento em definitivo. Na reunião, surgiram duas propostas para a realização da greve: o Sr. Antônio Branco Lefevre propôs que a greve deveria acontecer no dia seguinte, 22, e que durasse das 12 às 18 horas; já o Sr. José Domingos Machado sugeriu que a greve deveria se iniciar às 8h, prolongando-se até às 18h – e o Sr. Cerrutti emendou e propôs que, no dia da greve, os casos de urgência fossem atendidos pelos médicos internos de plantão. “Assim, os doentes dos Prontos Socorros e das Maternidades, bem como os que necessitam de intervenção cirúrgica, seriam assistidos por um grupo de médicos designados exclusivamente para esse fim” (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1948aa, p. 12). Colocadas em votação, venceram as propostas do Sr. Domingos Machado e do Sr. Cerrutti, ficando a greve marcada para o dia seguinte. Ficou resolvido, ainda, que a greve deveria atingir todos os serviços médicos, públicos e privados, além de todos os de engenharia, sendo que às 14h do dia da greve os profissionais mobilizados deveriam se reunir no Palácio Nove de Julho, a fim de apresentar novamente suas reivindicações ao Legislativo. Dessa forma, em greve, cerca de 200 médicos e engenheiros reuniram-se junto ao Palácio Nove de Julho para cumprir com o que haviam acordado na reunião anterior da Assembléia Permanente (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1948ab, p. 4).

Encerrada a greve, veio a resposta do governo estadual logo no dia seguinte. No dia 23 de dezembro, o Executivo emitiu uma punição através de resolução dirigida aos profissionais servidores estaduais que se envolveram com o movimento grevista. Embora fosse a suspensão a medida permitida pelo Estatuto dos Funcionários Públicos, o governo achou por bem determinar uma sanção mais branda, ou seja, apenas a repreensão, justificando que com a suspensão de funcionários haveria maior prejuízo à população. Por outro lado, também foi constituída uma comissão com três integrantes para apurar os fatos relacionados ao evento da greve, a fim de propor as medidas disciplinares que se entendessem necessárias, afóra as possíveis penalidades criminais (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1948ac, p. 14). Além disso, também se aventaram a existência de perseguições a funcionários, como no caso da direção da

Estrada de Ferro Sorocabana, que teria iniciado um processo persecutório ante os engenheiros que haviam participado do movimento grevista ou que o teriam apoiado de alguma maneira.

Contudo, assim que mudou o ano, logo no início de janeiro de 1949, o governo paulista voltou atrás e revogou as sanções infligidas aos médicos e engenheiros grevistas. Em uma sessão da Assembléia Permanente de Médicos e Engenheiros, divulgada pelo jornal “O Estado de São Paulo” a 4 de janeiro daquele ano, os profissionais mobilizados comentaram essa medida concluindo que o governador havia percebido que, pelo menos em parte, as reivindicações dos médicos e engenheiros paulistas procediam (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1949j, p. 8).

Mas os desdobramentos dessa greve não se limitaram a esses fatos. Da parte dos médicos e engenheiros mobilizados surgiram 2 comissões de sindicância, uma dos médicos e outra dos engenheiros, responsáveis pela apuração da não participação ou oposição de determinados profissionais ao movimento de 22 de dezembro de 1948. A depender do que se apurasse, tais profissionais poderiam ser excluídos dos quadros de suas respectivas associações ou entidades representativas e considerados inimigos dessas classes. Em sessão de 17 de janeiro de 1949, a comissão de sindicância dos médicos já havia apontado 49 médicos considerados, nestes termos, em situação irregular, os quais deveriam ser interpelados. Entre eles, certamente encontrava-se o governador Adhemar de Barros, o qual deveria ser o primeiro interpelado, dada a sua posição ante a greve (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1949k, p. 9).

No final de março de 1949, a Assembléia Permanente resolveu aprovar a conclusão no sentido da inocência de alguns colegas na sindicância médica, bem como o resultado da sindicância da parte dos engenheiros, que concluíram pela inocência de todos os que haviam sido denunciados. Além disso, foi sugerido que fosse punido o engenheiro Caio Dias Batista – secretário estadual de Viação –, da mesma maneira que o fora o Dr. Herbert de Maia Vasconcelos – secretário da Saúde –, por terem assinado o decreto que puniu os médicos e os engenheiros que participaram da greve (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1949l, p. 9).

Em continuação dos trabalhos, a Assembléia Permanente resolveu criar uma comissão, composta de médicos e engenheiros – sob a liderança do Dr. Alipio Correa Neto – para entender-se com os deputados da Assembléia Legislativa no sentido de que fosse apresentada uma emenda ao projeto de lei nº. 209 (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1949m, p. 5). Este projeto deveria promover um reajustamento de vencimentos, salários e gratificações do funcionalismo estadual, conforme proposta do Executivo em estudo pelos parlamentares desde o primeiro semestre de 1949, e promover a reestruturação de algumas categorias de

servidores estaduais. A emenda pretendida pelos médicos e engenheiros deveria equiparar essas categorias aos advogados servidores do Estado (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1949n, p. 9).

Inicialmente este projeto surgiu de uma mensagem do Executivo à Assembléia Legislativa e procurava criar um abono mensal de Cr\$ 450,00 aos quadros do funcionalismo civil em geral, exceto as categorias que percebessem vencimentos acima de 8 mil cruzeiros mensais, além de advogados, delegados de polícia, fiscais de rendas e redatores, bem assim aos componentes da Força Pública, Guarda Civil e da extinta Polícia Especial; outros funcionários excluídos seriam os extranumerários contratados e mensalistas. Na realidade, o abono deveria ser destinado aos servidores estaduais mencionados acima, entre 1º de julho e 31 de dezembro de 1949. Por outro lado, o projeto ainda concederia abono aos diaristas, no valor de Cr\$ 15,00, e aos tarefeiros, de acordo com o preço unitário da tarefa, calculado de tal maneira que o salário médio do tarefeiro se elevasse na mesma proporção que o do diarista. A majoração designada pelo projeto estendia-se ainda aos vencimentos ou salários do pessoal civil e militar do governo do Estado – exceto, novamente, os advogados, delegados, fiscais de rendas e redatores – a partir de 1º de janeiro de 1951, além de abono igual à diferença entre os vencimentos auferidos antes e depois de 1º de janeiro de 1951.

Contudo, no dia 6 de maio de 1949, o Executivo paulista volta atrás e retira a sua mensagem inicial que originou o projeto de lei nº. 209. De tal solicitação, no entanto, o governo estadual desistiu logo em seguida e, a 10 de maio, o projeto já estava de volta ao Legislativo para apreciação. Afinal, o projeto foi tido como inconstitucional pela Comissão de Constituição e Justiça da Assembléia Legislativa, visto não atender para o artigo da Constituição Estadual então vigente, que determinava que toda alteração nos vencimentos do funcionalismo deveria, igualmente, atingir não apenas os quadros ativos, mas também os inativos. Com isso, o parecer inicial do deputado Lino de Matos – relator do projeto –, favorável ao mesmo, foi vencido. Conforme disposições regimentais da Assembléia Legislativa, esse fato criou a necessidade de se trocar de relator, assumindo o posto, desta vez, o deputado Cássio Ciampolini (PTB), o qual apresentou um substitutivo junto dos líderes Ulisses Guimarães (PSD), Moura Andrade (UDN), Sales Filho e Loureiro Júnior e emitiu um parecer em que indicou algumas emendas ao texto do projeto, declarando constitucional o novo substitutivo e constitucionais as emendas; a partir deste ato o projeto foi apreciado mais uma vez pela Comissão de Constituição e Justiça e aprovado, seguindo desde este ponto do processo legislativo em diante, seu trâmite em outras instâncias da Assembléia Legislativa (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1949o, p. 10; 1949p, p. 4). Outras alterações foram propostas

em discussões na Assembléia Legislativa, em formato de substitutivo, apresentando possibilidades alternativas de majoração dos vencimentos do funcionalismo estadual – desde o princípio, surgiram diferentes tabelas de majoração. Na realidade, este projeto atingia um considerável número de servidores, os quais através de suas entidades de classe e contatos com deputados, procuravam influenciar o andamento dos trabalhos e obter o resultado mais favorável aos seus interesses. Contudo, logo no início o governo Adhemar percebeu que tais aumentos atingiriam em cheio as contas públicas estaduais e, a depender de como o projeto nº. 209 fosse aprovado, aventava-se a possibilidade de aumentar os impostos.

Em julho de 1949, o projeto de lei sobre o reajustamento do funcionalismo já trazia também a alteração almejada por médicos e engenheiros no sentido da equiparação. Não por acaso, este acontecimento leva o então presidente da Associação Paulista de Medicina, Dr. Silvio Lemos do Amaral, a se manifestar em agradecimento junto ao presidente da Assembléia Legislativa, deputado Basílio Machado Neto, e ao deputado Sales Filho, responsável pelo parecer favorável ao projeto, alterado então em benefício dos médicos e engenheiros (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1949q, p. 9).

Distanciando-se do Executivo e adotando a nova tática de buscar a equiparação junto aos deputados da Assembléia Legislativa, os médicos e engenheiros mobilizados continuaram seus trabalhos nos meses seguintes. Neste sentido, em agosto de 1949, os médicos decidiram reforçar a mobilização em âmbito estadual, de tal modo que aceitaram por unanimidade a proposta do Dr. José Salvador Julianelli, o qual, em reunião da Assembléia Permanente, sugeriu que se oficiasse às 13 Assembléias Permanentes do interior do Estado informando sobre a situação da campanha em prol da equiparação e que se realizassem sessões conjuntas das Assembléias do interior e da capital (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1949r, p. 7). No entanto, apesar desses esforços, o andamento dos trabalhos na Assembléia Legislativa Estadual não estava muito favorável e animador.

Na realidade, o projeto de lei estava se arrastando e prometendo demorar até ser aprovado, possuindo àquela altura diferentes tabelas de majoração dos salários, as quais certamente tornavam o trabalho de aprovação mais demorado. Diante disso, em sessão da Assembléia Permanente de Médicos e Engenheiros, realizada também em agosto, os profissionais mobilizados decidiram adotar uma postura mais dura em relação aos parlamentares estaduais que se mostrassem reticentes ou avessos à mudança legal almejada por médicos e engenheiros. Assim, esses profissionais decidiram: acompanhar *in loco* a discussão e votação do projeto na Assembléia Legislativa; verificar quais deputados votariam a favor e quais contra, de forma a iniciar uma campanha contrária nas eleições seguintes aos

políticos que se mostrassem contrários a aprovação do projeto; e enfim, os médicos e engenheiros comprometiam-se a não prestar serviços profissionais aos deputados que negassem a medida legal desejada por eles (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1949s, p. 8).

Tal radicalização do movimento gerou protestos de deputados da Assembléia Legislativa, como foi o caso expressivo e significativo do deputado Nelson Fernandes (PTB), relatado pelo jornal “O Estado de São Paulo” no dia 13 de outubro de 1949. Em discurso proferido naquela Casa Legislativa a 10 de outubro daquele ano, o Sr. Nelson Fernandes concluiu que o movimento de Assembléia Permanente era pilhérico e que era pilhérica a decisão tomada pelos profissionais mobilizados de combater os deputados contrários à equiparação. O deputado acusou ainda os dirigentes do movimento de estarem criando uma espécie de circo em torno da questão de equiparação mais para alavancarem suas posições de dirigentes junto às associações profissionais, do que para trabalharem efetivamente em benefício dos médicos e engenheiros; enfim, o deputado afirmou que o movimento não havia conseguido mobilizar mais do que 300 profissionais, num universo que ele considerava muito maior (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1949t, p. 5).

Os desentendimentos entre os participantes da Assembléia Permanente de Médicos e Engenheiros, de um lado, e os deputados da Assembléia Legislativa Estadual, de outro, levou a uma intervenção externa do arcebispo de São Paulo, D. Carlos Carmelo de Vasconcelos Mota. No Palácio Pio XII, em São Paulo, o arcebispo reuniu líderes dos dois lados. Entre os parlamentares participaram: o Sr. Basílio Machado Neto, presidente da Assembléia Legislativa; o deputado Ulisses Guimarães, líder da bancada do PSD; Cássio Ciampolini, líder do PTB; Auro Soares de Moura Andrade, líder da UDN; Renato Egidio de Sousa Aranha, do PRP; Luis Liarte, pela Comissão de Finanças; e o deputado Sólton Varginha. Da parte dos profissionais, estavam: o professor Alípio Correa Neto, presidente da Assembléia Permanente de Médicos e Engenheiros; o professor Jairo Ramos, presidente da Associação Paulista de Medicina; e o engenheiro Álvaro de Sousa Lima, presidente do Instituto de Engenharia. Ainda participaram desta reunião, D. Paulo Rolim Loureiro, bispo auxiliar de São Paulo, e o secretário do presidente da Assembléia Legislativa de São Paulo.

Nessa reunião, não se discutiram particularidades do projeto de lei nº. 209 – que tratava dos reajustamentos salariais, da reestruturação do funcionalismo e da questão da equiparação de médicos e engenheiros – mas de acertar as desavenças entre as duas assembleias. Os críticos do movimento de médicos e engenheiros ainda assim apontaram restrições à referida reunião; no entanto, o objetivo maior desta foi alcançado, isto é,

conseguiu-se trazer calma aos ânimos e retornar o clima de relativa abertura ao diálogo entre as partes.

Depois de superada essa crise de médicos e engenheiros com a Assembléia Legislativa, as atenções concentraram-se na tramitação do projeto de lei nº. 209. Em outubro de 1949, médicos e engenheiros experimentaram um relativo revés em suas pretensões de equiparação. Àquela altura, houve uma sessão de votação na Comissão de Finanças e Orçamento da Assembléia Legislativa, em que se discutiu, em mais uma rodada, o substitutivo do projeto de lei nº. 209, sem a aprovação da medida de equiparação almejada por médicos e engenheiros paulistas. Conforme o jornal “O Estado de São Paulo”, de 15 de outubro de 1949, página 4, a votação seguia sem maiores problemas até ser votado o § 3º do artigo 4º, que tratava da reestruturação funcional de médicos, engenheiros, agrônomos, químicos, veterinários, dentistas, contadores, entre outras categorias universitárias. A medida de equiparação de médicos e engenheiros ante a carreira pública estadual de advogados foi voto vencido na bancada do PSD, no que foi acompanhada por 2 membros do PSP, deputados Salomão Jorge e Castro Carvalho. Na realidade, logo em seguida, aprovou-se uma reestruturação para as carreiras universitárias de promotores, procuradores, juízes, desembargadores e ministros do Tribunal de Contas do Estado (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1949u, p. 4), os quais foram favorecidos em detrimento das demais carreiras com nível superior.

As discussões seguiram, contudo, de acordo com o trâmite previsto na Assembléia Legislativa e o projeto de lei nº. 209 seguiu seu curso nas demais instâncias do Poder Legislativo Estadual. Embora tivessem tido um parecer desfavorável à medida de equiparação em uma das rodadas de discussão na Comissão de Finanças e Orçamento, até a votação final em plenário, os médicos e engenheiros conseguiram modificar o projeto e reinserir novamente essa medida no corpo do mesmo, sendo este votado e aprovado, finalmente, em votação plenária. A Assembléia Legislativa aprovou o projeto com a reestruturação equiparando médicos e engenheiros aos advogados servidores estaduais. Assim, em um primeiro momento, os médicos conseguiram obter sucesso em seu trabalho de convencimento junto aos deputados estaduais. Entretanto, o projeto precisava ser aprovado e sancionado pelo governador, o qual demonstrou ter uma opinião diferente dos parlamentares paulistas.

Quando o projeto seguiu para a sanção do Poder Executivo Estadual, Adhemar de Barros emitiu um veto parcial ao projeto, desaprovando, entre outras coisas, a medida de equiparação de médicos e engenheiros. Em 10 de janeiro de 1950, foi publicado no Diário Oficial o veto parcial do governador ao projeto de lei nº. 209, medida tomada exatamente no

dia anterior, 9 de janeiro, e que se baseou em uma justificativa anexa ao veto de que somente um aumento na arrecadação de impostos poderia sustentar o gasto público acrescido pela aprovação das medidas de reestruturação de categorias especiais, como de médicos e engenheiros (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1950,)⁴⁶. Enfim, no final de 1950, em 24 de novembro, a Assembléia Legislativa de São Paulo decidiu pela aceitação do veto do governador⁴⁷, encerrando de uma vez por todas a questão da equiparação, que se arrastou por boa parte do 2º mandato de Adhemar de Barros como governador de São Paulo.

Em todo esse percurso, os médicos paulistas empenharam-se fortemente numa estratégia de ação que, em determinados momentos, tornou rarefeita as fronteiras entre política convencional e profissionalismo. Partindo de uma demanda sustentada na questão do tratamento desigual às carreiras de nível superior por parte do poder político estadual, bem como de um relativo entendimento com o Executivo paulista, os médicos atingiram o ponto de considerar o governador Adhemar de Barros um inimigo da profissão; por outro lado, o mesmo se deu quanto à relação dos médicos com a Assembléia Legislativa, situação contornada apenas através de uma intervenção externa do arcebispo de São Paulo. Os médicos politizaram sua ação enquanto grupo de tal maneira que contrariaram um princípio básico da profissão médica e afirmaram que não prestariam seus serviços profissionais aos políticos (deputados) que fossem contrários à medida de equiparação que tramitava no Legislativo Estadual, ou seja, afirmaram que iriam sobrepor um interesse tipicamente econômico-político aos interesses e deveres ético-profissionais.

Por outro lado, os médicos mobilizados realizaram uma sindicância contra colegas não favoráveis à tática grevista, demonstrando como os critérios da política convencional haviam permeado profundamente sua ação enquanto grupo. Assim, entre os médicos da Assembléia Permanente, predominou a política convencional sobre elementos importantes do profissionalismo. É bem verdade que seria difícil imaginar uma postura muito diferente quanto a um movimento claramente de natureza política, o qual reivindicava uma mudança de

⁴⁶ Depois do veto do governador, não possuímos mais informações acerca da Assembléia Permanente de Médicos e Engenheiros. Contudo, encontramos, ainda, em uma publicação do Diário Oficial de São Paulo (de 9/2/1950), uma representação das associações de médicos e engenheiros envolvidas na questão da equiparação junto à Assembléia Legislativa, a fim de sensibilizar os deputados estaduais para rejeitarem o veto de Adhemar. Participaram dessa representação, em aliança, da parte dos médicos: a Associação Paulista de Medicina, a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e o Sindicato dos Médicos do Estado de São Paulo. Como se pode perceber, instituições médicas de naturezas diversas, que, talvez, representavam grupos médicos de perfis relativamente distintos, acertaram uma ação comum em torno da questão da equiparação. Assim, é possível que o movimento tenha permanecido até a decisão dos deputados estaduais favorável ao veto de Adhemar, ou que sua existência tenha ido até mais longe, no entanto, não temos condições de afirmar nada seguro a esse respeito, pois não encontramos respaldo em dados empíricos obtidos com nossas fontes.

⁴⁷ Publicado no Diário Oficial do Estado de São Paulo em 25 de novembro de 1950, página 31. Não houve voto contrário ao veto da parte dos deputados estaduais da Assembléia Legislativa.

tipo legal, mas com desdobramentos sócio-econômicos. Com efeito, podemos dizer que, como nos lembra Halliday (1999), os médicos do Estado experimentaram toda a carga contraditória da ação política de um grupo profissional que se propõe a defender uma causa e vencer na arena da política convencional.

Nesse caminho, os médicos mobilizados na Assembléia Permanente conseguiram espaço na imprensa e no meio político, obtiveram o apoio de importantes instituições e associações profissionais, tornaram a Assembléia Permanente um fenômeno sócio-político que atingiu os médicos não apenas da capital como do interior paulista, formando núcleos em vários centros interioranos, além de terem defendido uma causa que sensibilizou diferentes grupos médicos e que atravessou diferenças internas na medicina daquele tempo – mesmo que se possa afirmar que esse movimento não tenha mobilizado a totalidade do grupo médico paulista e que suas estratégias de ação possam ter contrariado interesses, valores e idéias de determinados segmentos médicos.

Isso posto, embora seja possível se afirmar que as ações recíprocas entre os médicos paulistas e o governo Adhemar se caracterizaram por momentos de aproximação e momentos de distanciamento, e até conflito, acreditamos que tenha ficado explícita a capacidade de mobilização coletiva dos médicos paulistas do período analisado e como predominou a coesão interna do grupo profissional ante a política adhemarista – embora tenham ocorrido resistências de determinados médicos ao polêmico episódio grevista. Assim, se o movimento de Assembléia Permanente evidenciou como ainda não estavam claramente estabelecidas as fronteiras entre profissionalismo e política – que representa uma das bases da autonomia profissional –, também é verdade que o movimento favoreceu o grupo médico paulista através de sua capacidade de mobilização, a qual também é importante para o fortalecimento e manutenção do poder ou autonomia profissional. Na realidade, embora esta mobilização tenha favorecido os médicos do ponto de vista de sua autonomia, através do crescimento de sua capacidade coletiva de organização, eles não conseguiram ultrapassar o limite representado pelo poder de influência que a esfera política do Estado controla. Apesar de todo o trabalho político de convencimento, tanto do Legislativo como do Executivo Estaduais, os médicos não conseguiram aprovar a medida legal de equiparação que tanto desejavam.

Mas também foi o espírito de coesão e união de esforços que marcou a atuação da importante entidade médica que assumiu a condição de principal instituição representativa da medicina paulista no período aqui estudado, ou seja, a Associação Paulista de Medicina (APM). Os anos de 1947 a 1951 foram muito importantes para a consolidação da APM como instituição representativa do grupo médico do Estado, visto que esta entidade vivenciou um

processo sócio-político que contribuiu para reafirmar a força e os elementos comuns que aproximavam os diferentes segmentos médicos de São Paulo, especialmente conjugando a participação e colaboração, em igualdade de condições, de médicos tanto da capital como do interior do Estado. Se a Assembléia Permanente dos Médicos e Engenheiros conseguiu mobilizar os médicos do Estado e se montou bases em pelo menos 13 diferentes núcleos do interior, também é verdade que isso aconteceu dado o apoio de várias entidades profissionais – entre as quais, a própria APM, que, durante o segundo governo Adhemar, estendeu seu raio de ação e suas bases rumo ao interior do Estado.

Capítulo 9 – Coesão e união de esforços institucionais: a interiorização da APM.

Criada em 1930 pelos médicos de São Paulo, a Associação Paulista de Medicina é uma entidade profissional que atuou e atua a favor da medicina paulista até hoje. Desde sua fundação, ela tem cuidado dos interesses profissionais e científicos dos médicos do Estado. Até os anos 30 do século passado, a entidade médica de maior projeção em São Paulo era a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (criada em 1895). Contudo, a 29 de novembro de 1930, surgiu esta relevante associação médica em São Paulo, que antecedeu em importância profissional ao posterior Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), surgido na década de 1950. Os fundadores da APM eram liderados por Rubião Meira (1878-1946), conhecido professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo entre 1916 e 1941, e também, por Alberto Nupieri, médico respeitado por seus conhecimentos científicos e pela cultura humanística. A primeira reunião da entidade ocorreu na Faculdade de Medicina da USP, com a presença de cerca de 100 médicos. Na segunda reunião, realizou-se a eleição da diretoria e foram constituídas comissões de trabalho.

Desde sua criação até o surgimento do CREMESP, em 1956, a APM se constituiu na principal entidade médica de São Paulo. No pós-1930, é possível notar a existência de outras entidades médicas, como, por exemplo, o Sindicato dos Médicos de São Paulo, entidades representativas de especialidades médicas particulares, sociedades médicas locais ou municipais, sociedades ligadas a instituições de saúde privadas ou públicas e a própria Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Embora todas compusessem o conjunto de associações médicas paulistas, nenhuma tinha a força e representatividade da APM, a qual congregava em seu interior as mais diversas especialidades médicas da época, tais como, entre

outras, a neuropsiquiatria, a medicina legal, a dermatologia, a ginecologia e obstetrícia, a otorrinolaringologia, e ainda, a higiene e medicina tropical. Com abrangência estadual consolidada a partir da década de 1940, a APM era a principal entidade médica de São Paulo⁴⁸ à época do segundo governo Adhemar de Barros.

Segundo estatísticas do ano de 1944, presentes na “Revista Paulista de Medicina” em janeiro de 1950, o Estado de São Paulo contava com um total de 4.402 médicos próximo à metade da década de 1940, sendo 2.381 existentes na capital e 2.021 no interior. Ou seja, mesmo antes do início do governo Adhemar, existiam algo em torno (pouco mais ou pouco menos) de 4.000 a 4.500 médicos atuantes em todo o Estado, sendo que na parte final do segundo semestre de 1949, o total de médicos em São Paulo girava em torno de 5.400 profissionais, 2.400 na capital e 3.000 no interior (REVISTA PAULISTA DE MEDICINA, 1949, p. 80). Com efeito, ao final de junho de 1948, o número de sócios efetivos residentes na capital do Estado atingiu o patamar de 1.506 inscritos; já o número de sócios efetivos inscritos residentes no interior, totalizava 743. No término do biênio 1947-1948 – isto é, no encerramento da primeira metade do governo Adhemar de Barros –, o número total de sócios da APM somava 2.797. Na realidade, do início de 1947 até o final do ano seguinte, houve um crescimento de 253 membros efetivos e de 657 correspondentes; mas, ao final de 1949, no mês de dezembro, a Associação Paulista de Medicina contava com cerca de 3.800 médicos associados em todo o Estado de São Paulo, sendo que havia a expectativa de que a entidade atingisse algo em torno de 5.000 associados já em dezembro de 1950, de modo que a APM caminhava para a condição de instituição realmente representativa da maioria dos médicos paulistas (REVISTA PAULISTA DE MEDICINA, 1949, p. 89).

Contudo, a divisão entre sócios efetivos (da capital e do interior paulistas) e sócios correspondentes (de outros Estados do país e do estrangeiro) emergiu através de uma reforma estatutária estabelecida em Assembléia Geral da entidade, a 2 de julho de 1948 (REVISTA PAULISTA DE MEDICINA, 1950, pp. 87-97). A partir desta reforma, os antigos sócios correspondentes residentes no interior paulista passaram, como indicado acima, à categoria de efetivos, tal qual os membros da APM que moravam na cidade de São Paulo. O novo estatuto

⁴⁸ Sobre a APM, consultar: FILHO, José Marques (coord.). *CREMESP: uma trajetória*. São Paulo, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2004. Também foi possível verificar a diversidade de especialidades médicas congregadas na APM, ao longo dos anos pesquisados por esta pesquisa (1947-1951), nas edições do jornal “O Estado de São Paulo” – especialmente na seção diária desta publicação intitulada “Movimento Associativo”, onde o jornal tratava da dinâmica de atividades e reuniões de várias associações de classe de diversos grupos profissionais (não só de médicos, mas também engenheiros e advogados) e até associações patronais.

indicou que existiriam 5 categorias de sócios, os quais seriam exatamente: a) efetivos; b) os correspondentes nacionais; c) correspondentes estrangeiros; d) honorários; e) beneméritos.

Entre os médicos sócios efetivos da APM que residiam no interior em 1948, encontramos profissionais dispersos em várias cidades e regiões do Estado, num total de 160 municípios (REVISTA PAULISTA DE MEDICINA, 1948, pp. 88-106). Os médicos do interior deveriam ser membros de Secções Regionais da APM ou de Sociedades médicas locais Filiadas à entidade médica anterior (caso estas existissem próximo do local onde os mesmos residissem), mas aqueles médicos pertencentes a localidades fora da área de abrangência de secções regionais ou de sociedade médicas filiadas poderiam ser também admitidos como sócios efetivos, desde que contribuíssem com o valor de anuidade correspondente à sua condição, isto é, metade da anuidade paga pelos sócios efetivos da capital (na realidade, estes, para serem admitidos como tal pela APM deveriam ainda contribuir com uma jóia⁴⁹). Nestes termos, eram direitos dos sócios efetivos quites com a Tesouraria da APM: votar e ser votado para qualquer cargo, exceto as restrições estatutárias, desde que o sócio estivesse regularmente inscrito há mais de 3 meses; utilizar os serviços prestados pela APM; receber publicações da associação; inscrever-se no Departamento de Previdência, conforme o respectivo regulamento; além de apresentar trabalhos e tomar parte nos debates; inscrever-se nos cursos de aperfeiçoamento promovidos pela entidade e se candidatar aos prêmios distribuídos pela APM. Os sócios efetivos ainda poderiam receber títulos especiais, desde que tivessem ingresso em qualquer dos Departamentos Científicos da instituição.

Quanto aos sócios correspondentes nacionais, seriam todos os médicos que exercessem a profissão fora do Estado de São Paulo, mas residentes em outras unidades estaduais do país. Seriam admitidos por solicitação expressa e parecer favorável da “Comissão de Defesa da Classe”, da APM, e não precisariam contribuir com jóia, embora tivessem de pagar a metade da anuidade estabelecida como contribuição à associação. Já os correspondentes estrangeiros seriam isentos de qualquer contribuição à entidade, contudo, somente seriam admitidos mediante proposta de, no mínimo, 100 sócios efetivos, e ainda, a aprovação da Diretoria da associação. Por outro lado, ficou estabelecido que seriam sócios honorários os cientistas de mérito comprovado, indicados pela diretoria e aceitos por 2/3 dos

⁴⁹ Jóia é normalmente o valor requerido por determinadas entidades ou clubes sociais para a adesão de um novo membro; trata-se de um valor monetário cobrado para o novo sócio ou participante. Difere da anuidade ou mensalidade, visto ser cobrada apenas uma única vez; embora seja diferente de um título de propriedade sobre a entrada em uma dada entidade ou clube, ela também permite, como o título, que o novo sócio tenha seus direitos de membro da entidade assegurados.

votos da Assembléia Geral da Associação Paulista de Medicina. Os sócios beneméritos, por sua vez, seriam as pessoas indicadas pela Diretoria por mérito relativo a serviços relevantes prestados à APM e que, igualmente, fossem aprovados por 2/3 da Assembléia Geral.

Ainda conforme a reforma estatutária, a APM teria sede e foro na Capital do Estado de São Paulo, sendo que seriam suas finalidades mais gerais: a promoção do aperfeiçoamento médico científico; a orientação deontológica do exercício profissional da medicina; contribuir para a união e defesa dos profissionais da medicina; instituir e manter sistema de previdência e assistência sociais para seus associados; contribuir para a solução dos problemas médico-sociais; e também, orientar o público leigo do ponto de vista da melhor assistência médica. Ficaram instituídos como órgãos dirigentes da Associação Paulista de Medicina: a Assembléia Geral, a Diretoria e as Comissões Permanentes.

A Assembléia Geral foi constituída como a instância soberana da entidade, responsável por resolver todos os assuntos: decidir, deliberar, aprovar e ratificar, ou não, todos os atos sociais da APM; a Assembléia compor-se-ia de delegados eleitos entre os sócios efetivos de cada município do Estado, de acordo com o princípio da representação proporcional, e teriam mandato de 2 anos, com a possibilidade de reeleição. Conforme o estatuto, as competências da Assembléia Geral versariam em torno dos seguintes aspectos: a) eleição da Diretoria da APM; b) eleição do Conselho Deliberativo do Departamento de Previdência; c) eleição dos membros das Comissões Permanentes; d) fixação do valor da anuidade dos sócios; e) criação ou extinção de cargos da Diretoria; f) realização da tomada de contas da Diretoria da associação; g) emendar ou reformar o estatuto, ou resolver matéria não prevista no mesmo; e, enfim, h) determinar, através de resoluções, qual orientação a ser seguida pela APM acerca das iniciativas consoantes à classe médica e ao público em geral. Na realidade, a reforma estatutária de 1948 alterou alguns fundamentos da APM relacionados ao poder da Diretoria da entidade, ou seja, antes da reforma, a Diretoria era o órgão supremo da Associação Paulista de Medicina e possuía amplos poderes de decisão e ação; no entanto, após a reforma, a Diretoria passou à condição de órgão executor das decisões tomadas nas Assembléias Gerais. Por outro lado, o novo estatuto, como veremos, forneceu ainda à Diretoria um órgão coordenador e consultivo – o Conselho das Secções e Sociedades Filiadas.

Para cumprir com as funções de órgão executivo da associação, o estatuto designou a instância da Diretoria da APM, composta de Presidente, Vice-Presidente, Secretário-Geral, 1º e 2º Secretários, e 1º e 2º Tesoureiros. Eleita para o prazo de 2 anos, a Diretoria reunir-se-ia ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, quando convocada pelo Presidente. Somente poderiam se eleger como Presidente ou Vice, os sócios efetivos há mais 5 anos em

pleno gozo de seus direitos estatutários. Igualmente, para os cargos da Secretaria e Tesouraria apenas os sócios efetivos poderiam se eleger. A reeleição foi admitida para todos estes cargos, embora mediante combinação de percentual de votos necessários para a aprovação do eleito. Assim, o Presidente e o Vice seriam reeleitos tão-somente se obtivessem 2/3 dos votos em Assembléia (em primeira reeleição) e 9/10 (em segunda). Quanto aos demais cargos, estabeleceu-se que os eleitos deveriam atingir a maioria dos votos. Junto à Diretoria, seria mantida uma Consultoria Jurídica, e anexa à Secretaria Geral, para uso dos sócios da APM, uma biblioteca entregue à profissional habilitado contratado especialmente para esse fim. O estatuto ainda confirmou um Clube Médico, mantido pela entidade e regulamentado e dirigido por uma comissão de três sócios escolhidos pela Diretoria.

Por outro lado, as Comissões Permanentes foram instituídas como órgãos cooperadores e fiscais da associação, sendo de quatro tipos: a Comissão de Defesa da Classe, mencionada anteriormente; a Comissão Eleitoral; a Comissão de Finanças e a Comissão Científica. O estatuto ainda definiu certos departamentos da APM que funcionariam na capital do Estado. Assim, foram instituídos os já citados Departamentos Científicos, Departamento de Cultura Geral e o Departamento de Previdência.

Enfim, o novo estatuto de 1948 tratou da criação de Secções Regionais e Sociedades Filiadas à Associação Paulista de Medicina, situadas no interior do Estado de São Paulo. Conforme o estatuto, estas duas categorias de sociedades médicas assumiriam o papel de representar a APM nas cidades do interior paulista. As Secções Regionais deveriam ser estabelecidas em cidades onde houvesse conveniência de reunir associativamente os médicos das respectivas regiões, a critério da Diretoria da APM, por indicação de qualquer membro desta, ou de uma das Comissões Permanentes, ou ainda, por solicitação dos médicos interessados. Neste contexto, todas as Secções Regionais receberiam o nome de Associação Paulista de Medicina, mais a indicação de Secção de (nome da cidade) e deveriam ser regidas por um estatuto único elaborado pela APM, sendo que, cada uma dessas Secções gozaria de autonomia administrativa e econômica, embora devessem respeitar os deveres estabelecidos pelo estatuto da entidade maior.

Quanto ao título de Sociedade Filiada, o estatuto designou que seria conferido às associações médicas do interior do Estado mediante convênio firmado com as mesmas pela Diretoria da APM, na pessoa de seus representantes legais, depois de aprovado pelas respectivas Assembléias Gerais. Da mesma forma que as Secções Regionais, as Sociedades Filiadas também gozariam de autonomia administrativa e econômica, porém, conservariam inalteradas suas respectivas denominações, as quais, no entanto, seriam seguidas da

designação de: “Filiado(a) à Associação Paulista de Medicina”. Os sócios das Secções Regionais e Sociedades Filiadas passariam a ser tratados como sócios efetivos da APM, no gozo de todos os direitos e sujeitos a todos os deveres destes, na forma do novo estatuto, o qual ainda determinou que nas localidades sob áreas de influência de Secções Regionais ou Sociedades Filiadas, a admissão junto à Associação Paulista de Medicina só seria realizada por intermédio das mesmas.

Vimos que o estatuto de 1948 ainda criou o Conselho das Secções Regionais e Sociedades Filiadas, que funcionaria na condição de órgão consultivo e informativo junto à Diretoria da Associação Paulista de Medicina. Esse Conselho compor-se-ia dos Presidentes das Secções e das Sociedades Filiadas, podendo os mesmos serem representados, nas reuniões, por membros das respectivas Diretorias, desde que devidamente credenciados.

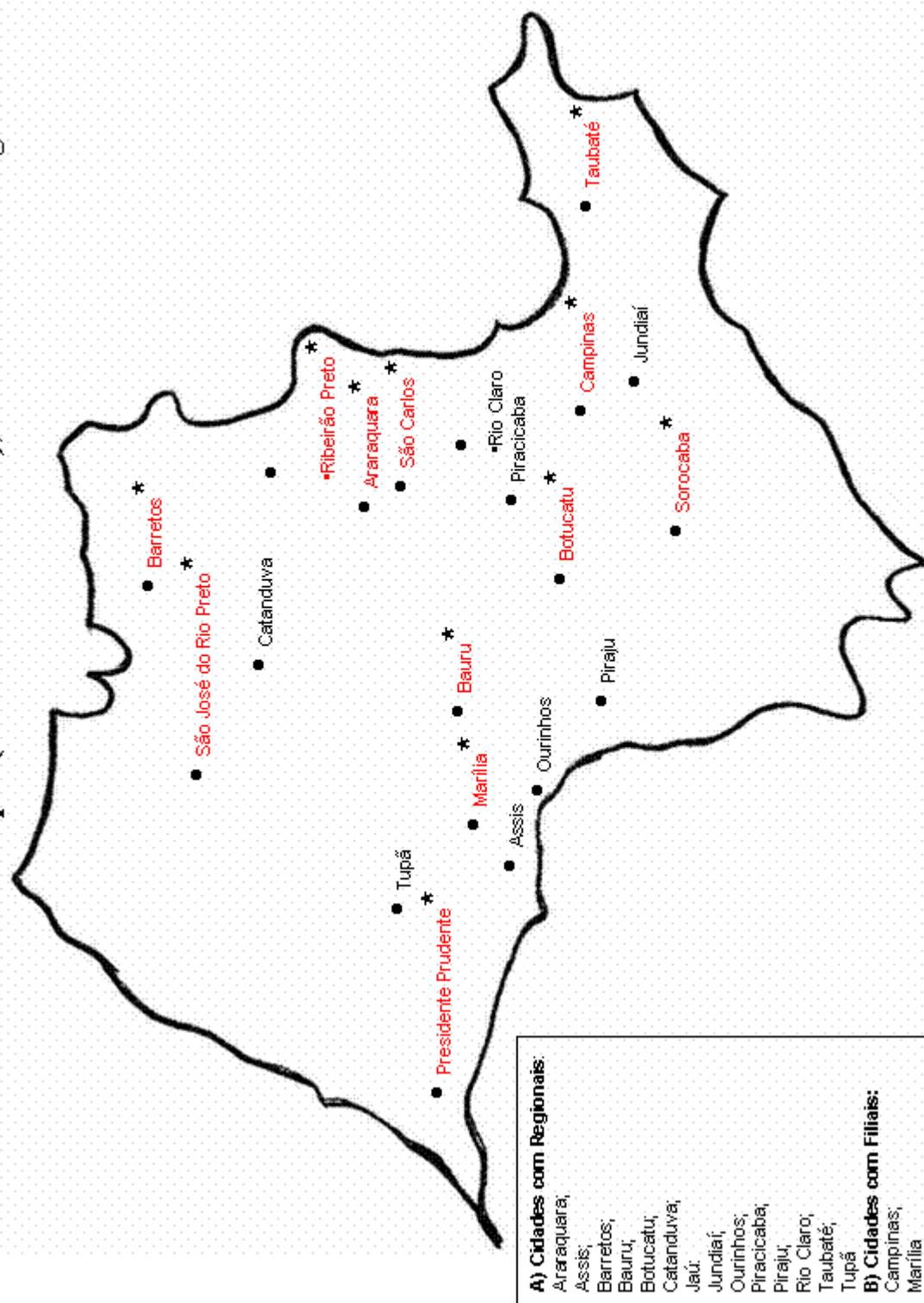
Como se pode notar através dessa retomada dos vários aspectos do novo estatuto aprovado em 1948, a Associação Paulista de Medicina estabeleceu uma nova estratégia de mobilização dos médicos do Estado de São Paulo, de modo a torná-la concretamente uma entidade que representaria, desde então, os médicos não apenas da capital paulista como, em igualdade de condições, de todo o interior do Estado. Na realidade, nossos dados revelam como havia efetivamente vontade política e profissional, da parte de médicos de diversas regiões do Estado de São Paulo, no sentido de fortalecer uma estrutura institucional que oferecesse forma e voz organizadas ao conjunto dos médicos do Estado. Isso se expressou não apenas na clara diversidade de municípios do interior que possuíam médicos associados à APM (160 já em 1948, como indicado antes), como também no considerável número de médicos residentes nestes municípios paulistas que compunham os quadros de sócios efetivos do interior (743, também no ano de 1948).

Também podemos notar esse processo de mobilização médica e interiorização organizacional pela rápida adesão ao processo de filiação institucional à APM, de importantes sociedades médicas locais do interior paulista. Entre elas, temos, já em 1950, as seguintes entidades: “Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas”; “Sociedade de Medicina de Presidente Prudente”; “Centro Médico de Ribeirão Preto”; “Sociedade Médica de São Carlos”; “Sociedade de Medicina e Cirurgia de São José do Rio Preto”; “Sociedade Médica de Sorocaba”; “Associação de Medicina de Marília”. Além disso, neste momento já existiam várias Secções Regionais da Associação Paulista de Medicina. Abaixo, segue um mapa do Estado de São Paulo com as Sociedades Filiadas e as Secções Regionais da Associação Paulista de Medicina. Como se pode observar, as cidades abrangidas por essas entidades ligadas à APM encontravam-se em áreas diversas e cobriam, em abrangência, boa parte do

território do Estado de São Paulo, evidenciando as dimensões espaciais atingidas pela atuação da Associação Paulista de Medicina.

Na realidade, como podemos notar no referido mapa, houve considerável correspondência entre a instituição das cidades-sedes das Seções Regionais e Sociedades Filiadas da APM, de um lado, e os municípios que receberam as estruturas das Delegacias Regionais de Saúde do Estado. Neste sentido, acreditamos que houve um movimento de interiorização da Associação Paulista de Medicina, que foi em grande medida impulsionado pelo movimento correspondente de interiorização das estruturas político-administrativas da Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social. Assim, acreditamos que as políticas de saúde adhemaristas favoreceram a organização profissional dos médicos de São Paulo não apenas pela via da expansão do mercado de trabalho médico no âmbito estatal, mas também porque o movimento de interiorização da saúde do governo estadual serviu de base e impulso para a consolidação político-institucional e profissional da APM em todo o Estado.

Figura 6. Mapa do Estado de São Paulo com as cidades com Regionais e com Sociedades Filiadas da APM – em destaque (vermelho/asterisco), cidades com Delegacias de Saúde



Observação: Mapa extraído da internet e modificado para os propósitos desta pesquisa

Por outro lado, a Associação Paulista de Medicina, no intuito de reforçar a coesão política e o conagraçamento científico e profissional dos médicos do interior paulista com os médicos da capital e com a própria organização da APM, promoveu vários eventos pelo Estado que mobilizaram os médicos paulistas: foram as chamadas “Caravanas Científicas, de Conferências Médicas e Cursos de Férias”. Essas caravanas visitaram diferentes cidades do Estado, a fim de estabelecer o intercâmbio cultural entre os colegas da capital e do interior e promover uma campanha de união da classe, obtendo a cooperação de todos os médicos do Estado dentro dos quadros da APM (REVISTA PAULISTA DE MEDICINA, 1950, p. 100). Neste sentido, em 1949, foram realizadas caravanas em 32 cidades paulistas (REVISTA PAULISTA DE MEDICINA, 1949, pp. 93-94).

Devemos citar igualmente o III Congresso da Associação Paulista de Medicina, preparado com antecedência, mas que se realizou em janeiro de 1951, bem no momento terminal do governo Adhemar. Este evento foi o primeiro de grande envergadura a ser organizado após a reforma estatutária de 1948, contando assim, com ampla participação dos médicos do interior. Neste congresso, foram apresentados relatórios sobre temas centrais de interesse médico-cirúrgico, relatórios e debates atinentes à medicina hospitalar e à enfermagem e contou ainda com considerável exposição científica e técnico-comercial, além de seção de filmes científicos organizada com a cooperação dos mais destacados institutos científicos de São Paulo, e também, conferências clínicas e demonstrações cirúrgicas realizadas nos hospitais da cidade de São Paulo.

Várias entidades participaram e ofereceram seus préstimos a realização do evento, como: a Faculdade de Medicina da USP, a Escola Paulista de Medicina, a Santa Casa de Misericórdia, o Hospital Nossa Senhora da Aparecida, a Faculdade de Higiene e Saúde Pública, além do Departamento de Saúde do Estado de São Paulo. Da mesma forma, houve a cooperação de firmas produtoras ou distribuidoras de preparados farmacêuticos e de aparelhagem médico-hospitalar. O evento contou, ademais, com a participação de entidades representativas das esferas esportiva, social e cultural, como sejam: a Federação Paulista de Futebol, o Clube Paulistano de Tiro, o Jôquei Clube, a Orquestra Universitária de Concertos, o Teatro Brasileiro de Comédia e o Museu do Ipiranga, o Departamento de Cultura da Municipalidade e o Museu de Arte de São Paulo (REVISTA PAULISTA DE MEDICINA, 1951, pp. 103-111).

Tudo isso demonstra o esforço da APM em realizar um evento de destaque que mobilizasse o conjunto de médicos do Estado, com tratamento de questões centrais à medicina paulista daquela época e que envolvesse os diversos atores participantes da

produção de serviços de saúde. Ademais, o evento expressou o prestígio da APM junto a algumas das principais instituições científicas do Estado e também em relação a importantes instituições culturais de São Paulo. Realizado depois da reforma estatutária de 1948, o congresso pôde contar com a participação efetiva dos médicos do interior paulista, de tal modo que as reuniões científicas foram presididas pelos presidentes das Sociedades Filiadas e Secções Regionais da APM.

A própria modificação do *status* da Diretoria, órgão supremo da APM antes da reforma estatutária de 1948, para instância executora das decisões tomadas pelas Assembléias Gerais, e ainda, a equiparação dos sócios da capital e do interior, especialmente em termos de sua representação junto às Assembléias Gerais, operaram no sentido de transformar a APM em instituição político-profissional realmente de caráter estadual, capaz de representar e mobilizar o conjunto dos médicos paulistas.

Com efeito, esse processo de interiorização da Associação Paulista de Medicina, acreditamos, operou positivamente em relação à condição profissional dos médicos do Estado de São Paulo, ou, dito de outro modo, quanto à sua autonomia ocupacional, ao possibilitar a criação de uma estrutura organizacional que assim passou a aglutinar força política e profissional em um nível que nenhuma entidade médica paulista havia reunido até então. Neste contexto, é interessante notar determinados aspectos da engenharia institucional que criou as Sociedades Filiadas e as Secções Regionais, particularmente a combinação entre, de um lado, a relativa submissão dessas entidades particulares à organização central da APM e, de outro, a abertura no sentido de que ambas as categorias organizacionais mantivessem a condição de entidades com autonomia administrativa e econômica. Desse modo, a APM conseguiu encontrar uma forma de atrair grupos médicos do interior de São Paulo através de duas operações combinadas, isto é, ofereceu uma organização coletiva de abrangência e força estaduais (e não apenas local ou por segmento médico), mas distribuiu poder relativo, de modo a respeitar as condições locais ou regionais específicas em que se situavam a inserção profissional e política dos diversos grupos médicos do Estado.

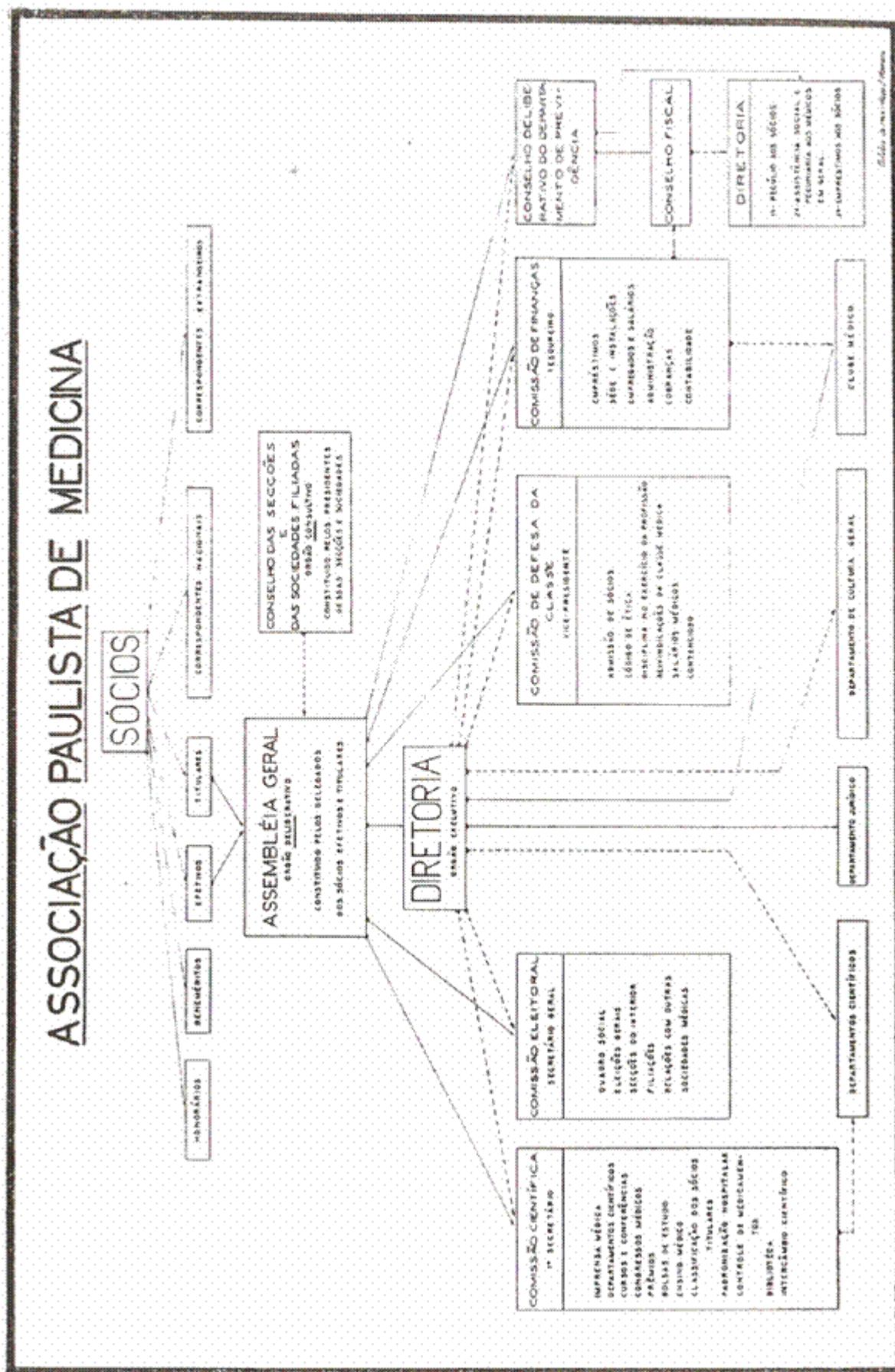
A interiorização da Associação Paulista de Medicina aconteceu justamente em um período de significativas mudanças na medicina de São Paulo – tais como o desenrolar da chamada “socialização da medicina” e a ampliação do mercado de trabalho médico no âmbito estatal –, as quais alteraram as condições do trabalho médico (como o maior assalariamento de profissionais) e a própria relação desses profissionais com a sociedade paulista e o Estado – este, como vimos, também em processo de interiorização (pelo menos na área de saúde). Este período também foi acompanhado da emergência do fenômeno sócio-profissional da

medicina de grupo, a qual, mais tarde, tornar-se-ia muito importante para a configuração da organização do trabalho médico e da própria área de saúde como um todo.

Buscaremos no tópico seguinte aprofundar a compreensão desses aspectos e relações, bem como seus impactos para a decorrente questão das conexões entre política convencional e profissionalismo médico. Acreditamos que as contradições e ambivalências na relação entre médicos paulistas e Estado adhemarista não se limitaram ao âmbito da ação e dos interesses em sentido estrito, como já demonstrado acima, mas se estendeu para o plano das conexões ideológicas, evidenciando a complexidade não somente da ideologia profissional dos médicos de São Paulo, como ainda, das relações entre política convencional e política das profissões. Na realidade, os médicos paulistas reconheciam que a medicina e o setor de saúde em geral atravessavam um período de importantes mudanças de dimensões internacionais, as quais atingiam também o Brasil e, em particular, a medicina de São Paulo. Como veremos, acreditamos que tais questões geraram incertezas e reações do grupo médico paulista.

Antes disso, porém, apresentaremos abaixo um organograma da Associação Paulista de Medicina, extraído de uma publicação da “Revista Paulista de Medicina”, em que é possível perceber as estruturas e relações entre os seus vários órgãos internos, conforme estavam dispostos após a reforma estatutária de 1948, dentro, portanto, do período de governo adhemarista. Na realidade, este organograma é do início do ano de 1950, ou seja, o último ano do governo Adhemar e quando já se havia completado 1 ano e meio da reforma estatutária que alterou a organização interna da APM.

Figura 7. Organograma da Associação Paulista de Medicina de 1950



Fonte: "Revista Paulista de Medicina", referente ao mês de janeiro de 1950, número 1, volume 36, página 103

Capítulo 10 – Mudanças internas à medicina e suas relações com o adhemarismo: ambivalências e incertezas na ideologia do profissionalismo médico paulista.

Lideranças profissionais dos médicos paulistas reconheciam à época do segundo governo Adhemar de Barros (1947-1951) o desenrolar de um processo sócio-político de dimensões internacionais, o qual tinha desdobramentos profissionais significativos para a medicina em geral e, em particular, para os médicos paulistas. Este processo referia-se à progressiva socialização dos serviços médicos e sociais, os quais estavam se transformando em vários países, o que tinha implicações diretas sobre a prática médica liberal e quanto à medicina realizada em organizações, baseada mais em trabalho de equipe – esta modalidade muitas vezes é identificada como medicina de grupo, que neste momento começa a despontar como nova modalidade de trabalho médico, mas que, algum tempo depois, viria a se tornar uma forma de trabalho muito importante da medicina.

Neste sentido, em palestra proferida na Associação Médica de Minas Gerais, em uma conferência realizada no mês de setembro de 1949, o então presidente da Associação Paulista de Medicina, prof. Jairo Ramos, tratou do tema da socialização dos serviços médico-sociais, que reconhecia estar em foco no mundo inteiro. Para o presidente da APM, não seria possível nem negar nem impedir o processo de mudança em curso. Contudo, defendia a possibilidade de “(...) discutir a oportunidade e as bases diretivas de sua realização, particularmente combater a socialização unilateral dos serviços médicos, impedindo a dualidade de princípios políticos, que advém da socialização de alguns serviços, deixando outros, talvez mais prejudiciais à economia do povo, continuarem organizados nas bases do regime capitalista” (RAMOS, 1949, p. 71). Ramos afirmava, entre outras coisas que: “(...) [a] medicina social e a socialização dos serviços médicos constituem uma necessidade imperiosa que decorre da organização econômica da nossa época. Não podemos nos furtar a concorrer para a melhoria geral da saúde do povo e para o amparo mais eficiente do homem doente” (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1948ad, p. 8).

Por outro lado, em discurso na cerimônia de posse do cargo de presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (SMCSP), em março de 1950, o Dr. José Pereira Gomes, disse:

Quero referir-me à socialização da medicina. Esta, como se sabe, encarada na sua ação puramente higiênica e profilática da saúde pública da nação, e num amplo conceito social, das nações em conjunto, já existe e funciona com êxito há mais de um século.

É a socialização promovida, patrocinada e sustentada pelo Estado (...) É a que fornece a nossa organização política os médicos da polícia, do exército, da armada, do serviço escolar, da perícia médico-legal, das tarefas indispensáveis e insubstituíveis do serviço sanitário, da Cruz Vermelha, dos médicos em geral, na sua categoria de funcionários do governo.

(...) Não sou de modo algum contrário à socialização da medicina, nem acredito que o sejam os médicos da minha idade (...) Embora para muitos de nós a socialização não interesse, nem por isso devemos cruzar os braços e sim olhar para frente, desejando para nossos filhos, que exercerem a medicina no tempo da socialização, a recompensa a que têm legítimo direito pelos esforços e múltiplas cansaças a que se entregaram para a consecução dos seus diplomas. Assim as novas gerações de médicos não ficarão no desamparo, numa desoladora espera de hipotética clientela que não aparece.

Admitida, pois, a socialização, a primeira coisa que uma sociedade de medicina deverá fazer é estar a postos, na estacada, pronta e preparada para, pelos seus elementos mais credenciados, colaborar, aconselhar e criticar os problemas que forem surgindo (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1950, p. 8).

Tratando de análises de processos de socialização em outros países, o prof. Jairo Ramos afirmou que na Rússia o Estado soviético fez o correto e deu bastante importância à medicina preventiva, orientação muito contemporânea à época e base dos serviços sociais e dos Institutos de Aposentadoria, tendo a assistência ao doente abrangido à assistência médica domiciliar, hospitalar e ambulatorial localizada nos centros de saúde, de modo a atingir tanto as zonas urbanas como rurais. Os recursos que financiavam esse sistema provinham do Estado e de contribuições de seguros-sociais. Contudo, Ramos argumentou, seguindo a mesma opinião de Pereira Gomes, que o outro lado desse amplo processo de socialização foi a transformação da profissão médica em pura carreira estatal, estando o médico na total dependência do Estado para a realização de seu trabalho e para fazer escolhas acerca de sua trajetória profissional. Ramos entendia que alguns médicos podiam exercer a clínica privada, principalmente os mais competentes, mas os honorários que recebiam estavam sujeitos a altas taxas de imposto de renda. Na realidade, o médico era pago de acordo com o local em que exercia a profissão, sua idade e competência, sendo a remuneração fixa e não dependente da unidade de serviço prestado. Embora o Estado soviético reconhecesse o trabalho médico em alta estima, vistos serem médicos e engenheiros os funcionários mais bem pagos na Rússia, o presidente da APM considerava que neste país o médico perdia quase totalmente sua individualidade. Em suas próprias palavras: “Torna-se, assim, um autômato subordinado ao Estado” (RAMOS, 1949, p. 71).

Contrariamente ao caso russo, os dois dirigentes médicos concordaram também que, na Inglaterra, a socialização dos serviços médicos teria sido fruto de uma ampla discussão do assunto no Legislativo, na imprensa médica e na Associação Médica Britânica. Depois de livre discussão e concessões do governo e das sociedades médicas, promulgou-se a lei que

criou em 1948 o Serviço Nacional de Saúde. De início, o governo do Partido Trabalhista não concordou e tentou socializar a seu entender, mas sofreu a resistência da Associação Médica Britânica, a qual, depois de transigências mútuas com o governo, conforme Ramos, “(...) efetivou em paz a grande revolução pela qual modernizou a assistência médico-sanitária de seu povo” (RAMOS, 1949, p. 71).

Inserido neste regime, o médico inglês podia escolher como entendesse sua atividade profissional. O Estado não ditava nem obrigava a normas especiais de conduta, se o jovem médico desejasse exercer a clínica privada. Se almejasse ingressar no serviço público como médico do Serviço Nacional de Saúde, deveria inscrever-se e indicar o posto que ambicionasse, ficando ao arbítrio de uma junta de médicos examinar o pedido e a conveniência ou necessidade do trabalho médico para a atividade a que ele se candidatou. Os médicos que trabalhassem para o governo recebiam salários muito bons, o que diminuía a necessidade de um trabalho fora do âmbito estatal, mas os médicos funcionários públicos estavam livres para exercer a clínica privada – desde que não atendessem pacientes sob seus cuidados nos serviços públicos de saúde. Assim, para Jairo Ramos, a socialização dos serviços médicos ingleses seguiu estritamente princípios democráticos, sendo fruto de um concurso entre governo e Associação Médica Britânica e uma decorrência posterior à socialização de vários serviços, como de minas, transporte, energia elétrica e parte da indústria pesada. Contudo, Pereira Gomes destacou certos problemas no sistema inglês: entre eles, apontou desequilíbrios na distribuição de pacientes entre as zonas urbana e rural e entre as regiões centrais e suburbanas. Além disso, existiriam deficiências no sistema hospitalar, com certas unidades superlotadas; existiriam ainda médicos com excesso de pacientes e trabalho. José Pereira Gomes concluía acerca do caso britânico dizendo:

Este é o quadro que se desenrola na civilizada Inglaterra. Um quase paraíso para a população e trabalhoso purgatório para a coletividade médica. Não há realização humana de semelhantes proporções que não tenha suas imperfeições, muitas sem solução fácil. Imaginemos, por um momento, num país imenso como o nosso, (...) o que seria uma improvisada socialização da medicina estabelecida nesses moldes (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1950, p. 8).

Pereira Gomes também tratou da socialização ocorrida no Chile desde 1925, mas considerou que a situação dos médicos desse país deixava muito a desejar. Eles eram pagos por uma espécie de caixa, cujas fontes de rendimento eram representadas por contribuições dos operários, dos empregados, empregadores e do governo. Tal caixa administrava os

serviços médicos e exames de laboratório e radiológicos gratuitos. O presidente da SMCSP considerava que embora fosse limitado, o exercício da clínica privada ainda existia.

Apresentando uma avaliação mais geral, José Pereira Gomes acreditava que:

Podemos trabalhar pela medicina socializada, sem dúvida, mas a que leve em conta a valorização do trabalho profissional, a que permita ao médico a realização dos seus anseios de progresso na carreira, a que lhe dê tempo para aperfeiçoamento das suas qualidades, a que lhe dê liberdade de iniciativa e estímulo para pesquisas científicas que empreender; a que lhe forneça honorários necessários para manter decente nível de vida, compatível com sua posição social, que deve ser alguma coisa mais do que simples proletariado (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1950, p. 8).

Por sua vez, Ramos destacou que a socialização dos serviços médicos pretendida pelo governo dos Estados Unidos estava recebendo franca e decidida oposição da Associação Médica Americana. Desde o New Deal – introduzido por Franklin D. Roosevelt com o apoio da Organização Internacional do Trabalho (OIT) – tentava-se, nos EUA, a socialização dos serviços médicos. Em 1943, a OIT propôs 114 itens que pretendiam alterar aos serviços de assistência médica, sendo a maioria deles incluídos na lei Wagner-Murray-Dingell. Em 1945, o presidente Harry Truman enviou uma mensagem com 5 itens ao Congresso americano acerca da organização dos serviços médicos, que coincidia em vários pontos, segundo Ramos, com o projeto Murray e com a lei Wagner de Saúde de 1939. Entre tais itens encontravam-se:

- 1) Construção de hospitais e instalações afins – o governo federal ofereceria financiamento para a construção de hospitais, centros de saúde e outras instalações médicas para a prevenção e cura de doenças, de forma a que fossem acessíveis a todo o povo. No caso deste programa, haveria uma clara divisão de responsabilidades entre governo federal e Estados: aprovado o plano dos Estados e os projetos individuais, e estando fixadas as normas nacionais, o representante federal teria a ajuda de um corpo consultivo constituído por representantes profissionais e do público;
- 2) Expansão dos serviços de saúde pública e de saúde maternal e infantil – nenhuma região do país deveria ficar sem serviços médicos integrais: sanitário, maternal e infantil. O governo federal entendia que a saúde da criança, como sua educação, deveria ser responsabilidade do Estado, sendo que estabeleceria cooperação para “ajuda de custos mais generosa” com os Estados, visto este programa ser em parte financiado por eles;
- 3) Ensino médico e pesquisa – o governo federal encarregar-se-ia da educação médica profissional e pelo encorajamento e auxílio à pesquisa médica também através

de ajuda de custos, mesmo quando realizadas por particulares e instituições que não fizessem parte do plano;

4) Pagamento antecipado de despesas médicas – todo cidadão deveria ter pronta acolhida para todos os serviços médicos, hospitalares e congêneres, sendo que o problema de distribuição dos custos desses serviços seria resolvido pela expansão dos sistema de seguro social compulsório já existente; assim, haveria uma espécie de “fundo de saúde”, constituído de pagamentos regulares realizados pela população, e não esporádicos, apenas quando adoecessem. Sujeitos a padrões nacionais, a maneira de pagamento de médicos e hospitais seria combinada no local. Os pacientes estariam livres para escolher o médico e o hospital que desejassem, estando estes fora ou dentro do sistema; e os médicos também estariam garantidos de escolher seus pacientes e livres para participarem do plano de forma integral, em meio tempo, ou de nenhuma forma absolutamente. Os hospitais particulares, municipais e estaduais poderiam igualmente participar ou não do sistema.

5) Proteção e perda de salário, por doença ou incapacidade – o seguro contra perda de salário por conta de doença ou incapacidade seria mais relacionado com benefícios em dinheiro do que de assistência, mas deveria estar coordenado com outros benefícios já existentes no sistema do seguro social.

Na condição de órgão executivo, o governo criaria o cargo de diretor-geral, o qual, com a aprovação e direção da Federal Security Administration, ficaria com as seguintes atribuições: a) contratar médicos, dentistas, especialistas, enfermeiras, técnicos de laboratório e estabelecer salários e vencimentos; b) fazer preços para serviços médicos e dentários; c) estabelecer a qualificação de especialista; d) fixar o número de indivíduos que devem ser assistidos por médicos e dentistas; e) indicar clínicas e hospitais que poderiam prestar serviços a pacientes e em que condições isso aconteceria; f) tratar de contratos ou combinações com representantes dos Estados, com grupos que não visassem lucro, e também, individualmente, negócios com o fim de prover benefícios médicos integrais para todos os segurados e seus dependentes; e g) fazer relatórios ao Congresso. O diretor-geral ainda seria assistido por um conselho consultivo, com poderes apenas de consulta ao diretor-geral.

De acordo com o presidente da APM, contra a lei em discussão lutava a Associação Médica Americana e a American Bar Association (associação dos advogados americanos), embora houvesse vozes de determinados médicos norte-americanos sem prestígio que apoiavam a lei Truman. O item mais combatido era o de número 4, de modo que a Academia Médica de Nova Iorque afirmava estar convencida de que qualquer sistema de seguro

compulsório traria infelizes resultados à saúde do Público, à ciência e à prática médica. Por outro lado, a Associação Médica Americana afirmava que o item 4 prejudicava o exercício da medicina privada e que a mudança pretendida implicava uma socialização da medicina perigosa, promovendo uma alteração nos serviços médicos somente verificada na Rússia soviética. Além disso, considerava a função de diretor-geral como a de um verdadeiro ditador. Por sua vez, Pereira Gomes lembrou também a oposição dos médicos norte-americanos às pretensões do governo de mudança na saúde, enfatizando as alegações feitas por seus colegas do EUA de que essas alterações reprimiam a livre iniciativa, a liberdade e o prestígio social dos médicos.

As análises dos presidentes da APM e da SMCSPP retomadas acima tocam em aspectos significativos da organização do trabalho médico e dos serviços de saúde. Os dirigentes médicos de São Paulo tratam da relação médico-paciente, da questão das relações entre a prática liberal e os serviços públicos de saúde, as relações entre assistência médica e saúde pública, entre medicina curativa e preventiva e, principalmente, as diversas modalidades de participação do Estado na oferta de serviços públicos de saúde, em diferentes realidades nacionais. Diante disso, é interessante observar como Jairo Ramos (APM) e José Pereira Gomes (SMCSPP) posicionam-se diante dos distintos casos nacionais que abordam: no caso russo, Jairo Ramos concorda com a atenção do governo soviético quanto à medicina preventiva, mas se mostra contrário à falta de liberdade profissional do médico e à pressão negativa realizada pelo governo no que se refere à prática liberal – entendimento que é compartilhado por Pereira Gomes não apenas quanto ao caso soviético, mas, também, o chileno. Quanto ao caso inglês, o presidente da APM entendeu que se tratava de uma revolução que modernizou a assistência médico-sanitária do país e que havia contado com a participação dos médicos ingleses através da Associação Médica Britânica, em um processo político corretamente democrático. Já, Pereira Gomes, acreditava que, embora houvesse liberdade para o médico na Inglaterra, seu sistema era muito imperfeito do ponto de vista das condições de trabalho médico.

Já, quanto à socialização norte-americana, o dirigente médico da APM não emitiu considerações mais claras e conclusivas – é bem verdade que o sistema de saúde americano ainda não havia sido alterado e confirmado por lei –, mas, de qualquer maneira, Ramos fez questão de apresentar não apenas as características da lei pretendida pelo governo dos EUA quanto, igualmente, a forma como se posicionava a Associação Médica Americana – ou seja, Ramos deu destaque a atuação da entidade representativa dos médicos americanos, demonstrando a importância que reconhecia à participação dos médicos e suas entidades nos

processos decisórios (de forma semelhante, inclusive, à sua avaliação do caso inglês). De sua parte, José Pereira Gomes, como mencionamos, apresentou as críticas e oposições de seus colegas americanos, também demonstrando atenção à visão de sua categoria sobre o processo de socialização da medicina dos EUA.

Depois de toda essa avaliação, Pereira Gomes concluiu sua apresentação considerando que:

Não está ao nosso alcance prevermos o que nos reserva o futuro, e por isso mesmo avaliarmos com precisão o que nos trará de bom e de útil a inevitável socialização da medicina; mas mesmo sabendo que o dia do benefício é a véspera da ingratidão, não havemos de consentir ou desejar que se apague, no exercício da medicina, quer seja ou não socializada, a chama invisível do amor, do perdão e da caridade (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1950, p. 8).

Diante desse quadro, podemos argumentar que Jairo Ramos e José Pereira Gomes compreendem a socialização da medicina como um processo de inegável realidade em sua época, mas que pode assumir feição particular conforme o país. Além disso, se Ramos entendia que a socialização dos serviços médicos era um processo abrangente e que não seria possível ignorá-lo, também acreditava que tal mudança deveria ser acompanhada da socialização de outras esferas, assim como no caso inglês e, indiscutivelmente, o soviético. Pereira Gomes, por sua vez, não aceitava que a medicina socializada fosse desequilibrada e unilateral, unilateralidade, para ele, injusta, por gerar desigualdade de direitos e salários, com médicos sofrendo problemas para fazer frente ao seu custo de vida. Quanto a este aspecto, Pereira Gomes referia-se especialmente ao caso brasileiro.

Ramos afirma que não poderia ser contra os princípios socialistas; para o dirigente médico:

Nossa formação espiritual e profissional, nossa atividade na sociedade, obriga-nos a desejar e adotar os princípios do socialismo, que procura reger a economia do mundo civilizado. Entretanto, combatemos a unilateralidade de proceder, pois, como Bertrand Russell, podemos dizer: 'Socialismo quer dizer a propriedade comum da terra e do capital, aliada a uma forma democrática de governo. Envolve a produção para uso e não para lucros e a distribuição do produto igualmente entre todos ou, pelo menos, com desigualdades comprovadamente de interesse público. Importa ele na abolição de toda riqueza não ganha e de todo controle privado dos meios de vida dos trabalhadores. Para ser realizado precisa ser universal.

Se o socialismo precisa ser universal, e envolve a produção para o uso e não para o lucro; se a distribuição precisa ser igual para todos e a riqueza não ganha precisa ser abolida, assiste-nos o direito incontestado de combater a socialização unilateral e exclusiva dos serviços médicos, pois não monopolizamos a riqueza, fazemos parte da classe proletária. Ganhamos exclusivamente à custa do nosso trabalho e do nosso esforço pessoal; não alugamos a mão alheia para, à custa dela, auferir riqueza e acumular lucros. Se assim procedemos na sociedade, temos o direito de protestar contra a socialização

unilateral dos serviços médicos. Entretanto, não combatemos a socialização em sentido pleno, pois, não só estaríamos contra nossas convicções pessoais, como daríamos prova de desconhecer os problemas sanitários fundamentais do nosso povo.

Reconhecemos o direito de assistência médica eficiente a todo homem (RAMOS, 1949, p. 76).

Jairo Ramos reconhecia a necessidade de organizar os serviços médicos em outras bases, visto a crescente complexidade dos meios diagnósticos e dos recursos terapêuticos, que estava tornando o serviço médico muito caro e fora do alcance da maioria da população empobrecida e mal remunerada. O médico dirigente aceitava discutir o problema, mas combatia a tendência que observava no seu país, de uma socialização unilateral sem a anuência da categoria dos médicos brasileiros. Dessa maneira, se de um lado, a socialização dos serviços médicos representava um processo que respondia a uma necessidade imperiosa, de outro, não estaria sendo acompanhada de uma modificação equilibrada para a profissão médica. Isso seria bem verdadeiro, segundo Ramos, para o caso brasileiro.

O dirigente da APM acompanhava com preocupação o desenvolvimento dos vários Institutos de Aposentadoria e organizações semelhantes, que estariam socializando a profissão médica, com evidentes prejuízos aos profissionais que exerciam a clínica privada. Da mesma maneira, as várias organizações beneficentes de sua época estariam estendendo benefícios à custa do trabalho médico. E o Estado, por sua vez, com seus diversos serviços de assistência pública, estaria ampliando o círculo de ação estabelecendo concorrência ao exercício profissional. Neste contexto, Ramos sustentava que:

Todas estas organizações, entretanto, não cuidam da melhoria da situação econômica do médico, uma vez que pagam ordenados que não condizem com a situação social do médico e nem com o “currículo” médico que precisam vencer para obter o diploma profissional.

(...) Pretende-se cada vez mais socializar o serviço médico.

Pretende-se, e isto é mal muito antigo entre nós, exercer benemerência à custa do serviço exclusivo do médico profissional.

(...) Se analisarmos a profissão do médico (...) será difícil compreender porque a socialização acomete primeiro e exclusivamente as nossas atividades, obrigando-nos a serviço demasiado e mal remunerado (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1948ad, p. 7).

Com este entendimento, Jairo Ramos combatia, em nosso país, as organizações de serviços sociais ligadas à indústria e ao comércio, conhecidas como SESI e SESC, que, conforme o presidente da APM, procuravam prestar assistência médica aos operários e comerciários, respectivamente, pela supressão progressiva da profissão médica liberal, através de contratos de serviços médicos a preço vil, para favorecer e amparar as organizações

industriais e comerciais Para Jairo Ramos a situação apresentava considerável complexidade, pois, de acordo com ele:

Sentimos, nós médicos, mais que as outras classes, através da observação diuturna da população pobre, doente e mal alimentada, o drama desta maioria, que não dispõe de recursos suficientes para a manutenção da saúde, quanto mais para a cura da doença que a aniquila.

Reconhecemos a complexidade do problema e sentimos as dificuldades para uma solução razoável. Aliás, os industriais, os comerciantes e os proprietários de latifúndios também viram e sentiram a gravidade da situação e as organizações SESI e SESC são provas indubitáveis de uma visão clara do problema. Entretanto, a solução que procuram dar ao problema que sentiram e que ameaça nossa estrutura social, não foi feliz porque, ao invés de baratear o custo de vida, graças à diminuição dos lucros excessivos, passaram a explorar os serviços de mais uma classe e, desta feita, a dos médicos assalariados (RAMOS, 1949, p. 77).

Mais adiante, Ramos ainda considerava:

Precisamos cuidar da saúde do brasileiro, porém, precisamos compreender que o problema envolve, não só o tratamento da doença, como também a conservação da saúde, que se baseia na obtenção de necessidades mínimas e insubstituíveis, tais como habitação, vestimenta e alimentação. Valerá tratar da doença, quando não existem condições para a manutenção da saúde? Convenhamos que deste círculo vicioso não sairemos e que não poderá haver serviço social, sem que as bases sobre as quais se alicerça a saúde não sejam satisfeitas, isto é, habitação, vestimenta, alimentação e serviço médico. Cuidaram os serviços sociais de assistir unicamente ao doente, deixando de amparar ao trabalhador nos outros três setores, tão úteis e necessários como o primeiro.

(...) Perguntaríamos então: qual a razão da solução parcial? A resposta é clara e evidente – a assistência ao doente é realizada pelo médico, que o capitalismo assalariou como fez ao operário artífice, ao passo que o barateamento das necessidades toca intimamente ao comércio e à indústria.

(...) Nestas condições, as organizações SESI e SESC, respectivamente, indústria e comércio, que tinham o objetivo inicial do amparo médico, social e econômico ao trabalhador, delegaram à classe médica a função de proteger o homem assalariado e realizar o milagre de manter a saúde de uma população mal vestida e mal alimentada (RAMOS, 1949, p. 78).

O presidente da APM afirmava que os serviços sociais da indústria, do comércio e os vários Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's) pagavam na base do salário mínimo, que, sendo insuficiente para as condições de formação e prestígio da categoria, obrigava o médico a outras atividades e, assim, prevalecia o regime do “bico”. Segundo ele, tais organizações justificavam os salários irrisórios pela exigência de número restrito de horas de trabalho, deixando tempo livre para atividades em outros setores, as quais, para Ramos, traduzir-se-iam em trabalho na clínica privada. Contudo, esta modalidade do trabalho médico estaria, pouco a pouco, desaparecendo, deixando o profissional médico com tempo vago e sem trabalho, já que Jairo Ramos acreditava que os verdadeiros clientes dos médicos em prática liberal freqüentavam os ambulatórios onde estes recebiam remuneração insuficiente.

Na realidade, o dirigente médico considerava que tanto as organizações capitalistas como paraestatais socializavam o serviço médico de uma tal maneira, que impunham condições desfavoráveis de trabalho e pagavam salários insuficientes; além disso, ampliavam os serviços e cada vez mais subtraíam o cliente do médico não assalariado, promovendo o desaparecimento progressivo da profissão liberal.

Contudo, Jairo Ramos também apontava erros cometidos pelos próprios médicos brasileiros, os quais estariam contribuindo para a situação desfavorável desses profissionais. Para ele, existiria uma plethora de médicos nos centros de maior densidade populacional. Na capital paulista, em 1949, existiriam 2.400 médicos para 23% da população do Estado, ao passo que, para os 77% restantes da população paulista existiriam 3.000 profissionais. Ramos acreditava que a situação nos outros Estados era semelhante ao caso paulista. Não seria admissível deixar a maior parte da população do Brasil com poucos recursos médicos, especialmente dada a situação sanitária e a necessidade de assistência médica da população do interior e das zonas rurais brasileiras. Conforme Ramos:

A intensidade e a extensão do problema impossibilita sua correção pelo Estado através da criação de Centros ou Postos de Saúde, já pelo seu alto custo, como pela falta de médicos que queiram ocupar-se de tais serviços. De outro lado, não pode o Estado deixar à mingua de toda a assistência médica vasta população rural e, necessariamente, terá de intervir e assim caminhamos para a socialização compulsória, através de lei estatal, que poderá prejudicar ainda mais a situação do médico não assalariado, conforme sejam as condições previstas pela lei.

(...) Bom será se a intervenção do Estado se realizar como foi feito no México, onde o médico recém-formado é obrigado a um estágio nos 'pueblos', durante um ano, antes da cerimônia da colação de grau e da licença para o livre exercício profissional (...) Distribuindo jovens médicos pelas pequenas zonas urbanas, o Estado estará realizando obra meritória e de alto valor econômico e social, pois concorrerá para a melhoria da saúde do Homem, pelo exercício da medicina curativa e preventiva, através da educação sanitária exercida pelo médico no exercício de sua profissão.

Infelizmente, as Associações de classe não sentiram ainda a gravidade da situação e nem os órgãos técnicos estatais cuidaram de modo eficiente dos nossos problemas de Saúde Pública. Se nas grandes capitais, graças ao serviço médico assistencial mais perfeito, há necessidade do Estado instalar Centros de Saúde com o propósito de realizar medicina preventiva, nos pequenos centros e na zona rural o problema principal é, sem dúvida, o da medicina curativa. Nestas zonas precisamos de médicos e não de sanitaristas, ou melhor, precisamos de médicos que realizem a medicina preventiva e curativa, cuidando, tanto dos problemas sanitários, como ao mesmo tempo, da assistência ao doente. E, por isto, julgamos que a organização mexicana, se aplicada ao Brasil, seria de grande utilidade (RAMOS, 1949, pp. 81-82).

Dessa maneira, Jairo Ramos pensava que os jovens médicos deveriam aderir ao seu apelo à categoria médica e assumir o que ele chamou de “espírito de bandeirantes da saúde”, de modo que aceitassem cuidar dos problemas de saúde pública das populações interioranas, dos pequenos centros e zonas rurais.

Jairo Ramos acreditava que, naquele momento em que fazia essa análise, era difícil traçar um plano que se pudesse ajustar às condições econômicas da classe médica, pois não existia uma unidade de visão sobre todos esses problemas, possível, para ele, apenas com uma associação médica do Brasil como um todo; com isso, faltava aos médicos força organizada para defender seus interesses e visões. E Ramos conclui defendendo a ação coletiva dos médicos brasileiros:

Está em nossas mãos a solução. Fazamos a União da Classe, através de uma única Sociedade – a Sociedade dos Médicos do Brasil – nos moldes da atual organização da Associação Paulista de Medicina, que constitui a Associação dos Médicos do Estado de São Paulo. Unidos teremos força e autoridade para discutir nossos problemas e, sem dúvida, alcançarmos uma solução razoável. (...) Isolados, daremos força ao plano de socialização unilateral que se está desenvolvendo à nossa revelia, de modo uniforme, com uma única e persistente orientação, tendo por base a exploração do trabalho médico (RAMOS, 1949, p. 82).

Tratando dos mesmos problemas, encontramos a visão de outro influente médico de São Paulo, mais conhecido por sua atuação na política convencional do que como profissional atuante da medicina de seu Estado, o qual apresentou uma ótica semelhante ao entendimento de Jairo Ramos e José Pereira Gomes. Em matéria publicada em 1947 no jornal “O Estado de São Paulo” (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1947, p. 5), encontramos uma análise da medicina daquele tempo que toma como base de referência um discurso pronunciado em conferência, pelo influente médico paulista e professor Antônio de Almeida Prado⁵⁰, com o título “Novos Rumos da Medicina”. Esse discurso foi proferido na solenidade de posse da nova diretoria do Departamento Científico do “Centro Oswaldo Cruz”, da Faculdade de Medicina de São Paulo/USP, evento esse ocorrido na Associação Paulista de Medicina (APM), a principal entidade médica de São Paulo no pós-1930.

Nesse pronunciamento, Almeida Prado faz um balanço dos desenvolvimentos da medicina de sua época (marcada pelo Pós-Guerra), destacando a emergência e importância da medicina de grupo, que enfatizam o trabalho realizado a partir de equipes médicas e de saúde, mas, principalmente, destacando a necessidade da participação do Estado na oferta de serviços de saúde para a população, particularmente a mais carente de recursos e mais

⁵⁰ Antônio de Almeida Prado foi um médico paulista que obteve grande projeção não apenas no meio médico de São Paulo como ainda na vida política do Estado, tendo se candidatado ao cargo de governador estadual nas eleições de 1947, pela UDN. Nesta disputa, no entanto, Almeida Prado perde para Adhemar de Barros, o qual se tornou então o governador eleito de São Paulo. Antônio de Almeida Prado era membro da Associação Paulista de Medicina e voz ativa da elite médica de São Paulo. Nascido na cidade de Itu/SP, Almeida Prado foi professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, onde também foi Reitor entre outubro de 1946 e janeiro de 1947.

fragilizada diante de enfermidades por sua condição social. Antônio de Almeida Prado considerava certas características da medicina de sua época como centrais. Neste sentido, a matéria destacou que:

A medicina socializada é a que nos interessa agora, e dentro dela, apontar os novos rumos que vai palmilhando na longa e retilínea senda da medicina de grupo (...).

A medicina individualista cede terreno à medicina socializada, sujeita ainda a oscilações tão rápido foi o impulso dado pela guerra, que veio apenas acelerar a marcha natural da evolução social (...)

Há muito médico sem doente, mas em número maior existem doentes sem médico. É precisamente para a planificação deste desajustamento social que a socialização da medicina é chamada (...).

A planificação da medicina virá trazer reais benefícios à coletividade (...) A intervenção da medicina deve ser feita já (...) A medicina se torna cada vez mais eficiente através dos meios subsidiários de laboratório, testes biológicos e demais exames complementares, para firmar diagnósticos, ao lado do efeito prodigioso, exato, da terapêutica, que se vai tornando matemática para determinadas doenças. Mas ao lado do seu progresso vai se encarecendo, de tal modo que se chega a esta conclusão paradoxal: só tem direito à saúde os que possuem amplos recursos, restando aos demais apenas a ilusória prodigalidade da filantropia, com a promessa do “conforto” de morrer ao poucos nos hospitais de caridade (...).

Mas é justamente a parte produtiva da sociedade que se vê desprovida dos recursos amplos da medicina, que lhe acena esperanças de uma vida melhor. Como trabalhar o doente? Se trabalha, que produz? E, no entanto, todos têm direito à saúde, principalmente os que desenvolvem atividade útil à coletividade, aqueles que vivem do trabalho, que é um dever social. Como solucionar o problema? Compete ao Estado resolvê-lo de plano. Não vemos outra saída: tudo o mais é dialética inútil, é palavreiro acadêmico, é aranzel misticador em que mal se escondem interesses inconfessáveis (...).

Como está a medicina hoje em dia, de um lado com núcleos de individualistas, ferrenhos adeptos da medicina liberal em choque violento com a evolução social por que passa o mundo; de outro, núcleos de mal-disfarçado grupo em que o capitalismo explora o trabalho do médico em organizações fantasiadas de instituições pias ou, pior ainda, de instituições e casas de saúde, onde o colega abastado explora o colega necessitado; hospitais oficiais, em que o próprio Estado se locupleta com o trabalho médico, e por cima de toda essa balburdia, ‘a socialização unilateral da medicina’ através das Caixas de Pensões e Aposentadoria e demais organizações similares, que não correspondem aos anseios da classe médica e aos objetivos sociais da medicina.

(...) A assistência médico-social prestada hoje em dia pelo Estado não obedece a um plano orgânico pré-estabelecido, a uma orientação definida, mas se improvisa ao sabor de necessidades imprevistas e imperiosas (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1947, p. 5)

Diante desses elementos, podemos perceber que o pronunciamento acima recuperado acerca da medicina daquela época expressa um posicionamento que encontra considerável legitimidade e respaldo no grupo médico de São Paulo, na medida em que acontece no interior da principal entidade representativa da classe médica paulista (a APM) e em uma solenidade referente à principal instituição de formação médica do Estado, a Faculdade de Medicina da USP.

É possível também que se extraia do mesmo pronunciamento, elementos que caracterizam, ao mesmo tempo, tanto a evolução técnica e organizacional da medicina de então, quanto alguns fatores que delineavam a dinâmica de relações internas ao grupo dos médicos. Neste sentido, confirma-se o diagnóstico mencionado anteriormente de que a

medicina, em 1947, já se encontrava em relativo processo de especialização técnica, com a expansão não apenas de vários tipos de especialidade médicas como ainda de organizações públicas e/ou privadas responsáveis pela oferta de serviços de saúde; além disso, tais desenvolvimentos foram acompanhados do despontar da medicina de grupo.

Mas este pronunciamento revela ainda uma importante distinção no interior da medicina praticada na década de 1940, ou seja, as questões que envolviam as diferenças entre médicos praticantes da clínica liberal e médicos que realizavam a chamada medicina de grupo, isto é, em organizações de saúde, e porque não dizer, com os médicos sanitaristas ligados à administração pública e que constituem equipes de profissionais de saúde. Sobre essa questão da relativa diversidade de perfis profissionais entre os médicos paulistas à época do segundo governo adhemarista, é bom lembrar que, como vimos, quando Adhemar toma posse do governo estadual em 1947, já existiam pelo menos três grandes instituições de formação para médicos em São Paulo. Até o início da década de 1930, existiam em São Paulo a Faculdade de Medicina da USP e o Instituto de Higiene. A Faculdade de Medicina foi criada em São Paulo como Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, no ano de 1913; mais tarde, na reforma pela qual a instituição passou em 1924, teve alterações no regime de trabalho do corpo docente (com a instituição do regime de tempo integral) e diminuição no número de vagas oferecidas para o curso (que passou a ser de 50 alunos por turma), além de ter seu nome modificado para simplesmente Faculdade de Medicina de São Paulo. Integrada à Universidade de São Paulo (USP), a mesma figura hoje entre as principais faculdades médicas do país.

Já o Instituto de Higiene, foi criado em 1918 e, sob forte influência do grupo liderado por Geraldo Horácio de Paula Souza, o Instituto de Higiene consolidou-se em São Paulo como instituição de referência em saúde pública; transformando-se em Faculdade de Saúde Pública da USP no ano de 1945. Aliás, encontra-se hoje entre as principais faculdades desse gênero no Brasil.

Enfim, no ano de 1933, foi criada a Escola Paulista de Medicina, a qual, de alguma forma, surgia para suprimir a falta de oferta de vagas no ensino médico em São Paulo àquela época, pois apenas a Faculdade de Medicina da USP não estava sendo suficiente para cobrir a demanda por vagas no Estado⁵¹. Originalmente criada como instituição privada sem fins

⁵¹ Sobre o processo de criação da Escola Paulista de Medicina, ler: SILVA, Márcia Regina Barros (2001). “O ensino médico em São Paulo e a criação da Escola Paulista de Medicina”. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, vol. VIII (3).

lucrativos, a Escola Paulista de Medicina tornou-se instituição de ensino superior pública e federal pelo decreto nº. 2.711, na presidência de Juscelino Kubitschek.

Conforme Márcia Regina Barros Silva (2001), no início dos anos 1930 havia no Estado de São Paulo uma crescente demanda de estudantes por vagas no ensino médico paulista, e todos os anos sobravam vários candidatos excedentes nos vestibulares da Faculdade de Medicina de São Paulo, os quais, embora obtivessem a nota mínima para se classificarem na prova, ficavam em posições abaixo daqueles que conseguiam as vagas existentes. Com o tempo, isso gerou uma mobilização desses estudantes no sentido de que as vagas para o ensino médico em São Paulo aumentassem. Para Silva, essa demanda foi a principal motivação de criação de uma nova escola médica no Estado, tendo mobilizado agentes e instituições extra-acadêmicas influentes que trabalharam no sentido da criação de uma nova faculdade médica. A autora aponta, ainda, que tal demanda não estava relacionada apenas a candidatos oriundos de grupos de elite – ainda poderosos ou então decadentes – mas também, de grupos situados entre as classes médias do Estado.

Esses dados fazem-nos afirmar que o pós-1930 apresenta um processo de intensificação de mudanças na medicina paulista, tais como: um aprofundamento no processo de especialização ocupacional, uma diversificação das instituições de formação profissional, maior participação estatal na oferta de serviços de saúde e, ainda, uma relativa pluralização em termos da origem social dos estudantes e dos já atuantes ou futuros profissionais da medicina do Estado de São Paulo, tendo como uma de suas conseqüências um maior alargamento da base do grupo médico de São Paulo. Acreditamos que seja em meio a esse conjunto de mudanças, iniciadas alguns anos antes, que se pode contextualizar não apenas a medicina paulista do segundo governo estadual adhemarista, como também as alterações em termos de políticas de saúde que Adhemar empreendeu nesses anos em que governou São Paulo.

Mas o pronunciamento de Almeida Prado revela ainda interessantes aspectos da ideologia profissional que permeavam a visão de pelo menos uma parcela bastante influente dos médicos de São Paulo, representada por Antônio de Almeida Prado e sua audiência na Associação Paulista de Medicina. Com efeito, Almeida Prado traceja uma visão clara sobre o papel da medicina na sociedade, sua missão “socializadora” e sua relação com o Estado. Para o ilustre médico paulista, a medicina socializada e a medicina de grupo devem substituir a medicina liberal ou individualizada, de tal modo que a medicina planejada deve atentar para os problemas sócio-econômicos que afetam a saúde de coletividades (o que toca, poderíamos dizer, nos problemas tratados não somente pela assistência médica estatal como também pela

saúde pública), aproveitando-se dos desenvolvimentos técnico-científicos representados pelas diversas especialidades médicas, pelas organizações complexas de saúde e pelos aprimoramentos nos diagnósticos apoiados em testes laboratoriais e biológicos e pelas melhorias em termos de terapêutica.

Contudo, essa visão acerca da participação do Estado na oferta de serviços de saúde e quanto à substituição da medicina liberal pela medicina social, não são compartilhadas, por inteiro, pelos dirigentes médicos paulistas Jairo Ramos e José Pereira Gomes. Embora estes acreditem que a socialização dos serviços de saúde seja um processo irreversível, mostram-se mais cautelosos quanto aos destinos da prática liberal, isto é, em suas análises sobre casos internacionais de socialização da medicina, bem como quanto ao caso brasileiro, defendem que a chamada medicina individualista e liberal deve ser relativamente preservada e que o processo de socialização médica deve garantir a liberdade do médico em aderir aos serviços socializados, possibilitando liberdade de escolha seja na condição de profissional assalariado, seja como médico liberal.

Essa divergência evidencia que, embora uma associação profissional, como a APM e a SMCSP, consiga falar em nome da sua categoria como um todo, sempre existem vozes mais ou menos discordantes, com maior ou menor poder de influência sócio-política sobre o corpo profissional. No entanto, apesar desse sinal de discordância entre os médicos de São Paulo, é claramente compreensível que, à época em que analisamos, a clínica liberal tinha um considerável espaço na medicina paulista e, certamente, possuía interesses relevantes e que deveriam ser considerados por suas lideranças; é nesse sentido que podemos interpretar as preocupações de Jairo Ramos e José Pereira Gomes sobre os destinos da medicina liberal diante do processo de socialização que debatem. Além disso, nem um nem outro arriscavam um prognóstico mais conclusivo acerca dos desdobramentos das mudanças que experimentavam na medicina de seu tempo.

Por outro lado, devido ao encarecimento dos serviços de saúde decorrentes dos desenvolvimentos técnicos de sua época, Antônio de Almeida Prado, Jairo Ramos e José Pereira Gomes concordam que, para a difusão dos benefícios da medicina daquele tempo, principalmente no sentido da população socialmente mais fragilizada, era necessário o protagonismo estatal na oferta de serviços de saúde. Como pudemos observar anteriormente, essa defesa do protagonismo estatal indica uma linha de continuidade no pensamento médico paulista entre a Primeira República e o Pós-Guerra, já que também os médicos sanitaristas do primeiro período republicano entendiam que o Estado deveria assumir uma posição central na oferta dos serviços de saúde. Aliás, essa posição aponta para uma atitude de relativa abertura

da profissão médica paulista às necessidades e demandas sócio-políticas substantivas, uma postura que, como sugerido em outro tópico, enquadra-se no espectro político-ideológico típico de determinados grupos profissionais: trata-se de uma postura ideológica que aproxima a política da profissão às demandas de caráter social da política convencional. Tal ideário evidencia, ao mesmo tempo, algo típico e importante da ideologia profissional desses médicos e que é comum às profissões em geral, ou seja, comprometem-se com a prestação de serviços não apenas às elites, mas também à sociedade em geral – desse modo, estabelecem uma conexão entre a missão que associam ao grupo profissional e a realização do bem comum.

Esse dado permite-nos afirmar, ainda, que a profissão médica paulista, na década de 1940, possuía uma composição social mais aberta e diversificada e que estas preocupações com os desdobramentos sócio-políticos substantivos da medicina aponta para uma posição que não se refere meramente a uma elite profissional atenta às próprias necessidades ligadas à sua inserção no conjunto dos grupos (ou classes) dominantes ou no jogo sócio-político típico de elites, mas a um grupo que cada vez mais se reconhece como uma unidade social distinta e com uma inserção sócio-política relativamente mais independente dos condicionamentos ligados à posição social de classe de seus elementos. É bem verdade que não podemos desprezar as origens sociais e suas possíveis influências sobre a profissão, mas entendemos que, com o tempo, houve no grupo médico paulista certa pluralização em termos de origem de classes de seus membros e um aumento do número de profissionais, o que reforçou a organização desse grupo como profissão.

Os médicos paulistas contavam, ao final de 1949, com um total de profissionais em torno de 5.400 médicos em todo o Estado de São Paulo (REVISTA PAULISTA DE MEDICINA, 1949, p. 80), sendo que existiam diversas especialidades médicas integrantes do grupo; além disso, existiam adeptos não apenas da prática liberal, mas também uma crescente fração de médicos assalariados pelos serviços públicos de saúde, os quais estavam em processo de expansão e interiorização no Estado. Não por acaso, o período que analisamos é marcado pela extensão do raio de ação da principal entidade médica estadual, a Associação Paulista de Medicina, a qual, desde 1948 passou por um processo de interiorização não apenas político-institucional como ainda de suas bases sociais – tanto em termos de número de associados (que cresceu bastante desde sua fundação) como do ponto de vista da composição interna, com o estabelecimento da igualdade de poder, direitos e deveres entre sócios da capital e do interior paulistas.

Acreditamos que seria possível afirmar que a profissão médica de São Paulo, no período que analisamos, já vinha incorporando há algum tempo grupos sociais não oriundos

de setores de elite, o que, em nossa visão, aponta no sentido da crescente incorporação de grupos de classes médias, os quais, neste momento do processo de profissionalização dos médicos paulistas, já haviam diversificado a composição interna da medicina de São Paulo, o que resultou no reforço, mesmo que ainda não de forma plena, da preocupação e mobilização dos médicos como grupo profissional com interesses e ideologia próprios, cada vez mais definidos a partir da visão sobre a profissão como um todo à parte, e menos a partir dos condicionamentos ligados à estrutura de classes e à inserção da elite da profissão no conjunto das classes dominantes. Entendemos que este movimento de profissionalização iniciou-se antes, mas foi favorecido pela pluralização em termos de origem social dos integrantes desse grupo e do crescimento de sua base.

Concordamos com Maria Lígia Barbosa (1998), para quem a profissionalização é uma estratégia muito comum a estratos de classes médias, embora acreditemos, também, que tal processo não seja provocado ou aderido apenas por elementos desses grupos. Aliás, a autora entende que o pós-1930 marca um alargamento das bases sociais do sistema político brasileiro, com a maior incorporação inclusive de grupos de classes médias. Entendemos que a organização particular da medicina paulista como profissão (em sentido sociológico), e, enquanto parte de um movimento de maior abrangência da medicina brasileira, representa um processo iniciado anteriormente ao período em foco nesta pesquisa; movimento que pudemos recuperar em capítulos anteriores desde, pelo menos, a Primeira República, ou seja, antes mesmo da maior incorporação sócio-política de grupos de classes médias. Mas a incorporação de setores médios à medicina paulista favoreceu o movimento iniciado antes de fortalecimento da organização da medicina conforme o princípio profissional (FREIDSON, 2001), tanto através da pluralização em termos de origem de classe de seus componentes como do aumento de seu número em todo o Estado.

As preocupações acerca da organização profissional dos médicos paulistas em torno do marco histórico de 1930 podem ser bem evidenciadas com a criação e organização da Associação Paulista de Medicina, que, a partir de seu surgimento, e, na verdade, até a criação do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, atuou como a principal organização de representação e mobilização dos médicos paulistas. Com efeito, as preocupações de médicos ligados à Associação Paulista de Medicina sobre a organização interna da profissão médica paulista ultrapassam o momento de criação desta entidade e vão atingir uma dimensão que atravessou as fronteiras de questões meramente técnicas da atividade profissional, questões que se relacionam mais à política convencional, com a atenção voltada então para a participação do Estado na oferta de serviços de saúde. Mais de quinze anos depois da criação

da APM, encontramos essas preocupações consubstanciadas na campanha pela equiparação de médicos paulistas (aliados aos engenheiros) diante da carreira de advogados servidores estaduais, campanha realizada pela Assembléia Permanente de Médicos e Engenheiros do Estado, mas que contou com o apoio e participação da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, do Sindicato Médico de São Paulo e da própria Associação Paulista de Medicina: evidentemente, esta preocupação referia-se ao problema da remuneração e prestígio não dos médicos ligados à clínica privada, mas dos profissionais assalariados que trabalhavam para o Estado nos serviços públicos de saúde.

Enfim, os médicos paulistas que estudamos demonstram que existia entre eles uma composição de interesses comuns capaz de mobilizá-los politicamente como grupo, e que tais interesses se estendiam aos problemas da base do grupo profissional, já que o problema da equiparação afetava o poder econômico e o prestígio principalmente dos médicos que dependiam mais de uma inserção profissional baseada na carreira estatal – o que, certamente, afetava os médicos recém-formados ou com poucos anos de carreira e que ainda contavam com uma clientela pouco abrangente.

Com preocupações igualmente significativas acerca da participação estatal nos serviços de saúde, encontramos a direção da APM e a presidência da SMCSPP profundamente envolvidas com o tema que os próprios médicos de São Paulo chamaram de “socialização da medicina no Brasil”. Por essa expressão, os médicos do Estado procuravam denominar o processo de extensão dos serviços públicos de saúde, o desenvolvimento de instituições para-estatais e o concomitante processo de assalariamento dos profissionais da medicina que se envolviam com tais serviços, o que, para os dirigentes médicos de São Paulo, tinha implicações preocupantes não apenas para os médicos assalariados, mas também para os praticantes da medicina liberal. Se, comumente, a base da profissão médica é constituída principalmente por profissionais assalariados, e se, por sua vez, a elite é normalmente composta de adeptos da prática liberal, podemos perceber como, entre as principais entidades profissionais da medicina paulista, havia uma preocupação com a defesa de interesses de ambos os grupos. Ou seja, não havia se estabelecido, pelo menos ainda, no grupo médico de São Paulo, uma separação e oposição de interesses entre elite e base. A própria participação do Sindicato Médico de São Paulo, da APM e da SMCSPP na questão da equiparação corrobora esse entendimento.

Isso posto, observando as políticas de saúde adhemaristas entre 1947 e 1951, podemos entender que as relações entre os médicos de São Paulo e o governo populista de Adhemar de Barros configuraram-se em termos tais que poderíamos sintetizar do seguinte modo: apesar de

uma relativa proximidade ideológica em termos das linhas mais gerais sobre a necessidade do Estado participar da assistência à saúde, acreditamos que houve reservas no que se referia às possíveis ingerências políticas do populismo adhemarista, configurando certa ambivalência na relação entre médicos paulistas e adhemarismo. Neste contexto, é possível se afirmar que existiram algumas afinidades entre o tipo de intervenção estatal em saúde que marcou, de modo característico, as políticas de saúde do governo Adhemar de Barros e a forma como os médicos paulistas enxergavam o papel do Estado e o tipo de organização que os serviços de assistência médica e saúde pública deveriam ter. Se levarmos em consideração, por um lado, a criação e organização da Secretaria de Saúde Pública, a ampliação da rede distrital dos centros de saúde, a implementação de outros serviços sanitários do governo estadual e o apoio a outros organismos de saúde, percebemos como não haveria grandes divergências entre as linhas mais gerais das políticas de saúde do governo Adhemar e os médicos paulistas. Além disso, entendemos que a interiorização político-administrativa da Secretaria de Saúde, através da criação das Delegacias Regionais, orientou a expansão da APM e, dessa forma, contribuiu para a organização política dos médicos de São Paulo.

A considerável instabilidade/politização da Secretaria de Saúde Pública, no entanto, leva-nos a reconhecer os problemas enfrentados pelos médicos de São Paulo em seu relacionamento com o populismo adhemarista, em torno do profissionalismo. Na difícil tarefa de demarcar as fronteiras entre política e profissão para a manutenção ou reforço da autonomia profissional, os médicos enfrentaram uma considerável politização dos serviços de assistência à saúde de São Paulo. Embora fossem favoráveis a uma presença maior do Estado na oferta de serviços de saúde, direção seguida em grande medida pelas políticas adhemaristas, os médicos paulistas enfrentaram dificuldades ao longo do governo Adhemar oriundas da maior politização das estruturas de saúde do Estado. Além disso, quanto ao processo político-profissional representado pela trajetória da Assembléia Permanente de Médicos e Engenheiros, os médicos paulistas transitaram entre certa aproximação, de um lado, e, de outro, um real distanciamento (chegando ao ponto de conflito aberto) com o governo adhemarista. Assim, seja do ponto de vista ideológico, seja no que se refere às ações concretas, em seu relacionamento com o governo adhemarista, os médicos de São Paulo experimentaram toda a carga contraditória e ambivalente que o profissionalismo enfrenta quando estreita relações com as atividades e situações da política convencional.

Com interesses particulares mais claros enquanto grupo profissional e organizados cada vez mais nesta condição, embora ainda relativamente afetados pelos efeitos da politização da área de saúde do governo adhemarista, os médicos de São Paulo apresentavam,

nos anos 1940 e início dos 1950, elementos característicos que nos levam a afirmar que mais do que fruto das determinações de classe – ou de sua composição como setores de classes médias, esses médicos se relacionaram com o Estado adhemarista como um grupo profissional em processo de conquista de sua autonomia (nos termos de Freidson), de tal maneira que devem ser investigados em seu processo de profissionalização a partir de conceitos como ocupação, profissão e profissionalismo, e não através de conceitos como classe e estrutura de classe, conforme outros trabalhos que mobilizam a teoria de classes para analisar grupos profissionais.

Neste mesmo sentido, sustentamos que seja possível se investigar o fenômeno do populismo adhemarista a partir de outros referenciais que não os da teoria de classes, pelo menos quanto ao seu relacionamento com grupos profissionais. Assim, entendemos que a Sociologia das Profissões pode oferecer valiosas contribuições também para o estudo dessa expressão de liderança política do populismo brasileiro.

Considerações Finais.

Procuramos tratar nesta pesquisa do processo de profissionalização dos médicos paulistas e suas relações com políticas de saúde do governo de Adhemar de Barros em São Paulo. Neste contexto, enfrentamos a questão das relações entre profissão e política convencional, em termos das conexões entre profissão e Estado. Neste percurso, revimos os debates na Sociologia das Profissões acerca do paradigma do poder das profissões, enfatizando as considerações de Eliot Freidson sobre, principalmente, a problemática da autonomia ocupacional ou profissional. Esse caminho nos levou a tratar do fenômeno do profissionalismo cívico, que, segundo Terence Halliday, indica como elites profissionais estabelecem uma estratégia anti-política, baseada na neutralidade da *expertise*, para se proteger dos custos da política convencional.

Esse problema das relações entre política e profissão, como notamos nos tópicos finais deste trabalho, foi muito importante no caso das relações entre a medicina paulista e o governo estadual de Adhemar de Barros, explicitado na politização da dinâmica e do comando da Secretaria de Saúde, bem como no que se refere ao movimento de Assembléia Permanente e a expansão da APM. É bom que se diga que a criação de um organismo estatal de administração em saúde, com *status* de Secretaria de Estado, foi uma importante conquista para os médicos de São Paulo no sentido de sua autonomia profissional, mas, por outro lado, a

considerável politização desse mesmo organismo constituiu-se em problema a ser enfrentado pelos médicos, especialmente os ligados à administração pública, no que se refere à sua condição profissional.

Ao tratar do relacionamento da medicina de São Paulo com o populismo adhemarista, observamos como isso nos direcionava para as discussões entre Sociologia das Profissões e teoria das classes – visto a teoria do populismo no Brasil ter destacado as relações entre posição e comportamento político de classe com a emergência de lideranças de cunho populista (como Adhemar de Barros) –, de tal maneira que apontamos como o objeto de pesquisa investigado neste trabalho deslocava o âmbito de questionamentos para questões como: autonomia profissional, profissionalismo e política e as relações entre processo de profissionalização e políticas estatais. Consideramos, também, o problema das relações ou interconexões entre classes sociais em geral, classes médias, médicos paulistas e políticas de saúde adhemaristas.

Mostramos ainda o pioneirismo paulista em reforma na saúde pública desde a Primeira República⁵², com o desenvolvimento de leis e organismos burocráticos no âmbito da administração pública para o setor sanitário. De algum modo, esse pioneirismo também se refletiu, em alguma medida, no segundo governo Adhemar de Barros, pois a criação de uma Secretaria de Estado de Negócios da Saúde Pública e Assistência Social antecedeu à própria criação de um Ministério da Saúde autônomo pelo governo federal, que só aconteceu em 1953⁵³. Com efeito, mesmo que esse movimento também tenha se dado ao mesmo tempo ou logo depois de movimentos semelhantes em outros Estados (isso não podemos precisar com os dados que dispomos), os interesses da saúde pública paulista tiveram mais força e conseguiram se mobilizar com antecipação ao movimento de construção institucional da saúde pública no plano federal. A criação de uma Secretaria de Saúde Pública e outras alterações nos serviços de saúde do Estado, sustentamos, foram mudanças significativas ocorridas na medicina de São Paulo; e dado o fato de terem mantido uma relação de relativa continuidade com certos importantes elementos de construção dos serviços públicos de saúde paulistas, que desde a Primeira República vinham se desenvolvendo, entendemos que é mais adequado delinear esse conjunto de mudanças como uma reforma sanitária.

⁵² Tal como denominou CASTRO SANTOS, op. cit., o movimento de reforma na saúde pública em São Paulo na Primeira República.

⁵³ Sobre a criação do Ministério da Saúde em 1953, consultar: HAMILTON, Wanda & FONSCECA, Cristina. “Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953”. In: *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, vol. 10(3): 791-825, set.-dez, 2003.

Para finalizar, como afirma Ângela de Castro Gomes, não importa qual seja a escolha, mas escrever sobre o populismo no Brasil será sempre um risco. “Por incompletude, (...) por adesão ou rejeição, o texto será alvo fácil para críticas de todas as espécies”⁵⁴. Cientes desta dificuldade, procuramos neste trabalho abrir mais um campo de discussão sobre o populismo brasileiro, a partir de questionamentos hoje nucleares à Sociologia das Profissões. Neste sentido, acreditamos que esta especialização possa contribuir para que a condição de profissionalização dos médicos de São Paulo seja mais bem conhecida na época discutida e que a relação particular que a medicina paulista estabeleceu com o poder de Estado e com a política adhemarista também possa ser investigada mais a fundo.

Bibliografia.

ABREU, Alzira Alves, *et alli*, (2001). *Dicionário Histórico-Biográfico Brasileiro Pós-1930*, vol. I, II, III, IV, V. Rio de Janeiro, FGV/CPDOC.

BARBOSA, Maria Lígia (1998). “Para onde vai a classe média: um novo profissionalismo no Brasil?”. *Tempo Social*, 10, nº. 1, pp. 129-142.

BARROS, Frederico O. Pessoa de, org., (1986). *Adhemar de Barros na Assembléia Constituinte e na Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo: 1935/1937*. São Paulo, Nacional.

_____ (1986b). *Adhemar de Barros Interventor: discursos e entrevistas (abril de 1938 a maio de 1941)*. São Paulo, Plenário Social Progressista.

BENEVIDES, Maria Vitória (1979). *O governo Kubitschek: desenvolvimento econômico e estabilidade política*. Rio de Janeiro, Paz e Terra.

_____ (1981). *A UDN e o udenismo: ambigüidades do liberalismo brasileiro (1945-1965)*. São Paulo, Paz e Terra.

_____ (1989). *O PTB e o trabalhismo: partido e sindicato em São Paulo*. São Paulo, Brasiliense.

BENI, Mário (1970). *ADHEMAR*. São Paulo, GRAFICOR - Sociedade Editora e Imprensa Ltda.

BONELLI, Maria da Glória & DONATONI, Silvana (1996). “Estudo sobre profissões nas Ciências Sociais Brasileiras”. In: *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, nº 41, pp. 109-142.

⁵⁴ GOMES, op. cit., p. 53.

- BONELLI, Maria da Glória (1999). “Estudos sobre profissões no Brasil”. In: Sérgio Miceli (org.). *O que ler na ciência social brasileira (1970-1995)*. São Paulo, Editora Sumaré; Brasília/DF, CAPES.
- _____ (2002). *Profissionalismo e política no mundo do Direito: as relações dos advogados, desembargadores, procuradores de justiça e delegados de polícia com o Estado*. São Carlos, EDUFSCar e Editora Sumaré.
- CANCELLI, Elizabeth (1993) *O mundo da violência: a polícia da era Vargas*. Brasília, Editora Universidade de Brasília.
- CANNABRAVA FILHO, Paulo (2004). *Adhemar de Barros: trajetórias e realizações*. São Paulo, Terceiro Nome.
- CAPELATO, Maria Helena; PRADO, Maria Lígia (1980). *O bravo matutino, imprensa e ideologia: o jornal “O Estado de São Paulo”*. Alfa - Omega.
- CAPELATO, Maria Helena Rolim (1989). *Arautos do liberalismo: imprensa paulista (1920-1945)*. São Paulo, Brasiliense.
- CASTRO, Cristina Maria (2002). *Poder Judiciário Paulista: imagem e competição por poder simbólico retratadas na mídia*. São Carlos, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, dissertação de Mestrado.
- CASTRO SANTOS (1993). “A reforma sanitária ‘pelo alto’: o pioneirismo paulista no início do século XX”. In: *Dados, Revista de Ciências Sociais*, vol. 36, nº. 3, pp. 361-392.
- _____ (2004). “Poder, ideologias e saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica”. In: Gilberto Hochman & Diego Armus (org.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro, Fiocruz.
- CHAIÁ, Vera Lúcia M. (1991). *A liderança política de Jânio Quadros: 1947 a 1990*. São Paulo, Humanidades.
- COELHO, Edmundo Campos (1999). *As Profissões Imperiais: Medicina, Engenharia e Advocacia no Rio de Janeiro – 1822-1930*. Rio de Janeiro, Record.
- COHN, Amélia (1981). *Previdência Social e Processo Político no Brasil*. São Paulo, Editora Moderna (coleção Contemporânea).
- CORADINI, Odaci (1996). “Grandes famílias e elite ‘profissional’ na medicina no Brasil”. In: *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, vol. 3, nº. 3, pp. 425-66.
- DAMASKA, Mirjan R. (1986). *The faces of justice and state authority: a comparative approach to the legal process*. New Haven, Yale University Press.
- DEBERT, Guita Grin (1979). *Ideologia e populismo: A. de Barros, M. Arraes, C. Lacerda, L. Brizola*. São Paulo, T. A. Queiroz Editor.

DINIZ, Marli (1998). “Repensando a teoria da proletarização dos profissionais” In: *Tempo Social*, São Paulo, 10 (1): pp. 165-184.

_____ (2001). *Os donos do saber: profissões e monopólios profissionais*. Rio de Janeiro, Editora Revan.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro (1975). *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo, Pioneira.

DUARTE, Adriano Luiz (2002). *Cultura popular e cultura política no após-guerra: redemocratização, populismo e desenvolvimentismo no Bairro da Mooca – 1942-1973*. Campinas, IFCH/UNICAMP. Tese de doutoramento.

DUARTE, Adriano Luiz; FONTES, Paulo (2004). “O populismo visto da periferia: adhemarismo e janismo nos bairros da Mooca e São Miguel Paulista (1947-1953)”. In: *Cadernos AEL: populismo e trabalhismo*. Campinas, UNICAMP/IFCH/AEL, vol. 11, nº. 20/21.

FARIA, Lina Rodrigues de; SANTOS, Luiz Antônio de Castro (2002). “Os primeiros centros de saúde nos Estados Unidos e no Brasil: um estudo comparativo”. In: *Teoria e pesquisa*, nº 40 e 41, jan./jul., pp. 137-181.

FARIA, Lina (2007). *Saúde e Política: a Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.

FAORO, Raymundo (2000). *Os donos do Poder: formação do patronato político brasileiro* (Grandes nomes do pensamento brasileiro). São Paulo, Globo/Publifolha, vol. 2.

FAUSTO, Boris (1972). *A revolução de 1930: historiografia e história*. São Paulo, Brasiliense.

_____ (1978). “O Brasil Republicano”. In: *História Geral da Civilização Brasileira*, tomo 3, vol.2,. São Paulo, DIFEL.

FERNANDES, Patrícia Jacques (2004). *Ato médico: versões, visões e reações de uma polêmica contemporânea das profissões da área da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde/COC – Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz. Dissertação de mestrado.

FERREIRA, Jorge (2001). *O populismo e sua história: debate e crítica*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.

FONSCECA, Cristina M. Oliveira (2000). “Trabalhando em saúde pública pelo interior do Brasil: lembranças de uma geração de sanitaristas (1930-1970)”. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 5, nº. 2, pp. 393-411.

_____ (2007). *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.

FREIDSON, Eliot (1994). *O renascimento do profissionalismo*. São Paulo, Edusp.

_____ (1996). “Para uma análise comparada das profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais”. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, nº. 31, junho.

_____ (2001). *Professionalism: the third logic*. Cambridge, Polity Press.

_____ (2009). *Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado*. São Paulo, Editora UNESP; Porto Alegre, Sindicato dos Médicos.

FRENCH, John (1987). “A ascensão do populismo adhemarista em São Paulo – 1946/1947”. In: *Série de textos sobre história eleitoral / Idesp*, nº. 19. São Paulo, Sumaré.

_____ (1995). *O ABC dos operários: conflitos e alianças de classe em São Paulo: 1900-1950*. São Paulo/São Caetano do Sul, Editora Hucitec.

GARCIA JUNIOR, Gentil da Silva (2001). *O populismo de Adhemar de Barros diante do poder militar no pós-64*. Campinas, IFCH/UNICAMP. Dissertação de mestrado.

GOMES, Ângela de Castro (1994). *A invenção do trabalhismo*. Rio de Janeiro, Relume Dumará.

_____, org. (2000). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro, Editora FGV.

_____ (2001). “O populismo e as ciências sociais no Brasil: notas sobre a trajetória de um conceito”. In: FERREIRA, Jorge (org.), *O populismo e sua história: debate e crítica*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.

HALLIDAY, Terence C. (1987). *Beyond monopoly: lawyers, state crises, and professional empowerment*. Chicago, Chicago University Press.

_____ (1999). “Politics and civic professionalism: legal elites and cause lawyers”. In: *Law and Social Inquiry*, nº 24, pp. 1013-1060.

HAMILTON, W. & FONSCCECA, C. (2003). “Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953”. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 10(3), pp. 791-825.

HIPPÓLITO, Lúcia (1985). *PSD de raposas e reformistas: PSD e a experiência democrática brasileira (1945-1964)*. Rio de Janeiro, Paz e Terra.

HOCHMAN, Gilberto (1993). “Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre a saúde pública e a construção do Estado (1910-30)”. In: *Estudos Históricos*, v.6, nº. 11, pp. 40-61.

_____ (1998). *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo, Editora Hucitec/ANPOCS.

IANNI, Octávio (1968). *O colapso do populismo no Brasil*. São Paulo, Civilização Brasileira.

KUHN, Thomas (1975). *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo, Perspectiva.

LACLAU, Ernesto (1979). *Política e ideologia na teoria marxista: capitalismo, fascismo e populismo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

LUZ, Madel Terezinha (1979). *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro, Graal.

MACHADO, Maria Helena, org (1995). *Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro, Fiocruz.

_____, org. (1997). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro, Fiocruz.

_____. (2003). *PROFISSÃO MÉDICA: desprofissionalização em curso?* Trabalho apresentado no GT Profissões, Estado e Mercado, XXVII Encontro da ANPOCS, Caxambu.

MARQUES FILHO, José, coord. (2004). *CREMESP: uma trajetória*. São Paulo, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

MERHY, Emerson Elias (1987). *O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo*. Campinas, Papirus.

MICELI, Sérgio (2001). *Intelectuais à brasileira*. São Paulo, Editora Schwarcz LTDA.

MOTA, André & SCHIRAIKER, Lilia Blima (2009). “Mudanças corporativas e tecnológicas da medicina paulista em 1930”. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 16, nº. 2, abr./jun., pp. 345-360.

O ESTADO DE SÃO PAULO. São Paulo, janeiro/1947 – janeiro/1951.

OLIVEIRA, Fabiana Luci de (2002). “Os Ministros do Supremo Tribunal Federal no pós-Constituição de 1988: profissionais versus políticos”. In: *Teoria e pesquisa*, nº. 40 e 41, jan./jul. 183-205.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo & TEIXEIRA, Sonia M. Fleury (1985). *(Im) Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis, Vozes; Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

ORTIZ, Renato, org. (1983). *Pierre Bourdieu: sociologia*. São Paulo, Ática.

PEREIRA NETO, André de Faria (2001). *Ser médico no Brasil: o presente no passado*. Rio de Janeiro, Fiocruz.

PRADO, Maria Ligia Coelho. *O populismo na América Latina: Argentina e México*. 2ª. ed. São Paulo: Brasiliense, 1981, (Coleção Tudo e história/ v.4).

RAMOS, Jairo (1949). “Considerações sobre a socialização da profissão médica no Brasil”. In: *Revista Paulista de Medicina*. São Paulo, outubro, vol. XXXV, nº. 4, p. 71.

REVISTA PAULISTA DE MEDICINA. São Paulo, janeiro/1947 – janeiro/1951.

RIBEIRO, Maria Alice Rosa (1991). *História sem fim... um inventário da saúde pública em São Paulo*. Campinas, Instituto de Economia/UNICAMP. Tese de doutoramento.

- RODRIGUES, Maria de Lurdes (2001). *Sociologia das profissões*. Oeiras, Celta.
- SAMPAIO, Regina (1982). *Adhemar de Barros e o PSP*. São Paulo, Global Editora.
- SILVA, Márcia Regina Barros (2001). “O ensino médico em São Paulo e a criação da Escola Paulista de Medicina”. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, vol. VIII, nº. 3, out-dez, pp. 541-566.
- SOUZA, Maria do Carmo Campello (1976). *Estado e Partidos Políticos no Brasil*. São Paulo, ed. Alfa-Ômega.
- SKIDMORE, Thomas (1975). *Brasil: de Getúlio Vargas a Castelo Branco (1930-1964)*. Rio de Janeiro, Paz e Terra.
- VIANNA, Luiz Werneck (1976). *Liberalismo e sindicato no Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- WEFFORT, Francisco Correia (1978). *O populismo na política brasileira*. Rio de Janeiro, Paz e Terra.

ANEXO

Parte da Constituição Estadual de São Paulo de 1947 referente à Assistência Social e à Saúde Pública.⁵⁵

TÍTULO VII

Da Assistência Social e da Saúde Pública

Artigo 130 - Incumbe ao Estado assegurar a assistência, a previdência, a higiene e a saúde pública sob todos os aspectos, mediante um plano geral a ser fixado em lei, tendo por fim:

- a) a educação sanitária da população, utilizando todos os meios de divulgação e propaganda;
- b) pesquisas permanentes sobre mortalidade infantil, tuberculose, lepra, tracomatose, malária, sífilis, doenças venéreas, hipossuficiência alimentar, alienação Mental e outros males que aflijam a população rural e urbana;
- c) a profilaxia das doenças transmissíveis ao homem e o combate ao alcoolismo e ao uso de tóxicos;
- d) a assistência médico-social, sobretudo á maternidade, á infância e á velhice.

Parágrafo único - Para a execução desse plano, o Estado entrará em acordo com os municípios e com organizações particulares.

Artigo 131 - O Estado destinará anualmente no mínimo dois por cento da sua Receita ordinária para o combate ás endemias e flagelos sociais.

Artigo 132 - O Estado auxiliará os serviços de saúde e assistência mantidos por instituições privadas idôneas, amparando-as com subvenções, isenções tributárias e outras contribuições.

Artigo 133 - Os auxílios e subvenções do Estado a instituições privadas de assistência social serão concedidos de acordo com um plano geral, estabelecido por lei, que preverá a articulação, harmonização e fiscalização de todas as instituições subvencionadas.

Parágrafo único - A execução desse plano, inclusive a fiscalização e o pagamento das subvenções, ficará a cargo de um órgão único, técnica e cientificamente aparelhado para pesquisas e planejamento dos serviços sociais.

Artigo 134 - O Estado adotará o seguro social obrigatório, regulando-o por lei ordinária.

Artigo 135 - A lei assegurará gratuitamente aos trabalhadores agrícolas assistência técnica, educacional, médica, odontológica, farmacêutica e hospitalar.

⁵⁵ Consulta ao site da Assembléia Legislativa de São Paulo (ALESP) em 29 de julho de 2009:
<http://www.al.sp.gov.br/porta/site/Internet/menuitem.72bc967820cffe2eca76e110f20041ca/?vgnextoid=171a50d649467110VgnVCM100000590014acRCRD>