

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

**Ondas de interiorização do profissionalismo médico e o  
desenvolvimento em São Carlos**

**São Carlos, junho de 2016.**

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

**Ondas de interiorização do profissionalismo médico e o  
desenvolvimento em São Carlos**

Fabio de Oliveira Almeida.

Tese de Doutorado em Sociologia  
apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em Sociologia da  
Universidade Federal de São Carlos  
como parte dos requisitos para obtenção  
do título de Doutor em Sociologia.  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria da Glória  
Bonelli

**São Carlos, junho de 2016.**

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar  
Processamento Técnico  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

A447o Almeida, Fabio de Oliveira  
Ondas de interiorização do profissionalismo médico  
e o desenvolvimento em São Carlos / Fabio de  
Oliveira Almeida. -- São Carlos : UFSCar, 2016.  
373 p.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal de São  
Carlos, 2016.

1. Interiorização do profissionalismo médico. 2.  
Desenvolvimento. 3. Urbanização. 4. Industrialização.  
5. Centralização política do estado. I. Título.



Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Tese de Doutorado do candidato Fabio de Oliveira Almeida, realizada em 06/06/2016:

Prof. Dr. Rodrigo Constante Martins  
UFSCar

Profa. Dra. Maria Aparecida de Moraes Silva  
UFSCar

Profa. Dra. Fabiana Luci de Oliveira  
UFSCar

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros  
UNICAMP

Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes  
UNICAMP

# Sumário

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Resumo e palavras-chave.</b>   | <b>09</b> |
| <b>Abstract and keywords</b>  | <b>10</b> |
| <b>Agradecimento.</b>   | <b>11</b> |
| <b>Lista de Siglas.</b>   | <b>12</b> |
| <b>Índice de figuras.</b>   | <b>16</b> |
| <b>Introdução.</b>  | <b>17</b> |
| <b>Parte I – Os conceitos, o método e a definição dos fenômenos sociais.</b>  | <b>32</b> |
| <b>Capítulo 1 – As ondas sociais de interiorização do profissionalismo médico: bases conceituais, metodológicas e empíricas gerais.</b> | <b>33</b> |
| <b>1.1. Metodologia.</b>  | <b>54</b> |

|  |            |
|--|------------|
| <b>Capítulo 2 – Modernização e profissionalismo médico enquanto processos sociais de longa duração no poder local em São Carlos.</b>   | <b>63</b>  |
| <b>2.1. Modernização e pensamento social.</b>  | <b>68</b>  |
| <b>2.2 Profissionalismo e profissionalização como processos sociais.</b>   | <b>70</b>  |
| <b>2.2.1. Profissionalismo e processos sociais de longa duração.</b>   | <b>74</b>  |
| <br>   |            |
| <b>Capítulo 3 – A modernização brasileira, a lógica profissional e a realidade do poder local em São Carlos.</b>                       | <b>80</b>  |
| <b>3.1. Poder local, profissionalismo e modernização.</b>  | <b>87</b>  |
| <b>3.2. O coronelismo e a lógica profissional na modernização do poder local brasileiro.</b>   | <b>91</b>  |
| <b>3.2.1. Poder local, estratificação social e profissionalismo.</b>   | <b>95</b>  |
| <br>   |            |
| <b>Parte II – Primeira onda: criação do município, cafeicultura, economia urbana e medicina são-carlense na ascensão da República.</b> | <b>98</b>  |
| <br>   |            |
| <b>Capítulo 4 – Condicionantes sociais nacionais e estaduais de surgimento do profissionalismo médico em São Carlos.</b>               | <b>99</b>  |
| <b>4.1. A saúde pública.</b>   | <b>101</b> |

|   |            |
|---|------------|
| <b>4.2. Desenvolvimentos na assistência médica.</b>   | <b>103</b> |
| <b>4.3. Avanços nas demais instituições do profissionalismo médico.</b>   | <b>105</b> |
| <b>Capítulo 5 – A criação do município e da medicina de São Carlos sob a ótica da autonomia profissional.</b>   | <b>107</b> |
| <b>5.1. Da cafeicultura exportadora ao desenvolvimento urbano-industrial: condicionantes sociais anteriores para a instalação de médicos na localidade.</b> | <b>109</b> |
| <b>5.2. Os médicos e a saúde são-carlense: uma análise da prática médica e sua organização técnica e econômica.</b>   | <b>114</b> |
| <b>5.3 Os profissionais e a dinâmica político-partidária: aspectos relativos à autonomia política dos médicos em São Carlos entre 1889 e 1948.</b>          | <b>142</b> |
| <b>5.4. Considerações gerais sobre a primeira onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos.</b>  | <b>152</b> |
| <b>Capítulo 6 – A primeira corrente profissional de retorno para os médicos são-carlenses.</b>  | <b>155</b> |
| <b>Parte III – Segunda onda: maior avanço urbano-industrial, centralização política estatal e socialização da medicina.</b>                                 | <b>167</b> |

|  |            |
|--|------------|
| <b>Capítulo 7 – O processo de industrialização, a centralização do Estado e a reação do profissionalismo médico brasileiro e paulista.</b> | <b>168</b> |
| <b>7.1. O Estado centralizado, a economia e o maior desenvolvimento urbano-industrial.</b>   | <b>170</b> |
| <b>7.2. As mudanças na área de saúde: novos rumos para a saúde pública e para a assistência médica previdenciária.</b>                     | <b>172</b> |
| <b>7.3. A realidade das demais instituições do profissionalismo médico brasileiro e paulista após 1930.</b>                                | <b>174</b> |
| <b>Capítulo 8 – Impactos da industrialização e da centralização política sobre mudanças no profissionalismo médico de São Carlos.</b>      | <b>178</b> |
| <b>8.1. A decadência da economia cafeeira e o impulso urbano-industrial em São Carlos.</b>   | <b>178</b> |
| <b>8.2. Rearranjos políticos em São Carlos.</b>  | <b>186</b> |
| <b>Capítulo 9 – O processo de socialização da medicina, a organização profissional dos médicos e seu impacto em São Carlos.</b>            | <b>189</b> |
| <b>9.1. Impactos da maior intervenção estatal em saúde na organização do trabalho e na autonomia técnica e socioeconômica da medicina.</b> | <b>190</b> |
| <b>9.2. A área de saúde local em meio às mudanças emergentes com a socialização da medicina e a realidade da categoria em nível local.</b> | <b>195</b> |



|  |            |
|--|------------|
| <b>9.3. A autonomia profissional da medicina e a atuação da Sociedade Médica na segunda onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos.</b> | <b>199</b> |
| <b>9.4. Os profissionais, sua associação e a socialização da medicina.</b>   | <b>219</b> |
| <b>9.5. Considerações gerais a respeito da segunda onda de interiorização do profissionalismo médico.</b>  | <b>246</b> |
| <b>Capítulo 10 – A segunda corrente de retorno da medicina de São Carlos.</b>  | <b>250</b> |
| <b>Parte IV – Terceira onda: assistência previdenciária, convênios médicos e o desenvolvimento local durante a ditadura.</b>                                 | <b>262</b> |
| <b>Capítulo 11 – Regime militar e desenvolvimento, interiorização da indústria e mudanças na saúde e no profissionalismo médico.</b>                         | <b>263</b> |
| <b>11.1 A ditadura e suas mudanças institucionais: restrições e repressão políticas.</b>   | <b>264</b> |
| <b>11.2 Os planos nacionais de desenvolvimento, medidas econômicas do governo estadual, incentivos municipais e a interiorização da indústria paulista.</b>  | <b>266</b> |
| <b>11.3. Modificações do sistema de saúde e na conformação das instituições do profissionalismo médico.</b>  | <b>269</b> |
| <b>Capítulo 12 – Modernização urbano-industrial e inflexões na medicina de São Carlos nos anos 1970 e 1980.</b>  | <b>274</b> |

|  |            |
|--|------------|
| <b>12.1. A política são-carlense durante a ditadura e o processo de redemocratização até 1988.</b>   | <b>280</b> |
| <b>Capítulo 13 – Assistência médica estatal, convênios particulares e o profissionalismo médico no impulso industrial dos anos 1970.</b>                             | <b>282</b> |
| <b>13.1. A assistência médica previdenciária e seus problemas aos médicos de São Carlos.</b>   | <b>288</b> |
| <b>13.2. Os convênios de prestação de serviços para determinadas instituições ou grupos sociais e outros com os bancos do Brasil e do Estado de São Paulo.</b>       | <b>297</b> |
| <b>13.3. A Casa de Saúde e a UNIMED diante do novo ciclo expansivo da indústria local: avanços no profissionalismo médico e na área de saúde em geral.</b>           | <b>309</b> |
| <b>13.3.1. O surgimento da Casa de Saúde, sua relação com os médicos e a rede hospitalar local e o desenvolvimento de convênios com as indústrias são-carlenses.</b> | <b>310</b> |
| <b>13.3.2. A UNIMED São Carlos: origem, características, crescimento, aliança com a Santa Casa e sua relação com o grupo médico e a área de saúde local.</b>         | <b>324</b> |
| <b>13.4. Considerações gerais sobre a terceira onda de interiorização do profissionalismo médico.</b>  | <b>338</b> |
| <b>Considerações finais.</b>   | <b>342</b> |
| <b>Bibliografia e fontes primárias.</b>  | <b>353</b> |

## Resumo.

Este trabalho analisou, no contexto do poder local de São Carlos (SP), as conexões entre o profissionalismo médico, o desenvolvimento urbano-industrial e a centralização política de Estado brasileiro, o que condicionou específicas ondas de interiorização do profissionalismo médico, assim como certas correntes profissionais de retorno. O foco do trabalho dirigiu-se para a investigação dessas questões no período de 1889 e 1988, quando se verificaram três ondas de interiorização do profissionalismo médico e duas correntes profissionais de retorno. A primeira onda (1889-1930) aconteceu em meio ao início da República, à relativa descentralização política do coronelismo e ao paralelo crescimento da economia cafeeira paulista e, em particular, por sua pujança em São Carlos, que provocou o primeiro impulso da economia urbana local, a criação dos primeiros serviços de saúde pública e assistência médica e pelo estabelecimento de um inicial, mas efetivo mercado médico local. Houve a chegada dos primeiros médicos a localidade, com perfil generalista e que logo se inseriram na estratificação social local. Neste caso, predominou a atividade médica liberal e junto à Santa Casa de Misericórdia. A segunda onda (1948-1966) foi caracterizada pela centralização política do Estado, seu papel no desenvolvimento urbano-industrial e no sistema de saúde nacional. Diante dessas mudanças, as anteriores relações de aliança dos médicos com, especialmente, a elite agrária local, deixam de ser tão decisivas, já que o Estado central passou a rivalizar com o poder das elites locais. Este é o momento de uma reação médica à socialização da medicina, a partir da criação da Sociedade Médica de São Carlos. Houve um movimento importante de filhos de famílias são-carlenses que saíram do município para estudar medicina, voltando a São Carlos para desenvolver suas carreiras. Os profissionais ainda apresentam o predomínio do perfil generalista. Já a terceira onda (1970-1988) decorreu, em parte, da reação médica frente aos problemas da assistência médica previdenciária. Este período foi marcado pelo surgimento da Casa de Saúde e Maternidade São Carlos, assim como pela ampliação da Santa Casa de Misericórdia, em meio a um maior desenvolvimento industrial e urbano local, com ampliação de setores operários e de classes médias urbanas. Favorecido ainda pela interiorização de cursos de medicina, este período verifica a chegada de novos profissionais especialistas formados em cursos mais novos. De um mercado menor, fechado e exportador de pacientes, São Carlos tornou-se polo de atração de profissionais e pacientes de outras localidades. Isso impulsionou a criação e expansão da UNIMED São Carlos, em resposta a maior demanda por serviços médicos locais, à crescente crise da assistência médica previdenciária e às pressões de certos setores de convênios médicos privados. No período, a UFSCar e a USP São Carlos se articularam ao crescimento do município, envolvendo-se com outros grupos locais e médicos e em melhorias no sistema hospitalar são-carlense. Como correntes profissionais de retorno, entre a primeira e a segunda ondas, e entre a segunda e a terceira, observou-se a ocorrência de fatores sociais que, enquanto contra processos sociais, arrefeceram, relativamente, cada prévio movimento de onda de interiorização, favorecendo a emergência, em cada caso, de uma nova ondas de interiorização. No final do período analisado, ainda se nota o crescimento dos convênios médicos, em especial da UNIMED São Carlos, bem como piora na assistência médica estatal, movimentos médicos de reivindicação trabalhista e movimentos de grupos envolvidos com a ascensão da saúde coletiva, que buscavam a reforma do sistema nacional de saúde, já no contexto de crise do desenvolvimento urbano-industrial, de redemocratização do país pós-ditadura militar e de ações descentralizadoras da área da saúde, que desembocaram na emergência do SUS. **Palavras-chave:** ondas de interiorização, profissionalismo médico; poder local.

## Abstract

This research analyzed, in the local power of São Carlos (SP), the connections between medical professionalism, urban and industrial development and the political centralization of the Brazilian nation state, which conditioned specific waves of interiorization of medical professionalism, as well as particular professional rip current. The focus is oriented to the period of 1889 to 1988, when have occurred three waves of interiorization of medical professionalism and two professional rip currents. The first wave (1889-1930) happened at the beginning of the Republic, in the context of a decentralized political system (coronelismo) and of a parallel growth of the São Carlos' coffee production. This allowed the first impulse of the local urban economy, the emergence of some new public health and medical assistance services and the establishment of an initial but effective medical market. Some new physicians arrived in the locality, whose specialization was commonly in general practice. Very soon, these professionals were integrated into the local social stratification, working as liberal professionals and in the Santa Casa de Misericórdia de São Carlos. The second wave (1948-1966) was characterized by the local effects of the political centralization of the state and its new role in the Brazilian urban and industrial development as well as in the organization of a national health system. The previous alliance between physicians and the São Carlos' coffee elite became less important than in the past. The central state became more powerful and begun to compete with the local elites in the countryside of Brazil. This is the moment of the medical reaction to the socialization of medicine, when local physicians create the Sociedade Médica de São Carlos. In this period, there was an important historical trend of young local citizens (born in São Carlos), who went out to study medicine, but returning back later to work as physicians. As their antecessors, these young professional worked in the general practice. Otherwise, the third wave (1970-1988) arose since the reaction of physicians against some problems with the medical assistance of the state pension system. Indeed, the period also verified the organization of a new hospital, Casa de Saúde e Maternidade São Carlos, as well as the construction of a new building for Santa Casa de Misericórdia. São Carlos observed a relevant urban and industrial growth, paralleled by the increase of groups of industrial workers and urban middle classes. Aside the interiorization of medical faculties, professionals who have studied in these new faculties arrived São Carlos, not to act in general practice, but as specialists. Since a tied and smaller medical market as well as the condition of exporter of patients, São Carlos became polo of attraction for professionals and patients from other localities. This favored the creation and expansion of the UNIMED São Carlos, which responded to the higher demand for local medical services, the crisis in the medical assistance of the pension system and new obstacles from the market of private medical group sector. Both UFSCar and USP São Carlos intertwined with the growth of the locality, as well as with physicians, in order to increase the hospital services of São Carlos. As professional rip currents, between the first and the second waves, and between this one and the third wave, some reverse social processes acted historically in an opposite way in relation to each mentioned wave, favoring the occurrence of the next one. At the end of this period, emerged a combination of historical factors, such as: increase of the medical group sector (specially the UNIMED); the worst of the state medical assistance; political movements of physicians; emergence of the collective health; different role of industries in the Brazilian development; democratization; and decentralization of the national health system, which led to the creation of SUS. **Keywords:** waves of interiorization; medical professionalism; local power.

## Agradecimento

Aos meus pais e irmãos, cunhados, sobrinho e tios próximos, agradeço o importante apoio ao esforço que resultou nesta tese de doutorado. Gostaria ainda de agradecer à minha orientadora, professora doutora Maria da Glória Bonelli, que sempre me acompanhou nas diferentes etapas desta caminhada acadêmica. Em todos esses anos, pude verificar que o apoio recebido por ela representa sua marca como orientadora, algo que sempre se estendeu aos outros alunos que vi passarem por suas mãos. Especificamente quanto a este doutorado, ela se fez presente de maneira especial nos momentos mais decisivos. Agradeço ao grupo de pesquisa em sociologia das profissões, liderado também por ela, pois as trocas intelectuais com seus integrantes sempre foram momentos que vieram a contribuir para o aprimoramento desta tese.

Igualmente desejo agradecer às pessoas entrevistadas para a pesquisa e aos funcionários e dirigentes das instituições onde realizei coleta de dados: Fundação Pró-Memória de São Carlos, Academia de Medicina de São Paulo – em especial a Solange, que é a secretária da entidade –, o arquivo da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, a Biblioteca da Associação Paulista de Medicina e a Sociedade Médica de São Carlos – especialmente sua secretária, Lázara. Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de São Carlos – PPGS/UFSCar, a sua secretária, Silmara, e aos professores da instituição. Em particular, menciono os professores doutores com os quais cursei disciplinas e minicursos no doutorado. Dentre estes, Glória, Gabriel, Cibeli, Maria Aparecida, Isabel e Jacob, além do professor Carlos Lista e a professor María Alejandra Ciufolini, da Universidade Nacional de Córdoba (Argentina). Devo agradecimentos específicos às professoras doutoras Maria Aparecida Moraes e Fabiana Luci de Oliveira (PPGS/UFSCar), que compuseram a banca de qualificação ao doutorado, oferecendo valiosas contribuições para o desenvolvimento da pesquisa, as quais novamente se dispuseram a participar da defesa desta tese. Aos professores doutores Everardo Duarte Nunes e Nelson Filice de Barros (UNICAMP), os quais também aceitaram participar deste esforço compondo a banca de defesa da tese. Ao professor doutor Rodrigo Constante Martins (PPGS/UFSCar), pois preside a banca de doutorado colaborando, assim, para o bom andamento deste processo. À FAPESP sou grato pela bolsa de doutorado e aos pareceres oferecidos aos relatórios que a ela ofereci, os quais contribuíram para a pesquisa. À CAPES, pela bolsa recebida para realizar o estágio sanduíche na Universidade de Lincoln (Reino Unido). A esta Universidade e aos professores que lá me receberam sou muito grato. Em particular, agradeço aos professores doutores Mike Saks, meu co-orientador do estágio sanduíche, Hugh Bochel, que também acompanhou minha estadia na Inglaterra, e sua esposa, professora Catherine Bochel, e a professora Judith Allsop, com a qual tive encontros muito proveitosos. Todos foram influências intelectuais importantes para esta tese.

Enfim, meu especial e terno agradecimento a minha querida noiva, Tatiani Falvo, pelo amor, carinho e amizade, a qual cada vez me encanta mais.

## **Lista de siglas**

ABASC – Associação Beneficente dos Alfaiates de São Carlos.

ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo.

ACISC – Associação Comercial e Industrial de São Carlos.

AI – Ato Institucional.

AMB – Associação Médica Brasileira.

AMSP – Academia de Medicina de São Paulo.

APM – Associação Paulista de Medicina.

ARENA – Aliança Renovadora Nacional.

BASA – Banco da Amazônia S/A.

BNB – Banco do Nordeste S/A.

BNDE – Banco Nacional de Desenvolvimento.

BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social.

CABESP – Caixa Beneficente dos Funcionários do Banco do Estado de São Paulo.

CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensões.

CAPFESP – Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos.

CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil.

CAT/IAPI – Carteira de Assistência do Trabalho do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários.

CBT – Companhia Brasileira de Tratores.

CEME – Centro Municipal de Especialidades.

CFM – Conselho Federal de Medicina.

CODI – Centro de Operações de Defesa Interna.

COSEAS/USP – Coordenadoria de Assistência Social da Universidade de São Paulo.

CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

CPE – Companhia Paulista de Eletricidade.

CRM – Conselho Regional de Medicina.

DNPS – Departamento Nacional da Previdência Social.

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública.

DOI – Destacamento de Operações e Informações.

EESC – Escola de Engenharia de São Carlos – Universidade de São Paulo – USP/São Carlos.

FUNRURAL – Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural.

GEAP – Assistência Patronal dos Servidores do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários.

IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensões.

IAPAS – Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social.

IAPB – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários.

IAPC – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes.

IAPETEC – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas.

IAPFESP – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos.

IAPI – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários.

IAPM – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos.

IAPSE – Instituto de Pensões e Assistência dos Servidores do Estado.

ICMSC – Instituto de Ciências Matemáticas de São Carlos.

IFQSC – Instituto de Física e Química de São Carlos.

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

INPS – Instituto Nacional da Previdência Social.

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social.

IPL – Indústrias Pereira Lopez.

IPM – Inquérito Policial Militar.

ISS – Instituto de Serviços Sociais.

MDB – Movimento Democrático Brasileiro.

MESP – Ministério da Educação e Saúde Pública

MTIC – Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

NOB – Norma Operacional Básica.

PCB – Partido Comunista Brasileiro.

PD – Partido Democrático.

PDS – Partido Democrático Social.

PDT – Partido Democrático Brasileiro.

PC do B – Partido Comunista do Brasil.

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro.

PND – Plano Nacional de Desenvolvimento – I PND e II PND: primeiro e segundo Planos Nacionais de Desenvolvimento.

PR – Partido Republicano.

PRP – Partido Republicano Paulista.

PSB – Partido Socialista Brasileiro.

PSD – Partido Social Democrático.

PSP – Partido Social Progressista.

PT – Partido dos Trabalhadores.

PTB – Partido Trabalhista Brasileiro.

PTN – Partido Trabalhista Nacional.

PUC – Pontifícia Universidade Católica.

SAMDU – Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência.

SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial.

SESC – Serviço Social do Comércio.

SESI – Serviço Social da Indústria.

SMCSP – Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.

SMSC – Sociedade Médica de São Carlos.



SUDAM – Superintendência de Desenvolvimento da Amazônia.

SUDENE – Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste.

SUFRAMA – Superintendência da Zona Franca de Manaus.

SNI – Serviço Nacional de Informações.

SUS – Sistema Único de Saúde.

TELESP – Telecomunicações São Paulo S/A.

UDN – União Democrática Nacional.

UFBA – Universidade Federal da Bahia.

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos.

UNIMED – Cooperativa de Trabalho Médico.

USP – Universidade de São Paulo.

## **Índice de gráficos.**

|                    |            |
|--------------------|------------|
| <b>Gráfico 01.</b> | <b>158</b> |
| <b>Gráfico 02.</b> | <b>159</b> |

## **Introdução.**

A pesquisa investiga as conexões entre o fenômeno do profissionalismo e o desenvolvimento urbano-industrial que acompanhou a modernização da sociedade brasileira durante os séculos XIX e XX, o que foi favorecido pelo paralelo processo de centralização política do Estado nacional, observando as especificidades dessas relações em um contexto social particular, relativo a uma determinada localidade interiorana do Brasil, a qual representa uma espécie de janela de entrada para o entendimento daquelas relações mais gerais entre profissionalismo, desenvolvimento e modernização. Para esta análise, mobilizaram-se conhecimentos relativos não apenas acerca do profissionalismo, da modernização e do desenvolvimento urbano-industrial, mas igualmente sobre o fenômeno histórico do poder local brasileiro. Diante disso, este estudo observa de que maneira o desenvolvimento urbano-industrial e a centralização do Estado brasileiro se relacionaram com e, por isso, condicionaram específicas ondas de interiorização do profissionalismo médico, assim como certas correntes profissionais de retorno (que implicam contra processos sociais que seguem sentido histórico relativamente contrário ao das ondas de interiorização), as quais foram, assim, enfrentadas por determinados grupos médicos em dada localidade do território nacional.

O trabalho propõe-se a verificar tais relações durante o período republicano do país, dado que, como se observará, foi ao longo da República quando se verificaram o aprofundamento das relações entre o fenômeno do profissionalismo e o avanço de duas instituições fundamentais da modernização<sup>1</sup> brasileira, isto é, a economia capitalista urbano-industrial e o poder de Estado nacional, o qual, ao longo do século XX, passou por um significativo processo de centralização política, responsável por conferir a este um papel de considerável liderança no desenvolvimento da economia brasileira. O aprofundamento dessas relações permitiu ainda significativo crescimento e diversificação, bem como o aumento do poder e da influência social, de diferentes grupos profissionais com formação de nível superior.

---

<sup>1</sup> Na sequência deste trabalho, será realizada uma discussão mais abalizada sobre conceitos importantes para esta pesquisa, tais como: moderno, modernidade e modernização. Além disso, será discutido o papel de instituições e grupos sociais relevantes para a modernização de distintas sociedades, tais como: o mercado e os agentes econômicos do capitalismo, especialmente no contexto urbano-industrial, o Estado (seus agentes burocráticos e políticos) e as instituições e grupos sociais vinculados ao profissionalismo.

De maneira mais detida, observam-se as relações entre a trajetória histórica da profissão médica e o desenvolvimento urbano-industrial de uma determinada localidade do interior do Brasil, que se encontra situada na região central do Estado de São Paulo, ou seja, o município de São Carlos. Esta opção metodológica por realizar a análise de uma municipalidade localizada em tal região relaciona-se a aspectos que serão analisados mais adiante e que deram forma ao processo de modernização, ao desenvolvimento econômico e político e a vários processos de profissionalização de grupos profissionais de nível superior no Brasil, como foi o caso da medicina. Assim, as conexões entre modernização e profissionalismo serão observadas a partir da análise da profissão médica em São Carlos, tendo em vista as relações de condicionamento mútuo (Weber, 1983) entre dois fenômenos sociais relevantes para a modernização mais ampla, o desenvolvimento econômico e político, bem como para o avanço do profissionalismo no interior do Brasil: a) o que se denomina como interiorização do desenvolvimento – isto é, o crescimento econômico de natureza urbano-industrial e as mudanças políticas advindas da centralização política estatal e sua ação junto à economia nacional e a diferentes regiões do país (Kerbauy, 2000); e b) o que aqui se designa como interiorização do profissionalismo – ou seja, o movimento de difusão rumo às regiões interioranas brasileiras de ideias, valores, segmentos sociais, instituições e relações sociais característicos aos grupos profissionais de nível superior, os quais foram, assim, relativamente favorecidos, ou não, em sua autonomia profissional, bem como em termos de seu poder e influência sociais mais amplos em diferentes regiões e localidades.

Ambas, a interiorização do desenvolvimento e a interiorização do profissionalismo, bem como suas conexões com a modernização (e sua interiorização pelo país) em sentido mais amplo, podem assumir características particulares em cada realidade específica de poder local, variando sua conformação de acordo com a específica combinação de fatores sociais em distintas localidades, estabelecidas socialmente no tempo e no espaço. Tanto o desenvolvimento como o profissionalismo vem sendo estudados por diferentes autores através de alternativas perspectivas de análise e enfoques metodológicos, assim como se podem observar outros esforços analíticos que procuram investigar a relação de ambos com o processo de modernização mais amplo.

O desenvolvimento vem sendo objeto de discussões entre cientistas sociais, economistas e outros pensadores sociais desde diferentes matizes intelectuais, os quais

têm discutido temas como diferenciação social, estrutura e estratificação social, desenvolvimento, subdesenvolvimento e dependência econômicos em meio ao capitalismo, bem como os processos de urbanização, industrialização e centralização política do Estado, além de outras questões, tais como o desenvolvimento sustentável, o desenvolvimento humano e o desenvolvimento social. Já o profissionalismo tem sido observado por distintos pesquisadores e abordagens, os quais procuram investigar o papel social dos grupos profissionais, suas origens e trajetórias históricas, as diversas formas como estes se conformam e se modificam ao longo do tempo, bem como a forma como estes organizam suas atividades laborais e suas instituições peculiares, ou como desenvolvem suas ideias, interesses e valores, assim como se organizam politicamente, o que tem diferentes implicações quanto às maneiras através das quais eles se relacionam com outros grupos ocupacionais e profissionais, com demais setores e instituições sociais e com o Estado.

Nesta análise, o fenômeno do desenvolvimento não é observado em si mesmo ou como variável dependente, condição assumida aqui pelo estudo da dinâmica do profissionalismo em seu processo de interiorização no território brasileiro. Por outro lado, todos esses fatores sociais e históricos, relativos ao profissionalismo e ao desenvolvimento, influenciam a conformação das relações de poder internas aos grupos profissionais e entre estes e demais setores e instituições sociais, sejam estes os clientes, os patrões (de organizações públicas ou privadas) ou os indivíduos e demais grupos sociais com os quais as profissões se relacionam. Em vista disso, aqui se adotou uma perspectiva de análise sobre o processo de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos que verifica de que modo tais fatores sociais afetam as variações de poder de setores médicos na mesma localidade, enfatizando de modo especial os seus efeitos para o que se considera aqui fundamental ao poder das profissões em sua inserção mais ampla nas sociedades modernas, ou seja, sua autonomia profissional (Freidson, 2009).

A autonomia profissional é observada nesta análise em sua dupla dimensão social, ou seja: “(...) autonomia da influência ou poder de outros, e autonomia para influenciar ou exercer poder sobre outros” (Freidson, 2009, p. 410). Dessa maneira, o profissionalismo representa uma lógica de organização da divisão do trabalho, a partir da qual os grupos profissionais se relacionam com outros setores e instituições sociais em que o poder profissional se estabelece, tanto na sociedade mais ampla como no sistema ocupacional em particular, por meio, acima de tudo, das vantagens – autonomia técnica

e controle sobre o próprio trabalho – que são oferecidas pelo monopólio de determinada *expertise* e por credenciais, os quais implicam os mais fundamentais recursos de poder dos grupos profissionais (Freidson, 1996).

A autonomia técnica e o controle sobre o próprio trabalho, baseados no domínio e monopólio de determinada *expertise*, criam um âmbito de atividades onde o trabalhador individual ou o profissional – e não exatamente a hierarquia organizada de trabalho (pública ou privada) – pode se tornar o ator social central da realidade onde este atua. Ademais, ao lado do monopólio da *expertise*, as credenciais, como segunda maior fonte do poder profissional, seriam um mecanismo institucionalizado de controle sobre recursos desejados que permitiriam às profissões o acesso privilegiado (e protegido) aos domínios da interpretação, julgamento e solução de problemas que o público, ou os clientes, desejam ver resolvidos e que são então tecnicamente enquadrados a partir do uso exclusivo de determinada *expertise*. Embora não seja a única fonte do poder profissional, a articulação e combinação entre tais mecanismos sociais, integrados pelo monopólio de determinada *expertise*, interferem no balanço de poder tanto dentro das profissões como entre estas e os demais setores e instituições do sistema ocupacional, assim como em relação à sociedade em geral onde os grupos profissionais se inserem.

Portanto, autonomia, *expertise* e credencialismo são três categorias que representam um domínio analítico composto dos seguintes eixos conceituais que conformam o que se entende como profissionalismo. Primeiro, o profissionalismo se concretiza socialmente com o exercício de uma autoridade, apoiada na força do Estado, sobre o próprio trabalho pelos membros das ocupações, e supõe a autoridade do *expert*, isto é, a autoridade técnica do profissional para coordenar a divisão do trabalho. Esta autoridade é estabelecida por processos sociais e políticos que conferem autonomia ao profissional sobre a organização da divisão do trabalho, algo comum a profissionais assalariados ou independentes. A *expertise* é parte essencial do profissionalismo, contudo, ainda mais fundamental é o seu uso exclusivo, traduzido no controle sobre os processos de recrutamento, formação e realização do trabalho de criação, divulgação e aplicação do conhecimento especializado no mundo do trabalho.

A *expertise* aprendida em instituições formais de educação superior é a principal condição no processo de reivindicação de poder, proteção e privilégios profissionais nas sociedades modernas. Tal reivindicação dos grupos profissionais é assegurada, em

essência, pela força política do Estado, que garante aos profissionais a exclusividade de produzir, usar e avaliar certo corpo de conhecimentos no mundo do trabalho. Tudo isso, bem como as formas de oferta de serviços e produtos profissionais junto ao mercado e à sociedade em geral, evidencia como as profissões necessitam de permanente atividade política, visto suas atividades interferirem na realidade social, econômica e política de outros grupos e instituições sociais – o que por sua vez, gera outros desdobramentos internos e externos à própria organização e ganhos econômicos relativos às atividades profissionais. Além disso, o profissionalismo também alimenta uma dimensão ideológica, ou seja, aquilo que se liga ao conjunto das crenças dos grupos profissionais sobre a maneira destes resolverem os problemas técnicos, socioeconômicos e políticos que se impõe ao corpo profissional em sua inserção social mais abrangente (Rodrigues, 2001).

Desse modo, os elementos característicos e essenciais das profissões estão baseados: na ligação entre as suas tarefas ocupacionais, para as quais há demanda no mercado e na sociedade; formação oferecida pelo sistema de ensino; além do acesso privilegiado de trabalhadores formados para o desempenho dessas mesmas tarefas no sistema de ocupações e na economia em geral. A ligação entre tais elementos institucionaliza a relação entre o sistema de ensino superior e o mercado de trabalho. “A combinação de credenciais e formação permite o acesso ao mercado de trabalho profissional protegido” (Rodrigues, 2001, p. 52). Assim, o acesso à determinada atividade profissional implicaria um complexo processo de negociação, que envolveria: o *status* como realidade essencial de certa atividade profissional 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 para definir campos, posições e relações sociais; e ainda, o desenvolvimento de estruturas formais como instituições de formação e credenciamento, assim como outras para sua mais ampla organização social, econômica e política.

O profissionalismo baseia-se, dessa maneira e acima de tudo, na autonomia profissional. Tal autonomia seria relativa a possíveis ingerências consideradas danosas à condição profissional, exercidas seja pelos patrões (de organizações públicas ou privadas), seja pela clientela imediata ou pelos demais grupos sociais, econômicos e políticos que se envolvem e se relacionam com as categorias profissionais, de tal forma

que o estabelecimento e a manutenção de tais condições eventualmente levam a certa mobilização dos grupos profissionais em direção à defesa de determinados valores sociais considerados transcendentais ou socialmente superiores, os quais poderiam ser atingidos através do trabalho, produtos e serviços oferecidos pelos profissionais, e que, segundo as profissões geralmente defendem, poderiam ser favorecidos e mais bem instituídos ou promovidos a partir da preservação, seja da neutralidade da *expertise*, seja da autonomia profissional em sentido mais geral.

A defesa desses valores considerados socialmente superiores, bem como o fundamento da atividade profissional na autonomia e na neutralidade da *expertise* – que, em princípio, permitiria aos grupos profissionais permanecer relativamente distanciados de outros interesses particulares, sejam econômicos, políticos ou outros –, conformam boa parte da legitimidade social reivindicada pelas profissões superiores e servem igualmente como justificativa ideológica para os possíveis privilégios profissionais diante de outros setores e instituições da sociedade onde os grupos profissionais se estabelecem. A autonomia e a defesa da neutralidade da *expertise* não excluem, entretanto, a presença e influência de outros valores, ideias e interesses setoriais da parte dos grupos profissionais, sejam aqueles de natureza econômica, política ou sociocultural, já que as motivações do agir profissional representam um complexo amálgama de orientações, que pode variar socialmente, no tempo e no espaço, conforme o contexto (Halliday, 1999). Entretanto, ainda assim, a autonomia baseada na neutralidade da *expertise* conferiria às profissões relativa liberdade para que realizassem suas atividades ocupacionais com maior independência técnica, o que permitiria, de acordo com o ponto de vista dos grupos profissionais, gerar produtos e serviços à sociedade com maior qualidade.

Em realidade, baseada no monopólio de determinada *expertise*, a autonomia profissional implica, histórica e concretamente, o controle, pela própria profissão, de vários mecanismos sociais de poder acerca da definição de aspectos como: processos de criação de conhecimentos técnicos; formação e treinamento de nível superior para a carreira profissional; controle sobre a inserção no mercado de trabalho protegido, realizado por meio de instrumentos jurisdicionais de domínio, tais como, credenciais, licenças e diplomas; poder de organização e regulação de suas atividades peculiares no mundo do trabalho; além de domínio e legitimidade acerca de mecanismos próprios de organização social, representação política e profissional diante de outros setores e



instituições sociais. Tais mecanismos sociais, sua criação, conformação e variação histórico-sociológicas podem gerar, assim, importantes desdobramentos técnicos, culturais, políticos e socioeconômicos à realidade dos grupos profissionais e ao seu profissionalismo, assim como à sua inserção social em geral, o que tem sido estudado na sociologia das profissões na condição de um variável processo histórico, ou seja, o processo de profissionalização.

Este, então, implicaria o conjunto de processos históricos envolvidos na constituição e variação de traços, grupos, ideias, interesses, valores e instituições sociais peculiares aos grupos profissionais, o que, no seu conjunto e em termos das variações que apresenta em sentido global ao longo do tempo, conforma o que se denomina aqui de profissionalismo. Neste sentido, e de modo relativamente alterado, nesta análise utiliza-se a classificação desenvolvida por Evetts (2003) quanto ao que esta identifica como *profissionalismo desde dentro* (quando grupos profissionais conseguem manipular de modo exitoso as forças atuantes em seu mercado) e *profissionalismo desde cima* (que se associa à situação em que forças externas dominam a dinâmica interna dos grupos profissionais) – em relação ao que a autora busca inspiração em Charles E. McClelland<sup>2</sup>, quando o mesmo denomina o que chama de formas de profissionalização (a) *vinda de cima* e (b) *desde dentro* –. Se, no caso de Evetts, faz-se uso do conceito de profissionalismo na condição de um estratégico e variável discurso (utilizados por diversos atores sociais), responsável por modelar a dinâmica profissional, aqui, por outro lado, observam-se os conjuntos de relações, grupos, instituições, ideias e valores sociais que se associam a dinâmica profissional, conferindo traços específicos e distintos à conformação do profissionalismo enquanto um processo social e histórico. Dessa forma, o profissionalismo é visto nesta análise de acordo com as variações que apresenta em termos dos distintos processos sociais internos e externos que condicionam sua conformação em função dos desdobramentos que produzem para a autonomia profissional.

Considerando o exposto nos parágrafos anteriores e aquilo que se relacionou ao sentido do conceito de autonomia profissional, deve-se apontar que, para além da autonomia técnica em si, também existiriam outras extensões consideradas

---

<sup>2</sup> MacClelland, Charles E. "Escape from freedom? Reflexions on German professionalization: 1870-1933". In: Torstendahl, Rolf; Burrage, Michael (eds). *The formation of professions: knowledge, state and strategy*. London, Sage, 1990, pp. 97-113.

sociologicamente importantes da autonomia dos grupos profissionais como um conceito multidimensional, as quais podem favorecer ou não a condição de inserção de determinada profissão na sociedade mais abrangente, bem como impulsionar ou não o âmbito e a extensão em que a autonomia técnica é estabelecida ou exercida por determinada profissão, conferido particularidades histórica a dinâmica do profissionalismo. Tais dimensões matizam diferentes liames sociais que, ao lado do aspecto mais estritamente técnico, igualmente afetam a autonomia dos grupos profissionais, conectando-os, relativamente, a demais grupos e processos sociais e históricos que atingem a realidade social do entorno onde as profissões atuam. Tais dimensões não estritamente técnicas da autonomia profissional são o que se denominam aqui de autonomia econômica e autonomia política (Freidson, 2009).

A autonomia econômica diz respeito às formas de organização social da prática profissional e ao nível de liberdade que uma profissão possui em relação a isso, observadas do ponto de vista das modalidades de distribuição de benefícios econômicos aos seus praticantes, o que pode gerar implicações sociais, econômicas e políticas internas e externas a uma profissão, afetando a conformação mais ampla do profissionalismo de determinada categoria ocupacional. Como tanto a organização social da profissão em termos técnicos estritos como do ponto de vista econômico dependem, relativamente, de negociações com outros grupos ocupacionais ou profissionais e com a sociedade em geral, e como implicam possíveis variações nas relações de poder internas às profissões e entre estas e o meio social de seu entorno, há inegavelmente um sentido político à prática profissional, sendo fundamentais as diversas maneiras como as profissões se relacionarem com o poder de Estado e a política em geral, de modo que as variações na autonomia política desses grupos são igualmente relevantes para os rumos do profissionalismo.

O conjunto das relações variáveis entre as três dimensões da autonomia profissional e seus desdobramentos para a realidade do profissionalismo sugere o envolvimento e a mútua influência sociológica (Weber, 1983) entre grupos profissionais e outros grupos e instituições sociais, bem como em relação a demais processos históricos que permeiam a realidade social em que se inserem os grupos profissionais. Dessa maneira, outros fatores, atores e instituições sociais que, ao lado da emergência e difusão do profissionalismo em si, e que também influenciam a trajetória histórica das sociedades modernas, implicam mecanismos sociais e históricos fundamentais que

condicionam e permitem compreender mais profundamente a natureza e o desenvolvimento histórico seja do próprio profissionalismo, seja de suas conexões com outros processos sociais, econômicos, culturais e políticos relacionados à modernização de diferentes sociedades.

Diante da influência de alguns desses aspectos e fatores que conformam e condicionam historicamente o fenômeno do profissionalismo de diferentes categorias ocupacionais e profissionais, tal como o profissionalismo médico estudado aqui, deve-se apontar que, desde a criação da República e durante o século XX, a medicina brasileira e, mais especificamente, do município de São Carlos (no contexto do Estado de São Paulo), passou por importantes mudanças em termos da estruturação de grupos e instituições sociais ligados ao seu profissionalismo, em meio à influência de transformações socioculturais, econômicas e políticas ligadas especialmente ao impulso urbano-industrial e à centralização política do Estado que atinge o país. Nestas condições, a medicina são-carlense verificou desdobramentos em seu processo de profissionalização em relativa conexão ao próprio desenvolvimento econômico e político, de natureza urbano-industrial, que afetou a história local – de maneira que, ao longo da República, a profissão médica rapidamente veio a representar um tipo de trabalho especializado inserido na economia formal do país e do município de São Carlos, que produziu e utilizou um corpo de conhecimentos teóricos e práticos de caráter discricionário (*expertise*), vindo a ocupar, assim, um espaço de destaque na força de trabalho brasileira e local, ao mesmo tempo em que passou a atuar junto a representativos segmentos sociais do município, além de ter vindo a exercer papel de destaque junto às elites econômicas e políticas de seu entorno social. Os médicos logo acabaram por controlar uma jurisdição exclusiva (embora nem sempre efetiva em termos absolutos – principalmente mais no início do período) e, em relação a outras atividades profissionais e ocupacionais com as quais dividiam espaços de mercado, rapidamente vieram a ocupar posição dominante, em especial nos hospitais e serviços sanitários estatais.

Como consequência da sua realidade durante o período investigado nesta pesquisa, os médicos brasileiros e são-carlenses também conseguiram controlar credenciais garantidoras do exercício profissional exclusivo e instituições de formação profissional de nível superior produtoras de credenciais médicas que se situaram fora do mercado de trabalho, de modo que, além de instituições educacionais médicas

existentes, desde antes, fora do Estado de São Paulo (especialmente no Rio de Janeiro e na Bahia, que já haviam sido criadas no século XIX), a partir dos anos 1930 surgiram também, pelo menos, três grandes instituições acadêmicas em São Paulo, as quais vieram a transmitir aos futuros médicos que estudaram nas mesmas, conhecimentos especializados (*expertise*) exigidos por determinação legal para a prática médico-profissional, ou seja, a Faculdade de Medicina da USP, a Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP e a Escola Paulista de Medicina. Dos anos 1950 e 1960 em diante, esse quadro de instituições de formação médica passou a se expandir ainda mais – tanto no interior paulista como em outras cidades e regiões do país, o que influenciou o profissionalismo médico de São Carlos e do Brasil em geral.

Enfim, assim como se observa em diferentes momentos da análise que segue, nota-se no grupo médico de São Carlos (em um movimento conectado ao que se verificou com colegas de profissão de outras partes do país), uma ideologia que defendia o compromisso com a realização de um bom trabalho em vez da eficiência econômica da atividade – algo notável em críticas dos profissionais são-carlenses quanto à influência negativa de controles sobre seu trabalho oferecidos pela iniciativa privada (que visaria mais o lucro do que a oferta de serviços com qualidade), ou por problemas, de natureza semelhante, reconhecidos nos serviços médicos controlados pelo Estado, os quais não ofereciam, segundo os colegas de profissão, condições adequadas ao seu trabalho e não atendiam às reais demandas de assistência à população. Mas apesar de críticas à atuação estatal, o comprometimento com valores considerados distantes de interesses setoriais também se expressava, ideologicamente, na defesa da participação mais extensa do Estado na oferta de serviços de saúde à coletividade, a despeito de temores em torno do conseqüente assalariamento de profissionais, o que, por sua vez, entretanto, ligava-se não à defesa de valores transcendentais, mas à luta por interesses específicos, materiais, econômicos e políticos objetivos, os quais levaram os mesmos profissionais a se envolverem em situações (como a análise adiante esclarece) de tensões e conflitos com o poder público e com outros grupos sociais e econômicos.

De qualquer maneira, ao observar como se constituíram as relações entre a propagação do profissionalismo e a emergência e difusão da modernidade brasileira, em um contexto mais bem delimitado no tempo e no espaço, representado pela trajetória histórica do município de São Carlos, esta análise observa, de maneira detida, as relações de condicionamento mútuo e significativo (Weber, 1983), presentes nesta

localidade, entre, de um lado, o citado processo de interiorização do profissionalismo médico e, de outro, o processo de interiorização do desenvolvimento, a fim de captar as conexões entre o processo de profissionalização e a conformação de outros aspectos ligados ao profissionalismo da medicina são-carlense, em meio ao desenvolvimento socioeconômico e político, de natureza urbano-industrial, do mesmo município. Dessa maneira, este esforço analítico permite captar como se deu, no país e historicamente, a dinâmica do profissionalismo (médico), seu processo de profissionalização e suas relações com a modernização mais abrangente do interior do país, considerando suas conexões com os movimentos de expansão, tanto da urbanização e da industrialização como dos efeitos da centralização política do Estado.

Ambos, o conceito de profissionalismo e o de desenvolvimento – ou suas conexões com o processo de modernização –, da mesma maneira que a relação destes com os respectivos processos de interiorização, são discutidos mais profundamente no seguimento deste estudo, o qual igualmente aborda teórica e empiricamente o fenômeno do poder local no país. Para isso, os capítulos seguintes visam realizar o estudo – entre 1889 e 1988, e no contexto do poder local do município de São Carlos – sobre o processo de interiorização do profissionalismo médico, bem como sua relação com certos condicionantes históricos – em especial, a influência da interiorização do desenvolvimento urbano-industrial e da centralização do Estado brasileiro –, o que propiciou uma discussão conceitual e a análise empírica do que se designa aqui de ondas de interiorização do profissionalismo e sua relação com o desenvolvimento econômico e político local.

Ao mesmo tempo, este esforço permitiu a análise sobre a maneira como os grupos médicos locais de São Carlos experimentaram aquelas ondas sociais de interiorização e os movimentos históricos que agiram em sentido contrário, como contra processos sociais, arrefecendo ou estagnando a interiorização do profissionalismo médico local, ou seja, o que nesta análise se conceitua como correntes profissionais de retorno. Tais ondas de interiorização e as correntes profissionais de retorno, para efeito de sua análise sociológica, são metafóricamente aproximadas às ondas do mar que arrebatam junto a praias litorâneas, às correntes marítimas de retorno (que impulsionam a água do mar em sentido contrário às ondas marinhas), servindo ambas, assim, à prática do surfe profissional de competição pelos chamados surfistas, que, por sua vez, também são comparados aos grupos profissionais de nível superior, de modo

que, assim como aqueles exploram as possibilidades oferecidas pelas variações nas ondas do mar e correntes marítimas de retorno para o melhor desempenho na prática do surfe de competição, os profissionais de nível superior são observados aproveitando, ou não, as possibilidades oferecidas e as dificuldades apresentadas pelas ondas de interiorização e pelas correntes profissionais de retorno, o que tem implicações diretas para possíveis avanços e mudanças (ou não), em relação ao seu processo de profissionalização, à conformação mais abrangente de seu profissionalismo e à sua inserção social em geral. Assim, tanto os processos de interiorização, as ondas e correntes profissionais de retorno, bem como os próprios grupos profissionais que eventualmente as aproveitam, serão mais bem discutidos e analisados, do ponto de vista sociológico, no desenvolvimento deste trabalho.

Tratando de tais aspectos, este estudo foi dividido em quatro partes que compõem o corpo do trabalho realizado, mais uma introdução e um encerramento com considerações finais ao que foi pesquisado. No total, a seguir, além da introdução e da parte com as considerações finais, compõe o corpo da análise quatro partes com treze capítulos no total, alguns teóricos e outros de análise empírica.

Na introdução, além da apresentação do problema mais geral a que se propôs investigar esta tese e de oferecer as linhas gerais dos objetivos do estudo, são oferecidas – como se pôde observar acima – algumas definições conceituais iniciais que servem de base para se realizar a análise que segue depois, tanto na sua dimensão conceitual como empírica, a fim de preparar o argumento que é desenvolvido na sequência do trabalho.

O primeiro, o segundo e o terceiro capítulos (que formam a primeira parte da tese) são de caráter teórico e metodológico e tratam de aspectos relativos tanto ao profissionalismo (e seu processo de interiorização) como às suas ondas sociais de emergência e trajetória histórica, às correntes profissionais de retorno e à relação de ambas com a interiorização do desenvolvimento. Ademais, eles tratam da temática da modernização e dos processos sociais de longa duração, tal como os processos de profissionalização de grupos ocupacionais com formação de nível superior, além de questões vinculadas ao debate em torno do fenômeno do poder local, de forma a delimitar mais claramente o objeto de pesquisa e relacioná-lo ao contexto empírico de desenvolvimento histórico do município de São Carlos. Nesta primeira parte, discutem-se não apenas os elementos mais conceituais da análise, mas determinados aspectos

empíricos e históricos gerais, relativos ao contexto profissional mais imediato da área médica e de saúde de São Carlos e de outros processos sociais de mudança que atingiram esta localidade, tais como o desenvolvimento urbano-industrial e a centralização e interiorização de estruturas burocráticas do poder de Estado brasileiro, os quais foram muito importantes na história republicana nacional, afetando a realidade são-carlense especialmente durante o século XX. Na discussão que nesta parte se faz sobre a metodologia empregada, indicam-se os procedimentos de coleta e as fontes utilizadas. Assim, a base desta investigação fundamentou-se na coleta e análise de fontes bibliográficas, documentais e outras obtidas a partir de entrevistas baseadas em metodologia de história oral temática. Desse modo, na parte inicial desta tese, ofereceu-se um panorama de ordem geral para a continuidade da análise que segue no trabalho.

Já na segunda, terceira e quarta partes do trabalho (entre os capítulos de número quatro a treze), alternadamente e de acordo com a análise empírica de cada uma das três ondas de interiorização do profissionalismo médico local e as duas correntes profissionais de retorno que as interconectam, os capítulos subsequentes procuram delinear o processo de interiorização do profissionalismo médico e sua relação com o desenvolvimento socioeconômico e político, de matiz urbano industrial, de São Carlos, considerando tanto os fatores sociais e históricos ligados aos níveis de poder nacional e estadual (este relativo ao Estado de São Paulo) – enquanto contexto circundante no qual se inscreve o foco do estudo sobre o poder local em São Carlos –, como, em especial, os fatores ligados à própria localidade representada por este município. Tal análise observa, em relação a cada onda de interiorização do profissionalismo médico, bem como quanto às correntes profissionais de retorno, a influência e interação de fatores e atores sociais e históricos que matizaram a conformação do profissionalismo médico e influenciam os cursos seguidos pelo processo de profissionalização da medicina são-carlense. Na descrição e análise de cada onda ou corrente profissional de retorno, o foco sobre os aspectos profissionais e outros intervenientes no processo de interiorização do profissionalismo médico muda conforme as características e especificidades históricas de cada subperíodo, de modo que a própria maneira como os capítulos são escritos e estruturados muda relativamente em cada caso.

Nos dois primeiros capítulos da segunda parte, busca-se analisar as informações e as questões discutidas para o período da Primeira República (1889-1930) até pouco depois da Era Vargas (1930-1945), mais exatamente até o ano de 1948, quando da

criação da Sociedade Médica de São Carlos – SMSC, a qual representa, como se analisará adiante, um marco institucional de inflexão para o profissionalismo médico local. No caso desses capítulos, são observados os fatores e atores sociais envolvidos na primeira onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos. Por sua vez, no último capítulo da mesma parte, analisam-se os fatores e atores sociais e históricos que conformam a primeira corrente profissional de retorno, que é investigada no espaço de tempo entre os movimentos sociais e políticos que marcam o declínio da Primeira República, ainda nos anos 1920, até 1948, com a criação da SMSC.

Já nos dois capítulos seguintes, da terceira parte, pretende-se realizar a análise dos condicionantes e atores sociais e históricos relativos à segunda onda de interiorização do profissionalismo médico local, a qual é estudada a partir do marco histórico representado pela citada criação da SMSC, seguindo até o ano de 1966, que assinala o surgimento do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, o que, por sua vez, igualmente implica um momento de mudança institucional que, assim como outras mudanças históricas significativas que se seguem até 1970 (quando da criação da UNIMED São Carlos), implicam o movimento da segunda corrente profissional de retorno para o profissionalismo médico de São Carlos – o que também é investigado em um capítulo à parte.

Enfim, desde a criação da UNIMED São Carlos, e até o final da análise como um todo (marcado pelo surgimento do Sistema Único de Saúde – SUS, em 1988), investigam-se, em dois capítulos separados (já na quarta parte do trabalho), os condicionantes e atores sociais relacionados, de um lado, aos fatores históricos de nível estadual e nacional intervenientes sobre a interiorização do profissionalismo médico em São Carlos e, de outro lado, os fatores e atores sociais locais que também influenciaram a conformação do profissionalismo médico de São Carlos. Aqui também se discutem alguns processos sociais, não aprofundados de maneira analítica mais rigorosa, visto não interessarem mais amplamente a esta pesquisa (como se observará em detalhes adiante). Embora menos relevantes ao foco desta tese, tais processos caracterizaram, igualmente, este período final do estudo realizado.

As razões da periodização adotada nesta pesquisa, como se esclarecerá em detalhes adiante, relacionam-se a importantes especificidades do transcurso histórico do município de São Carlos e de sua relação com a realidade social mais vasta no contexto



do Estado de São Paulo e da sociedade brasileira em geral. Da mesma maneira, essa periodização definiu-se tendo em vista o particular processo de modernização do poder local são-carlense e, acima de tudo, a ocorrência de certas ondas sociais de interiorização do profissionalismo médico e algumas correntes profissionais de retorno que a categoria médica enfrentou na localidade, as quais, em alguma medida, deixaram marcas sociais e históricas que ainda hoje se podem notar na realidade do município. Nestas condições e de acordo com o que segue na presente análise, a interiorização do profissionalismo médico é pesquisada enquanto um tipo determinado de processo social, o qual, como se discutirá mais detidamente depois, nas ciências sociais e na história conceitua-se como processo social de longa duração.

Mas se para cada onda de interiorização ou corrente profissional de retorno, observam-se determinados fatores e atores sociais significativos, tanto externos como internos ao poder local em São Carlos, também se devem mencionar que alguns desses fatores e atores sociais condicionantes antecederam, em sua influência histórica sobre o profissionalismo médico são-carlense, ao próprio marco temporal analítico de início para cada onda ou corrente de retorno analisada. Mas, embora tenham sido cronologicamente anteriores, ainda assim influenciaram a conformação das ondas ou correntes de retorno que se seguiram a eles. Os marcadores históricos e temporais que se observam na análise foram adotados, pois representam expressões de mudanças sociais relevantes que apontam para a efetivação do conjunto de transformações que caracterizam cada subperíodo. As mudanças e características de cada onda ou corrente de retorno e de cada tipo particular de conformação do profissionalismo deixaram marcas históricas e sociais que, ao influenciar o processo de profissionalização da medicina local, ainda hoje se fazem sentir, relativamente, na dinâmica de poder local e na realidade concreta da medicina e de seu profissionalismo em São Carlos.

Encerrando o trabalho, são tecidas certas considerações finais de ordem geral a respeito do estudo desenvolvido e das possíveis perspectivas que ele oferece para futuras análises acerca dos processos investigados.

## **Parte I**

**Os conceitos, o método e a definição dos fenômenos sociais.**

# Capítulo 1

## **As ondas sociais de interiorização do profissionalismo médico: bases conceituais, metodológicas e empíricas gerais.**

Esta análise sobre a interiorização do profissionalismo médico e sua relação com o desenvolvimento socioeconômico e político de natureza urbano-industrial, em meio ao processo mais amplo de modernização do município de São Carlos, estrutura-se a partir do estabelecimento de uma determinada periodização sobre a ocorrência do processo de interiorização do profissionalismo médico junto a esta realidade de poder local. Tal processo é entendido como um processo social de longa duração. A periodização adotada foi estabelecida partindo-se de um determinado uso do conceito de “ondas” – o qual é empregado em diferentes campos disciplinares, bem como pelo senso comum, para se referir a diferentes fenômenos, mas que é aplicado aqui enquanto parte de uma metáfora esportiva relativa às ondas marinhas que atingem as praias costeiras e que servem para a prática do surfe profissional de competição, a fim de realizar uma análise sociológica sobre grupos profissionais com formação de nível superior.

Nesta modalidade esportiva, avança para fases mais decisivas de um torneio ou vence uma determinada disputa o competidor que obtiver os melhores resultados aproveitando-se das condições que o mar apresenta durante a competição para surfar distintas ondas marinhas. Argumenta-se a seguir que algo semelhante, embora

relativamente diferente, pode ser observado na condição dos profissionais de nível superior que se envolvem e enfrentam distintas ondas de interiorização do profissionalismo. Em realidade, se por um lado, no surfe de competição, o avanço na disputa pode levar o surfista a uma vitória traduzida em premiação, pontos em um campeonato ou mesmo em um título em determinada temporada, por outro lado, nas disputas dos grupos profissionais de nível superior, o que se valoriza e disputa é a conquista e manutenção da autonomia profissional – que é obtida, mantida ou enfraquecida em meio a relações competitivas de determinado grupo profissional com outros segmentos ocupacionais e profissionais, diante de diferentes processos e fatores sociais, econômicos, políticos, culturais e/ou profissionais em sentido estrito, os quais interferem na realidade tanto intraprofissional como interprofissional de diferentes categorias ocupacionais, sendo que tais processos interagem com os diferentes grupos sociais e profissionais, conformando distintas ondas de interiorização do profissionalismo, as quais são enfrentadas pelos grupos profissionais em busca da manutenção ou avanço de sua autonomia profissional.

Tal metáfora relativa ao conceito de onda e ao surfe de competição é utilizada nesta análise enquanto recurso heurístico para observar os diferentes momentos, condicionantes históricos e atores sociais envolvidos em um particular processo de interiorização do profissionalismo, relativo à dinâmica do profissionalismo médico no particular contexto local de poder do município de São Carlos que, por sua vez, implicou um movimento histórico-social de mudança que influenciou os rumos da autonomia profissional e a configuração de diferentes instituições, relações e grupos sociais conectados ao profissionalismo dessa mesma categoria ocupacional.

A despeito de posições teórico-metodológicas que desconsideram sua validade científica, diferentes pesquisadores de diversas áreas de conhecimento já utilizaram a linguagem metafórica enquanto recurso conceitual e metodológico para o desenvolvimento de estudos sobre variados fenômenos sociais e históricos. Nas ciências sociais, o uso de metáforas se traduziu em imagens conceituais mecânicas, biológicas, cênicas, da linguagem e de jogos em suas diferentes manifestações, para se observar e analisar as relações sociais em suas mais variadas dimensões, de modo que tais metáforas serviram como base ou suporte para desenvolvimentos científicos tanto de ordem metateórica como em termos dos processos de teorização de diferentes

fenômenos sociais particulares, assim como acerca do uso de técnicas de pesquisa e sobre a caracterização de diferentes questões e objetos de estudo (Nunes, 2005, p.124).

A principal vantagem obtida com o uso de metáforas em pesquisas sociológicas é que elas permitem adotar novas perspectivas sobre o mundo social, auxiliando no desenvolvimento teórico-analítico por oferecer linguagem alternativa para expressar, mapear e entender certo fenômeno ou realidade. As metáforas podem ajudar os pesquisadores a explorarem aspectos obscuros que desafiam suas zonas de conforto. Contudo, neste empreendimento é necessário observar preferencialmente metáforas relacionais, e não meramente as que atribuem características determinadas, além de ser importante que tais metáforas sejam utilizadas desde áreas distantes, a fim de desafiar o ambiente acadêmico a reconhecer o fenômeno estudado através de um novo modo de observação (Saks, 2014).

Mas se as ondas sociais de interiorização são aqui metaforicamente aproximadas às ondas do mar, os praticantes do surfe profissional de competição<sup>3</sup>, ou seja, os surfistas, também são comparados, em termos de uma metáfora esportiva que corrobora o mesmo esforço analítico, aos grupos profissionais de nível superior – tais como os segmentos sociais da medicina que são investigados neste trabalho, os quais, em suas atividades profissionais em São Carlos, envolveram-se com variadas circunstâncias e fatores históricos, bem como com diferentes atores sociais, que se combinaram de maneira relativamente diversa a depender do contexto histórico (definido socialmente no tempo e no espaço), condicionando a conformação de variadas e alternativas ondas sociais de interiorização do profissionalismo. Tais ondas sociais, por sua vez, além de se manifestarem em São Carlos, atingiram peculiarmente distintas regiões e localidades interioranas onde certos profissionais da medicina acabaram por se fixar e desempenhar suas atividades, os quais, assim, em cada realidade particular, enfrentaram os diferentes desafios oferecidos, bem como se aproveitaram, relativamente, das possíveis oportunidades existentes em cada contexto histórico, referente a alternativas e específicas ondas de interiorização do profissionalismo que atingiram cada espaço social específico.

---

<sup>3</sup> A expressão surfe profissional implica aqui a prática esportiva do surfe como uma atividade regular e remunerada, e não propriamente uma atividade profissional que exige formação educacional de nível superior e a aplicação de uma *expertise* ou conhecimento abstrato e esotérico determinado, como no caso de atividades de grupos profissionais frequentemente estudados pela chamada sociologia das profissões, tais como, entre outros: de nutricionistas, fisioterapeutas, contadores, advogados e médicos.

Para a prática do surfe, existem diferentes tipos de ondas do mar, sendo que apenas algumas se inserem em dado torneio de surfe, dadas as condições de tempo e espaço disponíveis em certa localidade onde acontece determinada edição dessa modalidade profissional de disputa esportiva. Desse conjunto inicial de ondas, e de acordo com as possibilidades e limites de cada competidor envolvido e dos recursos de que este é capaz de mobilizar a seu favor, somente algumas ondas se apresentam em condições de serem escolhidas pelos surfistas para tentarem obter as melhores performances na busca pelos pontos e premiações em disputa. Da mesma maneira, as ondas de interiorização do profissionalismo podem se configurar de inúmeras maneiras, mas apenas se estabelecem na disputa entre grupos profissionais de nível superior a partir do momento em que pelo menos algum destes grupos reconhece sua possibilidade de fruição e se impulsionam a enfrentá-las, de acordo com suas possibilidades e recursos à disposição.

Se no surfe profissional os recursos utilizados pelos competidores desdobram-se em recursos financeiros e patrocínios, modalidades alternativas de preparação física e técnica, estabelecimento de táticas de disputas e utilização de pranchas e outros equipamentos adequados para diferentes condições de mar, nas disputas entre profissionais de nível superior, os recursos utilizados pelos grupos envolvidos traduzem-se em diferentes recursos sociais (objetivos e subjetivos), tipos de relações sociais, formatos organizacionais e modalidades de ação com desdobramentos socioeconômicos, políticos, culturais e também profissionais em sentido estrito.

As diferentes localidades e regiões atingidas por distintas ondas de interiorização do profissionalismo são relativamente comparadas, em sua diversidade e de acordo com suas especificidades sociais e históricas, tanto internas como de inserção externa na realidade social mais abrangente, às praias costeiras e às suas peculiaridades ambientais e geográficas, tanto em termos de fatores internos como externos, que assim oferecem diferentes possibilidades à configuração das ondas marinhas que atingem suas superfícies. No caso das ondas de interiorização, a cada particular configuração social e histórica de poder (considerada em suas diferentes dimensões), em cada localidade ou região, bem como de acordo com as peculiaridades em termos das conexões entre a localidade e a realidade social externa, podem-se encontrar diversas condições históricas que, assim como as condições ambientais que influenciam as ondas do mar em relação aos surfistas, encontram-se relativamente à margem da esfera de controle ou intenção

dos grupos profissionais, influenciando a conformação de distintas ondas sociais de interiorização do profissionalismo, que são assim enfrentadas pelos segmentos profissionais.

O conceito de onda vem sendo utilizado há certo tempo para a análise de distintos fenômenos sociais, a exemplo das ondas de democratização de diferentes sociedades na modernidade (Huntington, 2012), as ondas de centralização e descentralização dos sistemas de saúde europeus (Saltman, 2008) ou, já no contexto acadêmico brasileiro, as ondas de modernização do Brasil que, utilizado como conceito para o estudo do sistema universitário paulista, corresponde a uma ideia de ciclos sucessivos de modernização do país, cujo epicentro seria o Estado de São Paulo (Caldeira, 2010). Nestes três casos, o conceito de onda auxiliou no processo de compreensão sociológica dos citados processos sociais, entendidos então como processos sociais de mudanças de longa duração – uma preocupação analítica que também acompanha o esforço intelectual da presente análise acerca dos processos de interiorização do profissionalismo.

Os processos sociais de interiorização, tais como o de interiorização do profissionalismo, bem como as ondas que os difundem, implicam mudanças que podem atingir dimensões mais profundas da realidade social, de modo que seus movimentos e efeitos podem atuar por longos períodos de tempo. Dessa maneira, tanto a interiorização do profissionalismo em si como a interiorização do desenvolvimento e da modernização mais abrangente, representam processos sociais de um tipo especial que, nas ciências sociais e na história, convencionou-se denominar de processos sociais de longa duração. Tais processos sociais são verificados neste estudo enquanto alterações nas relações de poder, em suas diferentes dimensões, entre distintos grupos e instituições sociais, que ocorrem em longos períodos de tempo (Elias, 1994ab; 2002)<sup>4</sup>, sendo responsáveis por contribuir relativamente para os movimentos de profissionalização e mudança na conformação de distintas instituições e grupos sociais ligados ao profissionalismo, além de alterações significativas nas condições históricas e nas relações sociais entre diferentes segmentos profissionais e destes com demais segmentos e instituições sociais, nas várias regiões e localidades do interior de um país determinado como o Brasil.

---

<sup>4</sup> Apesar de citarmos o exemplo de Norbert Elias sobre o foco em relação às mudanças de longa duração nas relações de poder, a análise que se faz dos processos de interiorização enquanto processos sociais de longa duração não avança no sentido de adotar também a concepção de configurações ou figurações sociais que o autor desenvolveu para pensar as relações entre indivíduos e estruturas sociais.

Mas do conjunto de trabalhos supramencionados, que lidam com o conceito de onda para analisar processos sociais de longa duração, apenas o de Caldeira (2010) analisa efetivamente algumas instituições relacionadas diretamente ao profissionalismo como considerado aqui, sendo que, para o estudo das instituições universitárias paulistas, o autor partiu do conceito de sistema, ou sistema social, a fim de estudar o que denominou de sistema universitário paulista. Esta perspectiva sociológica, que vislumbra a vida e organização sociais como um sistema, prioriza a análise das relações sociais enquanto totalidade ou estrutura, sendo sua dinâmica observada como essencialmente independente da influência, intenção ou interação dos atores sociais envolvidos nos processos sociais que acompanham a dinâmica das sociedades. Por sua vez, embora Saltman (2008) observe o processo de centralização/descentralização política do Estado diante dos sistemas de saúde europeus, tal como se faz relativamente nesta tese para o estudo do profissionalismo médico e a centralização do Estado brasileiro, e apesar de não avançar mais incisivamente no sentido de uma discussão sobre perspectivas sistêmicas (a exemplo de Caldeira), ainda assim não realiza uma análise mais detida que considere a participação dos atores sociais em meio aos processos sociais que se propõe a analisar.

Huntington (2012) oferece uma perspectiva de análise que, além de oferecer certas bases conceituais ao estudo dos processos de democratização enquanto processos sociais de longa duração, também evita de se orientar por perspectivas mais sistêmicas e reforça a necessidade de se observar os processos sociais de longa duração considerando a dimensão e influência dos fatos e eventos históricos – algo que, relativamente, também é realizado em determinados momentos da análise atual sobre a interiorização do profissionalismo médico. Em realidade, ao contrário de Saltman (2008) e Huntington (2012), os quais produziram seus estudos tomando como espaços sociais privilegiados as realidades do Estado nacional e das relações internacionais, esta investigação sobre a interiorização do profissionalismo se aproxima, embora apenas em parte e com diferenças de abordagem, da análise de Caldeira (2010), que estudou a realidade do espaço social de uma unidade subnacional do Brasil, ou seja, o Estado de São Paulo. Contudo, no estudo sobre a interiorização do profissionalismo, apesar de se considerar outras dimensões do espaço social (como as dos poderes políticos estadual, nacional, e mesmo até, os fenômenos de ordem internacional), focaliza-se essencialmente o poder



local, entendido assim como o espaço social onde se conformam as relações e instituições sociais das unidades de poder municipais do país.

Embora de mais longa duração, o processo de interiorização do profissionalismo, da mesma forma que a interiorização da modernização mais abrangente e a interiorização do desenvolvimento socioeconômico e político (observados aqui condicionando o processo social indicado acima), são investigados não de acordo com qualquer perspectiva mais estruturalista ou sistêmica, mas enquanto dinâmicas socialmente estabelecidas no tempo e no espaço que dependem não apenas da influência de condicionantes e fatores históricos objetivos, mas igualmente da participação e influência de determinados atores sociais, tais como os grupos médicos estudados aqui, reconhecidos assim como atores sociais que enfrentam e relativamente influenciam e, por isso, interferem na definição das ondas sociais de interiorização do profissionalismo.

Mas, ao considerar a metáfora das ondas do mar para estudar as ondas de interiorização, deve-se ter em mente que, se a maneira como as ondas do mar são surfadas depende da interação entre surfistas e ondas marinhas e como aqueles aproveitam as possibilidades que estas oferecem a prática do surfe, no caso das ondas sociais de interiorização e dos grupos profissionais que as enfrentam, pode-se observar algo relativamente parecido (embora diferente), ou seja, os efeitos, logros ou perdas históricos e sociais resultantes das possibilidades oferecidas pelas ondas sociais de interiorização do profissionalismo dependem da interação, de um lado, entre estas, seus fatores históricos e atores sociais condicionantes, tanto internos como externos às diferentes localidades e regiões, e de outro lado, os grupos profissionais que podem conseguir se favorecer, ou não, do ponto de vista de sua autonomia profissional. Cada onda de interiorização do profissionalismo oferece desafios e oportunidades aos que se envolvem com as mesmas, de modo que a participação dos atores sociais também representa uma variável-chave em relação à análise sobre a dinâmica das ondas sociais de interiorização.

Por outro lado, a metáfora das ondas do mar que arrebentam junto às praias costeiras desde os oceanos ilustra, de forma relativa e apenas como uma imagem simbólica, o modo predominante como se têm verificado tanto a interiorização do profissionalismo como a do desenvolvimento, em meio ao processo histórico mais global de modernização do interior do Brasil. Como se sabe, historicamente (e

principalmente em seu início), a modernização brasileira – bem como sua interiorização – tem se dado, com frequência, por vagas de influências externas que atravessam as fronteiras nacionais, e que assim interagem com a realidade social pré-existente em diferentes regiões do território nacional – particularmente, embora não apenas, as do litoral e regiões próximas à costa do mar, as quais ficam mais a leste do território do Brasil – atingindo as regiões interioranas geralmente localizadas a oeste, em movimentos variáveis no decorrer do tempo e de acordo com a influência de distintos fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, bem como por conta do profissionalismo. O próprio movimento de deslocamento de profissionais rumo a diferentes regiões brasileiras, que implica um importante fator da concretização dos vários impulsos históricos do processo de difusão do profissionalismo para diferentes regiões e localidades do interior do país, interagiu, e continuam a interagir, com esta dinâmica histórico-social, interferindo no processo de profissionalização de distintos grupos profissionais em diferentes conformações locais de poder do território brasileiro.

Mas apesar do fenômeno social de interiorização não se restringir ao mencionado movimento espacial desde o ponto cardinal leste, mais próximo ao litoral, para o oeste, e embora atualmente existam outros pontos ou centros difusores do processo de interiorização, seja do profissionalismo, seja do desenvolvimento e da modernização mais ampla do país, há que se mencionar que ainda hoje várias das principais cidades e metrópoles brasileiras concentram-se no litoral ou em regiões mais próximas à costa, o que representa significativo fator sociológico a influenciar o processo de difusão do profissionalismo<sup>5</sup>. Embora os séculos XX e XXI tenham observado alterações significativas neste quadro graças a mudanças históricas importantes, são ainda nas porções territoriais litorâneas e próximas ao mar, onde se concentram boa parte do produto interno bruto, os setores industriais e de serviços mais modernos tecnologicamente, expressivo contingente populacional, as principais instituições da área de comunicações e algumas das mais conceituadas instituições acadêmicas, científicas e profissionais que existem no país, além de significativo número de grupos profissionais. Ademais, não apenas os portos, mas também os aeroportos dessas regiões figuram entre os mais relevantes, realizando as principais trocas econômicas e permitindo os principais movimentos populacionais e de grupos profissionais internos e entre o país e o exterior.

---

<sup>5</sup> Para uma análise atualizada sobre contemporâneo processo de urbanização brasileiro, que observa dados do Censo entre 1980 e 2000, indica-se: Cunha (2003).

Em geral, apesar das já citadas mudanças nessas condições que interiorizaram relativamente o profissionalismo, considerável parte das influências econômicas, políticas, culturais, científicas, bem como outras de natureza mais estritamente profissional, que atingem o país desde o exterior, e que interagem com outras condições já estabelecidas internamente, ainda tendem, com frequência, em primeiro lugar e mais intensamente, a afetar as mesmas realidades sociais das faixas a leste do território brasileiro, e somente depois as de outras regiões mais interioranas, interferindo no processo de interiorização do profissionalismo e condicionando sua difusão e conformação nas diferentes realidades locais de poder do território brasileiro.

O foco deste trabalho é dirigido especificamente para o estudo de um caso particular de ocorrência da interiorização do profissionalismo enquanto processo social de longa duração, que se observou tendo em vista a interiorização do profissionalismo médico em São Carlos, entre os anos de 1889 e 1988, em sua relação com a paralela trajetória histórica da interiorização, nesta mesma localidade, do desenvolvimento socioeconômico e político de natureza urbano-industrial. Os diferentes atores, fatores e eventos sociais e históricos são observados a fim de uma melhor compreensão do particular processo de interiorização do profissionalismo médico e sua relação com o desenvolvimento econômico e político urbano-industrial de São Carlos, o qual foi paralelamente acompanhado e influenciado pelos efeitos locais da centralização política do Estado brasileiro, de tal forma que, mesmo quando se analisam os fatores relacionados à interiorização do desenvolvimento socioeconômico e político, faz-se isso para mais bem compreender a sua relação com a interiorização do profissionalismo médico, a qual representa uma espécie de variável dependente da análise.

A escolha do extenso período de análise de quase 100 anos, entre 1889 e 1988, deu-se não apenas pela natureza dos processos estudados, os quais implicam processos sociais de longa duração, mas porque este período se relaciona a um espaço de tempo em que se verificaram importantes mudanças históricas que influenciaram o profissionalismo médico em São Carlos, deixando marcas sociais até hoje, tais como:

- a) Inicialmente, o desabrochar sociopolítico e econômico desta localidade enquanto um município recém-autonomizado, que permitiu o primeiro impulso urbano e industrial (ainda que de dimensões relativamente

circunscritas), em meio ao avanço da economia cafeeira e de ascensão da Primeira República brasileira, e que também é acompanhado da rápida elevação dos médicos enquanto grupo socialmente influente no poder local, que se aproximam e estabelecem alianças com a elite agrária e cafeeira e com o fenômeno coronelista são-carlense;

- b) Esse início de sucesso foi seguido de uma crise da economia cafeeira e do sistema político coronelista da Primeira República, que levou a rearranjos das relações entre campo e cidade e a uma relativa fragilização do poder dos fazendeiros de café, com desdobramentos à sua relação com os médicos locais. É um período de movimentos políticos e sociais contestatórios, e mesmo, de feição revolucionário. Dentre estes movimentos, podem-se destacar: o Tenentismo, a Revolução de 1924, a Revolução de 1930 e a Revolução de 1932.
- c) Depois disso, nota-se a mudança do papel do poder de Estado central em relação ao desenvolvimento urbano-industrial do país, de modo que aquele passa a favorecer a este mais incisivamente, ao mesmo tempo em que os governos nacional e estadual envolvem-se mais profundamente na organização de um sistema de saúde nacional, com impactos sobre a realidade social, econômica e política são-carlense, bem como quanto ao profissionalismo médico local; e
- d) Mais ao final do período, quando de uma nova dinamização do profissionalismo médico na localidade. Contraditoriamente, após um período mais curto de relativo arrefecimento, este último impulso do profissionalismo médico local foi verificado em um novo momento de maior interiorização do desenvolvimento industrial no Estado de São Paulo e em São Carlos, que é seguido de certo declínio e crise socioeconômica e política do país, em meio à mudanças históricas importantes verificadas entre a década de 1970 e os anos 1980, ao mesmo tempo em que o próprio sistema nacional de saúde entrava em colapso diante do avanço da redemocratização do país pós-ditadura militar e de uma reorganização do sistema nacional de saúde com a

criação do Sistema Único de Saúde – SUS, em 1988. Este é um momento de surgimento de um segundo hospital local, a Casa de Saúde e Maternidade São Carlos, acompanhado de mudanças organizacionais, em termos de pessoal e de estrutura física da Santa Casa de Misericórdia e em que acontece a criação da cooperativa médica UNIMED São Carlos.

Nesse longo período de tempo, verificaram-se três ondas de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos, as quais foram reconhecidas e enfrentadas diferentemente pelos profissionais da medicina local, em meio a distintos movimentos de interiorização do desenvolvimento socioeconômico e político local que, assim, juntamente aos fatores mais estritamente profissionais, condicionaram a interiorização do profissionalismo médico em São Carlos. Cada uma dessas ondas sociais caracterizou-se por certa combinação peculiar de fatores, atores e instituições sociais e históricos, bem como por determinadas modalidades de ação e organização do grupo médico local, a fim de enfrentá-las.

Assim como uma onda do mar somente se insere em uma disputa no surfe profissional quando determinado competidor a escolhe e passa a realizar manobras para obter pontos no torneio, o marco histórico inicial, que assinala o início analítico de cada onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos, foi representado a seguir por determinados fatos históricos que representaram o início de uma nova modalidade de ação ou organização do grupo médico local para o enfrentamento do que então se apresentava a eles como novo momento histórico para a realidade de sua categoria no âmbito do poder local. Dessa maneira, têm-se:

- a) Primeira onda (entre 1889-1930) – em meio ao início da República, à relativa descentralização do sistema político nacional, ao coronelismo e ao paralelo crescimento do mercado econômico capitalista brasileiro, o período é marcado, em uma perspectiva mais geral, pelo avanço da economia cafeeira tanto no país em geral como especialmente no Estado de São Paulo e, em particular, por sua pujança no município de São Carlos. Como uma espécie de processo concomitante ao próprio sucesso cafeeiro, e que foi por ele

relativamente favorecido, este momento histórico é acompanhado pelo primeiro impulso da economia urbana local, pela criação dos primeiros serviços de saúde pública e assistência médica e pelo estabelecimento de um inicial, mas efetivo, mercado médico no município. Afora as questões particulares apontadas, a análise deste período permitiu um mais apurado conhecimento das conexões entre poder local, coronelismo e profissionalismo médico, em meio ao primeiro impulso do desenvolvimento urbano-industrial de São Carlos sob o avanço cafeeiro que, por sua vez, antecedeu ao maior intervencionismo estatal brasileiro durante e depois da Era Vargas (1930-1945). O profissionalismo médico desta primeira onda de interiorização poderia ser identificado, assim, como um profissionalismo médico emergente, responsável por estabelecer certas bases iniciais de inserção da categoria médica no sistema ocupacional e na estratificação social locais, permitindo o primeiro avanço histórico no desenvolvimento da medicina são-carlense;

- b) Segunda onda (entre 1948-1966) – provocada: a) pelo avanço da medicina tecnológica, em parte favorecida e financiada, à época, pelo avanço da assistência médica estatal do período – e que implicou a assimilação, à realidade do país, de novos conhecimentos técnicos, tecnológicos e formatos organizacionais (especialmente hospitalares) para o desenvolvimento do trabalho médico, integrando indústria farmacêutica e de insumos médico-hospitalares aos próprios hospitais e às atividades médicas em si; e b) pelo processo mais abrangente de centralização política do Estado brasileiro e seu papel no desenvolvimento urbano-industrial do país, o que foi, ao mesmo tempo, acompanhado pela paralela centralização do sistema de saúde nacional, a fim de responder às novas demandas urbanas no que se refere aos serviços de saúde, e pela chegada de algumas novas instituições de saúde estatais em São Carlos, em consequência ao próprio processo de centralização anterior. Diante dessas mudanças, o período também é marcado pela reação médica, de natureza institucional e política, à chamada socialização da medicina, a qual se refere a uma expressão conceitual que, geralmente, na linguagem médica, associa-se à entrada do poder de Estado e seu intervencionismo sobre a organização e prestação de serviços médicos e

de saúde em geral. Este é o momento de criação, no Estado de São Paulo, da Associação Paulista de Medicina – APM (1930) – que então supera em amplitude social, profissional e geográfica à anterior Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo – SMCS (criada ainda em 1895) –, e do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP (1957). Em nível nacional, surge também a Associação Médica do Brasil – AMB (1951), ao passo que, em São Carlos, e de modo conectado a tais movimentos médico-institucionais, emerge a Sociedade Médica de São Carlos – SMSC (1948), a qual passa a se tornar referência e recurso institucional para a medicina são-carlense em suas modalidades de ação para a inserção interna e externa ao poder local, representando sua principal modalidade de organização coletiva para o enfrentamento dos novos desafios profissionais emergentes neste período. Todo este movimento institucional da medicina brasileira significava uma reação à centralização do Estado brasileiro e sua maior participação na prestação de serviços de saúde. Mas além do conhecimento desses fatores, o estudo deste período possibilitou o aprofundamento do conhecimento das relações entre profissionalismo médico, poder local, desenvolvimento urbano-industrial e centralização política do Estado brasileiro. A reação médica ao processo de centralização do Estado e à chamada socialização da medicina fez emergir um novo profissionalismo médico no país, o qual também se reconfigurou, embora peculiarmente, no município de São Carlos, de modo que a combinação dessas circunstâncias históricas conferiu um novo e distintivo traço sociológico a esta segunda onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos;

- c) Terceira onda (1970-1988) – este período foi caracterizado, no plano do poder local, pelos efeitos locais dos problemas relativos ao sistema nacional de saúde e suas contradições em relação aos modelo de assistência médica previdenciário ligados ao par INPS/INAMPS. Ademais, este período foi marcado, pelo ao processo de construção (iniciado desde um pouco antes, em 1962) e, posteriormente, à inauguração e atuação da Casa de Saúde e Maternidade São Carlos (1968), bem como de seus novos convênios médicos com indústrias locais, assim como pela reforma e ampliação da Santa Casa de Misericórdia, já na década de 1970, em meio a um novo contexto

socioeconômico e político de maior desenvolvimento industrial e de crescimento demográfico e urbano de São Carlos, com ampliação especialmente de setores operários e de classes médias, o que relativamente alterou e favoreceu o mercado médico local, impulsionando – em um movimento facilitado pelo processo de interiorização de cursos de medicina no Estado de São Paulo – o esforço médico de criação e expansão, desde 1970, da UNIMED São Carlos, que emergia no contexto de crescimento do mercado privado de convênios médicos, em resposta ao crescimento da demanda por serviços médicos locais, à crescente crise da assistência médica previdenciária do país e às pressões que os profissionais já sentiam, especialmente desde fora de São Carlos, em função do crescimento da chamada medicina de grupo (que contrariava certos interesses dos médicos). Este ainda foi um momento em que o município verifica a criação da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar (1970) e do curso de enfermagem (também na UFSCar), bem como a consolidação desta e do campus local da Universidade de São Paulo – USP (criada ainda nos anos 1940). Este desenvolvimento universitário articulou-se com o paralelo crescimento econômico (industrial e urbano) do município, além de ambos os campus universitários terem se envolvido com os avanços no profissionalismo médico e no sistema hospitalar são-carlense daquela época, o que também foi favorecido em razão de contatos dos médicos são-carlenses com políticos locais e de fora do município. Neste contexto, em conexão a movimentos também ocorridos em outras localidades paulistas e de fora do Estado de São Paulo, a medicina são-carlense envolveu-se no processo de expansão do mercado privado de convênios médicos (tais como os de autogestão, aqueles estabelecidos como serviços próprios e outros oferecidos por cooperativas médicas – especialmente com a UNIMED), conferindo nova dinâmica e diferentes traços à terceira onda de interiorização do profissionalismo médico de São Carlos.

Aliás, ainda sobre esta terceira onda de interiorização, ou sobre possíveis contra processos sociais que talvez possam, ou não, ter provocado sua relativa reversão, no início dos anos 1980 nota-se o acirramento de contradições relativas ao sistema



INPS/INAMPS, que além dos conhecidos problemas de financiamento e organização que o acompanhavam desde o seu início, passa a sofrer com novos escândalos de corrupção envolvendo este modelo de assistência médica. Ao lado disso, verifica-se a emergência e crescimento do Movimento de Reforma Sanitária, que desde a segunda metade dos anos 1970 propôs uma nova organização ao sistema de saúde nacional, impulsionado pelo contexto mais abrangente de crise socioeconômica e de mudança rumo à redemocratização do país. Este posterior período ainda guarda movimentos de difusão de outros segmentos de ocupações e profissões da área de saúde no país e em São Carlos, os quais passaram a rivalizar, relativamente, com o tradicional poder médico ou biomédico, o que pode, ou não, ter levado os médicos locais a alterarem mais significativamente suas modalidades de ação e organização previamente estabelecidas.

Entretanto, apenas uma análise mais detida sobre esta nova fase histórica poderia esclarecer se houve ou não mudanças mais importantes no profissionalismo médico são-carlense, o que, dadas as características da presente análise, encontra-se além dos objetivos antes propostos no projeto original que fundamentou esta tese. Com efeito, imbuídas pelas novas ideias surgidas nesse amplo processo de mudança, emergentes experiências de organização da área de saúde brasileira são iniciadas em diferentes oportunidades e localidades do país desde o final dos anos 1970 e início da década de 1980, as quais, em parte, implicaram uma reorientação do anterior processo de centralização política que havia informado o sistema de saúde brasileiro até este momento, bem como novas condições quanto às relações entre médicos, demais segmentos ocupacionais e profissionais de saúde e pacientes que buscavam auxílio nos serviços de saúde. Desde então, assistiu-se a um processo de descentralização política do setor em direção às esferas de poder municipais, acompanhado de um novo arranjo entre a chamada assistência médica curativa e as ações de caráter preventivo da saúde pública. Apesar dessas mudanças, que afetaram especialmente a área de saúde estatal, o setor privado de assistência médica continuou sua trajetória de fortalecimento, iniciada ainda nos anos 1970, mantendo a dualidade do sistema de saúde brasileiro, conformado pela combinação entre os serviços estatais e outros do mercado privado de saúde (Menicucci, 2007). Como o projeto de pesquisa observou a relação entre centralização política, especialmente na área de saúde, desenvolvimento econômico – de natureza urbano-industrial – e medicina são-carlense, os efeitos desse novo arranjo descentralizado do setor de saúde estatal, combinado a outro momento em termos de

desenvolvimento socioeconômico do país (e que implicou uma diferente condição ao setor industrial no processo de desenvolvimento), extrapolam o escopo desta tese, merecendo talvez uma análise à parte, mas fora do presente trabalho.

Se o anterior Ministério da Previdência e Assistência Social havia assumido, até o início dos anos 1980, a condição de protagonista do sistema nacional de saúde, a partir deste momento, o Ministério da Saúde passa a ter um papel de maior destaque, o que é consolidado em 1988 com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS. O município de São Carlos é relativamente envolvido em tais movimentos de mudança, os quais o atingem tanto os serviços estatais de assistência médica como aqueles de saúde pública, modificando, novamente e de maneira significativa, as condições de trabalho dos médicos são-carlenses em sua atuação nos serviços de saúde estatais – o que pode ter gerado determinados desdobramentos ao próprio setor de assistência médica privada. Aliás, neste caso, dada a paralela consolidação e sucesso da UNIMED São Carlos, tais alterações nos serviços públicos de saúde, aparentemente, não transformaram, de maneira mais rigorosa, certo aspecto da realidade médica local, já que tal dualidade entre o “público e privado” no setor de saúde – mantido pelo atual SUS – não desfavoreceu nem evitou o efetivo crescimento da UNIMED São Carlos. Assim, embora o formato do sistema de saúde tenha se alterado a partir da transição do antigo para o atual sistema SUS, vários dos problemas e características da área de saúde local (especialmente no setor estatal), existentes desde os anos 1970, continuaram relativamente os mesmos, pelo menos do ponto de vista médico mais tradicional, embora com certas mudanças surgidas desde então. De qualquer modo, apenas uma análise distinta da realizada aqui poderia avançar no sentido de um melhor entendimento dessas questões e seu impacto em São Carlos.

Isso posto, como se pode observar na análise que segue, em relação a cada uma das citadas ondas de interiorização do profissionalismo médico de São Carlos, igualmente se analisou a possível influência de alguns fatores condicionantes anteriores, os quais vieram a atuar para a efetivação dessas ondas antes mesmo dos marcos histórico-institucionais representados aqui como indicadores de novas modalidades de ação e organização coletiva da medicina local para o enfrentamento das mesmas. Tais fatores condicionantes prepararam, relativamente, o contexto social e histórico mais abrangente no qual cada onda foi se configurando, influenciando o seu posterior enfrentamento pelos grupos profissionais. Cada marco histórico assim considerado

implica, analiticamente, o início cronológico de cada onda enfrentada pelos profissionais da medicina local. Tais referências histórico-temporais representam importantes evidências de inflexões sociais significativas e peculiares, ao nível do poder local em São Carlos, que assim caracterizam o começo de cada período discutido.

Por outro lado, as ondas de interiorização do profissionalismo médico e o desenvolvimento em São Carlos foram acompanhados de certas situações que podem ser, metaforicamente, ilustradas como "refluxos de ondas", ou então, "correntes de retorno" ou "marés de retorno" – que implicam os movimentos de retorno da água para o oceano que ocorrem entre os distintos impulsos das ondas marinhas em direção às praias; assim como as ondas do mar, as correntes marítimas de retorno também dependem da interação de determinados fatores naturais e ambientais externos e internos que se combinam nas praias onde elas acontecem. Com frequência, os surfistas seguem as marés ou correntes de retorno a fim de, após surfarem determinada onda, voltarem para as áreas onde possam reestabelecer um novo posicionamento favorável para encontrar novas ondas. Neste movimento, são necessários conhecimentos, competência, experiência e perícia para o usufruto das condições existentes, sendo que erros, enganos e acertos convivem neste movimento de reposicionamento. Diante disso, realiza-se aqui semelhante discussão sobre o que então se denomina aqui de correntes profissionais de retorno, de modo a se encontrar nova linguagem conceitual para se analisar certos processos sociais que podem, agindo em sentido contrário, acompanhar os movimentos das ondas sociais de interiorização. Tais processos sociais implicam movimentos históricos que atuam em sentido relativamente contrário às ondas de interiorização, tal qual, metaforicamente, o que acontece com as marés marítimas de retorno em relação às ondas do mar. As correntes profissionais de retorno podem provocar a relativa estagnação ou reversão dos fatores históricos característicos das ondas de interiorização do profissionalismo, com reflexos sobre as possibilidades de manejo, por parte dos grupos profissionais, dos rumos seguidos pelos processos de interiorização do profissionalismo.

Essas correntes profissionais de retorno, da perspectiva dos grupos profissionais, atuam de maneira semelhante às marés de retorno marítimas em sua relação com os surfistas, pois assim como estes frequentemente seguem as marés de retorno marítimas para atravessar as áreas de arrebentação das ondas do mar, a fim de se posicionarem onde se coloquem em condições de surfar novas ondas, as correntes profissionais de retorno, ao mesmo tempo em que implicam espécies de contra processos sociais que

seguem sentido inverso ao das ondas de interiorização, com frequência levam os grupos profissionais, a partir de seus efeitos e mudanças históricos, a se reposicionarem diante de novas ondas de interiorização do profissionalismo. Assim como os surfistas buscam se aproveitar das marés de retorno marítimas para encontrar uma nova e boa posição para surfar outras ondas, os profissionais de nível superior devem tentar enfrentar, da melhor maneira possível, as correntes profissionais de retorno, a fim de se colocarem em condições de lidar com novas ondas sociais de interiorização do profissionalismo.

Portanto, entre certas ondas de interiorização, eventualmente emergem determinadas correntes profissionais de retorno<sup>6</sup>, que se opõem, relativamente, aos rumos daquelas ondas (provocando até, talvez, sua estagnação ou reversão, em possível desfavor de certos avanços porventura antes conquistados pelos grupos profissionais), e que, assim como as referidas ondas, conformam-se peculiarmente em cada espaço social e em cada momento histórico de uma dada localidade ou região, de modo que, para a análise de tais casos, observam-se os atores, eventos, movimentos ou processos sociais significativos (Weber, 1983) – sejam socioeconômicos, políticos, profissionais, ou outros – que atuam como contra processos sociais, os quais até podem, em casos mais agudos, promover, seja a desinteriorização do profissionalismo em si, seja a desinteriorização do desenvolvimento – este, enquanto processo condicionante e variável independente que influencia, em termos relativos, o movimento de difusão do profissionalismo –, interferindo nos rumos dos processos de profissionalização de diferentes grupos profissionais. Os processos de desinteriorização do profissionalismo implicam, pois, o possível deslocamento de instituições ou grupos sociais ligados ao profissionalismo que, em situações de crise, deixam de atuar ou existir em dada localidade. Da mesma maneira, a desinteriorização do desenvolvimento implica o declínio econômico que pode levar a que grupos e instituições econômicos desloquem-se deixando de atuar ou existir em dada localidade, o que pode acarretar efeitos negativos sobre diferentes grupos profissionais ou ao seu profissionalismo em termos mais gerais.

No caso da presente análise sobre o profissionalismo médico em São Carlos, entre 1889 e 1988 observam-se os caminhos seguidos e maneiras de lidar encontrados

---

<sup>6</sup> Novamente, há que se destacar que as correntes de retorno marítimas e suas causas implicam fenômenos naturais que não dependem da ação e decisão humanas, ao passo que os processos, movimentos e eventos de desinteriorização do desenvolvimento e do profissionalismo, embora ilustrados aqui metaforicamente pelas correntes (profissionais) de retorno, dependem sim de ações e decisões humanas em circunstâncias históricas estabelecidas a partir de determinadas condições sociais, econômicas, políticas e profissionais.

pelos profissionais da medicina locais em relação a duas correntes profissionais de retorno. Desse modo, tem-se:

- a) Primeira corrente profissional de retorno (1922-1947): entre a primeira e a segunda onda de interiorização do profissionalismo médico, que se estendeu entre o final da Primeira República, ainda nos anos 1920, até a criação da Sociedade Médica de São Carlos, em 1948. Este período é marcado pela crise da economia cafeeira e pela derrocada do sistema político coronelista. Nesta primeira corrente de retorno, os médicos de São Carlos enfrentam os dilemas relativos ao esgotamento do desenvolvimento socioeconômico e político do município relativo à crise do café e à quebra da hegemonia política dos grandes fazendeiros locais, que, até o final da Primeira República, dominavam política e economicamente o poder local. Neste contexto, a localidade passou por um rearranjo de forças sociais, econômicas e políticas que enfraqueceu os grupos sociais do campo em detrimento daqueles da cidade. Tais mudanças são favorecidas por um contexto estadual e nacional de maior desenvolvimento urbano-industrial, impulsionado pelo poder de Estado central do país, o qual avança no sentido de criar novas agências burocráticas para lidar com as novas demandas sociais urbanas emergentes nesse contexto, o que, com o tempo, atinge o setor de saúde, com reflexos sobre a profissão médica através de um processo que foi reconhecido pelos médicos do país enquanto um processo de “socialização da medicina”. Com isso, os médicos são-carlenses veem enfraquecido o poder de sua anterior aliança com o capital cafeeiro e passam a sentir necessidade de reagir e se reorganizar política e profissionalmente. A crise do café trouxe certo declínio econômico à localidade e um relativo encolhimento de sua população, com consequências ao mercado e à autonomia profissional da medicina. Em meio a movimentos sociais e políticos contestatórios, que aconteceram ainda nos anos 1920 (tais como o Tenentismo de 1922 e a Revolução de 1924) e que foram impulsionados graças à emergência de novos atores sociais e políticos – e outros em reação e combate ao novo regime que emergiu depois da Revolução de 1930 (tal como a Revolução Constitucionalista de 1932) – os médicos procuram se

reposicionar diante desse amplo contexto de mudança que desembocou na segunda onda de interiorização do profissionalismo médico local.

- b) Segunda corrente profissional de retorno (1966-1970): emergente entre o final da segunda onda e o início da terceira onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos. Seu início é estabelecido nesta análise a partir da instituição de um novo formato ao sistema previdenciário de assistência médica com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (1966), o qual aprofundou problemas anteriores da assistência médica previdenciária, prejudicando a medicina de São Carlos. Notam-se, ainda, certos problemas com o avanço da chamada medicina de grupo no Estado de São Paulo. Em nível nacional, o período é caracterizado pelo maior fechamento do sistema político em razão da ditadura militar – o que impulsiona ainda mais o processo de centralização política do Estado brasileiro. Por outro lado, houve o esgotamento das possibilidades históricas que trouxeram à tona a segunda onda de interiorização do profissionalismo médico, o que implicou a reação coletiva da medicina local, fazendo-a tentar um caminho alternativo para defender e favorecer sua condição profissional através do crescente mercado privado de convênios médicos, lançando-se especialmente na criação dos convênios da Casa de Saúde local com indústrias do município e da cooperativa médica UNIMED São Carlos e seus convênios – inicialmente com indivíduos e famílias e, depois com segmentos do comércio e da indústria são-carlense. A criação desta cooperativa de trabalho da medicina de São Carlos implicou uma nova modalidade de ação ou organização da categoria, que assim marca o início da reação do mesmo grupo à terceira onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos.

Em relação a essas duas correntes profissionais de retorno, verifica-se significativo esgotamento das possibilidades de desenvolvimento e transcurso de cada uma das ondas que haviam existido anteriormente às mesmas correntes profissionais, bem como em termos das alternativas para o seu enfrentamento por parte de setores médicos são-carlenses, o que trouxe o rearranjo de condições históricas, bem como fez

com que houvesse o reposicionamento de determinados atores sociais – principalmente, neste ponto, dos próprios grupos médicos – diante da necessidade se enfrentar cada uma das novas ondas de interiorização que os profissionais reconheciam emergir em sequência a cada período de transição.

Isso posto, de uma perspectiva mais geral, as trajetórias históricas desses diferentes processos sociais – as ondas de interiorização e as correntes profissionais de retorno – assim como as relações que se estabelecem entre eles, configuram-se de modo peculiar em cada conformação histórica de certa localidade ou região, socialmente construída no tempo e no espaço. Nestes termos, em relação aos processos de interiorização, as correntes profissionais de retorno indicam uma ideia de estagnação ou reversão históricos, isto é, representam o que nas ciências sociais e na história convencionou-se conceituar como contra processos sociais.

Neste caminho, para o estudo dos processos de democratização, Huntington (2012) utilizou a ideia de reversão de ondas de democratização, enquanto que, para o estudo dos processos de centralização/descentralização dos sistemas de saúde europeus, Saltman (2008) observou os movimentos que talvez se pudessem denominar de quase pendulares, entre certos impulsos no sentido da centralização e outros no sentido da descentralização desses mesmos sistemas nacionais de saúde. Além disso, há que se fazer menção às discussões de Norbert Elias (2002) a respeito dos contra processos sociais enquanto dinâmicas históricas que matizam os processos sociais de longa duração, os quais são responsáveis por movimentos que provocam certa estagnação ou reversão daqueles, tal como ocorre com o processo civilizador (Elias, 1994ab). Nas três abordagens, as alterações provocadas nas relações de poder são efeitos que emergem das conexões entre os processos sociais de longa duração e os contra processos que lhes podem produzir sua estagnação ou reversão, o que também se nota aqui quanto à análise da interiorização do profissionalismo médico e às relações entre suas ondas de difusão e as correntes profissionais de retorno que se contrapõe às mesmas.

Diante disso, na presente análise investigam-se como os processos de interiorização do profissionalismo médico, suas ondas e correntes de retorno conectam os processos de profissionalização de grupos ocupacionais de nível superior ao desenvolvimento socioeconômico e político, de natureza urbano-industrial, e à modernização mais abrangente da sociedade brasileira, considerando, em especial, as suas especificidades junto ao poder local de São Carlos. Ao mesmo tempo, o estudo desses processos permite verificar como o profissionalismo gerou, ou não, alterações

nas relações de poder na sociedade brasileira, em sua difusão e variação rumo ao interior do país. Para a realização deste estudo, o qual toma o profissionalismo médico em São Carlos como o foco privilegiado da pesquisa, observaram-se determinadas fontes e específicos procedimentos de coleta e análise de dados, os quais serão esclarecidos a seguir.

### **1.1. Metodologia.**

Este trabalho de pesquisa baseia-se em fontes bibliográficas e documentais, além de entrevistas fundamentadas em metodologia de história oral temática. Tais fontes foram coletadas e analisadas entre o início de 2012 e março de 2016. O esforço analítico-metodológico foi dirigido para mais bem se investigar as relações entre a interiorização do profissionalismo médico e o desenvolvimento socioeconômico e político, urbano-industrial, que acompanha o processo mais global de modernização de São Carlos.

Dentre as fontes bibliográficas, encontraram-se dados relacionados às diferentes dimensões sociais, econômicas e políticas a respeito da história brasileira, do estado de São Paulo e do município de São Carlos, além de dados sobre a história da profissão médica e da área de saúde em geral, do Brasil, do Estado de São Paulo e de São Carlos. Além disso, tais referências ainda abordam questões sociológicas, tais como: modernização, desenvolvimento, processos de profissionalização, profissionalismo médico, processos sociais de longa duração e as relações entre história e sociologia.

Quanto aos dados documentais, foram feitas buscas em arquivos da antiga Faculdade de Medicina da Bahia (hoje ligada à Universidade Federal da Bahia – UFBA), onde se analisaram dados extraídos de antigas teses doutorais defendidas por alguns médicos que atuaram em São Carlos no princípio da República e que antes haviam estudado na Bahia. Verificaram-se aqui, informações sobre a origem social e a formação profissional de determinados médicos que trabalharam em São Carlos entre 1889 e 1945. Como a análise evidenciará, até a expansão do número de faculdades médicas e sua difusão para outros territórios do interior do país (a exemplo do interior paulista), ainda no início da República, ambas, a Faculdade de Medicina da Bahia e a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, figuravam como as únicas deste gênero no país, servindo de pontos de passagem quase obrigatórios para a maioria dos jovens



brasileiros interessados em se formar como médicos no Brasil. Por outro lado, na Fundação Pró-Memória de São Carlos (ligada à Prefeitura Municipal de São Carlos), verificam-se dados de livros de impostos municipais desde 1889 até 1945. Tais dados referem-se a registros de impostos pagos por industriais, fazendeiros e profissionais (como médicos, engenheiros e advogados, entre outros) e que se encontram nos “Livros de Impostos sobre Assucar e Café” e os “Livros de Impostos sobre Indústrias e Profissões”. Estas fontes permitiram investigar quantos médicos trabalharam em São Carlos naquela época, quantos destes foram fazendeiros e quais atuavam em áreas rurais ou urbanas.

Além disso, entre 1889 e 1914, ainda foram pesquisados, na Fundação Pró-Memória, dados de um influente jornal local daquele tempo, o Correio de São Carlos (Damiano, 2007). Por outro lado, para o período de 1915 a 1945, preferiu-se realizar um levantamento em fontes de natureza bibliográfica. A análise do primeiro subperíodo voltou-se mais sobre o material do jornal selecionado, quando as edições deste diário eram relativamente mais escassas e fragmentárias, assim como o restante dos materiais documentais relativos a esse mesmo subperíodo. Depois, no subperíodo subsequente, a partir das mencionadas fontes bibliográficas, buscaram-se informações sobre aspectos mais determinados e relevantes para a presente pesquisa. Dentre as questões mais significativas de ambos os subperíodos, investigaram-se: a) a relação da medicina com a dinâmica de poder local, suas instituições políticas, sociais e da área de saúde em particular; b) a participação médica em importantes movimentos políticos do período, a exemplo do Movimento Tenentista de 1922 e da Revolução de 1930, da Revolução Paulista de 1924 e da Revolução Constitucionalista de 1932; e c) a respeito da tentativa de criação de uma Casa de Saúde, ainda na Primeira República, que não se concretizou, mas que evidenciou aspectos relevantes sobre a realidade médica local e sobre a área de saúde do município.

Além das possibilidades já destacadas, os dados do referido jornal, ao lado de outras referências bibliográficas, auxiliaram no trabalho de delineamento de alguns aspectos históricos sobre a formação da estrutura social e política do poder local de São Carlos, assim como de suas instituições de saúde e de seu grupo médico. Entre outras, observaram-se informações sobre a Câmara Municipal e a Prefeitura Municipal de São Carlos, o Partido Republicano Paulista e seu grupo na localidade, a Delegacia de Saúde e o trabalho do delegado de saúde do município durante o período da Primeira República

e da Era Vargas, acerca da Santa Casa de Misericórdia e sobre os médicos que lá atendiam pacientes, além de informações a respeito de anúncios sobre serviços médicos e a respeito da venda de determinados medicamentos, bem como quanto à existência de outros atores sociais que concorriam com os médicos na prestação de serviços de saúde, tais como parteiras e homeopatas.

Outros dados complementares sobre os médicos de São Carlos, relativos às primeiras décadas do período republicano, também foram obtidos em edições periódicas de uma revista médica publicada pela Academia de Medicina de São Paulo – AMSP que, àquela época, denominava-se Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo – SMCSPP (a mais importante associação profissional da medicina do Estado de São Paulo na Primeira República)<sup>7</sup>. Analisaram-se, assim, fontes relativas ao período de 1895 (quando da criação da entidade) até 1930, e que foram extraídas do periódico denominado “Boletim” – uma revista médica publicada pela SMCSPP. Com esta análise, foi possível observar determinadas relações entre o grupo médico de São Carlos e demais profissionais e instituições médicas de fora do poder local são-carlense. Com isso, pôde-se observar que os médicos de São Carlos, desde o princípio da República, mantiveram elos e participaram de fatos e circunstâncias históricas relevantes para medicina paulista, bem como outros fatos e circunstâncias históricas marcantes em realidades sociais de outros estados do país, os quais tiveram impactos sobre a medicina são-carlense.

Em relação ao período de 1930 a 1948, e ainda a respeito de médicos de São Carlos e sua relação com colegas e instituições médicas de fora da localidade, observaram-se fontes ligadas à Revista da APM, que era a publicação periódica da Associação Paulista de Medicina – APM, a qual surgiu em 1930 e que se tornou a principal entidade médica paulista até a criação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP, em 1956. Nas edições da Revista da APM, pesquisaram-se informações entre 1930 e 1948 – ano em que foi criada a Sociedade Médica de São Carlos – SMSC e que logo veio a se filiar à APM. Depois, a SMSC, através da APM, filiou-se à Associação Médica Brasileira – AMB, tornando-se a representante local da APM e da AMB na região de São Carlos.

---

<sup>7</sup> A Academia de Medicina de São Paulo (AMSP) foi criada em 1895. Inicialmente, chamou-se Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (SMCSPP). Contudo, em 1956, este nome foi alterado para a forma contemporânea já mencionada. A SMCSPP foi a mais importante associação médica até a criação da Associação Paulista de Medicina (APM), em 1930.

Já para o período que se inicia a partir do ano de 1948, as fontes privilegiadas deixaram de se relacionar a dados obtidos junto à Fundação Pró-Memória ou às organizações representativas da categoria médica paulista, tais como a SMCSP (atual Academia de Medicina de São Paulo) ou a APM, concentrando-se em outras informações extraídas das atas de reuniões da Sociedade Médica de São Carlos – SMSC. Mesmo porque, esta veio a se filiar à APM, que desde 1930 passou por um importante processo de crescimento e interiorização organizacional, que a tornou a maior entidade médica paulista, sendo que, desde 1951, integrou-se à organização médica de âmbito nacional representada pela AMB. Dessa maneira, os dados das atas de reuniões da SMSC passam a assumir maior centralidade na análise do período posterior a 1945. Desde então, e até o final de 1988, as buscas sobre dados documentais a respeito da medicina local, sua presença em São Carlos e sua relação com fatos e realidades médicas (ou não), internas e/ou externas ao município, passaram a focalizar as fontes extraídas das atas de reuniões da SMSC, as quais foram encontradas junto à Casa do Médico (que é a sede da SMSC em São Carlos). Ao todo, foram analisadas mais de 400 atas de reuniões, entre sessões e reuniões ordinárias e demais assembleias extraordinárias.

Ademais, ao lado da análise das atas da SMSC, e mesmo para parte do período anterior, embora agora mais efetivamente para o pós-1945, a pesquisa concentrou esforços na investigação de fontes extraídas de entrevistas baseadas em história oral temática (Meihy & Ribeiro, 2011) e em demais referências bibliográficas que tratam do período posterior à Era Vargas. Quanto às entrevistas, a análise se debruçou sobre dados obtidos por meio de 16 entrevistas com pessoas de diferentes perfis. Optou-se por esta modalidade de história oral, dado o escopo deste trabalho, o qual se volta à análise de um determinado fenômeno sociológico, embora inevitavelmente aspectos mais biográficos e das particulares histórias de vida dos entrevistados também tenham surgido nos registros, eventualmente contribuindo para o estudo.

O foco deste esforço foi aprofundar o conhecimento sobre a medicina são-carlense, sua posição social junto ao poder local, as instituições de saúde de São Carlos e sua relação com a questão do desenvolvimento socioeconômico e político (de natureza urbano-industrial) do município, a fim de mais bem conhecer as conexões entre a interiorização do profissionalismo médico e a interiorização do desenvolvimento em São Carlos. Tratou-se, igualmente, da questão da socialização da medicina e da expansão dos convênios médicos privados, em termos do impacto que tiveram (tanto fora como dentro

da localidade), assim como em relação à transição do antigo para o atual Sistema Único de Saúde. Foram entrevistados médicos de diferentes especialidades (desde algumas básicas a outras não básicas), além de cidadãos comuns de São Carlos de diferentes perfis sociais, que, além de pacientes, por vezes demonstraram conexões (pessoais e/ou profissionais) com a medicina e a área de saúde são-carlense. Preferiu-se entrevistar pessoas mais velhas e que tivessem trajetória mais longa de permanência em São Carlos, de modo que talvez acumulassem um número maior de vivências quanto à realidade e história locais, bem como sobre a dinâmica da área de saúde e do grupo médico do município e suas relações com realidades sociais e históricas de fora da localidade.

As entrevistas realizadas, fossem com médicos ou não médicos, referem-se a pessoas, ora nascidas em São Carlos, ora não. Se, as entrevistas com os médicos permitiram reunir dados sobre a medicina, a área de saúde e a realidade e história do poder local de São Carlos, bem como suas conexões com realidades sociais e históricas externas, a partir de uma perspectiva cujo ponto de vista situou-se em algum lugar desde dentro do grupo médico do município, com os dados obtidos a partir dos demais entrevistados, pôde-se analisar outras perspectivas e informações sobre os mesmos aspectos (assim como quanto a outros antes não evidenciados ou tratados), mas agora abalizados por um olhar (mesmo que relativamente diferente para cada entrevistado em particular) posicionado desde fora da carreira médica.

Os médicos entrevistados, que totalizam 10 pessoas, forneceram dados a respeito de diferentes aspectos, particularmente sobre: instituições públicas de saúde, a Santa Casa de Misericórdia (a mais importante instituição hospitalar de São Carlos, e que é filantrópica), a Casa de Saúde e Maternidade São Carlos (um hospital privado criado nos anos 1960 por alguns médicos do município) e a UNIMED São Carlos (que é uma cooperativa médica que hoje abriga a maior parte dos médicos da localidade, atendendo um expressivo contingente populacional). Além disso, suas entrevistas trataram da participação médica junto ao poder local são-carlense, da atuação da Sociedade Médica de São Carlos, do processo de socialização da medicina, dos convênios médicos privados que atuaram e atuam no município, de possíveis conexões entre médicos e outros grupos sociais, econômicos e políticos de dentro e de fora de São Carlos, além dos processos de crise socioeconômica, política e do sistema de saúde do país dos anos 1970 e 1980.

Os profissionais entrevistados não apenas são de distintas especialidades (no total, 09 especialidade diferentes entre si, relativas a 10 profissionais pesquisados), mas possuem clínicas ou consultórios no município, além de atenderem, ou já terem atendido, em pelo menos uma das duas principais instituições hospitalares que surgiram em São Carlos no período verificado nesta pesquisa, ou seja, a Santa Casa de Misericórdia e a Casa de Saúde e Maternidade (esta, que ainda existia até o final do período desta pesquisa, diferentemente de hoje). Metade dos médicos atendeu pacientes no passado, ou atende ainda hoje, na Santa Casa, e a outra metade já atendeu na Casa de Saúde. Vários profissionais trabalharam ou ainda trabalham em serviços públicos de saúde.

Dentre os entrevistados, há quem já se aposentou e outros que ainda não. Todos os médicos construíram carreiras relativamente longas e se encontram bem inseridos no sistema de saúde local e bem estabelecidos na profissão médica e na estratificação social de São Carlos. Tais profissionais foram ou são membros da SMSC. Não se entrevistou nenhum médico que tivesse desenvolvido sua carreira fora dos quadros da SMSC. Aliás, pelos dados reunidos na análise abaixo, era muito incomum, até o final da década de 1960, que um médico começasse a atuar em São Carlos sem antes ter procurado se integrar à SMSC, sendo que, posteriormente, apesar de mudanças nessa situação, essa prática permaneceu por vários anos. Houve colegas entrevistado que também assumiram cargos com conotação política em governos municipais, inclusive na área de saúde. Os profissionais entrevistados formaram-se em diferentes instituições de ensino superior, de dentro e de fora do Estado de São Paulo. A pesquisa procurou obter dos mesmos diferentes visões e experiências sobre as questões que abordou.

A respeito das entrevistas com cidadãos são-carlenses não médicos, estas totalizam 06 e se referem a pessoas que tiveram ou ainda mantêm conexões com a história, a área de saúde ou a medicina locais (embora aqui mais como pacientes que já se utilizaram dos serviços de saúde do município). Assim como em relação aos médicos, apesar de alguns terem nascido em outras localidades, todos os entrevistados não médicos mantêm ou mantiveram ligações (pessoais, profissionais ou apenas como meros pacientes de médicos) com a localidade, sua história, a área de saúde e/ou com a medicina de São Carlos. Também neste caso, procurou-se obter dados a partir de informantes com perfis sociais relativamente diferenciados entre si (em termos ocupacionais e de origem social em sentido mais abrangente).

No entanto, apesar das diferenças assinaladas, a partir das informações obtidas sobre cada um destes, todos revelaram que foram ou atendidos como pacientes particulares ou como pacientes de convênios médicos, ou então, como pacientes do antigo sistema de assistência médica previdenciária – que vigorou no país até a criação, em 1988, do Sistema Único de Saúde – SUS. Não se conseguiu entrevistar pessoas que tivessem sido pacientes atendidos na condição de indigentes (situação assim derivada do fato destas pessoas não estarem inseridas no então sistema previdenciário do país, o qual, inclusive, tinha abrangência bem mais reduzida – especialmente no início de sua vigência – do que se verifica na atualidade). Dentre as ocupações destes entrevistados não médicos, pode-se mencionar que: a) dentre as mulheres, têm-se – professora primária, professora de biologia e professora de letras; e b) dentre os homens – ferroviário, comerciante e um técnico em contabilidade e profissional da área do direito. Há quem, entre os homens e as mulheres, que já se aposentou, embora também se verifique quem ainda exerce alguma atividade ocupacional regular.

Diferentemente do que aconteceu com as entrevistas com médicos, dentre os demais informantes conseguiu-se, como se observou acima, entrevistar não apenas homens (metade dos informantes desta categoria), mas também mulheres (representando a outra metade). Tal diferença se deve ao fato de que apenas mais recentemente houve uma entrada mais acentuada de mulheres na profissão médica local, sendo que, como se optou por entrevistados com mais tempo de vida e/ou permanência em São Carlos, e como os informantes entrevistados tinham de se disponibilizar livremente para conceder suas entrevistas, não se encontrou médicas nessas condições que pudessem contribuir com a pesquisa.

A razão do uso desta metodologia baseada em entrevistas com médicos e não médicos (de diferentes perfis sociais) foi o de reunir dados de natureza qualitativa obtidos com informantes diversos, a fim de criar uma situação de certo contraponto, contraste e complementação de dados, para tentar equilibrar as informações coligidas e os lugares e visões sociais daqueles que forneceram as informações. Esta abordagem possibilitou verificar proximidades e distanciamentos entre perspectivas distintas oferecidas por uma relativa diversidade de perfis sociais dos informantes entrevistados, de modo a se tentar captar diferentes aspectos relativos à história local, seus serviços de saúde e sobre a profissão médica do município. Como a maior parte dos entrevistados mais velhos estava, no momento das entrevistas, com, no máximo, pouco mais do que 80 anos de idade, os dados concentraram-se sobre período entre 1940 e 1988.

Com o intuito de preservar a identidade dos entrevistados, preferiu-se adotar nomes fictícios e informações sobre cada um que, embora verdadeiras e mesmos servindo para diferenciar cada qual na análise, não comprometessem as suas identidades. Dessa maneira, as referências, na tese, aos mesmos partiram de categorizações construídas desde termos, tais como: a) “Médico” – para se referir a cada um dos profissionais da medicina de São Carlos; e b) “Morador” – em referência a cada um dos homens não-médicos; e c) “Moradora” – quanto a cada uma das mulheres não-médicas. Para diferenciar os entrevistados de mesma categoria – “Médicos” X “Moradores” ou “Moradoras” –, utilizou-se um específico sistema de numeração crescente, segundo o qual, de acordo com a ordem de surgimento dos entrevistados ao longo do texto desta tese (exceção apenas quanto ao “Médico 10” – pois a nota em que consta sua referência foi incluída depois, já na revisão do trabalho), tem-se as sequências: a) de 01 a 10, para os “Médicos”; b) de 01 a 03, no caso dos “Moradores”; e c) de 01 a 03, relativa às “Moradoras”.

Após a citação de cada trecho de entrevista que compõe a análise que segue, além das categorizações mencionadas (Médico/Morador/Moradora e respectiva numeração), seguem dados quanto à idade de cada informante no momento que a respectiva entrevista foi realizada, de modo que, para cada um, fez-se referência ao intervalo de tempo relativo ao decênio (se a primeira ou a segunda metade) em que a idade de cada informante se situava – ou seja, por exemplo, entre 55-60 anos de idade. Aliás, tais entrevistas foram obtidas em diferentes momentos do processo de desenvolvimento da pesquisa, sendo que, atualmente, todos os informantes apresentam idades diferentes daquelas de quando suas entrevistas foram gravadas. Como no caso dos médicos a menção da ocupação é automática, não se acrescentou mais nenhuma outra informação; já, no caso dos moradores e moradoras, informou-se, ao final da citação relativa a cada entrevistado, ou a profissão ou a atual condição profissional ou mesmo a formação profissional de cada um.

Enfim, de uma perspectiva mais geral, afora as fontes discutidas, esta pesquisa ainda encontrou e analisou certos documentos mais individualizados ou avulsos, que contribuíram com dados mais ou menos difusos sobre fatos, atores ou circunstâncias determinadas que, de algum modo, contribuíram para o entendimento de aspectos abordados por este estudo. São exemplos disso, especialmente, um relatório do delegado de higiene de São Carlos, de 1921, e um anuário estatístico-demográfico do Serviço

Sanitário do Estado de São Paulo, de 1927, além de dois Indicadores Rotários publicados nos anos 2000. Estes documentos, assim como os outros, encontram-se citados ao final deste texto em meio às demais referências bibliográficas e fontes primárias utilizadas. Alguns registros determinados foram encontrados em buscas em páginas da internet pertinentes à medicina e à área de saúde, além de se observarem informações complementares pertencentes a outras páginas da internet. Em todos esses casos, no texto que segue se fizeram os devidos esclarecimentos, através de notas de rodapé, quanto aos respectivos endereços eletrônicos e às ocasiões de cada consulta.

A fim de mais bem equalizar dados de diferentes fontes e para analisar os vários aspectos sobre as relações entre a interiorização do profissionalismo médico e a interiorização do desenvolvimento socioeconômico e político (urbano-industrial) de São Carlos, em meio à modernização mais abrangente de seu poder local, a pesquisa realizou a investigação de alguns aspectos sociológicos através da análise mais detida sobre certas fontes em detrimento de outras, ao mesmo tempo em que enfatizou o estudo de fontes menos trabalhadas inicialmente para a análise de outros aspectos também observados nesta pesquisa. Dessa forma, esta tese trata de determinados fatores e atores histórico-sociais, econômicos, políticos e profissionais que se evidenciaram relevantes para os rumos do profissionalismo médico em São Carlos, em meio ao processo de interiorização do desenvolvimento socioeconômico e político que marcou a modernização são-carlense.

Os processos de modernização já foram analisados a partir de diferentes enfoques teórico-metodológicos, em trabalhos de pesquisa que focalizaram diferentes fenômenos históricos influentes sobre a modernização de diferentes sociedades. No próximo capítulo, apresentam-se as principais bases desse amplo debate intelectual, bem como a forma como se analisaram a relação dos grupos profissionais de nível superior, as instituições ligadas ao profissionalismo e seus processos de profissionalização, tendo em vista suas conexões com os processos de modernização em sentido mais abrangente. Em especial, procura-se discutir o papel social e histórico do desenvolvimento socioeconômico, de natureza urbano-industrial, bem como da correlacionada centralização política do poder de Estado no Brasil, para os rumos do profissionalismo médico no município de São Carlos, em meio ao processo mais abrangente de modernização do país, de suas regiões interioranas e do próprio município em questão.



## Capítulo 2

### **Modernização e profissionalismo médico enquanto processos sociais de longa duração no poder local em São Carlos.**

O processo de modernização tem sido estudado por diversos pesquisadores em nível internacional, os quais observam os distintos fatores e atores sociais relacionados a esse amplo fenômeno de mudança histórica, que atinge importantes dimensões da vida social. Sua raiz sociológica emergiu da expressão conceitual ligada à ideia de “moderno”, a qual, por sua vez, inicialmente retirou parte de seu significado de sua contraposição ao conceito de “antigo”, e outra parte do confronto com a ideia de “tradição”. Na realidade, o conceito de moderno, a exemplo de seus derivativos, tais como “modernização”, “modernidade” ou “modernismo”, implicam construtos heurísticos relativamente distintos, mas que, em comum, têm permeado trabalhos sociológicos de diversos pensadores sociais, os quais se dedicam a investigar certos fenômenos históricos que emergiram na Europa desde há alguns séculos, com o fim da chamada Idade Média, e que, a partir de então, têm interferido na dinâmica social em diversas partes do mundo.

Mais recentemente, entretanto, este referencial empírico centrado no contexto europeu, ou mesmo na chamada civilização ocidental enraizada na Europa, que tem servido de base para a análise, seja da modernidade, seja dos chamados processos de modernização mundo afora, têm sido relativizados por outras perspectivas sociológicas, que propõe que talvez existam múltiplas e não apenas uma única matriz para o

desenvolvimento da modernização das sociedades (Eisenstadt, 2001; Schimidt, 2011), de tal forma que os conceitos de moderno, modernidade e modernização já receberam significados relativamente distintos. Contudo, apesar disso, outras críticas conceituais já foram propostas a tais abordagens alternativas, estando o campo de debates sobre o fenômeno da modernização aberto e em pleno desenvolvimento. Desse modo, nota-se que, conquanto tais categorias analíticas estejam intimamente conectadas, historicamente sofreram relevantes avanços a partir de certas controvérsias intelectuais que acompanharam a própria trajetória do pensamento social nos últimos séculos.

Embora encontre equivalentes em outras realidades sociais, de acordo com Jacques Le Goff (2003), o par antigo/moderno está intimamente ligado à história da civilização ocidental e, especialmente, ao transcurso de mudanças sociais e históricas havidas desde alguns séculos. Em realidade, ainda entre os séculos V e XIX, os debates em torno do par antigo/moderno verificou a emergência de uma oposição de natureza cultural que, ao final da era medieval e por força do Iluminismo, difunde-se mais intensamente entre vários círculos intelectuais da Europa daquela época. Em decorrência disso, por volta da metade do século XIX, sob o efeito de profundas mudanças emergentes com a revolução industrial, o conceito de moderno transformou-se com o aparecimento de um novo construto intelectual, qual seja: a ideia de “modernidade”.

Na segunda metade do século XX, a partir de posições intelectuais relativamente distintas, tais debates generalizam-se ainda mais no Ocidente, ao mesmo tempo em que foram introduzidas em outras regiões – principalmente no então chamado Terceiro Mundo, quando se veio a privilegiar a ideia de “modernização” enquanto tentativa de aproximação de outras partes do mundo aos padrões de organização e convívio sociais considerados típicos dos países vistos como modernos ou, como também se veio a denominar, desenvolvidos, a exemplo das nações da Europa e dos Estados Unidos da América. No entanto, como antes assinalado, essa tentativa de aproximação do resto do mundo aos padrões de organização social encontrados nos países considerados desenvolvidos (modernos) já verificou certas mudanças, com desdobramentos conceituais que permitiram observar não um único, mas múltiplos caminhos seguidos pelos processos de modernização, resultantes de diferentes trajetórias seguidas e alternativos esforços empreendidos por diferentes nações para a concretização da modernização em seus países.

Na realidade, os debates acerca da oposição antigo/moderno vêm sendo foco de controvérsias entre diferentes círculos intelectuais europeus desde, pelo menos, a Idade Média (e mais recentemente também por intelectuais não europeus), os quais, inicialmente, estabeleceram suas discussões privilegiando a análise do plano da cultura, de modo que os “antigos” têm sido defensores das tradições, ao passo que os “modernos” voltam-se para as inovações socioculturais. No caso da história, essa polaridade costuma balizar uma periodização conformada entre, pelo menos, dois momentos relativamente distintos, sendo alternativamente compreendidos a partir de concepções do tempo histórico ora cíclicas, ora lineares (Le Goff, 2003). Nas artes, desde o fim do século XIX a oposição antigo/moderno gera as tendências artísticas que vieram a se denominar como *modern style* ou modernismo<sup>8</sup>. Já no campo religioso, a “corrente modernista” – ou o chamado “modernismo religioso” –, emergente nos últimos séculos, foi condenado ainda no ano de 1907 pela Igreja Católica, através da encíclica papal *Pascendi*, quando Pio X liderava os católicos.

Neste contexto, a emergência do conceito de modernidade foi, ao mesmo tempo, um resultado e uma extensão ideológica do chamado modernismo, sendo debatido nas artes, na filosofia, na teologia, na história e nas demais ciências – inclusive as ciências sociais. Nestas e, de modo especial, na sociologia, a modernidade – enquanto conceito que engloba diferentes aspectos das sociedades modernas – vem sendo estudada não apenas por clássicos fundadores das ciências sociais, como Marx, Durkheim e Weber, mas ainda por outros autores responsáveis por investigar, a partir de distintos enfoques analíticos e metodológicos, desde as formas modernas de conhecimentos filosóficos, científicos e técnico-profissionais, passando por outros fenômenos e processos sociopolíticos, econômicos e culturais (os quais chegam a afetar a própria esfera da intimidade dos indivíduos), e que assim são considerados fenômenos sociais modernos<sup>9</sup>. Dessa forma, podem-se perceber os vários elementos de natureza tanto comportamental

---

<sup>8</sup> Em realidade, os movimentos artístico-culturais direta ou indiretamente ligados à tais desenvolvimentos têm sido observados, analisados e denominados de acordo com o que se convencionou chamar de “modernismo”, o qual, ainda nas décadas que mediaram o final do século XIX e o início do século XX, já havia se desdobrado em significativos movimentos intelectuais, literários e dramaturgicos (Bradbury & McFarlane, 1989).

<sup>9</sup> Entre tais autores, podem-se citar, entre outros: Arendt (2012); Bauman (2001); Bendix (1996); Foucault (1984); Giddens (1991); Habermas (2000; 2003); Moore Jr. (1983); e Parsons (1991).

como ideológica ou institucional que dão forma ao que se veio a entender, sociologicamente, como dimensões da modernidade<sup>10</sup>.

Mas se inicialmente o conceito de modernidade dizia respeito apenas ao âmbito do que se poderia denominar de “superestruturas” (ou seja, o plano das ideologias e instituições culturais), durante o século XX essa realidade passou igualmente a ser observada em suas conexões com outras dimensões e planos da vida em sociedade: desde a estrutura socioeconômica, passando pela dinâmica política e o cotidiano de indivíduos e grupos sociais, até a esfera das denominadas “mentalidades”.

Por fim, ainda no século XX a perspectiva moderna consolida-se especialmente como ideologias de viés político-econômico, de acordo com as quais, na trilha do próprio desenvolvimento histórico exemplar da “civilização europeia”, buscavam a modernização das demais sociedades através do crescimento ou desenvolvimento econômico – entendido também como a superação do problemático subdesenvolvimento (Le Goff, 2003). A ascensão da modernização como um fenômeno que provoca distintos interesses – sejam teóricos, sejam prático-políticos – intensificou-se particularmente no contexto social posterior a Segunda Guerra Mundial, paralelamente a vários processos de descolonização de países então considerados do Terceiro Mundo. Diversas nações antes subjugadas por congêneres europeias, além de outros países (a exemplo do Brasil) já considerados independentes, mas ainda vistos como não desenvolvidos, passaram a ser afetados por ideologias que almejavam imprimir o desenvolvimento econômico (diga-se, capitalista e urbano-industrial) necessário para levar seus próprios países à condição de nações modernas, o que veio a mobilizar as elites econômicas, políticas, intelectuais e burocrático-estatais desses países.

Tais esforços fizeram muitos países desejar avançar com o capitalismo industrial e erigir ou fortalecer seus Estados nacionais, os quais, muitas vezes, assumiram parte considerável do esforço coletivo de modernização social, cultural e política de seus países, bem como das respectivas economias nacionais, de maneira a se aproximarem do mesmo caminho “exemplar” de seus congêneres europeus e dos Estados Unidos da América, os quais, desde fins do século XVIII, já haviam realizado as duas revoluções

---

<sup>10</sup> Como se evidenciará adiante, aqui não se pretende observar todas essas diferentes dimensões da realidade social, mas concentrar esforços na análise de algumas instituições sociopolíticas e certas organizações sociais que permeiam a realidade de grupos profissionais de nível superior e a estrutura social mais abrangente de uma determinada realidade local de poder do interior do Estado de São Paulo, ou seja, a realidade do município de São Carlos.

características do que se passou a entender como processos de ruptura socioeconômica e político-cultural próprios da chamada modernidade, ou seja: a revolução industrial e a revolução político-democrática inaugurada pela Revolução Francesa, que rearranjaram as estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como instituíram novos padrões de organização sociocultural que vieram a ser considerados modernos ou ligados aos países assim reconhecidos como desenvolvidos (Bendix, 1967; Giddens, 1994; Le Goff, 2003; Nisbet, 1966).

Nestas circunstâncias históricas, a questão da modernização das sociedades tem sido um tema muito investigado pelas ciências sociais, especialmente a sociologia, sendo que vários aspectos e perspectivas de análise têm sido considerados<sup>11</sup>. Em comum, tais estudos apontam para processos históricos de mudança reconhecidos como capazes de levar diferentes sociedades a um movimento de transformação entre uma realidade social considerada não moderna (por vezes também chamada de ordem tradicional ou de antigo regime<sup>12</sup>) em direção a outra definida como efetivamente moderna. Dessa maneira, a cultura e a ideologia, a racionalidade de diferentes instituições e modos de agir sociais (de matriz ético-filosófica e/ou técnico-científico-profissional), a estratificação social e, especialmente, a organização econômica capitalista industrial e o Estado nacional, considerados então modernos ou emergentes com a modernidade, vêm sendo objetos de pesquisa privilegiados por diversos estudos empreendidos no campo das ciências sociais, os quais procuram compreender os diferentes fatores intervenientes sobre os processos de modernização que distintas sociedades enfrentam mundo afora.

Aqui será investigado relativamente apenas o processo de modernização peculiar que marcou a formação histórica do Brasil e, principalmente, de suas regiões interioranas. Em realidade, analisam-se aqui duas dimensões sociologicamente significativas da modernização brasileira, as quais são observadas em suas relações de condicionamento mútuo (Weber, 1983) em um contexto local determinado, representado pela trajetória histórica do município de São Carlos. Dessa maneira, verificam-se as relações entre, de um lado, a interiorização do desenvolvimento urbano-industrial e do

---

<sup>11</sup> Quanto a tais debates, verificar, por exemplo, as discussões de: Beck, Giddens & Lash (1997); Giddens (1989); e Skocpol (1995; 2004).

<sup>12</sup> Historicamente, o chamado antigo regime foi a ordem social tradicional, baseada no poder monárquico, que foi derrubada na França durante a conhecida Revolução Francesa, em 1789. Como é de amplo conhecimento, na atualidade, as bases dos regimes de cunho democrático que emergiram desde então carregam certos fundamentos político-ideológicos que começaram a ser instituídos na modernidade a partir desta revolução e de seus desdobramentos.

Estado nacional brasileiro e, de outro, a interiorização do profissionalismo médico. Com isso, esta análise almeja preencher certa lacuna nos estudos sobre o profissionalismo no Brasil investigando a sua relação com o processo de modernização brasileiro e, em especial, quanto à sua difusão rumo às diferentes regiões interioranas do país.

## **2.1. Modernização e pensamento social.**

Dentre as ciências sociais, a sociologia sempre foi um empreendimento fundamentado e dirigido historicamente, que observou a vida social particularmente sob o prisma de seus processos de mudança, dedicando-se em especial à compreensão das raízes e efeitos sobre as demais dimensões da vida social que estiveram ligados à emergência da economia capitalista industrial e à formação do Estado nacional modernos. Tais transformações históricas implicaram importantes alterações nas desigualdades socioeconômicas e nos arranjos políticos, bem como nas demais instituições sociais de diversas sociedades nacionais, com profundas mudanças demográficas e nos valores morais e culturais de indivíduos e grupos sociais. Tais fenômenos mobilizaram intelectuais hoje considerados fundadores da sociologia moderna, os quais, a partir de ângulos de observação distintos, procuraram compreender a emergência da moderna vida social (Skocpol, 2004).

Existem certos estudos sociológicos que enfatizaram perspectivas analíticas de cunho mais estruturalista, principalmente entre determinados autores marxistas (muitas vezes baseados na interpretação de Lenin sobre o imperialismo), bem como entre intelectuais ligados aos princípios metodológicos funcionalistas – inspirados especialmente em Talcott Parsons –, além de outros voltados à questão do desenvolvimento econômico atingido em diferentes, mas, ao mesmo tempo, universais estágios de evolução, os quais geralmente tomam como referência a proposta de Walt Whitman Rostow. Enfim, há que se mencionar o já citado desenvolvimentismo de matiz latino-americano, que tratou do desenvolvimento urbano-industrial da periferia do capitalismo em relativa oposição a proposta de Rostow, pois consideravam o desenvolvimento da região permeado de especificidades histórico-estruturais não

consideradas pela perspectiva mais universalista e evolutiva de Rostow (Larrain, 1996; Bernstein, 1996; Bielschowski, 2000ab).

Compondo outro conjunto de trabalhos, os quais destacaram abordagens de feição mais histórica e que conferiram maior espaço às demais especificidades sociais, políticas, histórico-culturais e institucionais que acompanham a emergência daqueles macroprocessos de mudança ligados ao industrialismo e à centralização dos Estados nacionais<sup>13</sup>, e que igualmente abordaram outros fatores e fenômenos sociais e históricos, encontram-se os estudos de, entre outros, principalmente: Barrington Moore Jr., Charles Tilly, Edward Palmer Thompson, Immanuel Wallerstein, Karl Polanyi, Marc Bloch, Norbert Elias, Richard Bendix, Perry Anderson, S. N. Eisenstadt e Theda Skocpol. Estes autores partiram de distintos princípios teórico-metodológicos, relacionaram suas análises a diferentes realidades empíricas e focalizaram, com maior acuidade, fenômenos sociais específicos e relativamente diferentes entre si, mas, em comum, trataram de aspectos ou fenômenos sociais que, apesar de diferenciados, mantiveram ou mantêm nexos históricos e sociológicos com os processos de modernização. Para alguns destes estudiosos, os processos de modernização implicam fenômenos históricos de mudanças mais ou menos profundas e extensas que são verificados em termos do que se convencionou denominar conceitualmente de processos sociais de longa duração.

Tais trabalhos têm adensado um campo de investigações sociológicas nas ciências sociais que se convencionou denominar de sociologia histórica ou sociologia histórico-comparativa. Para Skocpol (1995), este campo de estudos não deveria ser reconhecido propriamente como um campo ou subcampo disciplinar autônomo, com peculiaridades próprias que o caracterizassem e o separassem de outros campos ou subcampos disciplinares, mas como uma perspectiva de análise que oferece outras possibilidades de pesquisa a variados campos ou subcampos das ciências sociais. Como entende a autora, reconhecida nesta acepção mais abrangente e aberta, a sociologia histórica ou sociologia histórico-comparativa já realizou avanços em diferentes frentes do debate sociológico, muitos dos quais relacionados à temática da modernização das sociedades ao longo dos últimos séculos.

---

<sup>13</sup> Para mais discussões sobre trabalhos de autores ligados a tais preocupações analíticas, os quais vêm sendo observados naquilo que se convencionou denominar de sociologia histórica, consultar: Skocpol (ed.). *Vision and method in Historical Sociology*. New York, Cambridge University Press, 1995. Por outro lado, a modernização das sociedades também vem sendo analisada sob uma perspectiva voltada para o problema da chamada modernização reflexiva, ver: Beck, Giddens, Lash. *Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna*. São Paulo, Editora da Universidade Estadual de São Paulo, 1997.

São exemplos desses avanços, entre outros, os trabalhos em sociologia das profissões de Magali Sarfati Larson (2013) e Paul Starr (1982), os quais acompanharam a emergência e os desenvolvimentos históricos de grupos profissionais nos Estados Unidos em meio à ascensão da moderna economia capitalista e do Estado nacional naquele país. Além disso, na sociologia das profissões devem-se mencionar as análises presentes em Torstendahl e Burrage (1990ab) e em Jonhson, Larkin e Saks (1995), que focalizaram certos processos históricos de profissionalização em conexões com desenvolvimentos em termos da construção de certos Estados nacionais, particularmente na Europa.

Tal debate, assimilado às discussões no campo da sociologia das profissões, desde algumas décadas já observou importantes esforços em se verificar os novos arranjos sociais e demais fenômenos histórico-sociais que emergiram com a modernização das várias sociedades em que, entre outros fatores, principalmente o capitalismo industrial e o Estado centralizado foram desenvolvidos, destacando, neste contexto, o papel social empreendido por diversos grupos profissionais e pela lógica do profissionalismo em meio ao processo mais global de modernização de diferentes sociedades. Esses esforços intelectuais procuram oferecer perspectivas de análise alternativas, especialmente em relação ao ângulo de observação estrutural-funcionalista que, norteado em especial por Talcott Parsons, já havia apontado certa conexão originária, nos últimos séculos, entre a emergência das chamadas profissões com formação de nível superior e o surgimento da modernidade, mas que, no entanto, não enfatizou os processos e especificidades históricos que condicionaram tais fenômenos e suas interconexões ao longo do tempo.

## **2.2. Profissionalismo e profissionalização como processos sociais.**

Assim, a sociologia das profissões (especialmente na atualidade), independente das preocupações analíticas particulares ou dos enfoques de pesquisa privilegiados, têm focalizado o fenômeno social do profissionalismo ou como a profissionalização de diferentes grupos ocupacionais emergiu historicamente e interfere na vida social moderna mais abrangente. Em verdade, os grupos profissionais se caracterizam peculiarmente por basearem suas atividades laborais e se inserirem no mercado ocupacional através do uso de conhecimentos técnicos e abstratos obtidos a partir de



uma especialização profissional de nível superior. Historicamente, isso demandou a constituição de um conjunto de instituições relacionadas à ascensão da modernidade, as quais se traduziram em novas instituições de formação profissional, de proteção de mercado e de representação política, as quais vieram a interferir na autonomia profissional (Freidson, 2001, 2009) desses segmentos sociais e no modo como estes vieram a se relacionar com os demais setores, grupos e instituições das sociedades em que estas diferentes profissões se inseriram, o que têm produzido uma série de outros fenômenos sociológicos, os quais vêm sendo estudados por inúmeras pesquisas na sociologia das profissões desde o seu surgimento.

Caberia então salientar, inicialmente, algumas pesquisas orientadas pela perspectiva sociológica funcionalista, as quais encetaram certos questionamentos a respeito das relações entre a modernização das sociedades e o desenvolvimento do profissionalismo. Entre essas análises, encontram-se os estudos de Parsons (1968), Moore (1970 apud Rodrigues, 2001) e Evan (1968 apud Rodrigues, 2001), os quais analisaram a associação entre o profissionalismo de grupos ocupacionais e o desenvolvimento econômico moderno. Parsons (1968) observou que o desenvolvimento e a crescente importância estratégica das profissões de nível superior implicaram provavelmente a mudança mais importante que ocorreu no sistema ocupacional nas modernas sociedades de seu tempo. Para Moore, por outro lado, uma das razões para a modernização de países desenvolvidos foi a criação de facilidades e oportunidades para a formação educacional de pessoas em todos os níveis, a fim de produzir um número superior de trabalhadores e profissionais qualificados para atuarem na moderna vida econômica. Já Evan enfatizou o papel da engenharia e sua relação com o avanço tecnológico para o desenvolvimento econômico moderno<sup>14</sup>.

No entanto, como tais empreendimentos analíticos foram realizados no contexto intelectual do chamado funcionalismo, importantes condicionantes e especificidades históricos formativos dos processos de profissionalização, bem como a análise de certos efeitos gerados pelas relações sociais de poder que permeiam interna e externamente a realidade dos grupos profissionais, acabaram não sendo abordados de maneira mais efetiva, predominando nesses estudos preocupações relativas às funções exercidas pelos grupos profissionais sobre integração social das modernas sociedades estudadas. Dessa forma, os conflitos e tensões sociopolíticos, bem como as variáveis relações de aliança

---

<sup>14</sup> Como enfatiza Rodrigues (2001), o próprio Veblen, logo no princípio do século XX, reconhecia os engenheiros como uma elite capaz de resolver problemas sociais através da aplicação de tecnologias.

que permeiam as conexões sociais dos grupos profissionais com as demais instâncias, instituições e grupos das sociedades modernas, embora até considerados, não foram observados mais detidamente. Assim, a relação entre o profissionalismo e a modernização foi vista mais sob o prisma de suas relações funcionais para a integração das sociedades modernas do que em termos de seus desenvolvimentos históricos, ou mesmo, da perspectiva dos conflitos e da dinâmica dos interesses socioeconômicos e políticos que tais conexões igualmente implicavam e segundo a maneira como estes marcaram os processos formativos dos grupos profissionais e demais elementos do profissionalismo em sentido mais amplo.

Em pesquisas relativamente críticas a certas constantes das análises funcionalistas anteriores, notam-se o reconhecimento de alguns dos aspectos ausentes até então na produção da sociologia das profissões. São esforços intelectuais ligados seja ao interacionismo simbólico, o qual voltou o foco da análise para a verificação, entre outros aspectos, principalmente dos processos conflituosos que acompanham a realidade e relações entre grupos ocupacionais e profissionais, seja a outros enfoques subsequentes, mais preocupados com a análise do fenômeno do poder profissional, nos quais tanto os conflitos como os interesses profissionais, econômicos e políticos, bem como seus desdobramentos institucionais, passaram a ser mais bem observados e considerados na investigação do profissionalismo e dos processos de profissionalização.

Por sua vez, como anteriormente já discutido de maneira mais incipiente, outras pesquisas com preocupações sociológicas marcadamente históricas, realizadas nas últimas décadas, redundaram em importantes análises no campo da sociologia das profissões, as quais têm evidenciado o papel de certos grupos profissionais – tanto os mais tradicionais, a exemplo da medicina, do direito e da engenharia, como outros grupos ocupacionais de nível superior que emergiram mais recentemente – em seus desenvolvimentos modernos nos Estados Unidos da América, na Grã-Bretanha e na Europa Continental. Tais pesquisas procuram delinear, a partir de propostas analíticas histórico-comparativas, certas relações entre os distintos processos de profissionalização de diferentes segmentos ocupacionais e a emergência ou formação dos Estados nacionais modernos<sup>15</sup>. Em geral, várias destas pesquisas acompanham tais

---

<sup>15</sup> Como se evidenciará adiante, podem-se destacar como exemplos de pesquisas realizadas especialmente sobre a formação de grupos profissionais nos séculos XVIII, XIX e XX, as quais evidenciam preocupações de natureza histórica relativas a fenômenos sociológicos observados, de maneira especial, tanto na Europa como nos Estados Unidos da América: Abbott (1988); Freidson (2009); Gelfand (1997);

desenvolvimentos desde, pelo menos, o início do século XIX, avançando, em vários casos, para outros momentos mais recentes, já no século XX.

De maneira comum, boa parte de tais esforços procurou oferecer perspectivas de análise com teor crítico a certas constantes mais tradicionais de estudos anteriores no campo da sociologia das profissões, os quais se basearam apenas em investigações sobre a realidade histórica e social anglo-americana e que ofereceram perspectivas sociológicas assim consideradas menos aprofundadas sobre as relações entre ocupações, profissões, processos de profissionalização, o profissionalismo, a sociedade mais abrangente, o Estado e a política. Aspectos sociológicos cruciais seriam desconsiderados, tais como, entre outros: o papel dos interesses econômicos, políticos e profissionais, as estratégias de monopolização de mercado das profissões e a relevância de especificidades históricas, institucionais e socioculturais nos rumos seguidos pelos processos de profissionalização em diferentes realidades nacionais<sup>16</sup>.

Além disso, ainda neste mesmo movimento de resistência àqueles aspectos conceituais agora criticados por autores que, muitas vezes, são originários da Europa Continental, pode-se notar uma clara preocupação em enfatizar o fato de que vários processos de profissionalização, havidos em diversos contextos históricos nacionais, demandam a atenção a distintas questões e fatores sociais que não haviam sido até então observados adequadamente nas pesquisas produzidas, visto estas se centrarem tão-somente nas particularidades históricas da realidade social anglo-americana.

Tais avanços sociológicos no sentido de se observar os diferentes fatores que matizam a emergência e variação dos grupos profissionais e de suas instituições peculiares veio a privilegiar o entendimento de que as profissões de nível superior poderiam ter origens distintas e serem diferentemente condicionadas, sendo dinâmicas e mutáveis em termos histórico-sociológicos. Isso levou a que se enfatizasse uma perspectiva sociológica centrada na análise do profissionalismo não como um conjunto determinado de fatores, instituições e grupos sociais com caráter mais fixo, mas enquanto um processo social que pode apresentar variações no tempo e no espaço, o que favoreceu a que se reconhecessem também os chamados processos de profissionalização enquanto processos com origem e sentidos históricos variáveis de acordo com os

---

Johnson, Larkin & Saks (1995); Larkin (1997); McClelland (2002); Saks (1995; 2009); e Torstendahl & Burrage (1990a; 1990b).

<sup>16</sup> Neste enquadramento, devem-se mencionar, talvez de forma especial: McClelland (1991); Torstendahl & Burrage (1990a; 1990b).

diferentes arranjos sociais, econômicos, políticos, culturais e institucionais das distintas sociedades em que os grupos profissionais emergem e se estabelecem.

### **2.2.1. Profissionalismo e processos sociais de longa duração.**

Não é de hoje que ocupação, profissão, profissionalismo ou profissionalização têm sido encarados pela teoria social como conceitos que denotam processo social. Poder-se-ia, assim, retomar, pelo menos em linhas gerais e para os propósitos desta investigação, discussões fundamentais da sociologia das profissões que marcaram a própria constituição de seu debate interno acerca do fenômeno do profissional – especialmente no que se refere à relação entre a dinâmica profissional e os chamados processos sociais de longa duração.

Conforme Rodrigues (2001)<sup>17</sup>, a aproximação de tais conceitos com a ideia de processo social foi realizada inicialmente por Everett Cherrington Hughes, dentro de certo alinhamento com pesquisas de autores ligados à chamada Escola de Chicago e ao interacionismo simbólico, em um movimento intelectual em oposição crítica à sociologia desenvolvida pelo pensamento funcionalista, dominante na sociologia das profissões até a década de 1960. Hughes encarava a profissionalização como um processo de afirmação de ocupações por oposição ou afastamento dos modos amadores ou menos sofisticados de desenvolvimento e reconhecimento de um dado conjunto de atividades laborais. Dentre vários aspectos, Hughes (1984) observa em suas pesquisas como os grupos ocupacionais buscam estratégias de organização de suas atividades, de tal forma que estas sejam socialmente reconhecidas como mais “profissionalizadas”<sup>18</sup>. Nos processos de profissionalização, passou a observar a interferência de fatores e circunstâncias, como: mudanças tecnológicas e organizacionais, diferentes exigências sobre níveis de qualificação, além de outras alterações institucionais e tensões/conflitos que se seguem a tais mudanças no contexto ocupacional/profissional. A qualificação ou formação profissional atuaria no grupo ocupacional e em sua ação social mais como um

---

<sup>17</sup> No que se refere aos conceitos de profissão, profissionalismo e profissionalização, pode-se também consultar: Julia Evetts (2003). Algumas das observações que seguem sobre especificamente os conceitos de profissionalismo e processo de profissionalização referem-se à análise desta socióloga britânica.

<sup>18</sup> No sentido das diferenças entre ocupações com ou sem formação de nível superior, tal qual se costuma apontar nas culturas e países de língua inglesa do hemisfério norte.

recurso utilizado por este em suas relações com outros grupos, do que como um atributo integrado a um conceito abstrato de profissão – procedimento funcionalista típico.

A teoria funcionalista dedicou-se mais a construir um conceito criterioso e abstrato de profissão que enfatizasse suas distinções diante das demais ocupações, considerando seus aspectos institucionais para acompanhar o fenômeno profissional em termos de suas funções de integração e positividade junto ao todo social. Desse modo, a perspectiva que reconhece a realidade profissional como caracterizada por interesses divergentes e relações tensas e conflituosas, embora não ausente em absoluto, não se constituiu como sua preocupação mais relevante, sendo mais importante para o funcionalismo o problema da relação entre a integração social e a esfera profissional. Assim, para a perspectiva funcionalista, não seria o capitalismo ou a empresa privada que constituiriam as características mais relevantes das sociedades modernas, mas a emergência dos grupos profissionais.

Por outro lado, diferentemente de Parsons e outros funcionalistas, os quais destacam condicionantes profissionais institucionais responsáveis por permitir a esses grupos partilharem os mesmos valores, interesses e identidades, na ótica de Hughes e demais interacionistas são conferidas ênfase à diversidade, à negociação e ao conflito de interesses dentro das ocupações e profissões, sendo que existiriam segmentos distintos dentro das profissões, constituídos a partir da diversidade das instituições de formação e recrutamento e das atividades de trabalho desenvolvidas pela categoria, bem como em razão dos tipos de clientes atendidos, ideologias e sentidos específicos defendidos por diferentes segmentos acerca da missão social que identificariam à profissão. Dessa maneira, os interacionistas apostam na análise dos processos de negociação e conflito em torno de aspectos e dimensões que compõe uma determinada realidade profissional.

Mas também existiram algumas tentativas de síntese entre as propostas funcionalistas e interacionistas. O principal esforço nesse sentido foi realizado por Wilensky (1964), que ofereceu maior densidade ao conceito de profissionalização. Até então, este conceito designava e descrevia situações e níveis de observação distintos: ora tratava da trajetória de determinado indivíduo em seu processo de formação, entrada e permanência na carreira profissional; ora dizia respeito ao aumento do número de grupos na estrutura ocupacional; outras vezes, ainda, referia-se ao percurso de alguma ocupação rumo a uma organização mais semelhante à de profissões mais bem estabelecidas e tradicionais, como as do direito e da medicina. Wilensky criticou essa extensão da noção de profissionalização e atribuiu um novo sentido à expressão

incorporando a esta a ideia de sequência de eventos ou etapas, seguidas por uma ocupação até o profissionalismo. Desde então, além dos conceitos de ocupação e profissão, tanto a ideia de profissionalização como a de processo tornaram-se elementos-chave à sociologia das profissões.

A partir da década de 1960, em estreita relação com os movimentos sociais e intelectuais críticos que acompanham o período, emergem diversos trabalhos no campo da sociologia das profissões que, partilhando de certas preocupações do interacionismo simbólico, questionam o anterior modelo profissional dominante, de matriz funcionalista. Questionam-se elementos que compunham, de maneira geral, as definições abstratas anteriores de profissão e profissionalização. Recusam o que apontam como “a-historicidade” dessas interpretações, as quais, mesmo reconhecendo a profissionalização como um processo com etapas e estágios, não problematizam as variações nas condições históricas que interferiam no processo de profissionalização. Estes trabalhos destacam ainda a necessidade de aproximação dos conceitos abstratos de profissão e profissionalização das representações cotidianas dos agentes profissionais. E numa espécie de “perda de fé no altruísmo profissional” (Johnson, 1996), denunciam as práticas monopolistas empreendidas por grupos profissionais sobre o mercado de trabalho, de modo que a positividade e os seus benefícios à sociedade são questionados.

Entre os anos 1970 e 1980, houve a emergência de uma diversidade de paradigmas e orientações teóricas e metodológicas (Rodrigues, 2001), as quais, em comum, problematizam o fenômeno do poder das profissões, observando os processos de profissionalização como permeados de relações de poder entre grupos ocupacionais, o Estado e a sociedade como um todo. Os mais destacados autores deste movimento foram Terence Johnson (1979), Eliot Freidson (2009) e Magali Larson (2013). Se o funcionalismo enfocava o fenômeno profissional a partir de critérios normativos e elementos institucionais que lhe conferiam unidade e legitimidade social, e o interacionismo observava os fatores sociais e as relações de negociação e conflito entre ocupações, por seu turno, as perspectivas centradas no problema do poder enfatizaram as dimensões do interesse econômico e político dos grupos profissionais.

O próprio processo de profissionalização passou, em muitas análises, a estar vinculado a aspectos econômicos, organizacionais, culturais, ideológicos e cognitivos, encarados como recursos utilizados pelas profissões em suas lutas pela conquista ou manutenção de seu poder na sociedade. Surgem, inclusive, teses que questionam o poder contemporâneo de grupos profissionais, que experimentariam ou uma espécie de

desprofissionalização ou o que se denominou como proletarização, resultando, em cada caso, no possível distanciamento desses segmentos sociais das posições mais elevadas e prestigiadas da sociedade. Acerca disso, houve ainda visões alternativas quanto a esta polarização, como foi o caso de Abbott (1988), que argumenta no sentido de que o desenvolvimento profissional acontece em múltiplas direções. No limite, seu enquadramento oferece uma crítica às teses anteriores sobre os processos de desenvolvimento profissional – profissionalização *versus* desprofissionalização –, pois o autor acredita que tais desenvolvimentos são multidirecionais, variando não apenas em termos de sentidos, mas em ritmos e sequências diferentes. Da matriz funcionalista, o sociólogo recupera a centralidade do conhecimento como característica essencial das profissões. Do interacionismo, extrai as noções de processo, conflito e de segmentação intraprofissional. Enfim, dos autores que destacam a problemática do poder, Abbott assimilou a percepção do interesse profissional e da ação política desses grupos, decorrência do aspecto conflituoso conferido às relações interprofissionais e intraprofissionais, que se estabelecem a partir de relações competitivas em torno da criação, manutenção ou extensão de limites jurisdicionais para cada atividade profissional, como fruto, ao mesmo tempo, da divisão do trabalho e do desenvolvimento de conhecimentos abstratos.

Até aqui, acompanhamos esforços para estabelecer a categoria analítica “profissão”, assim como para aprofundar a compreensão do denominado “processo de profissionalização”. Muitos desses empreendimentos, no entanto, partiram de referenciais categoriais e empíricos existentes nos países de língua inglesa. A própria ideia de profissão – ou profissões liberais – às quais são oferecidos alto prestígio e autonomia, em detrimento de outros segmentos ocupacionais e em certo contexto de baixo intervencionismo estatal, é uma referência comum nesses países – algo que marca principalmente as origens da sociologia das profissões de matriz funcionalista. Isso tem levado vários estudiosos das profissões a criticar o que seria uma carência de outros referenciais empíricos para adensar a teoria sobre as profissões.

A fim de equacionar tal dificuldade, como se observou acima, estes autores vêm se dedicando a realizar pesquisas histórico-sociológicas e comparativas entre distintas realidades locais e nacionais de grupos profissionais que atuam em conformações históricas e sociais muito diferenciadas entre si. Procuram ultrapassar limitações decorrentes de modelos conceituais e generalizações sobre profissões e processos de profissionalização produzidos a partir de um ou poucos casos estudados, que tomam por

base realidades históricas muito semelhantes. No entanto, alguns pesquisadores apontam um possível paradoxo das comparações internacionais, qual seja, conciliar evidências de traços específicos quanto à gênese e desenvolvimento de grupos profissionais, com a procura de características gerais ou universais de sua estruturação ou transformação das profissões ao longo do tempo.

Um esforço de valor significativo desses estudos comparativos diz respeito aos dois livros editados conjuntamente por Torstendahl e Burrage (*eds.* 1990ab), no qual se podem observar estudos sobre profissões em diferentes países. Outro esforço analítico, que também oferece estudos de caráter sociológico-histórico, foi o também livro de Larkin, Johnson e Sacks (1995), no qual estes realizaram avanços tanto teóricos como empíricos em estudos histórico-comparativos sobre profissões e ocupações de saúde no contexto europeu. Em ambos procura-se combinar o estudo de especificidades históricas com a análise sociológica e comparativa, em nível internacional, das relações de poder que marcam a realidade profissional e os processos de profissionalização.

Como se observa, o debate interno à sociologia das profissões tem legado aos estudiosos contemporâneos muitos recursos analíticos para a promoção de análises sobre os grupos profissionais e seus processos sociais peculiares. Diante disso, incorporaram-se a presente análise alguns entendimentos sociológicos fundamentais: as formas de organização profissional resultam de contingentes processos sociais e históricos, sejam econômicos, políticos, culturais, educacionais, científicos ou técnicos, sendo necessário se perceber os processos sociais internos e externos influentes sobre a realidade das profissões. Dentre os processos atuantes na profissionalização de grupos ocupacionais, emergem especialmente as conexões entre conhecimento abstrato e poder, bem como as formas de organização e institucionalização dessas relações. Nesse sentido, torna-se importante a verificação dos contextos em que se manifestam as relações de poder que envolvem as profissões e as formas de conhecimento que produzem para suas atividades, o que exige o estudo das conexões entre os grupos profissionais, a estrutura ocupacional, o Estado e a sociedade mais abrangente.

Em meio a tais fatores e dinâmicas históricos, os mecanismos sociais que promovem ou não a modernização socioeconômica, política e cultural de diferentes realidades nacionais têm sido uma das pautas trabalhadas pela literatura recente que se dedicou a estudar grupos profissionais. Algumas pesquisas que se dedicaram a essa temática apresentaram uma inquietação sobre processos sociais e profissionais que



transcorrem em períodos mais extensos de análise. Pois é em torno dessa perspectiva que se define a presente investigação sobre grupos médicos no interior do Brasil.

Aqui se observam processos sociais que atuam em um período de tempo relativamente extenso sobre os rumos do processo de profissionalização da medicina brasileira em seu movimento de interiorização pelo território nacional, enfatizando-se as relações de poder que permeiam sua realidade histórica e sua inserção social mais ampla, destacando processos socioeconômicos e políticos que condicionam e são condicionados por outros desenvolvimentos internos à profissão médica brasileira, de modo que se verificam as relações entre o processo de interiorização do profissionalismo médico e o desenvolvimento urbano-industrial do interior do Brasil que, por sua vez, também foi relativamente impulsionado pela centralização política do Estado brasileiro. Tais relações são analisadas em sua conformação específica no contexto histórico do poder local do município de São Carlos.

Dessa maneira, aborda-se um fenômeno sociológico ainda pouco conhecido mais amplamente – especialmente, talvez, para o caso da realidade social brasileira, ou seja: como os grupos profissionais, seus processos de profissionalização e as demais instituições e dinâmicas ligadas ao profissionalismo difundem-se pelo interior de um determinado Estado nacional (como o Brasil), em meio à influência de outros processos sociais de mudança que, assim como a emergência e difusão do profissionalismo, marcaram profundamente a trajetória e dinâmica históricas da modernidade, tais como: a industrialização, a urbanização e a centralização política do Estado nacional.

## Capítulo 3

### **A modernização brasileira, a lógica profissional e a realidade do poder local em São Carlos.**

A modernização brasileira, tanto econômica como política e sociocultural, liga-se especialmente ao processo histórico que transcorreu ao longo do século XX, quando paulatinamente o país verificou movimentos de mudança decorrentes da intensificação dos processos de urbanização e industrialização, os quais foram favorecidos pela atuação crescente do Estado nacional brasileiro no processo de desenvolvimento econômico do país. Por outro lado, no mesmo período também se percebem o crescimento quantitativo e em termos de influência social e política de diversos grupos profissionais brasileiros (Barbosa, 1998). Conforme Marli Diniz (2001, p. 13): “(...) em 1950 seriam menos que uma dezena as profissões estabelecidas; em 1980 eram 114, das quais 76 estavam regulamentadas (...)”. Esse movimento histórico assemelha-se, em parte, a movimentos de mesmo tipo ocorridos em outros países. Por conta disso, nas últimas décadas, além dos movimentos históricos de desenvolvimento socioeconômico e político, bem como de outras mudanças no sentido da modernização de diferentes sociedades, o profissionalismo e os processos de profissionalização igualmente se tornaram fenômenos sociais que, ao influenciarem de maneira significativa o processo de modernização de diferentes sociedades, conquistaram considerável atenção das ciências sociais, seja em nível internacional, seja no plano interno do pensamento social brasileiro.

Tal mobilização em torno da modernização e seus condicionantes sociais envolveu alguns dos principais intelectuais, grupos profissionais e setores políticos nacionais, os quais passaram a abordar temas candentes, a exemplo do incremento da república, da ampliação da democracia, do papel do liberalismo, ou ainda, sobre o caráter nacional brasileiro, seu processo de desenvolvimento urbano-industrial e o papel dos diferentes grupos e classes sociais em meio ao avanço mais abrangente do processo de modernização do país. Tais questões, muitas vezes, levaram grupos intelectuais, profissionais e políticos brasileiros a indicar ou sugerir reformas econômicas, políticas, institucionais ou culturais que seriam necessárias à modernização da nação (Herschmann & Pereira, 1994; Piva, 2000). Os traços que conformaram as ideias presentes neste debate, especialmente desde os anos 1920, interagiram de modo estreito:

“(...) com os impasses e avanços concretos (...) das transformações sociais, culturais, econômicas e institucionais que acompanharam o declínio da economia cafeeira e o aprofundamento e a ampliação do capitalismo industrial no Brasil, a partir da consolidação do poder central e do rompimento com o sistema político descentralizado vigente na Primeira República” (Piva, 2000, pp. 19-20).

Tais discussões abordam ainda problemas relativos à formação histórico-cultural do país (Piva, 2000)<sup>19</sup> e às dificuldades que envolvem as relações entre o chamado subdesenvolvimento – bem como a questão da dependência econômica externa do país – e o pretendido desenvolvimento econômico e político nacional (Benevides, 1979; Bielschowski, 2000; Bresser-Pereira, 2006; Draibe, 1985; Mantega, 1997; Bichir, 2012). Desde a Era Vargas, e especialmente depois da Segunda Guerra Mundial e da difusão de ideias do chamado desenvolvimentismo, o país experimentou uma forte modernização urbano-industrial, liderada pelo poder político nacional, que transformou a realidade social do Brasil. No entanto, enquanto base para a política econômica, desde meados dos anos 1980 as ideias ligadas ao desenvolvimentismo econômico (tanto em nível intelectual como prático-político), que por décadas havia sido central para a realidade política e econômica brasileira, passou a sofrer a concorrência de uma nova ortodoxia

---

<sup>19</sup> De acordo com Piva (2000, p. 33), autores como Oliveira Vianna, Sérgio Buarque de Holanda, Azevedo Amaral e Nestor Duarte, já na Primeira República, e independentemente de suas opções analíticas e políticas (autoritárias ou democráticas), dedicaram-se a essa questão da superação do atraso histórico e social brasileiro, de modo que desejavam ver o país: “(...) chegar a um ponto qualitativamente superior de civilização, riqueza, organização, cultura, poder” (Piva, 2000, p. 33).

neoliberal, que veio a realizar reformas econômicas e institucionais tanto no Brasil como em outros países latino-americanos, em um contexto influenciado pelo avanço de significativos processos sociais de mudança na economia mundial ligadas à chamada globalização. No entanto, mais recentemente, em meio às reações a esse neoliberalismo de fins do século XX, emergiu outro movimento de promoção de ideias referentes ao que se veio a denominar como um “novo desenvolvimentismo” (ou “neodesenvolvimentismo”), o qual, com certas modificações analíticas e metodológicas, e imbuído de outras estratégias em termos de política econômica, difundiu-se na cena intelectual e política brasileira (Bresser-Pereira, 2006; Bresser-Pereira & Gala 2010).

Por outro lado, em razão do amplo movimento internacional de defesa do meio ambiente, que caracterizou as últimas décadas, e graças a outras críticas dirigidas a importantes efeitos danosos ligados ao desenvolvimento econômico convencional, surgiram perspectivas analíticas e político-ideológicas defensoras do chamado “desenvolvimento sustentável”, o qual também tem sido crescentemente debatido por relevantes setores políticos e do meio acadêmico brasileiro em geral (Veiga, 2008). Além disso, se comumente o desenvolvimentismo centrou-se em questões relativas ao avanço urbano-industrial, há que se destacar, entretanto, a atual retomada do debate (antes também pujante nos anos 1970), sobre o historicamente polêmico e socialmente conflituoso desenvolvimento rural (Schneider, 2010), o qual igualmente tem permeado as discussões e ações políticas voltadas à modernização da sociedade brasileira.

Mais recentemente, a questão do desenvolvimento do país também tem incorporado novos aspectos e variáveis analíticas, bem como novas estratégias de ação política, relacionados seja ao chamado desenvolvimento social (Kliksberg, 1998), seja ao desenvolvimento humano (Sen, 1993; 2010). Nestas circunstâncias, tanto as indagações analíticas como as preocupações políticas de diferentes atores sociais e institucionais, no exterior ou dentro do Brasil, hoje se abrem para a verificação da influência de fatores não mais estritamente vinculados ao crescimento econômico em sentido convencional, ou aos seus efeitos sobre o processo de desenvolvimento, de tal forma que outras variáveis são igualmente incluídas, seja em análises intelectuais, seja na efetivação de estratégias de promoção de processos de modernização de diferentes sociedades. A partir, em parte, deste mesmo espírito crítico, o presente trabalho almeja relacionar a problemática do desenvolvimento a outras variáveis e fatores sociais e históricos, que também influenciam o sentido e as mudanças históricas relacionadas à

modernização de diferentes sociedades, tais como a sociedade brasileira. Estas variáveis referem-se aos aspectos sociais, institucionais e ideológicos relativos ao que se denomina como profissionalismo.

Mas além do debate sobre o desenvolvimento em si, o tema da modernização brasileira também tem sido tratado a partir de outras abordagens e preocupações, as quais, em comum, preferem operar não com o conceito de desenvolvimento, mas com o próprio conceito de modernização, o qual, assim, é utilizado a fim de permitir observar outras importantes instituições e processos sociais não estritamente econômicos, reconhecidos igualmente como responsáveis por alterar os padrões de sociabilidade e imprimir novos parâmetros de organização social para o país, de modo a mais bem inseri-lo no chamado mundo moderno. Estes esforços de análise observam, entre outros fatores, principalmente os seguintes elementos: a) as especificidades distintivas e seletivas do processo de modernização do país, considerando esse processo sob a ótica de uma ideologia que atravessa as mais diferentes práticas e instituições sociais (Souza, 2001); b) os atores, instituições e processos-chave que o realizam, além de certos problemas sociais e políticos que decorrem da modernização brasileira (Vianna, 1976); e c) os entraves que o impedem de se efetivar no Brasil, apontando atores sociais e mecanismos histórico-institucionais que o caracterizam e o limitam (Faoro, 2000)<sup>20</sup>.

Apesar de diferentes influências intelectuais, afora a análise de outros aspectos históricos relevantes, e a despeito das considerações mais ou menos favoráveis ao processo de modernização do país, podem-se notar nesse conjunto de trabalhos o mesmo interesse com a conformação de certas instituições consideradas fundamentais para a modernidade ou a modernização de diferentes sociedades, as quais já haviam sido tratadas antes pelas teorias sobre o desenvolvimento e outras perspectivas sociológicas que, desde autores pioneiros como Marx, Weber e Durkheim, já os tinham analisados a partir de diferentes bases intelectuais. Tais instituições são: a economia de mercado capitalista (e, em espacial, de conformação urbano-industrial) e o Estado nacional. Tais

---

<sup>20</sup> Essa retomada de estudos sobre as questões do desenvolvimento, do subdesenvolvimento, da dependência externa e da modernização brasileira não pretendeu (e nem poderia dada a riquíssima produção nacional sobre esses temas) ser exaustiva. O que se procurou realizar aqui, no entanto, foi apresentar um painel relativamente diversificado de questões e perspectivas analíticas fundamentais que acompanham o debate brasileiro sobre o processo de constituição da vida social moderna no país, a fim de localizar relativamente este particular trabalho no debate mais amplo a que ele se insere e em relação ao qual procura oferecer sua contribuição. Outros trabalhos e autores igualmente relevantes não foram incluídos apenas porque esta pesquisa não se dedicou a tratar do que hoje vem sendo estudado como “pensamento social brasileiro”. Contudo, tenta oferecer uma pesquisa empírica sobre um problema específico, ou seja: quais foram as relações entre o processo de profissionalização da carreira médica do município de São Carlos e a modernização mais ampla de sua estrutura social.

instituições consideradas fundamentais para a conformação da modernidade ou para os processos mais amplos de modernização das sociedades, assim como os particulares processos de urbanização e industrialização a eles conectados, conformam traços, organizações e instituições que tiveram sua efetiva consolidação no Brasil em consonância ao desenvolvimento histórico do país ao longo da República.

Embora os processos de urbanização e industrialização, tão relevantes no século XX, tenham se iniciado ainda no final do século anterior (Fausto, 2010; Singer, 1968; Cano, 1977), até os anos 1950 o Brasil era um país majoritariamente rural, com apenas uma pequena parcela de sua população vivendo em áreas urbanas e somente algumas regiões mais restritas já atingidas por movimentos mais significativos de industrialização, sendo a agricultura e a pecuária as principais atividades econômicas do território nacional. Por outro lado, o campo se caracterizava pela extrema concentração da propriedade fundiária (Leal, 1978), o que tinha implicações significativas para a estratificação social do país. Após a metade do século XX, essa situação modifica-se, o que promoveu uma reconfiguração da estrutura social brasileira, a qual, especialmente entre 1945 e 1980, ficou marcada pelos processos de crescimento econômico, urbanização e industrialização, que trouxeram transformações rápidas e quase ininterruptas que modernizaram a sociedade brasileira e reconfiguraram profundamente sua estrutura social (Scalon, 2009, pp.17-41). Em realidade, esta modernização urbano-industrial contou com efetiva participação do poder de Estado brasileiro<sup>21</sup>, o qual, durante a República, experimentou um considerável processo de centralização política em nível nacional<sup>22</sup>.

Diante desse amplo processo histórico, e tendo em vista todo o correspondente debate intelectual e político a respeito da modernização do Brasil, nesta pesquisa se

---

<sup>21</sup> Desde o início da Era Vargas ou do período getulista (Skidmore, 1975, Fausto 2010), e também, de modo especial, no caso da presidência de Juscelino Kubitschek (já nos anos 1950), o país se utilizou extensivamente de políticas estatais que vieram a ser identificadas como “políticas desenvolvimentistas”, as quais, entre outros elementos, apostavam no desenvolvimento econômico e industrial realizado através de uma mais forte presença estatal na economia. Para mais discussões sobre o “Estado desenvolvimentista” no Brasil, consultar: Benevides, Maria Victoria. *O governo Kubitschek: desenvolvimento econômico e estabilidade política*. Rio de Janeiro, Editora Paz e Terra, 1979. E também: Draibe, Sônia. *Rumos e metamorfoses*. São Paulo, Editora Paz e Terra, 1985.

<sup>22</sup> Embora no período da chamada Primeira República se tenha observado uma maior autonomia política dos Estados e Municípios brasileiros diante do poder político central e nacional, entre 1889 e 1930 existiram alguns movimentos institucionais de fortalecimento do poder central do Estado brasileiro (Hochman, 1998), os quais se acirram no período pós-1930, em fases alternadas entre regimes ditatoriais e democráticos. Tais movimentos centralizadores se realizaram em dimensões relativamente diferenciadas das relações entre Estado e sociedade no Brasil. Sobre a Era Vargas (1930-1945), consultar: Skidmore (1975) e Fonseca (2007). A respeito da democracia de 1945-1964, ver: Souza (1976) e Skidmore (1975). Quando ao período da ditadura militar, observar: Draibe (1985) e Fico (2004ab). Por outro lado, acerca do período pós-1988, há o recente trabalho de: Arretche (2012).

observam, de maneira privilegiada, os macroprocessos sociais de desenvolvimento urbano-industrial e centralização política do Estado nacional, bem como seus desdobramentos do ponto de vista econômico, político, demográfico e cultural, de modo que esses fatores constituem elementos essenciais associados à categoria analítica “modernização”, que assim é utilizada nesta pesquisa<sup>23</sup>. Como aqui também se analisam outras instituições modernas que conformam o que se denomina de profissionalismo – tal como aponta, entre outros, Freidson (2001; 2009) e Larson (2014) –, preferiu-se o conceito de modernização ao de desenvolvimento, embora o desenvolvimento urbano-industrial e sua relação com a centralização do poder de Estado permaneçam incluídos na análise através do estudo do fenômeno da interiorização do desenvolvimento. Assim, o conceito de modernização é observado aqui em sua conexão tanto com os processos de urbanização, industrialização e centralização política (ligados mais diretamente à interiorização do desenvolvimento) como quanto ao processo de profissionalização, que se analisa abaixo do ponto de vista do processo de interiorização do profissionalismo médico.

Apesar de se terem realizado no Brasil análises acerca da temática da modernização do país, pouco se avançou no sentido de se conhecer as relações entre a modernização brasileira e o avanço quantitativo e em termos de influência social de grupos profissionais com formação de nível superior e suas instituições características. Embora já se tenham produzido algumas análises relacionando a modernização brasileira e certas instituições típicas das profissões de nível superior, tais como sobre as relações entre o desenvolvimento socioeconômico e a ampliação do sistema de ensino superior (Pastore, 1971; Nosella & Buffa, 2005; Caldeira, 2010), o estudo das demais instituições profissionais e sua relação com o processo de modernização ainda representa uma lacuna a ser preenchida pela sociologia brasileira.

Afora determinados esforços intelectuais, como os trabalhos realizados por Donnangelo (1975), Luz (1978), Schraiber (1993), Hochman (1998) e Menicucci (2007), que trataram da participação de médicos em serviços nacionais de saúde pública e de assistência médica previdenciária, em análises que relacionaram tais serviços à categoria médica, ou ao processo de centralização do Estado, ou a este processo e às

---

<sup>23</sup> Sobre essa categoria analítica e outros conceitos conexos, como industrialização, urbanização, desenvolvimento, subdesenvolvimento e dependência, existem os trabalhos de: Aitken (1996); Bernstein (1996); Bielschowski (2000); Bichir (2012); Incisa (2003); Larrain (1996); Mingione (1996); Pasquino (2003a; 2003b).

mudanças no capitalismo industrial do país, pouco se avançou em termos das conexões entre tais fatores e demais dimensões do profissionalismo – especialmente o médico – no Brasil. Nos casos de Donnangelo e de Luz, preferiu-se investigar as relações entre setores médicos, serviços públicos de saúde e mecanismos de dominação entre classes sociais, desconsiderando outras especificidades de organização e dinâmica dos grupos profissionais que não são englobados necessariamente pela lógica de relações entre classes sociais. Já o estudo de Hochman avançou mais incisivamente sobre outras questões que envolvem a profissão médica, embora ainda tenha tratado a medicina mais como um segmento de elite do que um grupo envolvido nas questões e fatores específicos à dinâmica profissional e à lógica do profissionalismo. Enfim, embora Menicucci tenha tratado também de aspectos e dinâmicas que envolveram a profissão médica, fez isso muito mais para melhor compreender as políticas de saúde do que os grupos médicos e suas especificidades em si. Ademais, o conjunto de tais estudos não se dedicou a investigar a dinâmica do profissionalismo em geral, ou do profissionalismo médico em particular, em sua realidade em regiões interioranas, mas concentrou esforços na análise das questões focalizadas voltando-se ou para o plano nacional da sociedade brasileira ou para a realidade dos grandes centros urbanos e metropolitanos do país.

No cenário acadêmico brasileiro, já foram produzidas pesquisas com diferentes enfoques e preocupações analíticas sobre grupos profissionais, tais como os de Gomes (1994), Barbosa (1998), Diniz (2001) e Bonelli (2002), que apontam para a crescente influência histórica de diferentes grupos profissionais, os quais avançam em relativa conexão à modernização mais abrangente do país. Em particular, tais análises esclarecem algumas conexões entre o fenômeno do profissionalismo e o poder de Estado brasileiro. Contudo, não abordam como se estabeleceram as relações entre o desenvolvimento urbano-industrial, a centralização política do Estado e o profissionalismo durante o período republicano brasileiro.

Diante disso, a questão central analisada neste trabalho procura esclarecer de que modo os grupos profissionais, seus padrões de relações sociais, sua expertise e suas organizações sociais, tal como as dos médicos observados aqui, relacionaram-se com certas transformações sociais do país decorrente do significativo contexto de desenvolvimento urbano-industrial e de centralização política estatal, que modernizaram o Brasil durante seu período republicano. Aqui se procura captar as relações entre esses processos de mudança social em seu impacto e difusão junto ao interior do país. Dessa



maneira, o estudo focaliza tais mudanças em determinada região que se considera ter sido efetivamente atingida seja, em sentido mais abrangente, pela mencionada modernização seja, de modo mais particular: a) pelo desenvolvimento econômico e político de natureza urbano-industrial; e b) por significativos processos de profissionalização de grupos profissionais de nível superior, os quais, assim, verificaram mudanças em termos das relações, interesses, ideias, valores e instituições sociais associados ao profissionalismo.

Por razões de trajetória histórico-social e por conta das questões analítico-sociológicas já observadas, a região escolhida para este estudo é a faixa central do interior do Estado de São Paulo, na qual o município de São Carlos figura como uma de suas localidades mais modernas – lugar, também, onde vários grupos profissionais, como os da medicina que são estudados a seguir, multiplicaram-se e se diversificaram, ocupando posição de relevo, tanto do ponto de vista quantitativo como em termos de sua influência social, cultural, econômica, política.

Logo, esta pesquisa também procura observar e mais bem compreender o impacto e a maneira como se difundiram as mudanças assinaladas no interior do Brasil, considerando igualmente o modo como os grupos profissionais se inseriram em realidades locais de poder atingidas, em cada caso e de modo mais ou menos particular, pelo mais amplo processo de modernização brasileiro, a fim de esclarecer possíveis mudanças em termos de sua presença e influência ao nível das regiões e localidades em que se fizeram presentes e, mais particularmente, verificar como essas transformações afetaram a específica realidade de poder local e o respectivo grupo médico do município de São Carlos.

### **3.1. Poder local, profissionalismo e modernização.**

A análise a respeito da natureza e significado do poder, enquanto campo de investigação com diversidade teórico-metodológica é uma tarefa complexa, independente da escala em que transcorre este empreendimento, mesmo considerando relações concretas socialmente construídas e territorialmente localizadas, como nas análises sobre o chamado poder local (Silva, 2008). No Brasil, os estudos sobre poder

local comumente vinculam a análise do poder à esfera municipal e ao lugar de exercício do poder em seu território, tais como: prefeituras, câmaras municipais e as várias instituições e grupos sociais vinculados a esta esfera. Conforme Kerbauy (2000), já existe no país uma bibliografia relativamente extensa acerca do poder local nas ciências sociais do Brasil. Neste contexto de debate intelectual, muitas vezes, os estudos realizados, mesmo quando oferecem perspectivas de análise com cunho mais histórico, acabam identificando o tipo de controle do poder local ora como familiar, ora relativamente mais diverso. Poder familiar que muitas vezes não aparece de maneira explícita, mas traduzido pela ideia de domínio oligárquico<sup>24</sup>. Quando não se reconhece a existência deste tipo de domínio, o poder local é considerado mais democrático, embora predomine em parte considerável da literatura a ideia de controle familiar, o que implica simplificação da real complexidade do processo de mudança impulsionado no país desde 1945, quando a família, em municípios com maior desenvolvimento urbano-industrial, cede terreno ao poder e influência de outros e novos atores no sistema político local<sup>25</sup> (Kerbauy, 2000).

Mesmo em certos estudos comparativos sobre o fenômeno do poder local brasileiro, que passaram a enfatizar as diferenças entre as localidades, destacando o papel das classes sociais e das mudanças na estrutura social, com novas formas de polarização e fragmentação do espaço urbano, deu-se maior relevo ao município e menor realce às relações entre os governos municipal, estadual e federal, bem como às articulações entre as diversas redes de mediação e interconexão entre cada um desses âmbitos de poder e às modalidades específicas de poder existentes localmente, que igualmente são de significativa importância na análise do poder local, a fim de captar tendências históricas predominantes e de transformações da sociedade e do sistema político global, em seus impactos sobre a dinâmica local (Kerbauy, 2000).

---

<sup>24</sup> Retomamos, aqui, a discussão de Carvalho (1997) sobre certa confusão em parte da literatura sobre o poder local e sua relação com conceitos como mandonismo, patrimonialismo, feudalismo, coronelismo e clientelismo. Para o autor, tais conceitos são distintos e se referem a fenômenos específicos, embora se relacionem entre si. Os autores ora apresentam certa combinação dessas ideias reforçando a ênfase do poder familiar e privado dos grandes proprietários rurais, ora enfatizam o poder do Estado frente à sociedade; enfim, existem casos intermediários que ponderam a força do Estado e da sociedade, como Leal (1978) que, acerca do coronelismo, combina variáveis socioeconômicas, políticas e jurídico-estatais.

<sup>25</sup> Cabe lembrar que, mesmo Queiroz (1975), interprete do coronelismo que salientou a importância das estruturas de parentela para a conformação da política brasileira interiorana, aponta o efeito transformador sobre a política local oriundo do desenvolvimento urbano-industrial que acompanha o século XX, sendo que em sua visão a família paulatinamente, mas não sem resistências, deixa de ser o vértice polarizador da política brasileira em regiões mais desenvolvidas.

Partindo de tais considerações, esta análise pondera que seja razoável apontar novos caminhos que permitam verificar como, em meio a contextos e processos de mudança, inclusive de mais longa duração, surgiram alterações ao longo do tempo na estruturação de realidades de poder local, com a crescente participação e diferenciação de formas alternativas de poder em municípios interioranos brasileiros que vieram a reorganizar as formas de inserção de diferentes grupos sociais e esferas locais de poder em dinâmicas sociais territorialmente mais extensas, sejam estaduais, nacionais, ou mesmo, internacionais.

É dessa maneira que se procura aqui investigar as relações entre o processo de profissionalização médica e a modernização mais abrangente da sociedade brasileira em um contexto local determinado, onde se pôde perceber, ao longo do tempo, a emergência de novos atores sociais, econômicos, políticos e profissionais, os quais foram favorecidos pelas transformações ligadas ao desenvolvimento urbano-industrial, bem como à centralização e interiorização do poder de Estado nacional brasileiro, no que se denomina como interiorização do desenvolvimento (Kerbaux, 2000). Ademais, além deste amplo processo ligado ao desenvolvimento econômico, destaca-se nesta investigação a análise do fenômeno profissional como partícipe das transformações do poder local brasileiro ao longo do período republicano, aparecendo crescentemente, embora talvez não em um movimento contínuo e sem movimentos em contrário, como forma alternativa de poder a compor a dinâmica sociopolítica de diferentes localidades, bem como enquanto elo significativamente influente em termos das redes de mediação de movimentos sociopolíticos e econômicos globais sobre distintas realidades locais<sup>26</sup>.

Como observado, elegeu-se para esta investigação o Estado de São Paulo e, dentro deste, um determinado município da região central dessa unidade da Federação brasileira, ou seja, São Carlos. Escolheu-se o Estado de São Paulo, pois foi onde aqueles processos sociais geraram impactos mais cedo e com maior força. Por sua vez, o município em foco surge oficialmente como unidade político-administrativa municipal na passagem do Império à República (1880), sendo que desde cedo é possível se notar a presença de profissionais com formação de nível superior (inclusive médicos) atuando na economia formal dessa localidade (Machado, 2007), estabelecendo elos e relações

---

<sup>26</sup> Como se trata adiante, entendemos por fenômeno profissional a ideologia e as formas de atuação e organização de grupos ocupacionais com formação de nível superior conforme o princípio do profissionalismo. Em concordância com Eliot Freidson (2009) e com Maria da Glória Bonelli (2002), acredita-se aqui que o profissionalismo interage e é influenciado pela organização social e política mais abrangente em que se insere, sendo que é igualmente capaz de influenciar esta mesma realidade social em seu entorno.

com os poderes municipais e de fora da localidade. Tal município atravessou seu percurso histórico desde a sua fundação até os dias atuais, tendo sua estrutura de poder claramente influenciada pelos processos de industrialização, urbanização, crescimento e diversificação demográficos, além do reforço político e interiorização do poder de Estado central brasileiro, de tal maneira que, através da presente análise, almeja-se verificar como tais processos contribuíram para o desenvolvimento de e, em parte foram impulsionados por, processos de profissionalização ou por processos de mudança e difusão do profissionalismo em sentido mais abrangente, o que pode ter influenciado as formas de inserção de grupos profissionais ao nível do poder local do mesmo município. Procura-se, então, com a atual pesquisa, realizar o estudo sobre o processo de profissionalização de uma categoria profissional determinada em uma localidade específica, ou seja, quanto às transformações do profissionalismo médico de São Carlos em meio ao processo de modernização mais abrangente de sua realidade social, cultural, econômica e política.

Desde o início da República até os dias atuais é possível se notar a existência de grupos médicos e instituições de saúde no município, oferecendo condições para o exercício profissional da medicina. Ao longo do período, não apenas as referidas instituições de saúde multiplicaram-se, como cresceu e se diversificou o contingente médico, em um movimento que se entende tenha ocorrido não apenas por processos profissionais internos e específicos ao grupo médico e ao seu profissionalismo em nível local, mas pela influência das demais mudanças sociais, econômicas, culturais e políticas já tratadas e vinculadas ao processo de modernização mais extenso do município, o que interferiu, pois, nas formas de inserção social, econômica, cultural e política dos médicos de São Carlos<sup>27</sup>.

Já foram produzidos diversos trabalhos sobre a medicina e a área de saúde como um todo, tratando de sua realidade no país em geral e, em particular, no Estado de São Paulo. No caso dos estudos sobre a realidade paulista (que interessa mais de perto para os propósitos desta tese), tais pesquisas não destacam o problema do poder local como o cerne de suas preocupações – embora este seja observado em alguns aspectos. Estas são pesquisas que tratam das diversas dimensões político-institucionais de organização da área de saúde, acerca de aspectos econômicos, demográficos, ideológicos e médico-profissionais, para tratar das relações entre políticas públicas de saúde, medicina e

---

<sup>27</sup> Conforme Maria Lúcia Teixeira Machado (2007).

Estado<sup>28</sup>. Recentemente, foi realizado um estudo de caráter histórico-sociológico acerca das conexões entre profissionalismo médico e políticas de saúde empreendidas pelo governo estadual do político Adhemar de Barros (Almeida, 2013; 2014). Neste estudo, foram apresentados possíveis caminhos pelos quais a lógica profissional perpassa e interage, historicamente, com configurações de poder em várias localidades interioranas do Estado de São Paulo, o que indica a possibilidade de um deslocamento do âmbito de indagações analíticas para o papel do poder local junto à dinâmica profissional da medicina no interior do país, inclusive através de uma abordagem analítica de cunho histórico-sociológico.

### **3.2. O coronelismo e a lógica profissional na modernização do poder local brasileiro.**

Ainda hoje, uma importante referência analítica sobre o poder local no Brasil, especialmente quanto a sua relação com o coronelismo do princípio da república, continua sendo a obra de Vitor Nunes Leal, *Coronelismo, Enxada e Voto* (1978), em que o autor caracteriza a organização política do país nas primeiras décadas republicanas destacando seu fundamento no compromisso coronelista. Em certas interpretações, o coronelismo foi analisado como um fenômeno político que por vezes se prolongou na história brasileira para além das primeiras décadas republicanas. No entanto, Carvalho (1997) acredita que não se deve confundir o coronelismo com outros fenômenos conexos, como o clientelismo e o mandonismo, os quais têm trajetória tanto anterior como posterior ao período de vigência do sistema político coronelista.

Nesta acepção, o fenômeno do coronelismo existiu historicamente apenas durante a vigência do sistema político brasileiro da Primeira República. Ele teria sido uma manifestação particular seja, em uma perspectiva mais abrangente, do mandonismo, seja, mais especificamente, do clientelismo, e que teria se configurado em uma conjuntura particular da formação histórica do país, marcada pela combinação da ascensão da República com uma estrutura social e econômica que, ainda que decadente, caracterizava-se predominantemente pelo poder dos grandes proprietários rurais.

---

<sup>28</sup> Entre estas análises, encontramos diversos e importantes trabalhos, tais como os de: Mascarenhas (1949 *apud* Telarolli Junior, 1996); Blount (1972 *apud* Telarolli Junior, 1996); Donnangelo (1975); Castro Santos (2004); Merhy (1987); Ribeiro (1993); Telarolli Junior (1996); Hochman (1998); Faria & Castro Santos (2002); Mota (2005); Faria (2007); Santos & Mota (2010).

Reconhecendo tais condições histórico-sociais à realidade brasileira do início da era republicana, em seu estudo sobre a política brasileira, Leal entende que:

O coronelismo “(...) atua no reduzido cenário do governo local (...) [dos] municípios rurais ou predominantemente rurais; sua vitalidade é inversamente proporcional ao desenvolvimento das atividades urbanas” (Leal, 1978, p.251).

É de muita importância o isolamento dessas localidades para a existência e reprodução do coronelismo, pois, nesta acepção, este implica certa autonomia do poder privado dos chefes políticos locais (ou *coronéis*) em relação ao poder público nacional, que nesta época já se encontrava relativamente mais centralizado do ponto de vista político. Como destaca o autor, essa autonomia estaria longe de representar a anterior autonomia que fora tão particular ao período colonial. Em realidade, outra seria a marca do fenômeno coronelista, que teria em sua fundamentação a decadência desse mesmo poder privado diante do poder político mais vigoroso. Com o regime oligárquico do coronelismo, ainda que se observasse certo poder e uma relativa autonomia dos chefes políticos locais, isso se devia muito mais à condição de extrema pobreza e dependência dos eleitores que estavam em situação de subordinação diante dos *coronéis*, do que à força que estes pudessem ainda ter como proprietários rurais.

Para Leal, geralmente os coronéis originavam-se da classe social dos latifundiários que, embora enfraquecida economicamente, ainda exercia poder de mando nas localidades interioranas. Neste sentido, do ponto de vista analítico, Leal observou a peculiar estrutura de classes sociais do país e sua conjugação com a dinâmica política local e nacional. Em tais condições, para Leal a fonte real de poder dos chefes políticos locais encontrava-se na quantidade de *votos de cabresto*<sup>29</sup> que eles eram capazes de mobilizar a seu favor, nas relações que mantinham com a situação política estadual e nacional para as lutas político-eleitorais. Com a República, a situação estadual foi muito beneficiada pelo federalismo então vigente, que deu mais força aos governadores estaduais.

A partir do modo como viu estruturado o conjunto de relações entre o governo estadual e as chefias municipais, Vitor Nunes Leal definiu um modelo político de

---

<sup>29</sup> Assim, o voto de cabresto seria o voto do eleitor subordinado ao mandão local garantido em função da dependência daquele para com o chefe político.

dominação predominante nas regiões interioranas do país. Este, tendo como base a figura do coronel – enquanto chefe político local<sup>30</sup> – incluía ainda o governo estadual, chegando até o governo federal por meio de chefes políticos intermediários. O que dava sustentação a esse sistema de dominação era uma estrutura de compromissos, conforme a qual, enquanto os líderes políticos locais garantiam eleitoralmente a situação estadual, ou mesmo federal, oferecendo-lhes os votos de cabresto que controlassem, os governantes estaduais garantiam em troca o controle político local.

Entretanto, devem-se salientar algumas críticas de Maria Isaura Pereira de Queiroz (1975; 1976) ao modelo formulado por Leal e à centralidade muito exagerada sobre a figura do coronel, desconsiderando demais atores e aspectos envolvidos no coronelismo; além disso, a socióloga critica também o exclusivo destaque a apenas o sentido político do coronelismo – uma postura analítica que relativizaria a influência dos demais fatores, atores e dinâmicas sociais que, mesmo durante a Primeira República, possuíam relativa força sobre os desígnios e a dinâmica de poder no interior do país. Ao invés de considerar, como Leal, a estrutura de classes enquanto referência de análise para o estudo do coronelismo, Queiroz (1975; 1976) privilegia o que denomina de estruturas de parentelas, ou seja: um conjunto de relações e laços sociais, com termos e lógica peculiares de estruturação, composto de diversos entes familiares – isto é, não apenas membros típicos das famílias nucleares, mas ainda, avós, tios, primos, sobrinhos, compadres e comadres, padrinhos e madrinhas, amigos e agregados: “Maria Isaura argumenta que o mandonismo encontra meios para assegurar seus interesses ao se apoiar na parentela, sua dimensão sociológica, e não exclusivamente na propriedade fundiária, sua dimensão socioeconômica” (Bôas, 2009).

Segundo Queiroz (1975), compostas pelo amplo conjunto de relações interpessoais que as caracterizavam, as parentelas estruturavam efetivamente as relações entre os indivíduos e os grupos – fosse de um ponto de vista socioeconômico, político ou social mais abrangente, polarizando-se a partir de vértices representados pelos diferentes coronéis (verdadeiros “*primus inter pares*”), hierarquicamente relacionados e integrados nas estruturas de parentelas, seja em sua dimensão vertical, seja horizontal. Contudo, a pesquisadora sempre enfatizou que, entre o coronel e o seu subalterno mais baixo na escala de poder político, existiam atores sociais intermediários – sendo estes

---

<sup>30</sup> Para Leal, o coronel podia ser um absenteísta, estar num cargo político estadual ou federal, ou na administração do Estado, bem como ter negócios na capital estadual ou federal, e só retornava para fins partidários, descanso, ou para ver parentes.

não apenas atores políticos em sentido estrito –, que tornavam a dinâmica do coronelismo mais complexa do que aquilo apontado em outras interpretações, como a de Leal. É nesse sentido que Queiroz utiliza o conceito de parentela, distanciando-se das discussões sobre estrutura e relações de classes sociais, ao mesmo tempo em que prefere trabalhar como conceito de estratificação social (Bôas, 2009).

Dito isso, este trabalho aproxima-se do argumento de Queiroz ao utilizar mais o conceito de estratificação social como referência analítica, de caráter sociológico mais abrangente, para o estudo da estrutura social do país; contudo, por outro lado, não se afirma aqui nem que o conceito de parentela ou que as redes de relações familiares sejam, em si e isoladamente, mais adequadas para se investigar a realidade social do Brasil, nem que, por outro lado, o conceito de classe social seja inadequado em si. Os sistemas de estratificação das sociedades humanas são complexos e multidimensionais (Grusky, 1996). Em realidade, nesta pesquisa entende-se que a concepção que se baseia no conceito de estratificação social possibilita a consideração de outras variáveis igualmente significativas para se compreender algumas dinâmicas da estrutura social brasileira, como é o caso do profissionalismo.

Quando se assume “(...) que os indivíduos com características similares formam grupos e que nesses grupos as pessoas comungam interesses semelhantes ou têm um comportamento provável comum, a estratificação passa a ser um procedimento útil” (Medeiros, 2004, p. 69), de tal modo que a análise em torno dos grupos profissionais de nível superior, suas especificidades histórico-sociológicas, bem como o estudo mais amplo em torno do profissionalismo – enquanto fatores também intervenientes sobre a estratificação social – permite que se tenha outra forma de se entender relações, processos e estruturas sociais que dão forma aos padrões de estratificação social do país. Dessa maneira, os grupos profissionais e a dinâmica ligada ao profissionalismo são observados como variáveis complementares que interagem com outras variáveis – tais como as relações familiares e a estrutura e relações entre classes sociais (tratada acima) –, de tal modo que, assim, interferem na dinâmica e nos padrões de estratificação social que permeiam a sociedade brasileira.



### **3.2.1. Poder local, estratificação social e profissionalismo.**

Neste contexto, sem as desconsiderar equivocadamente, esta análise sobre o grupo profissional da medicina e seu profissionalismo entende que estes são condicionados (ao mesmo tempo em que condicionam) as relações de parentesco, de modo que se devem perceber as conexões de sentido e de condicionamento mútuo entre fatores, atores, instituições e esferas sociais que se apresentam como significativas para a análise empírica da realidade social (Weber, 1983). Além disso, aqui também se considera que a estrutura e relações entre classes sociais interferem e são influenciadas pelos grupos profissionais, seus processos de profissionalização e as particularidades da dinâmica do profissionalismo. Entretanto, embora não se possam desprezar os condicionamentos ligados à dinâmica entre as classes sociais, o conceito de classe não é tão elucidativo como os conceitos de ocupação e profissão quando se trata de analisar as diferentes formas de inserção social que profissões de nível superior desenvolvem nas sociedades (Freidson, 1996). Mesmo a estratégia que analisa grupos profissionais a partir do estudo das classes médias – que apresenta a vantagem de encontrar frequente correspondência em termos de origem de classe desses segmentos sociais – não se apresenta tão eficaz para o estudo da dinâmica desses grupos como os referenciais heurísticos centrados nos conceitos de ocupação, profissão, processo de profissionalização e profissionalismo. Contudo, apesar de o referencial analítico centrado no conceito de classes sociais não ser tão perspicaz quanto, especialmente, o conceito de profissão, para a análise do profissionalismo, ainda assim, da mesma maneira como acontece com as antes referidas relações de parentesco, considerar os condicionantes e relações de classes, especialmente a respeito das classes médias, implica uma estratégia interessante para se analisar as conexões entre o profissionalismo e as demais dimensões da estratificação social.

Isso posto, a estratificação social do país, mesmo no início do século XX, apresentava tal complexidade, que fenômenos como o profissionalismo já evidenciavam sua força, exigindo outros recursos conceituais para a sua adequada compreensão sociológica<sup>31</sup>. Dessa maneira, entende-se que os grupos profissionais – como, por exemplo, os grupos médicos estudados aqui – desde cedo na era republicana brasileira estabeleceram variáveis conexões sociais e relações de conflito e aliança política, tanto

---

<sup>31</sup> São exemplos de trabalhos que evidenciaram tal realidade de grupos profissionais brasileiros ainda na Primeira República: Coelho (1999); Pereira Neto (2001) e Bonelli (2002).

com o poder de Estado, suas instituições e grupos sociais integrantes como com outros segmentos, instituições e esferas sociais específicos, assim como com demais setores mais amplos ligados às diferentes classes sociais brasileiras<sup>32</sup>.

Já na passagem da Primeira República à Era Vargas, nota-se um alargamento do sistema político brasileiro, com a maior incorporação política de setores médios da estrutura social do país, que passaram a ocupar novos postos econômicos e políticos emergentes com o impulso urbano-industrial e a centralização política do Estado brasileiro (Gomes, 1994). Esse processo estabeleceu uma significativa relação com a dinâmica do profissionalismo de diferentes setores sociais brasileiros (Barbosa, 1998).

Até 1920 predominava no país um específico padrão de estruturação de classes médias, ou seja, as classes médias formavam um grupo social ainda não tão numeroso ou mais poderoso como conjunto, o qual, no meio rural, era basicamente constituído de pequenos proprietários estabelecidos em regime de trabalho familiar; além disso, por outro lado, no meio urbano havia uma parcela formada de pequenos proprietários de comércios varejistas, de negócios (que por vezes implicavam pequenas indústrias mais rudimentares tecnologicamente) voltados a alguns incipientes serviços especializados, além de grupos de profissionais liberais, alguns segmentos de funcionários públicos civis e militares e certos setores de uma reduzida classe média assalariada. Posteriormente, no entanto:

“Durante o período que vai de 1930 a 1980, a economia nacional expandiu vigorosa e rapidamente o seu parque produtivo urbano, o que permitiu constituir uma significativa classe média cidadina assentada principalmente nos empregos intermediários da estrutura ocupacional. (...) Adicionalmente, esse novo grupo cumprirá papel decisivo na confecção de uma nova estrutura de poder (...) que permitirá a expressão das demandas de outros grupos sociais, alargando o horizonte da representação política” (Guerra et. al., 2006, p.28).

A partir de movimentos coletivos que implicaram processos de profissionalização, muitos desses setores integraram-se a grupos profissionais de nível superior, ampliando o poder das profissões e do profissionalismo em geral na sociedade brasileira (Barbosa, 1998), o que levou, ao mesmo tempo, a uma maior diversificação

---

<sup>32</sup> Sobre relações de aliança entre classes sociais no Brasil, indica-se o trabalho de John French (1995) sobre a participação política da classe trabalhadora paulista durante a chamada República Populista. Sobre alianças de setores de classes médias determinadas, como de grupos médicos em São Paulo, observar: Almeida (2013).

em termos de origem de classe de seus membros. Essas transformações sociais favoreceram a organização de grupos profissionais conforme o profissionalismo, robustecendo a influência de aspectos sociais e institucionais estritamente ligados a sua lógica de organização, em relativo detrimento da influencia dos demais fatores e dimensões sociológicas da estratificação social do país (Almeida, 2013). Estas abrangentes mudanças produziram alterações significativas na organização das relações de poder, em suas diferentes dimensões, entre os diversos grupos, instituições e esferas sociais do país, o que foi sentido não apenas nos grandes centros sociais do Brasil, mas igualmente, com o tempo, em diversas outras regiões e localidades interioranas do país.

Tal realidade afetou a inicial dinâmica da estrutura e estratificação sociais do Brasil, interferindo na vida econômica, na dimensão sociocultural e na organização do sistema político coronelista da Primeira República. Por outro lado, mais tarde, em outros períodos da trajetória histórica do Brasil, isso veio a influenciar, igualmente, a posterior dinâmica sociocultural, econômica e política do país, refletindo-se ainda nas diversas modalidades de inserção social de diferentes grupos profissionais em distintos contextos, não apenas dos grandes centros sociais, mas também em demais realidades locais de poder nas várias regiões e municípios do Brasil.

Foi em meio a esse contexto de desenvolvimentos e mudanças históricos, socioculturais, econômicos e políticos, e também por ele condicionado, que se desenvolveu uma particular e paralela espécie de poder em municípios interioranos brasileiros, a qual fez ascender social, econômica e politicamente novos grupos e instituições sociais. Tais transformações históricas resultaram da interiorização do profissionalismo, que favoreceu a emergência e expansão de diferentes grupos profissionais, suas instituições e dinâmicas sociais peculiares junto ao interior do país.

Esse conjunto de mudanças será investigado mais detidamente, a seguir, em sua particular trajetória junto ao município de São Carlos, onde, entre 1889 e 1988, analisam-se três ondas de interiorização do profissionalismo médico, em meio ao processo de desenvolvimento socioeconômico e político, de natureza urbano-industrial, que, assim como o próprio fenômeno do profissionalismo, acompanha a modernização mais abrangente do poder local são-carlense.

## **Parte II**

**Primeira onda: criação do município, cafeicultura, economia urbana e medicina são-carlense na ascensão da República.**

## Capítulo 4

### **Condicionantes sociais nacionais e estaduais de surgimento do profissionalismo médico em São Carlos.**

A primeira onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos resultou de certa combinação de atores e condicionantes sociais, econômicos, políticos e profissionais, que se conjugaram em meio à passagem da Monarquia para a República no Brasil, já em fins do século XIX e início do século XX. Embora a proclamação da República, em 15 de novembro de 1889, tenha sido obra quase exclusiva de militares insatisfeitos do Exército, foi apenas com a ascensão política da burguesia do café, especialmente a originária do Estado de São Paulo, que o novo regime republicano conseguiu encontrar a sua base social de legitimação para erigir uma relativa estabilidade institucional à política do país, algo que nem o Exército nem a elite situada no Rio de Janeiro eram capazes de promover isoladamente (Fausto, 2010).

Durante alguns anos, houve alguns conflitos, inclusive armados, que marcaram o princípio do período republicano, além de certos problemas entre segmentos políticos e sociais das classes dominantes que eram relativamente divergentes. Mas com a ascensão à presidência da República do paulista Campos Sales, entre 1898 e 1902, consolidou-se a República liberal-oligárquica no país através de um arranjo político relativamente descentralizado que ficou conhecido como “política dos governadores”. Este arranjo assegurou a representação parlamentar de cada estado da Federação de acordo com o grupo político dominante em cada uma dessas unidades regionais, de modo que as

disputas entre facções estaduais divergentes foram razoavelmente enfraquecidas, apesar do reforço do poder estadual decorrente do mesmo arranjo, o que favoreceu a constituição do coronelismo como sistema político característico da Primeira República (Leal, 1978).

Os grandes fazendeiros de café paulistas, assim como a economia agroexportadora de café em geral, foram amplamente favorecidos. Esta veio a se basear essencialmente em trabalho assalariado, organizado a partir do modelo de colonato e sustentado principalmente em mão-de-obra imigrante da Europa, em substituição ao anterior regime de trabalho escravo, abolido definitivamente em 1888. Os italianos foram o grupo estrangeiro mais expressivo a se dirigir ao Brasil, seguido de portugueses e espanhóis, sendo que a maioria passou a viver e trabalhar em fazendas de café do Estado de São Paulo. A ascensão social de imigrantes nas cidades foi muito significativa, tendo muitos desses obtido êxito em atividades comerciais e industriais. No campo, a estratificação social sempre tendeu a ser mais rígida, mas, com o tempo, vários grupos imigrantes conseguiram ascender socialmente: especialmente como pequenos e médios proprietários (Fausto, 2010).

O sucesso do café no início da República manteve o país vinculado à economia mundial enquanto fornecedor de artigos primários e importador de vários outros produtos gerados pelas grandes economias nacionais estrangeiras. Mas, por outro lado, como se verificará adiante, os logros da produção cafeeira, quando dos contratempos desta, permitiram que o crescimento urbano-industrial logo se impulsionasse em determinadas regiões, o que se intensificou depois de 1930. Já no período de decadência da Primeira República, o incremento das indústrias e de outros segmentos urbanos descontentes com o tradicional esquema político que os excluía levou o país a um processo de desagregação do regime oligárquico. Neste contexto, os anos 1920 ficaram marcados por alguns importantes movimentos sociais e políticos, inclusive armados, e por problemas ligados ao mercado do café e à economia mundial, o que culminou com a Revolução de 1930 e o início da Era Vargas.

Apesar de a Constituição Federal de 1891 ter instituído princípios liberais e federalistas, estes não impediram que ao longo da Primeira República a autoridade estatal se estruturasse em bases mais firmes e organizadas do ponto de vista

burocrático<sup>33</sup>, pois quando o problema da produção se tomou grave para o setor cafeeiro, aqueles interesses pressionaram o Estado para que este operasse como o agente organizador do mercado (Furtado, 2000). Em São Paulo, o advento da República trouxe importantes mudanças quanto à organização da burocracia pública paulista, seja em relação às atividades fazendárias e repressivas, seja no que se refere à condução da política cafeeira e de imigração para o suprimento de mão-de-obra às fazendas de café do estado. Além disso, tais alterações afetaram também a organização do sistema judiciário e a configuração dos serviços de saúde pública (Perissinotto, 2010).

Mas além da defesa do governo brasileiro sobre os preços de seu principal produto exportador e dos cuidados mais imediatos com a organização da economia cafeeira em geral, e apesar do espírito predominantemente federalista e de autonomia dos estados da Primeira República, o período ainda conheceu outros movimentos centralizadores da burocracia estatal brasileira. Foi o caso, particularmente especial, das políticas públicas realizadas no campo da saúde pública que se associaram a outras mudanças na assistência médica em geral, especialmente a partir da década de 1920, as quais atingiram significativamente a realidade do Estado de São Paulo, influenciando a área de saúde e o profissionalismo médico em São Carlos.

#### **4.1. A saúde pública.**

Os problemas de saúde, a exemplo de diferentes endemias e epidemias que atingiam o país, criaram a consciência entre diferentes segmentos intelectuais, profissionais e políticos de que, sem a participação do poder público e de uma organização estatal mais centralizada e especializada, os cuidados com a saúde da população seriam prejudicados, o que se relacionava diretamente com os interesses e grupos envolvidos com a modernização do país. Este contexto de mobilização resultou na criação, em 1920, do Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP (Hochman,

---

<sup>33</sup> Um processo histórico que se evidenciaria de mais longa duração, embora não sem movimentos em contrário, algo que se verificou relativamente de forma alterada em termos de conteúdo e ritmo em países europeus – particularmente quanto aos seus sistemas públicos de saúde (Saltman, 2008).

1998) – uma espécie de órgão centralizado que, ao lado de outras estruturas burocráticas criadas depois, resultariam, em 1953, no surgimento do Ministério da Saúde<sup>34</sup>.

A emergência do DNSP ligava-se também a interesses mais amplos de modernização do país defendidos pelo Estado e pelas elites dirigentes – representados aqui não apenas pelos cafeicultores, mas também por outros latifundiários, os quais por vezes notavam os efeitos negativos dessas enfermidades sobre a economia e a realidade social mais ampla do país. Além disso, a partir dos anos 1910 nota-se no Brasil uma reação nacionalista em diversas esferas da cultura brasileira, o que, ao lado de mobilizações no campo médico, reorientou o olhar e as preocupações das elites nacionais. É neste contexto que a área rural transformou-se em objeto de ações do governo federal para a área de saúde (Lima & Hochman, 2004). As conhecidas expedições médicas de 1911 e 1913, rumo ao interior brasileiro, evidenciaram graves problemas de saúde de populações interioranas do país. Este trabalho de médicos e sanitaristas engajados politicamente levou à criação de vários serviços sanitários estaduais, como no Estado de São Paulo.

Neste contexto, após certa indefinição em razão de alterações causadas pela emergência da República, o governo paulista, logo em 1892, cria seu novo serviço sanitário estadual, incorporando inovações recentes da saúde pública europeia. Ao longo da Primeira República, notam-se outras instituições sanitárias, que passam a atuar no cuidado de problemas como endemias e epidemias. Após esses progressos iniciais, o setor sanitário paulista caracterizou-se por uma crescente intervenção estadual, ainda que com certos retrocessos.

Neste sentido, o período de 1918 a 1930 é caracterizado pela consolidação do serviço sanitário estadual, processo favorecido pela liderança junto à instituição do médico Dr. Emílio Ribas, sendo que programas e demais políticas públicas são desenvolvidos, como no combate ao tracoma e outras doenças que atingiam a população do estado. Em 1918, com o Código Sanitário, é criada uma nova divisão do estado em sete distintas regiões, ou seja, a da capital e mais seis regiões interioranas, com sedes em: Santos, Campinas, São Carlos, Ribeirão Preto, Guaratinguetá e Botucatu. Além disso, postos sanitários foram criados com a ajuda da Fundação Rockefeller – uma instituição filantrópica norte-americana que implementava programas, cursos de

---

<sup>34</sup> Sobre a criação do Ministério da Saúde, em 1953, ver: Hamilton, Wanda & Fonseca, 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), set.-dez, pp. 791-825, 2003.



especialização em saúde pública e oferecia recursos para o desenvolvimento de políticas e campanhas sanitárias mundo afora (Castro Santos, 2004; Faria, 2007).

Em 1925, os serviços sanitários paulistas passaram por novo esforço reformista, quando esteve à frente desse setor o médico doutor Geraldo Horácio de Paula Souza. Esta reforma avançou com os centros de saúde, que passaram a prestar serviços de caráter universalista. Estes se distribuíram pela cidade de São Paulo e pelas áreas rurais interioranas, desenvolvendo diversos serviços. Em realidade, traço inovador da reforma Paula Souza e da parceria deste com a Fundação Rockefeller, ligou-se ao cuidado com a educação sanitária, materializado na criação de uma Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde. Desde 1926, verificou-se em São Paulo um crescimento considerável dos gastos estaduais com serviços de saúde pública. Com o tempo, os antigos dispensários especializados foram cedendo lugar aos centros de saúde e postos de higiene, que desenvolviam serviços de saúde de caráter mais universal. Contudo, mais ao final da década de 1920, inspetorias especializadas – isto é, estruturas verticais especializadas – ficariam responsáveis pela realização de pesquisas e campanhas de combate a doenças como lepra, tuberculose e malária. Apesar da forte presença de novos serviços específicos, os centros de saúde tradicionais ocupariam um lugar de bastante destaque por um bom tempo (Faria, 2007; Faria & Castro Santos, 2002).

#### **4.2. Desenvolvimentos na assistência médica.**

Mas, no princípio da República, além desses desenvolvimentos mais abrangentes na saúde pública em nível nacional e estadual, que influenciaram o profissionalismo médico em São Carlos, notam-se outras mudanças sociais e históricas conexas. Este foi o caso – como se verifica abaixo – não apenas da assistência médica, mas de outras instituições profissionais da medicina brasileira e paulista, as quais igualmente sofreram certos desenvolvimentos que vieram a interferir sobre a configuração do poder local em São Carlos e a inserção social mais ampla de seus grupos médicos.

Com efeito, acerca da assistência médica, pelo menos até a metade do século XX, esta se organizava em moldes essencialmente liberais, caracterizada pelas atividades de atendimento clínico em consultórios particulares e em assistência médica domiciliar, estabelecidos através de relações de trabalho diretas entre profissionais e pacientes. Entretanto, o desde alguns séculos, o trabalho de assistência médica também

se realiza em contexto hospitalar, geralmente oferecido no começo da República brasileira pelas estruturas das tradicionais Santas Casas de Misericórdia. Por outro lado, depois da Segunda Guerra Mundial, a prestação de serviços médicos privados, através de equipes de saúde e em ambientes organizacionais ou mediante convênios médicos, foi mais impulsionada. Além disso, tais mudanças foram acompanhadas da intensificação da participação do poder público na prestação de serviços de saúde, que também veio a se basear crescentemente no trabalho médico em organizações de saúde – não somente no setor de saúde pública (como visto acima), mas igualmente do ponto de vista da própria assistência médica estatal (Almeida, 2013). No Brasil, nota-se, em especial a partir do período republicano, a existência de ambas as modalidades de assistência médica (individualizada ou liberal e por equipes médicas ou de saúde), além de se verificar um tipo muito peculiar de estrutura de assistência médica, representado pelas mencionadas Santas Casas de Misericórdia.

De origem portuguesa, ainda no século XVI as Santas Casas foram trazidas ao país no contexto de colonização ultramarina da Coroa portuguesa, quando estiveram sob a administração de seus representantes coloniais no Brasil. A assistência pública no Brasil singularizou-se, desde o início da colonização, por uma clara dependência das ações das Santas Casas. Antes da criação dos modernos hospitais, tanto os particulares como os estatais, foram as Santas Casas de Misericórdia que assumiram o papel de oferecer os mais básicos serviços de assistência, inclusive de saúde, à população brasileira. Com o final do Império e a instauração da República, a nova configuração política não mudou substancialmente a relação entre o Estado brasileiro e a ação das Misericórdias no país, embora o novo federalismo republicano tenha enfatizado o papel das elites locais e seu entrosamento com as Santas Casas (Fernandes, 2009).

Como se observou, ao final da década de 1910, em meio ao panorama de inquietações no campo sanitário do Brasil em razão da incidência de doenças endêmicas e epidêmicas, sentiu-se necessidade de expansão das estruturas sanitárias do país, a fim de preservar a mão-de-obra e as condições necessárias ao desenvolvimento do capitalismo nacional. Entretanto, não se criaram novos hospitais, aproveitando-se a posição das Misericórdias e o seu patrimônio nas principais cidades brasileiras. Embora também se tenham criado outras instituições de saúde, nas primeiras décadas da República as Santas Casas permaneceram como principal modelo de organização para a prestação de assistência médica, havendo, posteriormente, a expansão de novas unidades no país (Fernandes, 2009).

Este movimento expansionista atingiu particularmente o Estado de São Paulo, onde, até 1889, havia 22 Santas Casas – concentradas especialmente ao longo do Vale do Paraíba, no eixo Rio-São Paulo, ou seja, exatamente na região economicamente mais importante entre o estado e a Corte. Com o fim do Império e o princípio da República, a produção cafeeira deslocou-se em direção ao interior paulista seguindo a trilha de expansão do café rumo ao noroeste do estado, atravessando outras importantes regiões, como as de Campinas, Rio Claro, São Carlos, Araraquara e Ribeirão Preto. É em meio a este movimento, e seguindo o desenvolvimento econômico e a expansão da malha ferroviária que o acompanhou, que foram criadas, ainda na primeira República, outras 99 Santas Casas no Estado de São Paulo (Ibañes, Duarte, Dias, 2011) Mais tarde, as santas casas paulistas ainda verificariam outros desenvolvimentos (Guimarães, 1976). Neste contexto, a Santa Casa de Misericórdia de São Carlos é criada em 1892 – processo favorecido pelo maior desenvolvimento socioeconômico e político do poder local em meio aos logros da produção de café, que então obtinha grande sucesso.

Mas além da expansão de instituições de saúde, a Primeira República também percebeu o desenvolvimento de outras instituições igualmente importantes para os rumos do profissionalismo médico brasileiro, paulista e de São Carlos.

#### **4.3. Avanços nas demais instituições do profissionalismo médico.**

Depois do início da República, outras instituições científicas do campo da saúde pública são criadas, como, entre outras, o Instituto Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, e o Instituto Butantã, em São Paulo, que se transformaram em instituições de pesquisa experimental e produção de soros e vacinas para o combate a endemias e epidemias que atingiam a população do país. O período ainda percebe a criação de diferentes cursos médicos em certos estados brasileiros. Dessa forma, além dos cursos de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, criados ainda no século XIX, emergiram novas faculdades médicas, tais como no Rio Grande do Sul (1898), em Minas Gerais (1911), no Paraná (1912) e em São Paulo (1912). Neste caso, além da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, criada em 1912, emerge, em 1917, o Instituto de Higiene, o qual veio a oferecer cursos no campo da saúde pública.

Neste contexto, o quadro de profissionais no país e, em especial, no Estado de São Paulo, evoluiu consideravelmente. É o que se pode observar, por exemplo, entre

1892 e 1932, quando o serviço de fiscalização profissional do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo verificou 3.695 registros de profissionais. Com este crescimento, os médicos brasileiros e paulistas passaram, cada vez mais, a reunir condições de se organizar coletivamente, a fim de promover, ao mesmo tempo, o conagraçamento entre os pares e a defesa de interesses comuns (Mott, et. al. 2008). Emergem diversas associações médicas em diferentes estados brasileiros, como: a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (1895); a Associação Médica Cearense (1913); Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará (1914); Sociedade de Medicina de Alagoas (1917); Sociedade Médica do Estado do Rio de Janeiro (1923); Associação Médica do Espírito Santo (1924); Associação Médica da Paraíba (1924); e Associação Paulista de Medicina (1930). É neste contexto que, em 1916, realizou-se o Primeiro Congresso Médico Paulista, a partir do qual outros eventos dessa natureza também se realizaram no estado.

Todas essas entidades profissionais, bem como outras organizadas em âmbito local ou regional, assim como por diferentes especialidades médicas, que emergiram desde a criação da República, indicam o relativo processo de crescimento quantitativo e o aumento da influência social de diferentes grupos médicos em diferentes partes do país, tais como no Estado de São Paulo.

Esses desenvolvimentos profissionais, que marcam a formação da medicina brasileira e paulista, além das demais transformações socioeconômicas, políticas e da área de saúde, sejam no contexto mais amplo do país em geral, sejam mais especificamente do Estado de São Paulo em particular, e que foram analisadas acima, condicionaram, desde o exterior, a configuração histórica do processo de interiorização do profissionalismo médico que atinge o município de São Carlos no início da República. Por outro lado, como se observará no capítulo seguinte, tais condicionantes históricos, exteriores ao município de São Carlos, estabeleceram relações de condicionamento mútuo (Weber, 1983) com certos fatores sociais que, desde o plano interno da dinâmica social são-carlense, igualmente interferiram na conformação da primeira onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos, em meio ao processo de modernização urbano-industrial que acompanhou igualmente a história do município.

## Capítulo 5

### **A criação do município e da medicina de São Carlos sob a ótica da autonomia profissional.**

A ocupação do espaço onde hoje existe São Carlos aconteceu de acordo com o processo mais extenso de penetração e conquista do território paulista, em um movimento histórico iniciado ainda no período colonial brasileiro, quando a metrópole portuguesa sentiu necessidade de proteger suas possessões ultramarinas contra invasões estrangeiras (Devescovi, 1987 e Lima, 2008). Ainda no início do século XVII, descobriu-se ouro em terras de índios Goiazes, onde hoje se encontram os Estados de Goiás e Minas Gerais, o que, com o tempo, levou à criação de novos caminhos e estradas para a passagem de tropas de mulas, as quais partiam da vila de São Paulo. Tal circunstância impulsionou o surgimento de novas povoações e pequenos vilarejos pelo interior paulista.

Ao final do século XVIII, foi aberto um novo acesso às minas de Goiás, que atravessava terras desocupadas do centro-oeste do Estado. Conhecido como “Picadão de Cuiabá”, esse novo caminho partia da vila de São Paulo, passava por Sorocaba, Itu e Piracicaba, em direção ao noroeste do Estado, chegando a Rio Claro e aos denominados “sertões de Araraquara”<sup>35</sup>. Em meio a esses sertões, bem na conexão entre o “Picadão de Cuiabá” e o “Córrego Gregório”, surgiu o primeiro povoado do atual município de

---

<sup>35</sup> Essa expressão entre aspas indicava todo um território da região que, na atualidade, congrega os municípios de Rio Claro, São Carlos, Brotas e Araraquara.

São Carlos, que, à época, servia para pouso e abastecimento de tropas que seguiam para as minas (Devescovi, 1987). Como consequência do processo de interiorização do país, provocada pela economia da mineração, emergiu: “(...) um intenso movimento de apropriação de terras onde hoje se situa São Carlos por meio de disputa pela concessão de cartas de sesmaria. A maior parte dos donatários provinha de famílias nas regiões de Campinas, Itu ou Piracicaba” (Truzzi, 2007, pp. 31-32).

Nesse contexto, depois de certas mudanças de proprietários de terras, o cirurgião-mor do Regimento de Voluntário Reaes, que possuía títulos de propriedade na região de São Carlos, vendeu suas posses a Carlos Bartholomeu de Arruda, sargento-mor de Itu e avô do futuro Conde do Pinhal de São Carlos, que logo se mudou com sua família para a nova propriedade, dando origem a sesmaria do Pinhal, à qual, posteriormente, seriam acrescidos outros territórios por demais membros da família. Outras duas sesmarias se juntariam à primeira no século seguinte, resultando no que se tornou o território original do município de São Carlos. Um dos herdeiros da família originariamente proprietária da sesmaria do Pinhal, Carlos José de Arruda Botelho, promoveu a doação de parte de suas terras à Igreja, a fim de que fosse construída uma capela para o santo de que era devoto. Para a época, esse era um dos primeiros passos a fim de transformar uma localidade em unidade político-administrativa oficialmente autônoma. Este ponto seria utilizado para a celebração de cultos religiosos e logo foi cercado de várias habitações, contribuindo para futuras demarcações e vendas de lotes em seu entorno. No ano de 1856, iniciaram-se as obras de construção da primeira capela da localidade, sendo que já em 1857 celebrou-se a primeira missa.

Por outro lado, Antonio Carlos de Arruda Botelho<sup>36</sup>, um dos mais destacados herdeiros dos donos da antiga sesmaria do Pinhal, quando ainda era presidente da Câmara Municipal de Araraquara, enviou uma solicitação ao presidente da província para a criação do Distrito de Paz de São Carlos – pois, à época, o território são-carlense pertencia à Araraquara. Tal demanda contribuiu para aumentar o prestígio político de

---

<sup>36</sup> Além de importante fazendeiro de café, Antonio Carlos de Arruda Botelho foi um respeitado político. Foi chefe do Partido Liberal, no Império, ocupando vários cargos influentes, como: Juiz Municipal e Presidente da Câmara de Araraquara; Chefe do Partido Liberal em São Paulo; Deputado Provincial; Deputado Provincial, sendo até eleito Presidente da Assembleia Provincial; Deputado da Câmara dos Deputados do Império; e ainda, candidato à Lista Tríplice Senatorial. Já no período republicano, foi eleito Senador do Estado de São Paulo e Membro do Congresso Constituinte do Estado de São Paulo. Com o prestígio político que acumulou, Antonio Carlos foi condecorado com títulos de nobreza, tais como: o título de Coronel Comandante Superior da Guarda Nacional; da Ordem da Rosa; de Barão do Pinhal; e depois, respectivamente, de Visconde e Conde do Pinhal (FAZENDA DO PINHAL. *Depoimentos e entrevistas sobre a família Arruda Botelho*, 2010, pp. 19-21).

Antonio Carlos, que depois veio a receber o título de Conde do Pinhal. Em abril de 1857, a região foi elevada à condição de Distrito de Paz. No ano de 1858, passou oficialmente à categoria de Freguesia. Já, em 1865, tornou-se Vila, o que lhe conferiu maior autonomia política<sup>37</sup>. O passo seguinte foi receber efetivamente o reconhecimento oficial de unidade política municipal, o que ocorreu anos depois, em 1880, quando São Carlos já atravessava um processo de crescimento local sob o impulso da expansão cafeeira paulista, que se transformou no principal setor da economia local.

### **5.1. Da cafeeicultura exportadora ao desenvolvimento urbano-industrial: condicionantes sociais anteriores para a instalação de médicos na localidade.**

Com o declínio da economia mineradora, logo no início do século XIX, os fluxos demográficos que antes se dirigiam para o oeste do país inverteram o sentido, pois as populações que viviam da mineração passaram a buscar novas oportunidades em outras regiões. Parte desses fluxos direcionou-se, então, para a província de São Paulo, quando as culturas de exportação de cana-de-açúcar e de algodão já estavam sendo superadas pelo café. A expansão da cultura cafeeira em São Paulo data do começo do século XIX: inicialmente, o café atingiu o Vale do Paraíba paulista, antes da metade do século, dirigindo-se posteriormente ao chamado Oeste Paulista – “(...) a partir de Campinas [para] várias direções: Mogi-Mirim, Casa Branca, Ribeirão Preto, Jaboticabal, Jaú, Piracicaba, etc. (...)” (Saes, 2010, p. 15). A produção e exportação do café cresciam, mas existia a dificuldade de transporte do produto até o porto de Santos, que era o principal porto de exportação do Estado, devido à presença de uma grande barreira geológica formada pela Serra do Mar, que separa o litoral do interior. Para resolver essa questão, foi construída a estrada de ferro Santos-Jundiaí, a qual foi inaugurada em 1867, que transpôs essa barreira, o que foi fundamental para o sucesso do café e do desenvolvimento da economia do interior em geral (Lima, 2008).

Desde a linha Santos-Jundiaí, entre os anos de 1870 e 1928 a rede ferroviária paulista cresceu consideravelmente, abrangendo, ao final deste período, praticamente

---

<sup>37</sup> *Freguesia* era o lugar sede de uma igreja constituída em uma determinada paróquia, e que também abrigava a administração civil de certa localidade. Por sua vez, *Vila* seria o que hoje se reconhece como sede de um município, sendo suas terras denominadas conforme a expressão *Termo*. Enfim, “o *Termo* de uma *Vila*” poderia ser dividido em *Freguesias* (Lima, 2008, p. 43). Ao longo da República toda essa terminologia geográfica e jurídico-territorial foi abandonada.

todo o território de São Paulo, de modo que com ela se pôde mais bem integrar os seus diferentes municípios interioranos. De fato, pode-se estabelecer um paralelismo entre a extensão das linhas férreas, o crescimento da população e da produção das lavouras (Saes, 2010, p. 17). Além disso, a malha ferroviária facilitou o processo de urbanização de diferentes regiões. As necessidades de mão de obra para responder ao crescimento da cafeicultura estadual, já em fins do século XIX, provocou a vinda de expressivos contingentes populacionais europeus rumo ao Estado de São Paulo, especialmente da Itália. Além de grupos e famílias italianos, ainda vieram para São Paulo, na passagem do século XIX para o XX, espanhóis e portugueses, alemães, austríacos, suíços, entre outros segmentos sociais estrangeiros (Baeninger & Bassanezi, 2010, p. 157).

O desenvolvimento de São Carlos foi impulsionado graças a esse contexto histórico de importantes mudanças e incrementos econômicos e demográficos, que combinou melhorias nas comunicações, mobilidade e crescimento populacional, bem como avanços da cafeicultura estadual (Devescovi, 1987; Lima, 2008; Abreu, 2000; Truzzi, 2008). A transformação do café em lavoura comercial em São Carlos começou apenas depois de 1860, quando alguns fazendeiros passaram a empreender algumas iniciativas no sentido de atrair mão de obra, ainda escassa à época. Entretanto, foi somente com a extensão da rede ferroviária até as regiões cafeeiras, em torno de 1884, que o fluxo de trabalhadores para as fazendas pôde crescer e impulsionar os cultivos da região. Grande parte dos indivíduos que passaram a viver no município, e que acabaram compondo a massa de trabalhadores do campo, era constituída de imigrantes europeus, que se dirigiam ao país em busca de oportunidades e que passaram a se deslocar até o município de São Carlos graças, especialmente, à combinação entre a considerável expansão da economia cafeeira local e a extensão das linhas de trens que desde a década de 1880 atingiram o município.

O significativo acúmulo de recursos oriundos da economia cafeeira propiciou o surgimento, a inicial estruturação, e mesmo, o crescimento de vários núcleos urbanos nas diferentes regiões produtoras do Estado (Fundação SEADE, 1989). Tal foi o caso de São Carlos, visto que a demanda local por produtos de outros territórios do país, e até do exterior, somada a necessidade de se ter um núcleo para apoio e comercialização da produção das fazendas, favoreceu o seu desenvolvimento urbano, com crescimento e diversificação dos grupos que integravam sua população. A chegada da malha ferroviária ajudou na própria definição de parte do processo de urbanização local, tendo sido responsável, entre outros melhoramentos, pela extensão de ruas do atual centro da



cidade, tais como General Osório, Bento Carlos e Santa Cruz, bem como a abertura das ruas José Bonifácio, Aquidaban, Riachuelo e Visconde de Inhaúma<sup>38</sup>.

Na verdade, uma das formas que o grupo social dominante encontrou para iniciar o processo de constituição do núcleo urbano foi o de doar terras, ao redor do marco inicial de emergência da localidade, a quem se dispusesse a construir casas próprias de moradia. Tal ação, aliada à perspectiva de desenvolvimento da cultura cafeeira, gerou um afluxo considerável de comerciantes e profissionais liberais, bem como de alguns fazendeiros da região, que passaram a fixar residência no nascente núcleo urbano (Devescovi, 1987, p. 25).

A produção exportadora de café ganha força, em São Carlos, em meio ao fim da escravidão do país (abolida em 1888), o que levou os fazendeiros locais a lançarem mão de estratégias alternativas para a fixação de mão de obra em suas terras. Paralelamente a um movimento mais abrangente de incentivo à imigração estrangeira para o Estado de São Paulo, e graças à extensão da malha férrea até o município (1884), os fazendeiros são-carlenses passaram a se apoiar, principalmente, em mão de obra imigrante, constituída no início principalmente de famílias italianas. Esses imigrantes eram assimilados aos cafezais através do regime de trabalho conhecido como *colonato*<sup>39</sup>. Além disso, devido principalmente às secas no Nordeste brasileiro, grupos populacionais nordestinos, na condição de retirantes, também aparecem em territórios são-carlenses em busca de oportunidades (Truzzi, 2007, p. 68).

Com as comunicações e o transporte facilitados pela malha ferroviária, houve considerável crescimento populacional nas áreas produtoras de café de São Carlos, criando novas relações sociais não apenas pelo impulso da cafeicultura em si, mas pelo paralelo crescimento de atividades econômicas urbanas, as quais inicialmente emergiram graças aos capitais acumulados nas fazendas e que foram responsáveis pelo surgimento de um incipiente mercado consumidor e um análogo mercado de trabalho.

---

<sup>38</sup> De acordo com texto de autoria da historiadora Rita de Cássia de Almeida, cujo título é: “A chegada da ferrovia em São Carlos”. O texto foi extraído da internet em site da Universidade de São Paulo – USP (Campus de São Carlos) e consultado em 31 de outubro de 2013, no seguinte endereço eletrônico ligado ao CDCC/USP: [http://www.cdcc.usp.br/bio/mat\\_saocarlos\\_ferrovia.htm](http://www.cdcc.usp.br/bio/mat_saocarlos_ferrovia.htm).

<sup>39</sup> O colonato era um regime de trabalho muito comum nas zonas produtoras de café paulistas na passagem do século XIX ao século XX e implicava uma organização econômica e social na qual o trabalhador arrendava uma porção de terra sob a condição de destinar parte de sua produção como pagamento ao proprietário. Outra forma de colonato é reservar um ou mais dias da semana para dedicar-se ao cultivo da terra do proprietário.

Os capitais oriundos da economia agroexportadora eram dirigidos à cidade, sejam para que se fizessem implementos urbanos necessários ao dinamismo da cafeicultura em si, sejam para que se fizessem inversões em outras atividades em períodos de queda da economia agroexportadora.

Isso contribuiu para o início do processo de urbanização do município de São Carlos, o qual, mais tarde, iria se intensificar e adentrar em um período de considerável industrialização. Já no final do século XIX, como expressão desse dinamismo urbano, são construídos os primeiros edifícios públicos: no final de 1883, inaugura-se o prédio da Câmara Municipal; em 1893, o da Santa Casa; em 1900, o edifício do Fórum e o da Cadeia. Além disso, surgem ainda as primeiras residências de grande porte na região central da cidade. “É que os ricos proprietários rurais vêm residir na cidade, porque já não é necessária a presença constante nas fazendas, dirigidas agora por administradores e transformadas em empresas capitalistas de produção” (Abreu, 2000, p. 96).

Por volta dos anos 1920, dentre seus elementos característicos, o município já possuía: uma razoável infraestrutura urbana; um mercado consumidor constituído de alguns grupos de famílias de imigrantes, seus descendentes e outros grupos locais habitantes da cidade; algumas casas comerciais e certas indústrias de porte menor com baixo desenvolvimento tecnológico (de feição, por vezes, artesanal), mas que atendiam a determinadas necessidades da produção de café, seu beneficiamento e transporte (a exemplo dos empreendimentos voltados à manutenção das linhas de trens); bem como certos empreendimentos industriais de bens de consumo não duráveis (como era o caso da indústria têxtil, muito importante na produção de sacas de café, e a indústria de alimentos); a localidade já possuía também alguns órgãos e serviços públicos – oferecidos através do trabalho de determinados segmentos sociais médios; ademais, havia ainda outros grupos de alguns tipos de profissionais liberais. Tais desenvolvimentos fizeram surgir novos loteamentos na região para atender ao crescimento do município, o que levou à criação dos primeiros bairros ao redor da zona central da cidade, já em fins do século XIX, num movimento que iria se estender ao longo do século seguinte (Abreu, 2000; Devescovi, 1987; Truzzi, 2007).

Mas após um significativo período de expansão econômica, a cafeicultura de exportação, que desde o fim do século XIX vinha liderando o desenvolvimento local, passou a enfrentar sinais de decadência, interrompendo sua trajetória ascendente em torno dos anos 1900, sendo que, por volta de 1920, a produção de café já não conseguia mais apresentar sinais que indicassem uma recuperação efetiva, sofrendo sua crise

derradeira em 1929 com a histórica quebra da Bolsa de Valores de Nova Iorque. Nessas circunstâncias críticas, algumas fazendas passaram a cultivar outros produtos, como algodão, arroz e cana-de-açúcar, embora sem a pretensão de substituir a centralidade do café, procurando apenas estabelecer uma estratégia de contorno das crises sofridas (Grimberg, 2007, p. 8), além de ter à disposição, com isso, uma atividade alternativa que pudesse compensar os cíclicos revezes da cultura principal. Especialmente em momentos difíceis, não apenas os capitais agrários, mas parte dos populares que trabalhavam nas zonas rurais também procuravam alternativas nas atividades urbanas, favorecendo o desenvolvimento de grupos sociais inseridos econômica e politicamente nas áreas citadinas.

Esse contexto contribuiu para a ampliação de setores sociais ligados às chamadas profissões liberais ou de nível superior, tal como os setores médicos, os quais, tanto em razão de peculiaridades de suas atividades ocupacionais como por conta da localização de suas moradias, e apesar de conhecidas ligações com os grandes proprietários rurais do município, acabaram se fixando, principalmente, nas zonas urbanas de São Carlos – o que, como se observará, influenciou sua posição de poder e influência social e política, bem como sua autonomia profissional (Freidson, 2009), principalmente graças à intensificação do desenvolvimento urbano-industrial após 1930.

Mas embora seja necessário enfatizar que desde muito cedo a posição social dos médicos de São Carlos caracterizou-se por ser de grande relevo e considerável influência social, estes adquiriram maior autonomia socioeconômica e política graças não somente aos seus particulares desenvolvimentos técnicos e profissionais, mas também em razão de mudanças decorrentes da interiorização do desenvolvimento urbano-industrial e da centralização política estatal (Kerbaux, 2000). Entende-se assim que, como se examinará adiante, a profissão médica estruturou-se e rápido criou raízes principalmente dentre os setores sociais urbanos do município, o que se explica seja por razões de ordem profissional em sentido estrito, seja por certas necessidades de natureza socioeconômica ou outras circunstâncias sociopolíticas que igualmente condicionaram sua inserção na estratificação social do município, conferindo particularidades históricas e sociológicas às relações entre medicina e poder local em São Carlos.

## **5.2. Os médicos e a saúde são-carlense: uma análise da prática médica e sua organização técnica e econômica.**

Desde o surgimento do núcleo urbano de São Carlos, diversos segmentos sociais vindos de outras regiões atingiram o município – dentre os quais, inclusive, alguns grupos de profissionais liberais. Com o fim da escravidão, houve ampliação de atividades ocupacionais e crescimento do contingente de grupos sociais intermediários da estrutura social local, os quais tornaram mais complexas as antigas relações entre proprietários rurais e grupos subalternos, diversificando a população são-carlense e rearranjando as históricas relações entre campo e cidade (Truzzi, 2007). Dessa maneira, mesmo antes, mas principalmente depois de 1930, vários desses segmentos médios passam a encontrar novas oportunidades econômicas e profissionais com o desenvolvimento urbano e industrial da região (Truzzi & Kerbauy, 2000).

Ainda na Primeira República, já se notava a presença de certos grupos profissionais de nível superior, situados essencialmente na zona urbana do município, o que sinalizava para a existência de uma estrutura ocupacional e uma estratificação da sociedade local marcadas por determinada diferenciação interna, de tal modo que, além de alguns serviços públicos e algumas casas comerciais que atendiam a demanda da população local, bem como de um setor industrial incipiente – composto, basicamente, por pequenos empreendimentos frequentemente de tipo artesanal –, já se observava a existência de alguns profissionais liberais responsáveis pela prestação de alguns serviços junto à população, os quais, em essência, eram constituídos de advogados, médicos, farmacêuticos, cirurgiões-dentistas e engenheiros<sup>40</sup>.

Em realidade, quanto à profissão médica, ao que se tem registrado em documentos da época e em trabalhos de natureza histórica e sociológica<sup>41</sup>, o primeiro profissional da categoria a permanecer em terras são-carlenses foi o doutor Ernesto Lância<sup>42</sup>, que se integrou à localidade em 1867, quando o município iniciava sua

---

<sup>40</sup> É o que se pode reconhecer através de anúncios de alguns profissionais desses segmentos que foram encontrados em coleta de dados em edições do jornal *Correio de São Carlos*, como nos exemplares de: *Correio de São Carlos*, de 2 de janeiro de 1912, p. 1; *Correio de São Carlos*, de 1º de junho de 1913; *Correio de São Carlos*, de 7 de janeiro de 1914.

<sup>41</sup> Conforme, por exemplo, pesquisa publicada em livro anteriormente citado. Trata-se de: Machado, Maria Lúcia Teixeira. *História da saúde em São Carlos*. São Carlos, EdUFSCar/ São Paulo, Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2007 (Coleção nossa história).

<sup>42</sup> O doutor Ernesto Lância foi genro de João Carlos de Arruda Botelho, ligado à família de grandes proprietários de fazenda de café em São Carlos e considerada fundadora do município, bem como família da qual emergiu Antonio Carlos de Arruda Botelho, o qual veio a se tornar o Conde do Pinhal.

trajetória de desenvolvimento a partir da cultura exportadora de café – um momento em que também começava a adquirir maior autonomia político-administrativa com sua elevação à categoria de Vila. No entanto, o doutor Ernesto Lância logo se mudou para outra região, de maneira que não se tem mais registros sobre este profissional na localidade. Mas além deste, deve-se destacar que o primeiro profissional a requerer o legítimo direito, junto às autoridades locais, de poder exercer a medicina em São Carlos foi o doutor Carlos Fleishmann (natural da Alemanha), que fez tal solicitação à Câmara Municipal em 1871<sup>43</sup>. Data também do mesmo ano informações sobre o doutor José Albuquerque Vaz Granjo – original de Portugal e um dos primeiros médicos de quem se tem notícia no município, mas que se estabeleceu na região por pouco tempo, pois, logo em 1875, durante uma epidemia de varíola<sup>44</sup>, este deixou o município.

Como os dados evidenciam, mesmo às vezes não afetando o município, ou o atingindo em menor intensidade do que em outros lugares, os surtos de doenças epidêmicas e certas endemias, comuns àquela época, invariavelmente chamavam muito a atenção da imprensa e das elites locais. Foi o caso não somente dos surtos de varíola, mas também de casos de peste bubônica – que se manifestaram em terras paulistas no final do século XIX e início do século seguinte<sup>45</sup>. Além disso, notam-se preocupações locais quanto aos casos de hanseníase – sempre mais ou menos presentes em todo o período inicial da República. Outras enfermidades que foram objeto de atenção municipal referem-se aos casos de tracoma, ancilostomíase, febre amarela e gripe espanhola, que marcaram a história das primeiras décadas do século XX em todo o Estado de São Paulo (Almeida, 2003; Bertucci, 2003 & 2004; Telarolli Junior, 1996).

Em meio às práticas de cunho campanhista-policial<sup>46</sup> e de inspiração anterior quanto às relações entre, de um lado, o conhecimento médico e bacteriológico e, de

---

<sup>43</sup> Cabe lembrar que a Câmara Municipal de São Carlos havia sido empossada, pela primeira vez, pouco antes, ainda em 1865, logo após a elevação de São Carlos à condição de Vila.

<sup>44</sup> Existem registros locais que apontam um forte surto de varíola nos anos 1870. Tendo sido inicialmente confirmado em 1874, o mesmo ressurgiu depois, em 1879, embora com intensidade mais branda. Posteriormente, São Carlos apresentou mais 60 casos dessa doença em 1911, em novo surto da mesma na municipalidade.

<sup>45</sup> Como se encontra em: *Correio de São Carlos*, de 02 de abril de 1900, p. 8.

<sup>46</sup> O denominado “modelo campanhista-policial” – que será relativamente observado nesta análise sobre a medicina do município de São Carlos – organizava-se tendo em vista certo embasamento científico típico da ciência médica daquela época. Seus conceitos combinavam a nova teoria microbiana e bacteriológica sobre a causação de doenças e certa influência de alguns outros princípios teóricos – remanescentes da chamada medicina social do século XIX (Foucault, 1984; Rosen, 1980, 1994) e da teoria miasmática (Chalhoub, 1996; Telarolli Junior, 1996) –, as quais apostavam no cuidado de fatores ambientais possivelmente nocivos à saúde de populações humanas. Tais fatores, na antiga perspectiva miasmática, implicavam que determinados materiais do meio ambiente poderiam entrar em estado de decomposição ou putrefação, gerando os chamados “miasmas”, de tal maneira que estes poderiam levar os indivíduos

outro, os serviços de saúde pública, a municipalidade recebe algumas instituições de saúde criadas para o cuidado mais imediato e emergencial de algumas endemias e, principalmente, de certas doenças tipicamente epidêmicas: como foi o caso da varíola – para a qual, em 1888, constituiu-se um Lazareto para Variolosos; ou ainda, para importantes casos de gripe espanhola, a qual, ao longo de 1918, teve doentes cuidados pelo Hospital de Isolamento da Câmara Municipal e pelo Hospital Escola Modelo (sob os auspícios da Cruz Vermelha Sancarlense).

Além disso, houve a questão de casos de tracoma e de ancilostomíase, em relação às quais o município abrigou um posto estadual especializado de combate às enfermidades – o então conhecido Posto Anti-Trachomatoso. O primeiro diretor deste órgão, denominado oficialmente de Serviço de Combate ao Trachoma e Ankilostomiase, foi o doutor Eloy Lessa, que veio a ocupar posição de destaque na localidade (Machado, 2004, p. 384). Ademais, no Distrito de Santa Eudóxia existiu também um Posto de Saúde voltado ao combate do tracoma, o qual, no início da década de 1910, teve o doutor Francisco Granadeiro Guimarães Junior<sup>47</sup> como médico atuante no combate à enfermidade – o tracoma tinha considerável incidência à época em diversas partes do Estado de São Paulo e causava preocupações em grupos médicos e sanitaristas, bem como em setores políticos.

Como tais questões envolviam problemas de saúde pública, não apenas a imprensa, mas ainda relevantes grupos políticos, segmentos médicos locais e o próprio delegado de hygiene (ou de saúde) municipal também se mobilizavam em discussões sobre o assunto, ou a fim de desenvolver medidas de combate ou contenção dessas

---

que entrassem em contato com eles a variados processos de adoecimento. No início do século XX, a teoria miasmática estava em claro descenso graças ao surgimento da microbiologia e da bacteriologia, mas sua influência, mesmo que atenuada, ainda se fazia valer – é o que se percebe em certos traços do “policimento sanitário” do modelo campanhista-policial. Por outro lado, a partir dos referenciais de inspiração bacteriológica surgiram no Estado de São Paulo organismos estatais voltados à pesquisa e produção de medicamentos e vacinação de certas doenças. Ao lado dessas instituições científicas acoplaram-se também outras instituições prestadoras de serviços de saúde dedicadas ao cuidado de surtos epidêmicos e aumentos de endemias em regiões localizadas, as quais geralmente eram regiões de maior importância socioeconômica. Este trabalho de saúde pública se dava através de determinadas estruturas organizacionais, como: dispensários e hospitais de isolamento; outros órgãos sanitários ligados ao acompanhamento estatístico-demográfico de populações e comissões de combate a males específicos, bem como demais órgãos públicos – como as delegacias de hygiene ou saúde estaduais. Tais órgãos eram compostos por profissionais dedicados ao combate de doenças e à vacinação de pessoas e populações. Quanto ao já indicado “policimento sanitário” (que se dava em termos sempre de espírito fiscalizador), se materializava a partir de estatísticas demográficas de nascimentos, casamentos e óbitos; a atenção sobre circulação de alimentos e o asseio de edificações públicas e privadas, além da transmissão de noções básicas de hygiene e do incentivo a medidas de saneamento básico, que apenas começaram ser implementadas no início da República (Sanches, 1920; SERVIÇO SANITÁRIO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 1928; Telaarolli Junior, 1996; Castro Santos, 2004).

<sup>47</sup> De acordo com: Machado (2004, p. 384).

doenças<sup>48</sup>. Neste sentido, deve-se enfatizar que a autoridade sanitária municipal era o próprio delegado de hygiene (inicialmente) ou delegado de saúde (mais tarde), responsável pela Delegacia de Hygiene – ou, como veio a ser denominada depois, Delegacia de Saúde –, e que seguia as orientações do Código de Posturas Municipal, do Código Sanitário Estadual, bem como demais recomendações sanitárias dos serviços de saúde do governo paulista<sup>49</sup>.

Além deste trabalho em saúde pública, São Carlos já possuía instituições e profissionais de saúde que atuavam em alguns setores relacionados, tais como o farmacêutico, o odontológico e o médico-assistencial propriamente dito, os quais atuavam tanto no atendimento clínico como cirúrgico, seja em consultórios privados ou em outros espaços ambulatoriais e hospitalares: não apenas e principalmente nas instalações da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos (inaugurada em 1899), mas também nos consultórios particulares dos próprios médicos ou nos seus atendimentos em domicílio – tão comuns àquela época. Afora o trabalho de farmacêuticos – os quais, muitas vezes, atuavam como verdadeiros médicos no interior do país –, e paralelamente ao trabalho de enfermeiros e outros auxiliares nos atendimentos hospitalares –, particularmente os serviços médicos já contavam com considerável prestígio local, tanto do ponto de vista político como social mais amplo. Ademais, ainda na Primeira República, a medicina e a área de saúde locais puderam contar com a criação de uma Escola de Pharmacia e Odontologia, a qual, desde 1914, veio a formar outros quadros profissionais para alimentar o mercado de mão de obra da área de saúde de São Carlos<sup>50</sup>.

Mas a principal instituição ou organização em que os médicos são-carlenses prestavam seus serviços na localidade, e que representava, igualmente, a mais importante instituição de saúde da localidade, era a Santa Casa de Misericórdia. Esta surgiu a partir da iniciativa do senhor Francisco Domingos de Sampaio e sua esposa, a

---

<sup>48</sup> É o que se pode perceber de dados relativos ao jornal *Correio de São Carlos*: de 29 de dezembro de 1899; de 28 de março de 1900; de 30 de março de 1900, p. 1. E ainda em: Machado (2007, p. 283).

<sup>49</sup> Dentre os delegados de hygiene ou saúde que existiram em São Carlos na primeira metade do século XX, pode-se citar o doutor Eurico de Souza Pereira e Phillipe Nery Gonçalves (Machado, 2004, p. 384-386).

<sup>50</sup> A inauguração e início das atividades da Escola de Pharmacia e Odontologia contaram com grande cerimônia oficial, a qual movimentou a sociedade local, contando até com baile realizado no prestigiado Club Concordia, o qual, com frequência, tinha suas atividades publicadas, divulgadas e comentadas pela imprensa local – a exemplo do jornal diário *Correio de São Carlos*. Dessa maneira, as atividades realizadas por este clube social recebiam a atenção de círculos sociais médios e de elite letrados do município, os quais tinham contato com esta publicação. É o que consta em: *Correio de São Carlos*, 03 de fevereiro de 1914, p. 1; *Correio de São Carlos*, 05 de fevereiro de 1914, p. 1; *Correio de São Carlos*, 14 de fevereiro de 1914.

senhora Ana Miquelina Ferraz de Sampaio, os quais, além de figuras de considerável influência social, em homenagem à morte de seu filho em Jaboticabal (SP), resolveram criar esta instituição hospitalar no município<sup>51</sup>. Com a mobilização social que a iniciativa produziu, vários donativos foram reunidos para a consecução desta finalidade, como no caso da doação de um terreno para que a construção do prédio da Santa Casa fosse realizada. Em 1894, lançou-se a pedra fundamental da obra que resultou no futuro hospital, que foi definitivamente inaugurado em 1º de novembro de 1899. Assim como suas congêneres em outras localidades paulistas, e de acordo com certos conhecimentos, técnicas e modelos arquitetônicos comuns à época, a estrutura da Santa Casa de São Carlos seguiu as bases típicas de estruturas hospitalares construídas em pavilhões (ao estilo da tradição europeia então em voga), e não a partir do erguimento de estrutura em monoblocos, que mais tarde se passou a utilizar com frequência na arquitetura hospitalar brasileira, de acordo com inovações nessa área surgidas desde os Estados Unidos (Costa, 2011ab).

Mesmo ainda com poucos anos de existência, a Santa Casa já possuía em suas instalações ambientes diferenciados, nos quais atividades médicas específicas e cuidados em saúde determinados eram realizados cotidianamente, de acordo com os conhecimentos e tecnologias existentes. Havia área de trabalho para enfermagem, algumas salas de cirurgia e internação e alguns equipamentos para certos tipos de exame e tratamento comuns àquela época. Dentre as instalações e ambientes existentes, destacavam-se, ainda na Primeira República: a sala de alta cirurgia asséptica; outra sala de cirurgia séptica; farmácia e laboratório; secção de diagnose radiológica, radiografia e radioterapia; gabinete de diatermia; seção de raios ultravioleta e sol das montanhas; gabinete de duchas; sala de partos e puericultura<sup>52</sup>.

A despeito de certas restrições em termos de uma efetiva presença popular nos seus serviços especializados, logo se observou na Santa Casa um aumento nos atendimentos anuais<sup>53</sup>. Ademais, desde cedo existiu um conjunto de ocupações, embora não muito diverso nem mais numeroso, que compunha os quadros da equipe que realizava atendimentos a doentes e feridos que adentravam a Santa Casa. Havia equipe para o trabalho de enfermagem, com formação geralmente não tão especializada como

---

<sup>51</sup> De acordo com informações de: *Almanack Anuario de S. Carlos – 1928*. São Carlos, EdUFSCar/São Paulo, Imprensa Oficial, 2007.

<sup>52</sup> Informações constantes em: *Almanack Anuario de S. Carlos – 1928*. São Carlos, EdUFSCar, 2007.

<sup>53</sup> Em conformidade ao que foi publicado em: *Correio de São Carlos*, de 1º de dezembro de 1899 e *Correio de São Carlos*, de 4 de janeiro de 1901. Além disso, também se pode observar tais aspectos em: Machado, 2007, p. 282.



mais tarde o município verificaria, alguns outros auxiliares e os próprios médicos, sendo que estes últimos não apenas realizavam diagnósticos, tratamentos e cirurgias, mas também assumiam cargos com caráter diretivo, especialmente técnico, em um regime de trabalho que funcionava a partir de um rodízio entre os profissionais. Segundo consta em dados de jornais da época, esse rodízio tinha ciclo mensal, ou seja, para cada mês geralmente de um a três dos médicos da instituição assumiam a condição de responsáveis pelas atividades e cuidados ministrados aos doentes e feridos, cedendo a função a outro (ou outros) colega(s) no mês seguinte<sup>54</sup>. Isso evidencia aspectos significativos do ponto de vista da organização do trabalho e das relações internas ao grupo médico de São Carlos, que influenciavam o cotidiano da Santa Casa e a divisão de trabalho médico (Freidson, 2009) entre os pares da profissão. Dentre alguns profissionais que atuaram na Santa Casa de Misericórdia nas primeiras décadas do século, têm-se: doutor Rodolpho Gastão Fernandes de Sá, doutor Serafim Vieira de Almeida, doutor Fernando Terra e doutor Procópio Davidoff<sup>55</sup>.

Embora, como visto anteriormente, em princípio relativamente pouco numeroso, com o tempo o contingente médico são-carlense aumentou. Ainda em 1894, já se contabilizava 14 médicos no município – para uma população estimada, em 1891, em 16 mil habitantes (Machado, 2007, p. 279). Dessa forma, acompanhando o próprio desenvolvimento local, nota-se que, entre 1889 e 1930, houve considerável aumento quantitativo desses profissionais no município – em um movimento que, em termos paralelos, acompanhou relativamente tanto o desenvolvimento econômico e urbano da localidade como também o crescimento demográfico da população são-carlense.

Ademais, esse avanço econômico e populacional do município, ao lado do relativo crescimento da demanda por serviços médicos, chega a atingir a própria Santa Casa, o que levou o grupo médico local a almejar criar uma Casa de Saúde (o então chamado Instituto Sancarlense Casa de Saúde)<sup>56</sup>, que assim surgiria na condição de instituição hospitalar privada controlada por médicos da cidade, os quais possuiriam cotas sobre o empreendimento e seus lucros. No entanto, como será analisado mais abaixo, esse desejo da categoria médica local deve ter encontrado restrições ligadas às mudanças nas condições sociais econômicas, políticas e profissionais para a própria

---

<sup>54</sup> De acordo com: *Correio de São Carlos*, de 30 de março de 1900, p. 1.

<sup>55</sup> Em conformidade ao que consta em: *Correio de São Carlos*, de 24 de novembro de 1899, p. 1; *Correio de São Carlos*, de 10 de janeiro de 1900, p. 2; *Correio de São Carlos*, de 30 de março de 1900, p. 1.

<sup>56</sup> *Correio de São Carlos*, 05 de abril de 1913, p. 02; *Correio de São Carlos*, 09 de abril de 1913, p. 02.

categoria médica em razão do declínio da economia cafeeira e da crise política em fins da Primeira República.

Por outro lado, ao se analisar os diversos Livros de Impostos sobre Indústrias e Profissões de São Carlos <sup>57</sup>, que ofereceram registros relativos ao mesmo período histórico de 41 anos, bem como alguns Livros de Impostos sobre Assucar e Café (do mesmo período), certas edições do jornal Correio de São Carlos (entre 1899 e 1914) e alguns atestados de óbito do município no início do século XX, contabilizou-se dados de 45 profissionais<sup>58</sup>, que legalmente exerceram a atividade médica em São Carlos. O que se observa é que, apesar de ser relativamente elevado o número total de profissionais registrados ao longo do período da Primeira República, inclusive se considerada a variação no tamanho da população são-carlense, a distribuição de médicos por ano analisado apresenta certa alteração no tempo, atingindo a marca máxima de 13 profissionais (em 1924), com alguns picos e algumas baixas mais claras, indo de um mínimo de 04 médicos (em 1910) ao número máximo apontado acima, diante de uma população local que, por exemplo, esteve calculada, no ano de 1894, em 16 mil habitantes<sup>59</sup> e, em 1926, na casa dos 17.300 mil habitantes<sup>60</sup>.

As razões do elevado número de registros de profissionais para o conjunto do período (total de 45 médicos, conforme os Livros de Impostos sobre Indústrias e Profissões), combinado com a relativa variação nos totais de registros por ano que, por sua vez, nunca estiveram acima 13 profissionais no total, são difíceis de averiguar com os dados verificados. No entanto, apesar de alguma rotatividade de certo percentual de médicos entre os anos observados, a existência de registros totais mais elevados para o período se explica, pelo menos em parte, graças às possibilidades de mobilidade geográfica, ou migração, gerada pela chegada da estrada de ferro e pela pujança, atratividade, movimentos de altas e baixas da economia local (que oscilou em relativo acordo com os avanços e retrocessos da produção cafeeira), tendo em vista, ainda, o fato de que tais avanços permitiram o desenvolvimento de certa infraestrutura urbana, um

---

<sup>57</sup> Tratar aqui de informações sobre os Livros de Impostos sobre Indústrias e Profissões, relativos aos anos de: 1907; 1907 a 1910; 1910 a 1912; 1913 a 1915; e 1915 a 1918. Todos esses livros foram consultados durante o segundo semestre de 2012.

<sup>58</sup> Ao final deste relatório, segue anexa uma relação de profissionais encontrados nas buscas realizadas junto aos documentos e referências consultados para esta pesquisa. Na análise seguinte dos dados relativos aos Livros de Impostos sobre Indústrias e Profissões, desde 1907, contabilizou-se, na realidade, 45 profissionais da medicina. Os demais médicos foram encontrados em registros anteriores de outras fontes observadas neste trabalho.

<sup>59</sup> Conforme visto anteriormente em: Machado (2007, p. 279).

<sup>60</sup> Dados presentes no *Almanack Anuario de S. Carlos – 1927*. São Carlos, EdUFSCar, 2007.

mercado de trabalho relativamente estruturado e também um mercado de serviços no meio urbano, necessários à permanência de grupos de profissionais liberais, tais quais da medicina.

Além disso, a variação no número de profissionais pode ter se relacionado a outros fatores, como: a) mudança de residência por parte de certos médicos de São Carlos para outros municípios (talvez mesmo por conta de razões pessoais e familiares); b) morte de profissionais ao longo do tempo; c) mudança de município em virtude de variações na dinâmica econômica – de maneira que, nas baixas de rentabilidade do café, alguns profissionais poderiam preferir residir e trabalhar em outra localidade; d) outras situações mais extraordinárias – como a epidemia de gripe espanhola, que foi de grande impacto localmente e no Estado de São Paulo em geral, atingindo com força a população paulista no ano de 1918<sup>61</sup>.

Em realidade, acerca das trajetórias profissionais dos médicos que atuaram na medicina em São Carlos entre 1889 e 1930, pode-se verificar que alguns desses profissionais tiveram percursos mais longos de permanência na localidade, outros uma permanência relativamente intermediária e alguns constituíram apenas uma breve passagem profissional em São Carlos.

Dos médicos que permaneceram por, no mínimo, 08 anos ou mais no município, em geral tiveram não apenas um período mais prolongado de permanência no município, mas, em certos casos que serão tratados na sequência da análise, ocuparam posições profissionais ou políticas de maior destaque, como na Santa Casa de Misericórdia, na Câmara Municipal, na Intendência Municipal e na Prefeitura Municipal de São Carlos. Isso talvez revele certos motivos ou determinados condicionantes sociais que influenciaram essa maior permanência de tais profissionais, os quais, sob tais condições, encontraram razões para se fixarem e permanecerem na localidade. Entre aqueles profissionais com permanência intermediária, isto é, entre 04 e 07 anos de

---

<sup>61</sup> Caberia salientar, inclusive, que o ano de 1918 é um dos momentos no gráfico acima em que se nota uma das maiores baixas no número de médicos em São Carlos, apresentando apenas 06 registros. Enfim, acerca das ausências de registros entre o início de 1919 e o fim de 1921, deve-se sublinhar que podem ser motivadas por um sem número de fatores, que vão desde problemas de preservação dos registros ao longo dos anos, até outros fatores de difícil julgamento ou avaliação. Historicamente, talvez mudanças de governo (ou a própria epidemia de gripe espanhola, anteriormente citada), podem ter tido alguma influência sobre a questão, mas, ao mesmo tempo, é necessário dizer que outros momentos de crise ou mudança da história são-carlense não foram acompanhados de ausências de registros, de tal forma que, dado o fato de que foram poucos os anos sem registros, o que não compromete o conjunto da análise, esta pesquisa considerou o restante dos dados dos Livros de Impostos e demais fontes suficientes para os propósitos do trabalho. Em anexo, segue um quadro com dados dos registros por ano de cada um dos médicos encontrados nos Livros de Impostos sobre Industrias e profissões de São Carlos entre 1907 e 1930.

registros de pagamentos à municipalidade, verifica-se que se referem a profissionais que, aparentemente e conforme os dados investigados, não adquiriram tanta projeção social, política ou mesmo profissional como os outros médicos com maior permanência. Apesar dessa realidade, é difícil dizer se essa menor projeção social explica, nem em que medida explica, ou não, o menor tempo de permanência.

Já os registros mais baixos de permanência para o período de 1907 a 1930, referem-se aos médicos que mantiveram assentamentos de impostos pagos por apenas um intervalo de tempo que variou, no máximo, de 01 a 03 anos. Desses profissionais com poucos anos de permanência, encontrou-se mais informações apenas relativas ao doutor Antonio Xavier Gomes, o qual foi delegado de higiene na passagem do século XIX para o XX e atuou na Santa Casa de Misericórdia de São Carlos. Apesar disso, há que se registrar que os dados encontrados sobre o médico junto ao *Correio de São Carlos*, que representa o tipo mais antigo de fonte analisada nesta pesquisa, somente dão conta do período posterior a 1899, o que não permite observar se antes disso o médico também atuou na localidade, nem por quanto tempo antes isso aconteceu. Quanto aos demais profissionais nesta categoria de tempo de permanência, também não há condições de se avançar analiticamente, a partir dos dados disponíveis, e verificar os condicionantes e motivos que permitam compreender as razões para tal tempo mais restrito de permanência na localidade.

Por sua vez, posteriormente à Revolução de 1930, embora o período que se estende de 1931 até 1945 seja menor do que os 23 anos analisados entre 1907 e 1930, nota-se uma relativa elevação no número total de profissionais, bem como um aumento médio de médicos por ano observado, apesar de, no caso de vários profissionais, o número de anos de permanência seja relativamente baixo. Em comparação ao período anterior a 1930, a partir de 1931 o número médio anual de profissionais da medicina em São Carlos se eleva, sendo que, inclusive, pode-se observar que o número mínimo de profissionais registrados é do ano de 1936 (12 médicos) – ano em que se tem o menor número para o período entre 1931 e 1945. Esse valor é bem superior ao número mínimo registrado entre 1907 e 1930 – período em que, como se viu, registra apenas 04 profissionais no ano de 1910. Da mesma forma, o contingente mais elevado de médicos em um único ano, entre 1931 e 1945, acontece em 1943, com um total de 19 profissionais, ou seja, 08 médicos a mais do que o ano de 1924 – ano com os mais elevados registros entre 1907 e 1930, quando nota-se um total de 13 médicos.

Diante disso, deve-se observar que, ao longo das décadas de 1930 e 1940, a população são-carlense se altera, variando desde, ainda em 1930, de 51.620 mil habitantes (sendo 20.791 mil ou 40% população vivendo na zona urbana), para um total, em 1940, de 48.609 mil habitantes (sendo 25.746 mil ou 53% situada em áreas urbanas) (Devescovi, 1987, p. 77)<sup>62</sup>. Logo, a relação nº de médicos x nº de habitantes, com o tempo, se torna relativamente mais favorável em São Carlos – apesar de um maior acréscimo percentual da população urbana, a qual historicamente sempre se beneficiou mais efetivamente dos serviços médicos no Brasil.

Enfim, as ausências de registros em 1932, 1937, 1939 e 1941, assim como no caso das ausências do subperíodo anterior a 1930, podem ser motivadas por um sem número de fatores, que vão desde problemas de preservação dos registros ao longo dos anos, até outros fatores de difícil julgamento ou avaliação. Do ponto de vista histórico, o ano de 1932 foi marcado, em parte, pelas consequências da Crise da Bolsa de Valores de Nova Iorque de 1929 e pela conhecida Revolução Constitucionalista de 1932. Já o ano de 1937 ficou marcado no Brasil pela instauração da ditadura do Estado Novo. Os anos 1939 e 1940, por sua vez, ficaram registrados na história mundial pela Segunda Guerra Mundial. Tais fatores históricos de ordem geral podem ter interferido nas variações no número de médicos em São Carlos, mas dificilmente se poderia, com isso, justificar, em termos absolutos ou de modo mais seguro, a ausência de registros sobre médicos, mesmo porque existiram outros momentos de mudança ou crise política e crise econômica que emergiram no pós-1930, mas que não implicaram motivos suficientes para a ausência de outros registros em outros anos pesquisados.

Com efeito, acerca das trajetórias profissionais dos 51 profissionais que atuaram na Medicina em São Carlos entre 1930 e 1945, e considerando informações reunidas desde a análise de dados de Livros de Impostos sobre Indústrias e Profissões relativos ao mesmo período, pode-se verificar que, em termos de seu surgimento no município e de sua permanência na localidade, nota-se que, dentre os profissionais com os mais elevados números de registros de permanência, têm-se oito profissionais com algo entre 07 a 10 anos acumulados. Outros profissionais tiveram um período de permanência em São Carlos que se poderia dizer intermediário, variando entre 04 e 06 anos, somaram 10

---

<sup>62</sup> Para Regina C Balieiro Devescovi (1987, p.71-72), de 1920 até 1940, a população urbana de São Carlos cresceu em 67,1% e a rural sofreu uma queda de 41,1%, de tal maneira que a queda da população total do município, no mesmo intervalo de tempo de 20 anos, de 54.225 mil habitantes (em 1920) para 48.609 mil habitantes (em 1940), ou seja, uma diminuição de 10,35%, explica-se fundamentalmente pelo esvaziamento do campo.

médicos. Por outro lado, foram vários os profissionais com poucos anos de permanência na localidade, em um intervalo de tempo máximo que variou entre 01 e 03 anos.

No entanto, cabe enfatizar que, alguns desses profissionais, assim como outros citados acima, talvez tenham tido trajetórias mais longa, mas que se estenderam para anos posteriores a 1945, pois seus registros aparecem na análise apenas a partir da segunda parte do período pesquisado, sendo que alguns registros aparecem bem no final do período. É provável que outros registros de alguns desses médicos sejam encontrados para o período posterior a 1945. Dentre esses profissionais com, no máximo 03 anos de permanência, encontrou-se registros de 30 médicos que atuaram na localidade. De qualquer maneira, essas trajetórias profissionais mais curtas talvez se expliquem, para além de razões pessoais ou muito particulares de cada médico específico, por certos limites que o próprio mercado médico local, bem como a estratificação social mais ampla de São Carlos, ofereciam para o crescimento do contingente médico ou a permanência de colegas na localidade.

Levando-se em conta o conjunto de anos que se conta desde 1907 a 1945, pode-se observar que alguns profissionais atravessam o marco de 1930 que separa os dois subperíodos e desenvolveram carreiras que se aproximam de 20 anos de transcurso. Foram os casos dos doutores Serafim Vieira de Almeida, Wamberto Dias da Costa e Alderico Vieira Perdigão. Com efeito, analisando, ao mesmo tempo, os dados de suas trajetórias com os demais elementos sobre esses profissionais e sua participação nas instituições de saúde locais e na política em geral do município, provavelmente estes representassem, pelas suas trajetórias profissionais e políticas, lideranças importantes da elite médica são-carlense, bem como da elite intelectual e política mais abrangente do município.

Mas da perspectiva de suas características sociais e profissionais gerais, entre o final do século XIX e as primeiras décadas do século seguinte, o grupo médico do município compunha-se de profissionais que – ao que se conclui das informações existentes sobre a formação acadêmica e a origem familiar de alguns colegas de profissão –, eles mantinham, muito comumente, ascendência familiar entre grupos socioeconômicos superiores – fossem de regiões mais próximas ou mais distantes de São Carlos. Talvez mesmo pela inexistência, à época, de cursos de medicina no Estado de São Paulo – criado pela primeira vez na USP apenas em 1913 –, todos os primeiros médicos são-carlenses graduaram-se nas históricas faculdades médicas do Rio de Janeiro e da Bahia, sendo que era comum que eles viessem de localidades distantes

do município de destino. Como aponta o estudo de Maria Lucia Mott *et. al.* (2008, p. 859), entre 1892 e 1912 (ano anterior ao da criação do primeiro curso de medicina em São Paulo) todos os profissionais formados no país que efetuaram registros oficiais junto ao Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional do Estado de São Paulo eram formados ou pela Faculdade de Medicina da Bahia ou pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Mesmo entre 1913 e 1932, a maior parte dos profissionais com registros no Serviço de Fiscalização ainda eram formados pelas duas históricas faculdades médicas.

Neste sentido, encontraram-se dados de um médico de São Carlos que adquiriu relevo político por ter sido vereador e presidente da Câmara Municipal, o qual era originário da cidade de Fortaleza (CE) e que realizou especialização no exterior: trata-se do doutor Alderico Vieira Perdigão, o qual constituiu família e descendentes no município e que chegou a atuar como médico da Companhia Paulista de Estradas de Ferro, integrando, assim, o sistema previdenciário brasileiro emergente em 1923 com a lei Eloy Chaves, e expandido durante a Era Vargas<sup>63</sup>. De acordo com informações obtidas em entrevista para esta pesquisa sobre a medicina em São Carlos, com um dos médicos entrevistados, assim como outros profissionais locais, o doutor Perdigão formou-se pela Faculdade de Medicina da Bahia<sup>64</sup>. Outros médicos locais daquela época, que vieram de outras localidades, foram os doutores: Agnelo Leite<sup>65</sup>, Antonio Rodrigues Cajado<sup>66</sup>, Wamberto Costa e Zacarias Fernandes Vinhas<sup>67</sup>, os quais eram originários do estado da Bahia – a mesma unidade política federada onde também realizaram sua formação profissional. Por sua vez, os doutores João Candido Lima<sup>68</sup>,

---

<sup>63</sup> O doutor Alderico Vieira Perdigão também foi sócio, fundador e professor da Escola Superior de Educação Física de São Carlos. Sobre dados biográficos do mesmo, consultar: Prefeitura Municipal de São Carlos-Estação Cultura/Fundação Pró-Memória de São Carlos. *Galeria dos Prefeitos*: sala Antonio Massei. São Carlos, 2ª edição (revista e ampliada), 2012. Também se encontraram registros do profissional em: *Almanack de S. Carlos –1927*. São Carlos, EdUFSCar/São Paulo, Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2007.

<sup>64</sup> Entrevista concedida a esta pesquisa pelo Médico 01, profissional de São Carlos, entre 70 e 75 anos de idade.

<sup>65</sup> De acordo com: Leite, Agnelo. *Considerações sobre o tratamento de carie dentária. Proposições*: três sobre cada uma das cadeiras do curso de Ciências Medico-cirúrgicas. Salvador/BA, Faculdade de Medicina e de Pharmacia da Bahia (Tese de Doutorado), 1900.

<sup>66</sup> Conforme: Cajado, Antonio Rodrigues. *Asphyxia dos recém-nascidos*. Salvador (BA), Typographia de J. G. Tourinho. Faculdade da Bahia (Tese de Doutorado), 1869.

<sup>67</sup> Como se pode verificar em: Vinhas, Zacarias Fernandes. *Qual o efeito da medicação ferruginosa sobre o sangue?* Salvador (BA), Lyto-Typographia Miranda. Faculdade de Medicina da Bahia (Tese de Doutorado em Medicina), 1883.

<sup>68</sup> Segundo ao que consta em: Lima, João Candido. *Tumores fibrosos do útero*. Salvador (BA), Typographia dos Dous Mundos. Faculdade de Medicina da Bahia (Tese de Doutorado em Medicina), 1883.

Francisco Hora de Magalhães<sup>69</sup> e Serafim Vieira de Almeida<sup>70</sup>, nasceram no estado de Sergipe, mas igualmente acabaram trabalhando no município de São Carlos. Todos estes profissionais tiveram formação pela mesma Faculdade de Medicina da Bahia. Além destes, outros médicos que se formaram na Bahia foram os doutores Nery Gonçalves e Carlos Freitas— este, inclusive, chegou a ser interno da clínica psiquiátrica e de moléstias nervosas da mesma instituição em que realizou sua formação profissional<sup>71</sup>. Já os doutores Antonio Pereira Manhães e Astor de Andrade formaram-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro<sup>72</sup>. Além destes, ainda houve o doutor Rodolpho Gastão Fernandes de Sá, o qual, além de profissional da medicina, foi vereador, intendente e prefeito no município de São Carlos. O doutor Gastão de Sá era originário do Estado do Pará (Abreu, 2000, p. 100) e igualmente se formou pela

---

<sup>69</sup> Segundo informações da seguinte tese de doutoramento: Magalhães, Francisco Hora de. *Da curabilidade da cirrose hepática*. Typographia e encadernação do “Diário da Bahia”. Faculdade de Medicina e de Pharmacia da Bahia (Tese de Doutorado), 1894. Outras informações foram obtidas em: *DICIONÁRIO BIO-BIBLIOGRÁFICO SERGIPANO DE ARMINDO GUARANÁ* [Disponível e consultado na internet para esta pesquisa em 20 de outubro de 2013, no seguinte endereço eletrônico: <http://www.unit.br/memorial/arquivos/dicarmindo.pdf>]. Também obtivemos dados em outro dicionário biográfico de médicos de Sergipe (Santana, Dias & Gomes, 2009, p. 93). Conforme informações deste dicionário biográfico e do outro dicionário biobibliográfico, além de outros dados de Livros de Impostos sobre Assucar e Café de São Carlos, acredita-se, em realidade, que o doutor Francisco Hora de Magalhães trabalhou como médico na cidade de São Paulo, mas manteve, pelo menos durante certo tempo, propriedade rural no município, o que pode ter implicado a existência de conexões deste profissional com outros colegas de São Carlos. Não é possível se afirmar que o profissional também realizou atendimentos médicos na localidade, pois nem nas fontes do Correio de São Carlos, nem nos Almanques locais, nas fontes bibliográfica ou nos Livros de Impostos sobre Industrias e Profissões, verificou-se qualquer ocorrência de dados que indicassem tal realidade. Com efeito, quanto aos Livros de Impostos sobre Industrias e Profissões, os registros encontrados datam de apenas depois de 1907, sendo que o médico já havia falecido no ano de 1900, aos 36 anos de idade. Caso semelhante refere-se às informações obtidas sobre o doutor Caetano Duarte Nunes, o qual, ao que se apurou, provavelmente também deve ter atuado profissionalmente na cidade de São Paulo, mas que, atualmente, dá nome a uma rua que atravessa os bairros de Vila Prado, Bela Vista e Boa Vista, localizados no município de São Carlos. Nas referências bibliográficas e nos demais registros analisados, não se encontraram informações que confirmassem a atuação profissional e atendimentos médicos do médico em São Carlos. Considerando esta homenagem ao doutor Caetano Duarte Nunes, além de informações sobre o fato de que, na passagem do século XIX ao século XX, o mesmo possuiu propriedade rural em São Carlos, acredita-se que o doutor Duarte Nunes manteve relações próximas com segmentos sociais e médicos são-carlenses. Tanto o doutor Francisco Hora de Magalhães como o doutor Caetano Duarte Nunes foram contemporâneos do doutor Carlos Botelho, sendo que os três profissionais integraram e foram dirigentes da então Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. O doutor Carlos Botelho era membro da família do Conde do Pinhal, possuidora de fazendas em São Carlos e considerada fundadora do município.

<sup>70</sup> Sobre o doutor Serafim Vieira de Almeida, podem-se consultar dados a seu respeito em: Almeida, Serafim Vieira de. *Responsabilidade Médica. Proposições*: três sobre cada uma das cadeiras da Faculdade. Salvador (BA), Typographia dos Dois Mundos. Faculdade de Medicina da Bahia (Tese de Doutorado em Medicina), 1888.

<sup>71</sup> Sobre dados a respeito do doutor Carlos Freitas, consultar: Freitas, Carlos. *Qual o tratamento que mais aproveita na cura de aneurysmas?* Salvador (BA). Faculdade de Medicina da Bahia (tese de Doutorado), 1886.

<sup>72</sup> Como se observa em anúncios médicos locais junto ao: *Almanack de S. Carlos – 1927*. São Carlos, EdUFSCar/São Paulo, Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2007.



Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro<sup>73</sup>. Situação idêntica ao do doutor Joaquim Rodrigues Siqueira, que era oriundo de abastada família do interior do Estado do Rio de Janeiro e foi delegado de hygiene em São Carlos, além de ter se formado pela faculdade de medicina de seu estado natal. Ademais, o doutor Domingos de Luca era formado pela Universidade de Nápoles, mas habilitado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro<sup>74</sup>.

Dentre os profissionais citados, como era o costume entre os grupos superiores e de elite do país, houve quem desenvolvesse trajetória de formação universitária e profissional em faculdades e instituições de saúde europeias – que eram referência para o mundo inteiro –, depois do que retornavam ao país e iniciavam suas atividades em território nacional, onde efetivamente constituíam suas famílias e histórias profissionais<sup>75</sup>. Desse modo, o próprio doutor Serafim Vieira de Almeida, por exemplo, realizou cursos e frequentou clínicas e hospitais em Paris<sup>76</sup>. Aliás, os dados biográficos encontrados deste profissional revelam alguns significativos aspectos referentes à origem social de talvez boa parte dos médicos que atuaram em São Carlos naquele tempo – uma origem ligada a grupos sociais superiores ou de elite. Em sua tese de doutorado em medicina, defendida na Faculdade de Medicina da Bahia, o doutor Serafim Vieira agradece, entre outros ilustres parentes e amigos, o seu padrinho – o coronel José de Faro Rolemberg – e aos também parentes – os doutores Gonçalo de

---

<sup>73</sup> Consoante ao que se lê em: *Almanack Annuario de São Carlos – 1928*. São Carlos, EdUFSCar/Imprensa Oficial, 2007.

<sup>74</sup> Assim como se lê em: *Almanack Annuario de S. Carlos – 1928*. São Carlos, EdUFSCar/São Paulo, Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2007.

<sup>75</sup> Em realidade, o surgimento de escolas médicas no país somente se viabilizou efetivamente com a transferência da Corte portuguesa para o Brasil no início do século XIX, no ano de 1808, quando, de imediato são criadas as escolas ou faculdades de medicina, as já citadas faculdades carioca e baiana. Até este marco histórico, e mesmo por considerável tempo posterior, houve escassez de médicos nacionais, com notável influência de estrangeiros no setor. O mais comum era a existência de físicos e cirurgiões formados em instituições universitárias ibéricas, como as de Coimbra e Salamanca, ou francesas, tais quais as de Paris e Montpellier – onde, inclusive os primeiros médicos de origem luso-brasileira começaram a se diplomar (Salles, 1997, pp. 12-13).

<sup>76</sup> Quanto a este aspecto relativo à formação profissional de médicos que trabalharam em São Carlos, e considerando o contexto, à época, de existência de práticas de cura alternativas à medicina alopática, ainda se poderia citar a trajetória do doutor Hygino L. de Moraes, que era homeopatia e que era habilitado por título recebido do governo federal e diplomado graças à tese defendida na International University. Como se tratava de uma formação obtida no exterior, o profissional conseguiu atuar profissionalmente em virtude de autorização relativa ao Decreto 8.659, de 05 de abril de 1911, consultado no site, existente na internet, ligado à Câmara dos Deputados, em 14 de julho de 2013, no seguinte endereço eletrônico: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-8659-5-abril-1911-517247-publicacaooriginal-1-pe.html>. Pelos dados apurados, em 1914 este médico já contava com 12 anos de efetivo exercício profissional.

Faro Rolemberg e José Corrêa de Mello Bittercourt –, além de agradecer a seu tio (o qual considerava seu tutor), o senador Barão da Estância<sup>77</sup>.

Mas além da formação profissional e da origem familiar serem de fora do município, constatou-se ademais a existência de conexões entre profissionais de São Carlos e outros profissionais e instituições médicas de outras localidades paulistas e de diferentes unidades políticas estaduais do país. Foi o caso, por exemplo, dos doutores Francisco Hora de Magalhães, Caetano Duarte Nunes, Marco Tulio de Carvalho e Carlos Botelho<sup>78</sup>, que foram membros, apresentaram trabalhos de natureza acadêmica em sessões da entidade e chegaram a participar da direção da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo – SMCSP.

Além disso, mesmo que de fora da entidade, alguns profissionais que atuaram em São Carlos também participaram de algumas importantes discussões em relação às quais a SMCSP foi chamada a dar seu parecer, como foi o caso, no período analisado, da questão de medicina legal relacionada a um crime ocorrido em Araraquara (uma cidade vizinha a São Carlos) e que mobilizou depoimentos de um profissional radicado neste município, ou seja, o doutor Francisco de Paula Novaes. Este havia oferecido seus serviços profissionais a um homem então acusado de ter participado de um linchamento em Araraquara<sup>79</sup>. Segundo parecer de perícia médica do doutor Paula Novaes, o acusado não estaria em condições adequadas de saúde para que pudesse ter efetivamente

---

<sup>77</sup> Conforme dados encontrados em: Almeida, Serafim Vieira de. *Responsabilidade Médica. Proposições*: três sobre cada uma das cadeiras da Faculdade. Salvador (BA), Typographia dos Dois Mundos. Faculdade de Medicina da Bahia (Tese de Doutorado em Medicina), 1888.

<sup>78</sup> O doutor Carlos José Botelho nasceu em Piracicaba (SP), em 14 de maio de 1855. Era primogênito do coronel Antonio Carlos de Arruda Botelho, Conde de Pinhal, e Francisca Teodora de Arruda Botelho. Cresceu na fazenda de sua família e realizou seus estudos básicos na sua cidade natal e em Itu. Cursou medicina na Faculdade Nacional de Medicina, no Rio de Janeiro e em Montpelier e Paris, na França, onde doutorou-se em 1878. Especialização em cirurgia geral e urologia. Após revalidar o diploma de médico, iniciou suas atividades na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, onde foi seu primeiro diretor clínico. Foi um dos fundadores da Policlínica de São Paulo e da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, entidade em que apresentou trabalhos e em que se tornou o seu segundo presidente da entidade entre 1896-1897. Carlos Botelho foi ainda secretário da pasta de Agricultura do governo paulista de Jorge Tibiriça (1904-1908). Faleceu em 20 de março de 1947 em sua fazenda em São Carlos (Conforme consulta no site da Academia de Medicina de São Paulo, em 27 de maio de 2013, no seguinte endereço eletrônico: <http://www.academiamedicinasaopaulo.org.br/biografias/31/BIOGRAFIA-CARLOS-JOSE-BOTELHO.pdf>).

<sup>79</sup> Trata-se do caso de linchamento, havido em 1897, que envolveu duas facções políticas inimigas do município de Araraquara (SP), e que se conectou a uma rede de relações entre os poderes local, estadual e federal no contexto do sistema político coronelista daquela época. O episódio ficou conhecido como “linchamento dos Brito”, pois culminou com o assassinato (reconhecido como linchamento) de Rosendo de Sousa Brito e seu tio, então presos na cadeia local pela acusação de assassinato, em uma briga de rua, do “coronel” Antonio Joaquim de Carvalho – à época, presidente do diretório local do Partido Republicano Paulista (PRP). Para uma boa análise sobre este crime e o sistema político coronelista brasileiro, consultar: Telarolli, Rodolpho. *Britos: república de sangue*. Araraquara, Edições Macunaíma, 1997.

participado do crime<sup>80</sup>. Tal debate mobilizou a entidade e alguns de seus membros, o que revelou mais uma faceta das relações profissionais de médicos de São Carlos com profissionais de outras regiões do estado de São Paulo e do país.

Aliás, este episódio criminal igualmente revela certos termos que conectavam o ambiente médico local e do Estado de São Paulo com a dinâmica político-partidária paulista e nacional, pois, como analisa Telarolli (1997), a “Questão de médico-legal”, como ficou conhecida, envolveu médicos de São Carlos, de Araraquara e, em sentido mais geral, do Estado de São Paulo, assim como facções políticas locais, estadual e nacional que, de maneira polarizada, foram representadas, no andamento do caso, por um lado, aqueles que se aproximavam da defesa da vítima e, por outro lado, aqueles que se posicionaram ao lado dos acusados. Essa situação expressou o modo como se dinamizava o jogo político coronelista da Primeira República.

Outra modalidade das conexões de médicos são-carlenses com profissionais de outras localidades foi a publicação de um discurso de um médico que atuava em São Carlos e que saiu nas páginas do então periódico da SMCSP, o Boletim da Sociedade – já no início dos anos 1920. Trata-se do discurso do doutor Deolindo Galvão, o qual assim homenageava o recém-falecido doutor Arnaldo Vieira de Carvalho, médico de renome em São Paulo devido a suas contribuições à categoria e à área de saúde no Estado de São Paulo – principalmente graças à sua participação no processo de fundação da Faculdade de Medicina da USP, ainda na década de 1910<sup>81</sup>.

Ao lado desses profissionais que tiveram ativa participação nos trabalhos e na direção da SMCSP, houve outras modalidades de relacionamento entre profissionais de São Carlos e a entidade: foi o caso do doutor Philippe Nery Gonçalves, o qual se solidarizou publicamente com a entidade em sua defesa dos interesses da categoria na polêmica questão dos honorários médicos não pagos por pacientes – candente no término do século XIX e início do seguinte – e que levou os médicos de São Paulo a solicitarem, junto às autoridades públicas, a criação de uma comissão especial de

---

<sup>80</sup> Conforme significativos desdobramentos do caso, presentes nas seguintes edições do *Boletim Sociedade da SMCSP*, como fruto de discussões em diferentes sessões e reuniões realizadas pela entidade, as quais foram então publicadas em seu periódico naquela época: a) *Boletim Sociedade* (1897); b) Almeida *et. al.* (1897); c) Rezende (1897); d) Carvalho (1897); e) Veiga (1897); f) Magalhães (1897) g) Rezende (1897); h) Val (1897); i) Andrade (1897); j) Vasconcelos (1897); k) Brandão (1897).

<sup>81</sup> Discurso publicado em: Galvão, Deolindo. “Discurso pronunciado na Academia Paulista de Medicina pelo Dr. Deolindo Galvão”. In: BOLETIM DA SOCIEDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DE SÃO PAULO, vol. I, São Paulo, *Academia de Medicina de São Paulo*, pp. 73-75, 1921.

profissionais da categoria para acompanhar o andamento desses casos no âmbito do Judiciário<sup>82</sup>.

Todas essas conexões profissionais expressas junto à SMCSP relacionavam-se ao fato desta entidade ser a mais importante instituição associativa da medicina paulista, a qual fora criada ainda em 1895 e que possuía muito prestígio social, tanto na capital como no interior do Estado de São Paulo<sup>83</sup>. No início de sua trajetória institucional, a entidade manteve em seus quadros colegas de profissão que tiveram passagens em suas vidas profissionais em municípios do interior do Estado de São Paulo. Os mencionados médicos de São Carlos exemplificam tal realidade existente na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Apenas com o surgimento da Associação Paulista de Medicina – APM, tal condição de principal entidade médica paulista da SMCSP começa a mudar. Com o tempo, a APM evoluiu para essa condição – algo modificado relativamente apenas em 1956 com a criação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP. Esta entidade, desde então, é a instituição médica que mais concentra poderes de definição e legitimação de atos médicos em todo o Estado de São Paulo.

Por outro lado, além dessas modalidades de conexões profissionais entre colegas de São Carlos e de outras cidades e regiões do Estado de São Paulo, ou de outros Estados do país, pode-se igualmente mencionar a trajetória do doutor Serafim Vieira de Almeida. Em 1905, este profissional trabalhou como médico-inspetor nos serviços de imigração em Santos/SP – na condição de servidor público comissionado pelo governo paulista; além disso, o médico manteve certa proximidade com colegas mineiros participando do VII Congresso Médico de Belo Horizonte<sup>84</sup> e também foi organizador do VI Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, em São Paulo, sendo nomeado para

---

<sup>82</sup> De acordo com informações extraídas de: SOCIEDADE DE MEDICINA DE SÃO PAULO. “Classe médica”. In: *Excerpta de BOLETIM de Sociedade de Medicina de São Paulo*. São Paulo, Academia de Medicina de São Paulo/Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, vol. I e II, pp.27-28, 1895-1896.

<sup>83</sup> Dentre os profissionais da medicina de São Carlos que apresentaram trabalhos ou que participaram da própria direção da SMCSP, podem-se mencionar, além do já tratado doutor Carlos Botelho, o caso do doutor Caetano Duarte Nunes, o qual, entre 1900-1901, foi bibliotecário da instituição e, entre 1906 e 1907, foi o 2º secretário da entidade; já, entre 1907-1908, o doutor Duarte Nunes foi seu 1º secretário; outro médico que participou da direção da SMCSP como seu 2º secretário, foi o doutor Francisco Hora de Magalhães, entre os anos de 1896-1897 (Puech, 1921; Teixeira, 2007). Com efeito, dentre os trabalhos apresentados pelos profissionais assinalados acima, em sessões da entidade entre 1895 e 1920, os quais foram publicados no *Boletim da Sociedade* e na *Revista Medica*, duas publicações que foram produzidas ao longo do período pela entidade, podem-se citar alguns trabalhos sobre casos clínicos e cuidados médicos e cirúrgicos necessários para enfermidades relacionadas ao sistema urinário, a casos de apendicite, febre amarela, peste bubônica, estreptococo, pleurites e tuberculose (Puech, 1921, pp. 39-125). Dentre os trabalhos apresentados, podem-se destacar os seguintes: a) Botelho (1895; 1897; 1898); d) Mendonça; Magalhães; Valladão; Zuquim (1896); c) Magalhães (1896ab); g) Nunes (1899; 1900).

<sup>84</sup> Segundo publicado em: *Almanack Anuario de S. Carlos – 1928*. São Carlos, EdUFSCar, 2007.

secretário da seção de Oftalmologia. Escreveu monografias sobre moléstias de olhos e tracoma, sendo encarregado do cargo de chefe da 1ª. Comissão de Combate ao Tracoma, estabelecida em São Carlos entre 1906-1908, e que iniciou suas atividades com a presença do doutor Emílio Ribas, médico de renome que foi diretor do Serviço Sanitário do governo do Estado de São Paulo até o final dos anos 1910. Ademais, o doutor Serafim Vieira publicou uma coletânea de poesias e um dicionário de termos técnicos de medicina<sup>85</sup>.

Em verdade, seja por conta de sua posição de expoentes da elite intelectual local ou pela condição de lideranças políticas com destaque no município, por vezes os médicos eram solicitados para contribuírem no esclarecimento de assuntos diversos ou participarem de eventos sociais que, em certas circunstâncias, extrapolavam a jurisdição de seu campo de saber e especialidade. Neste sentido, entre os registros consultados, consta que o doutor Rodolpho Gastão Fernandes de Sá teve participação e presença no comentado Club Concordia, tendo inclusive presidido assembleias gerais da entidade<sup>86</sup>. A análise dos dados ainda revelou que o mesmo doutor Gastão de Sá também foi solicitado para presidir uma das reuniões de assembleia geral da Companhia Industrial São Carlos, evidenciando outros vínculos sociais – que não estritamente de natureza técnico-profissional – de médicos locais com outros grupos de elite do município (no caso, com setores industriais). Este dado também demonstra o considerável prestígio social no município de um dos mais conhecidos representantes da profissão médica são-carlense<sup>87</sup>.

Quanto a outras características profissionais e técnicas da medicina local, pode-se notar que vários transitavam principalmente entre atividades de clínica e cirurgia geral e atividades em obstetrícia, o que talvez se explique pelo fato dessas atividades permitirem o atendimento da maior parte das demandas dos pacientes que possivelmente os procurassem, bem como em razão do ainda não tão segmentado e especializado conhecimento médico daquele tempo. Entre as especialidades médicas encontradas junto aos profissionais pesquisados, poderíamos destacar alguns exemplos de atividades que talvez revelem características daquela época e dos conhecimentos

---

<sup>85</sup> Informações obtidas no *Portal k3*, em consulta a respectiva página da internet, no dia 14 de novembro de 2013: <http://www.portalk3.com.br/Artigo/personagens/serafim-vieira-de-almeida>. Trata-se de reportagem sobre a biografia do doutor Serafim Vieira de Almeida produzida por Eloiza Strachinini, cujo título é: “Serafim Vieira de Almeida: médico, filantropo e esquerdista, ele foi muito ativo no cenário são-carlense, assumindo posições políticas”.

<sup>86</sup> Uma dessas reuniões em assembleia geral presidida pelo doutor Gastão de Sá encontra-se publicada no diário *Correio de São Carlos*, de 05 de fevereiro de 1914, p. 2.

<sup>87</sup> Informações a respeito constantes em: *Correio de São Carlos*, de 03 de setembro de 1912, p. 2.

então vigentes, tais como: o cuidado com vias urinárias e moléstias de senhoras e crianças – que era a especialidade divulgada, por exemplo, pelo doutor Serafim Vieira de Almeida; ou ainda, as atividades do doutor Alderico Vieira Perdigão – médico especialista em raios ultravioletas e cyto-urethroscopia; ademais, constatou-se também o trabalho do doutor Moretz Sohn, especialista em partos, moléstias da pele e sífilis<sup>88</sup>.

Na atualidade, tais áreas não costumam compor os mesmos conjuntos de conhecimentos reunidos e inseridos nas especialidades contemporâneas – o que evidencia alterações significativas nos conhecimentos profissionais da ciência médica desde aquela época. Ademais, dado o fato de que o processo de especialização médica ainda não havia avançado como posteriormente na história da medicina, alguns médicos atuavam quase como profissionais polivalentes. É o caso do doutor J. Dias Ferraz, o qual era clínico, operador e parteiro e atendia os mais diversos casos de enfermidades e doentes, tais como: doenças de olhos, pele, coração, estômago, intestino, vias urinárias e nervosas. O profissional ainda ministrava tratamentos para sífilis, atendia mulheres, realizava partos e tratava crianças<sup>89</sup>.

Traço igualmente relevante depreende-se da verificação dos vários endereços desses médicos. Era bastante comum o profissional atender e residir em um mesmo imóvel, como evidenciam os anúncios de alguns profissionais ao longo da Primeira República, como são os casos dos seguintes médicos: doutor João Candido Lima, doutor Eurico de Souza Pereira, doutor J. Dias Ferraz, doutor Marco Tulio de Carvalho e o doutor Cornelio Viotti<sup>90</sup>. Por outro lado, os registros e documentos analisados também apontam para uma presença claramente urbana do grupo médico, que, inclusive, apresentava poucos profissionais com propriedades rurais em São Carlos – é o que se percebe em pesquisa nos Livros de Impostos sobre Assucar e Café<sup>91</sup>, que indicavam os impostos cobrados aos proprietários de fazendas existentes nos limites político-administrativos do município. Logo, diante dessas informações, conclui-se que, em termos de sua inserção na estratificação social local, considerável parcela do grupo médico de São Carlos localizava-se dentre os setores sociais médios e de elite do

---

<sup>88</sup> Como se pode ler em: *Correio de São Carlos*, de 17 de agosto de 1900, p. 2.

<sup>89</sup> De acordo com: *Correio de São Carlos*, 19 de junho de 1913, p. 01.

<sup>90</sup> Podem-se indicar informações que dão conta dessa situação como, por exemplo, as que constam nas seguintes edições do diário local seguinte: *Correio de São Carlos*, de 28 de maio de 1913, pp. 1-2; *Correio de São Carlos*, de 19 de junho de 1913, p. 1; e *Correio de São Carlos*, de 30 de janeiro de 1914.

<sup>91</sup> *Livros de Impostos sobre Assucar e Café* relativos aos registros de: 1894 e de 1907 a 1927, consultados no segundo semestre do ano de 2012 e no primeiro e segundo semestres do ano 2013 junto aos anteriormente indicados arquivos da Fundação Pró-Memória da Prefeitura do Município de São Carlos.

município, integrando-se ao mercado de trabalho urbano local a partir de suas atividades profissionais no campo da medicina.

Ademais, quanto ao fato da presença médica ser essencialmente urbana, como consta em Ary Pinto das Neves (1997), nas fazendas o atendimento de saúde raramente era realizado por médico de fato, sendo mais frequente o uso de outros recursos de mais fácil acesso:

“Costumavam os fazendeiros manter farmácia apetrechada dos principais medicamentos e sempre havia conhecedores dos predicados da grande farmácia de Deus, que era a floresta, com sua provida flora medicinal. (...) E era abundante a variedade de chás de ervas do mato e do campo, que atendiam às mil e uma mazelas humanas (...)” (Neves, 1997, p. 41).

Dessa forma, desde cedo a presença médica no município caracterizou-se por ser essencialmente urbana, mesmo porque as principais instituições médicas, sanitárias ou de saúde em geral, já se concentraram nas regiões citadinas de São Carlos. Neste sentido, podem-se mencionar não somente a Santa Casa de Misericórdia – principal instituição de exercício da medicina e referência dos profissionais existentes na localidade –, mas também o cotidiano de trabalho do delegado de hygiene (inicialmente) ou delegado de saúde (*a posteriori*), que também atuava, basicamente, na área urbana. Além das vacinações relativas a algumas doenças, as quais, ora eram realizadas nas instalações da própria Delegacia de Hygiene (ou de Saúde), ora nas residências e domicílios visitados pelo delegado em suas inspeções de policiamento sanitário, este ainda emitia licenças e visitava boa parte dos açougues e outros estabelecimentos comerciais, bem como os quintais de moradores das principais ruas integrantes da cidade, a fim de conferir as condições sanitárias existentes, demandar algumas medidas para corrigir irregularidades encontradas e indicar cuidados aos indivíduos atendidos e suas famílias<sup>92</sup>. Posteriormente, o município de São Carlos verificou a chegada dos ventos reformadores impulsionado por Paula Souza nos serviços sanitários paulistas a partir de 1925. Ao final dos anos 1920, já se encontrava em São Carlos um novo Centro de Saúde<sup>93</sup> – estrutura polivalente que, ao invés de prestar serviços de saúde mais especializados (por doenças determinadas), prestava

---

<sup>92</sup> Conforme dados coligidos em *Correio de São Carlos*, de 29 de novembro de 1899, p. 2; de 27 de dezembro de 1899, p. 1; de 11 de maio de 1900, p. 7; e de 10 de janeiro de 1912.

<sup>93</sup> Conforme informações em: Machado (2007, p. 284).

serviços de caráter universal, tanto os preventivos (como a educação sanitária) quanto as chamadas ações de caráter curativo.

Este mesmo trabalho do delegado de saúde não se realizava, efetivamente, nas fazendas e sítios das áreas rurais – realidade que, talvez pelas mesmas razões, atingia igualmente o trabalho de clínicos e cirurgiões. Isso se dava não somente porque durante boa parte da Primeira República existiram formas alternativas de cura que dividiam espaço com o conhecimento médico oficial (Chalhoub, 2003; Pereira Neto, 2001), ou porque tais práticas alternativas eram muito comuns nas zonas rurais, mas também por pressão dos grandes proprietários de terras, que não desejavam uma maior intervenção externa em seus domínios, nem dificuldades com o poder público (Castro Santos, 2004). Além disso, especialmente no início da Primeira República houve considerável inclinação ideológica de importantes segmentos sociais e políticos favoráveis aos ideais de autonomia municipal e de garantia das liberdades individuais frente ao poder público, os quais, já existentes desde o final do Império, haviam desembocado na construção da República brasileira. As pressões geradas por tais segmentos sociopolíticos restringiam o espaço de ação dos médicos e do Estado no campo da saúde pública (Telarolli Junior, 1996). Nesse jogo de forças, embora houvesse certos grupos políticos e significativos segmentos médicos sanitaristas dedicados ao desenvolvimento da saúde pública estadual, os serviços sanitários paulistas experimentaram fases alternadas de avanços e reveses em seus melhoramentos rumo ao interior e às zonas rurais de São Paulo (Castro Santos, 2004). Ademais, o princípio da República ainda trazia consigo certa influência da chamada medicina social do século XIX, que tomava:

“(...) o meio urbano como potencialmente perigoso, pelo contato fácil entre sãos e doentes, ricos e pobres, e pela contaminação do solo, ar e água favorecida pela aglomeração humana e pelos resíduos industriais. A medicina social contrapunha ao caos urbano o ideal de simplicidade da vida no campo, onde eram mais favoráveis as condições sociais e do meio ambiente” (Telarolli Junior, 1996, p. 215).

Mas afora o trabalho de saúde pública do delegado de saúde, em sua grande maioria os médicos de São Carlos atuavam, de fato, na clínica privada, alternando entre: atendimentos realizados em seus consultórios e clínicas particulares<sup>94</sup> (que por diversas

---

<sup>94</sup> É o caso da clínica do Dr. Moretz Sohn, como se pode notar em alguns atestados de óbitos encontrados nos arquivos da Fundação Pró-Memória de São Carlos, assinados pelo médico durante o ano de 1900, nos



vezes, ao que parece, situavam-se geralmente nas residências dos próprios profissionais<sup>95</sup>); atendimentos em domicílio; e trabalhos realizados junto à Santa Casa de Misericórdia. Em realidade, as atividades médicas na Santa Casa não demoraram a assumir destaque na localidade, mobilizando as principais lideranças profissionais em seus trabalhos rotineiros. Algumas lideranças políticas e conhecidas figuras da elite do município realizavam, com frequência, doações à instituição (tanto em dinheiro como em produtos em espécie – em geral através de doações de sacas de café, o principal produto de exportação gerado pela economia local). Tais doações permitiam a continuidade das atividades, os atendimentos, cirurgias, internações e o abastecimento de medicamentos e demais necessidades da entidade <sup>96</sup>. Entretanto, o atendimento *in loco* e em domicílio representava uma realidade bem presente àquela época, pois o chamado “médico de família” tinha grande presença na sociedade.

Apesar desses desenvolvimentos na área da saúde local, os cuidados médicos não atingiam considerável parcela da população – situação essa mais acentuada em relação aos setores populares existentes nas áreas rurais, mas que também tinha importância quanto a grupos urbanos, como evidenciam a quantidade significativa, no início do século XX, de óbitos registrados no município sem assistência médica ou que foram atestados apenas através de testemunhos de leigos. Além disso, eram frequentes casos de óbitos derivados de gastroenterites, ou seja: uma inflamação da mucosa intestinal, que pode ser acompanhada de vômitos e diarreia (quando não por febre), sendo comumente provocada pela intoxicação resultante da ingestão de alimentos contaminados. Ocorriam igualmente diversos casos de morte por gripe, tuberculose, pneumonia, tétano e complicações derivadas de traumatismos diversos. Eram frequentes mortes de recém-nascidos, de pessoas jovens ou de adultos com pouca idade (Mancuso, 1992; Machado, 2007). Tal realidade expressa um significativo indicador das frágeis condições sanitárias existentes à época, do ainda limitado poder do conhecimento médico e da distância da própria autoridade sanitária em relação ao conjunto da população. Mesmo não estipulando um cálculo mais exato (nem mesmo panorâmico) sobre o assunto, ao se observar informações a esse respeito em Atestados de Óbitos do

---

meses de março e setembro, os quais foram escritos em papel timbrado indicando a clínica do referido médico.

<sup>95</sup> De acordo com análise de informações extraídas dos *Livros de Impostos sobre Indústrias e Profissões*, anos de: 1907; 1907 a 1910; 1910 a 1912; 1913 a 1915; e 1915 a 1918.

<sup>96</sup> Conforme, por exemplo, edições de *Correio de São Carlos*, como as de 18 de abril de 1900, p. 1; de 11 de julho de 1900, p. 1; de 13 de julho de 1900; de 07 de novembro de 1900, p. 2; de 17 de agosto de 1900, p. 2; e de 22 de agosto de 1900, p. 1.

início do século XX (existentes nos registros da Fundação Pró-Memória de São Carlos), observaram-se inúmeros casos de óbitos que não tiveram a nenhuma assistência médica<sup>97</sup>. Ao se considerar dados anteriormente analisados, que indicaram uma relação razoavelmente favorável entre número de médicos x número de habitantes, conclui-se que, apesar de um bom número de profissionais para o atendimento da população local em geral, tais atendimentos concentravam-se junto a grupos sociais mais restritos, o que sinaliza para uma concentração de atendimentos médicos junto aos setores médios e de elite do município. Isso talvez se explique, entre outras razões, pela inexistência de serviços médicos previdenciários estatais no país até o início dos anos 1920 (Teixeira, 1985) e porque a assistência médica geralmente era oferecida através de pagamentos de honorários diretamente aos profissionais, o que restringia os círculos sociais em condições de acessar e pagar por tais serviços.

No final do século XIX e início do século seguinte a *expertise* médica ainda não havia assumido as feições e a legitimidade que tanta força conferiu à profissão posteriormente, de modo que as práticas de cura populares e a presença de certos grupos que ministravam práticas concorrentes à medicina alopática ou acadêmica criavam preocupações aos profissionais da ciência médica sobre os limites jurisdicionais das atividades que realizavam<sup>98</sup>: os médicos preocupavam-se com as atividades de farmacêuticos, parteiras, homeopatas, curandeiros e outros praticantes de formas de cura reconhecidas pela medicina brasileira como indesejáveis (Pereira Neto, 2001). Pode-se perceber esse impacto sobre a categoria em sua realidade no interior do país através de uma coluna escrita no diário *Correio de São Carlos*, assinada pelo doutor Pereira Manhães, em 1913. Em “Curandeirismo (nota de medicina social)”, o profissional, que atuou em São Carlos durante a Primeira República, emite significativas considerações a respeito do chamado “curandeirismo popular” e acerca do problema do “charlatanismo”, em suas relações com a medicina alopática do interior do país. O profissional entende que:

---

<sup>97</sup> De acordo com informações, ainda não efetivamente sistematizadas, oriundas de pesquisa em dados extraídos de coleta ao *Correio de São Carlos*, edições entre 12 de novembro de 1899 a 24 de outubro de 1901.

<sup>98</sup> Tais preocupações, mesmo em outras partes do país que não no Estado de São Paulo e mesmo ainda no século XIX, com certa frequência provocavam atritos entre os profissionais da medicina ocidental acadêmica e demais praticantes de métodos de cura baseados em outros princípios e práticas (Coelho, 1999; Magalhães, 2011).

“A nós clínicos em atividade e aos demais colegas, certamente não terá passado despercebido o movimento do curandeirismo nacional. Elle é de todos os tempos. Irradia-se em movimentos concêntricos do interior para as cidades: uma regressão absorvendo o progresso. Pululam hoje nas capitães principaes do paiz os herbanários milagrentos que vieram pedir ás selvas, á natureza bruta, o que o cérebro humano não poude dar, a sciencia não conseguiu resolver: a cura de molestias incuraveis. Paradoxo armado para gente ingênua.

Não nos causa admiração o curandeirismo no interior, expoente máximo da cultura da gente que o habita em sua maioria, porque via de regra, elle reflecte bem a sociedade onde medra; mas este é de certo modo inoffensivo, não tem a arrogancia do da cidade, onde os charlatães “professores” por meio de sortilegios exploram a miseria humana (...)

Muito conhecidos são também os farmacêuticos-clínicos que, trocando o gral pelo thermometro, antecedem-se sempre á visita do medico, propinando drogas e fazendo até intervenções cirúrgicas, com o applauso da turba que lhes gaba a pericia destes modernos esculápios. Falha a intervenção, o insucesso patente, então socorrem-se do medico sempre prompto a acudir onde quer que exista a dor phisica ou a miseria moral, calando por bondade todas estas fraquezas humanas (...) Ostensivamente, á luz do dia, eles opõem idéias à do medico, num trabalho de solapamento de competências e num commercio que não toca muito ás raias da lisura... (...)

A menos que se não queira dar consagração official ao charlatanismo, de nenhum modo podendo atestar a cultura de um povo, cuja organização social tem como base garantias solidas nas leis que o rege, há o dever de uma acção mais coercitiva que não comporta a actual tolerancia (...)

Não nos move zelos de rivalidade, ou porque sintamos interesses feridos e mesmo não sabemos de que maneira pode o curandeirismo competir com o profissional que, no treinamento diário da clinica procura cumprir o dever; advogamos apenas nobres interesses do povo, incauto e ingênuo, que por ignorância se deixa colher nas malhas destes fallases mesinheiros, arrancando-lhe o ultimo vintém da bolsa minguada; ate ahi tem tambem a medicina a função de amparar os pobres doentes, não permitindo que se lhes explorem as miserias”<sup>99</sup>.

Ademais, contra a influência da prática e dos conhecimentos médicos da época, devem-se ressaltar alguns importantes aspectos históricos que, de uma perspectiva geral, atingiam a medicina brasileira, e que, em particular, afetavam a realidade profissional dos médicos do município de São Carlos. Entre o final do século XIX e o início do século XX, ainda se vivia o período de emergência e inicial institucionalização dos conhecimentos bacteriológicos e da chamada microbiologia (Teixeira & Almeida, 2003; Benchimol, 2004)<sup>100</sup>. Por conta disso, em relação a certas enfermidades que afetavam

---

<sup>99</sup> Conforme *Correio de São Carlos*, de 1º de abril de 1913, p. 1.

<sup>100</sup> Além do desenvolvimento da bacteriologia e da microbiologia, há que se destacar também importantes melhorias no campo da fisiologia, a qual passa a exercer um novo e relevante papel na Ciência Médica. Tais avanços estiveram associados a outros implementos técnicos que se tornaram viáveis nos campos da antissepsia (1867) e da anestesia (além da aplicação do éter e do clorofórmio), o que contribuiu positivamente na elevação dos hospitais de “espaços últimos de existência antes da morte” para se tornarem ambientes em que a cura se tornava possível. Isso veio a aproximar, inclusive, setores socialmente mais abastados dos espaços hospitalares e santas casas de misericórdia, os quais antes se mantinham mais afastados desses ambientes (Magalhães, 2011, p. 1099). Apenas no século XX, o

coletividades no Brasil, ainda não se havia criado um consenso profissional e científico mais definitivo sobre suas causas e formas de tratamento (Almeida, 2003). Por outro lado, há que se mencionar certos limites técnicos então existentes na clínica médica – superados em maior medida apenas no século XX com certos melhoramentos no campo da farmacologia e da cirurgia. Além disso, é preciso se ter em vista a histórica tradição brasileira, que remonta ao período colonial, de uso leigo de técnicas populares e produtos naturais para a cura de pessoas enfermas (Ferreira, 2003). Conforme o historiador Rodolpho Telarolli, desde a fase colonial era comum a existência no armarinho de remédios das fazendas do interior do país:

“(...) o mel de pau, o sal amargo, os pós de enxofre, o mel de fumo, o azougue (mercúrio em bolinhas), o amoníaco, ervas, folhas e cascas vegetais cujas virtudes curativas foram de inestimável auxílio para quem se aventurasse léguas e léguas distantes dos centros civilizados (...)” (Telarolli, 2002, p. 39).

Não por acaso, assim como em outras partes do Brasil<sup>101</sup>, ainda no início do século XX certas pessoas usavam em São Carlos um conhecido livro sobre práticas medicinais não convencionais: trata-se do Dicionário Médico Popular Chernoviz – de autoria de Pedro Luiz Napoleão Chernoviz (Machado, 2007). Este dicionário teve ampla difusão entre diferentes grupos sociais em distintas partes do país, que recorriam ao mesmo em busca de soluções para seus problemas de saúde<sup>102</sup>.

Nesse contexto, mesmo no início da República, as resistências, ou dúvidas (oriundas de diferentes grupos sociais), quanto às soluções existentes e oferecidas pela Medicina acadêmica eram muito significativas – o que oferecia considerável espaço de atuação para as formas de cura alternativas à ortodoxia médica alopática. Aliás, essas formas alternativas de cura não raro eram envolvidas também por crenças religiosas ou

---

conhecimento médico assume efetiva condição de legitimidade e prestígio sociais junto a setores sociais mais amplos.

<sup>101</sup> Guimarães, Maria Regina Cotrim. “Chernoviz e os manuais de medicina popular no Império”. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 12, nº. 2, pp. 501-514, maio-agosto, 2005.

<sup>102</sup> Essa situação era comum tanto em centros urbanos de maior importância nacional, tal qual a capital do país daquela época – o Rio de Janeiro –, como em regiões mais interioranas, a exemplo da província de Goiás: onde as pessoas em geral utilizavam plantas e raízes medicinais, cultivadas no entorno de suas moradias, para o tratamento de diferentes enfermidades. Aplicavam, ademais, substâncias de origem animal (como gordura e dejetos) que também serviam às mesmas finalidades. Outros minerais e certas substâncias químicas já industrializadas e componentes de produtos homeopáticos igualmente eram utilizados, embora em menor escala (Magalhães, 2011).

mágicas a respeito da influência de fatores sobrenaturais acerca da saúde das pessoas: uma perspectiva que divergia claramente de importantes preceitos metodológicos já atuantes na Ciência Médica desde meados do século XIX, baseados no experimento e na observação empírica metódica, com os quais, por vezes, se chocavam (Ferreira, 2003). Logo, o atendimento médico era cercado de incertezas e obstáculos, sendo que, como discutido, principalmente em relação a grupos sociais populares, o atendimento médico era consideravelmente reduzido. Embora se pudesse afirmar que, à época, houvesse atendimentos a casos de enfermidades que acometiam indivíduos e grupos populares, o mais comum era que a procura por serviços médicos ocorresse entre estratos sociais médios ou de elite do município.

Quanto ao trabalho profissional e aos atendimentos médicos comuns ao interior paulista e ao contexto local do município de São Carlos nas primeiras décadas do século XX, pode-se mencionar o seguinte depoimento colhido em entrevista com o aqui denominado Médico 02. Seu depoimento apresenta alguns elementos que caracterizam a prática profissional típica dos esculápios em décadas passadas. De acordo com o entrevistado, quando ele ainda era garoto os serviços médicos em São Carlos ainda eram prestados da seguinte maneira:

“Tinha a Santa Casa, que era o único hospital, tinha os médicos que prestavam serviços para a Santa Casa e serviços nos consultórios. Não tinha plantonista, assim, na Santa Casa. Quando eles eram chamados eles iam. E marcavam cirurgia no período da manhã. Então, no período da manhã, eles operavam e, no período da tarde, eles faziam a parte clínica nos consultórios deles na cidade” (Entrevista com o Médico 02, profissional de São Carlos, entre 80-85 anos de idade).

Além disso, segundo informações da Moradora 01, antigamente era muito comum que as pessoas procurassem os serviços médicos apenas em caso de necessidade ou quando alguém da família era acometido por alguma doença ou problema de saúde mais grave – principalmente se obtivessem remuneração menor por trabalhos realizados na zona rural. Segundo informou:

“Em relação, por exemplo, ao que meu pai ganhava, porque ele trabalhou sempre em fazenda, e a remuneração de trabalhador de fazenda sempre foi menor que a de quem, por exemplo, trabalhasse na cidade, numa indústria -- porque naquela época já havia indústrias em São Carlos –, mas, a do meu pai sempre foi menor, então para nós, cada consulta médica era um peso relativo

(...)” (Entrevista com a Moradora 01, professora primária aposentada, entre 75-80 anos de idade).

Em realidade, conforme a mesma, quando ela, seus pais ou irmãos consultavam um médico, este era geralmente o mesmo profissional, que agia como um verdadeiro “médico de família”:

“Naquele tempo eles eram assim, orientavam a família, eles praticamente conheciam a família inteira, porque naquela época não eram tantos médicos que tinham na cidade, e nem também o número de habitantes não era como hoje, era bem menor o número de habitantes. Então as pessoas se dirigiam particularmente aos médicos” (Entrevista com a Moradora 01, professora primária aposentada, entre 75-80 anos de idade).

Dentre os médicos mais antigos que atenderam doentes de sua família, a mesma entrevistada citou dois em especial: o doutor Wamberto da Costa e o doutor Samuel Valanci de Oliveira. O primeiro profissional chegou a atendê-la quando ela ainda era uma criança pequena. Por sua vez, doutor Samuel Valanci de Oliveira acompanhou de perto um problema de saúde do seu irmão mais novo, o qual, quando ainda era uma criança, sofrera de febres reumáticas que lhe causaram certas complicações cardíacas. Esta situação foi tratada pelo doutor Samuel, que chegou a fazer visitas surpresas à sua casa para verificar se a família estava ministrando os cuidados devidos e, especialmente, a fim de conferir se o garoto estava seguindo sua orientação para que o mesmo evitasse esforços físicos maiores por conta dos seus problemas de saúde. Depois de certo período de tratamento e resguardo, o menino ficou curado e o trabalho do médico até hoje é lembrado com respeito e reconhecimento pela família.

Já o doutor Wamberto da Costa cuidou de problemas que a entrevistada sofrera relacionados a crises de asma. Segundo a mesma, no seu trabalho clínico e nos atendimentos que o médico realizava com ela como paciente:

“Ele se preocupava em perceber, ver, diagnosticar, minha parte respiratória, porque eu tinha asma, eu tinha crises de asma. Então o meu problema de pequenininha era esse. (...) Eu me recordo de auscultar com o estetoscópio e aquela maneira, assim, mais manual que os médicos usavam aquele tempo para examinar, o sentir. Mas toda vez que a minha mãe me levava ele como que fazia uma inspeção geral. Não era só a parte respiratória, ele se preocupava com outras coisas também, então, com o funcionamento de

órgãos internos (...)” (Entrevista com a Moradora 01, professora primária aposentada, 75-80 anos de idade).

Em realidade, o doutor Wamberto da Costa atendeu a Moradora 01 quando esta, ainda menina, com três ou quatro anos de idade, era moradora do município de Torrinha – um pequeno núcleo urbano da região de São Carlos. Isso ocorreu, segundo a entrevistada, visto que Torrinha era um município menor e não possuía recursos e profissionais como a cidade de São Carlos, que já era à época um município maior, mais desenvolvido e com mais profissionais da medicina. Mais tarde ela e sua família se mudariam para São Carlos, pois sua mãe desejava oferecer melhores oportunidades de estudo aos filhos sendo que São Carlos era um núcleo urbano da região em que tais condições educacionais já existiam, além de sua família ter outros parentes que também viviam no município. Esse dado evidencia, talvez, como São Carlos, pelo seu maior desenvolvimento e pelo seu grupo médico mais numeroso, assumia a condição de centro de maior desenvolvimento e possuidor de mais oportunidades e serviços do que alguns municípios menores de seu entorno – seja na área de saúde, seja em outras atividades. Conforme a mesma entrevistada, àquela época, para os moradores de Torrinha o municípios de São Carlos e Dois Córregos eram os centros urbanos com maior desenvolvimento que mais perto se situavam do outro município.

Logo, levando em conta os demais dados discutidos e analisados nesta pesquisa, pode-se afirmar que, graças ao razoável desenvolvimento que experimentou entre o final do século XIX e início do século XX, e em razão dos dividendos inicialmente gerados pelas fazendas de café, revertidos em parte às áreas e atividades econômicas urbanas, desde cedo o município de São Carlos atraiu outros contingentes populacionais às suas áreas citadinas, bem como outros setores econômicos – como foi o caso de grupos de profissionais liberais, os quais, a exemplo dos médicos, passaram a atender a uma demanda por serviços profissionais que se relacionava não apenas a segmentos sociais existentes no próprio município, mas, em determinados casos e circunstâncias, também a demandas relativas a outros segmentos sociais oriundos de núcleos urbanos e rurais menores localizados nos arredores de São Carlos.

Mas além dos aspectos tratados anteriormente, que se referiram aos condicionantes e efeitos de natureza histórica, econômica, organizacional e técnica da autonomia profissional médica e de inserção social mais ampla desse grupo junto à sociedade são-carlense, ao longo do período investigado podem-se também observar

outros aspectos de inserção dos médicos na estratificação social do município, referentes às suas conexões de natureza política e partidária, as quais interferiam também na condição profissional dos médicos são-carlenses através das variações em sua autonomia política.

### **5.3 Os profissionais e a dinâmica político-partidária: aspectos relativos à autonomia política dos médicos em São Carlos entre 1889 e 1948.**

Durante a Primeira República, e até as impactantes transformações trazidas com o período pós-1930 e a chamada Era Vargas, o país caracterizou-se politicamente pela autonomia dos estados, resultante da política dos governadores iniciada pelo presidente da República Manuel Ferraz de Campos Salles (1898-1902), que influenciou decisivamente a realidade do interior do país, com consequências ao poder local do município de São Carlos. Posteriormente a Revolução de 1930, o país passou por um mais intenso processo de centralização política, em especial com a ditadura do Estado Novo (1937-1945) – a qual se associa ao maior impulso urbano-industrial do país neste período. Tais mudanças com efeitos sociopolíticos influenciaram as relações entre as esferas estatais de poder central, estadual e municipal, interferindo na dinâmica de poder em diversas regiões do Brasil, o que, como se evidenciará abaixo quanto a alguns importantes movimentos políticos e em relação a determinadas escolhas de novos prefeitos municipais, implicou significativos desdobramentos para a política são-carlense e para a inserção social de médicos na localidade.

Em meio à influência de tais fatores históricos, percebe-se o envolvimento de vários médicos não apenas da capital como também do interior paulista em dinâmicas e atividades políticas. O município de São Carlos – assim como, em certa medida, em outros núcleos urbanos do interior paulista<sup>103</sup> – percebe o envolvimento de alguns de seus médicos não somente em atividades políticas específicas, cotidianas e locais, mas em movimentos políticos maiores, com desdobramentos para a política estadual e nacional. Este envolvimento com a política, no contexto do poder local de São Carlos,

---

<sup>103</sup> Sobre a história da medicina em Araraquara (SP), município vizinho à São Carlos, e a participação de médicos na política local, recomenda-se a leitura de: Telarolli, Rodolpho. *História da medicina e dos médicos de Araraquara*. São Paulo, Legnar Informática & Editora, 2002.



apresentou certos desafios e contraditórias consequências à autonomia profissional da medicina são-carlense, especialmente através de sua dimensão política.

A Primeira República foi caracterizada, no Estado de São Paulo, pela força de um grande partido político estadual, o Partido Republicano Paulista – PRP. A estrutura deste partido emergiu ainda em fins do período monárquico, a partir do forte movimento republicano que ocorreu no país desde os anos 1870. Em São Paulo, este movimento foi capaz de aglutinar forças anti-monarquistas em torno, particularmente, dos grandes fazendeiros de café do estado – sejam aqueles de antigas regiões, sejam outros oriundos das mais novas áreas produtoras –, o que conferiu ao PRP uma sólida base organizacional (Castro Santos, 1993, pp. 369-370). Uma das mais importantes consequências da existência dessa consistente base organizacional do PRP foi o desenvolvimento de uma expressiva política de saúde pública, o que aproximou ainda mais o mundo da política partidária (que se realiza em torno do poder de Estado), da realidade profissional da medicina paulista.

Mas as raízes históricas das conexões entre a medicina paulista (inclusive interiorana) e a política estadual explicam-se não apenas pelo fato de que muitos médicos de São Paulo descendiam de famílias politicamente influentes – tanto do próprio estado como também de outras regiões do país –, mas ainda graças ao envolvimento de importantes lideranças e setores médicos estaduais com movimentos político-ideológicos de grande envergadura para a realidade do país. Este foi o caso do positivismo, que inicialmente mobilizou grupos políticos e intelectuais brasileiros no final do século XIX e que criou raízes no movimento republicano que culminou com a proclamação da República. O positivismo paulista assumiu feição mais cientificista e pragmática do que em outras partes do Brasil, o que favoreceu, entre outros aspectos, a assimilação de novos conhecimentos científicos pela classe médica estadual – tais como os da bacteriologia – o que, por sua vez, veio a influenciar o desenvolvimento de serviços sanitários no Estado de São Paulo ao longo da Primeira República e, portanto, as relações entre médicos, elites políticas e o poder de Estado (Castro Santos, 2003).

Por outro lado, no início da República os médicos e as elites intelectuais e políticas do país se envolveram com o impulso político nacionalista que atingiu grupos sociais brasileiros em um movimento de expansão do sentimento nacional em diversas partes do mundo. Neste contexto, ao longo da década de 1910 realizaram-se algumas expedições médico-científicas pelo interior do país, a fim de se conhecer a realidade social brasileira para além de suas povoações litorâneas: foi um esforço para se mais

bem conhecer as condições sociais e de vida do povo brasileiro. Em fins da mesma década, criou-se, também, a Liga Pró-Saneamento do Brasil (1918), da qual participaram intelectuais, jornalistas, políticos e médicos preocupados com o estado sanitário da população brasileira – procurava-se verificar as relações entre o estado sanitário das populações dos “sertões” (ou interior) do país e as dificuldades da nação em conquistar o almejado progresso (Hochman, 1998). Muito cedo nesse processo que conectou medicina e política no Brasil, em São Paulo se associaram demandas no sentido da modernização do país com o cuidado da sua força de trabalho, que então se veio a entender como necessário para o progresso paulista e da nação.

Com o tempo, isso se transformou em uma estratégia das elites paulistas no sentido de desenvolver o estado geral de saúde dos seus trabalhadores através da expansão dos serviços sanitários estaduais. Essa estratégia contou com uma associação entre o poder de Estado e relevantes grupos médicos sanitaristas de São Paulo (Castro Santos, 2004), sendo que tais mudanças nos serviços de saúde pública acabaram, como se verificou acima, atingindo a realidade médico-sanitária do poder local de São Carlos. Por isso, não apenas, mas principalmente quanto à participação médica no movimento constitucionalista de 1932, a qual também contou com médicos de São Carlos, nota-se considerável influência de uma ideia que ganhou muita força desde o início da República, qual seja, a de que o Estado de São Paulo, dada a sua “excepcionalidade” como expoente do progresso da nação, deveria assumir a liderança política e guiar o Brasil rumo à sua desejada modernização (Santos & Mota, 2010).

No contexto de crise anterior e posterior à Revolução de 1930, o país experimentou grande instabilidade política, a qual foi acompanhada de movimentos políticos contestatórios com cores e matizes por vezes revolucionários (Fausto, 2010; Cohen, 2010). Tal conjunção histórica caracterizou-se não apenas pela mobilização das tradicionais elites agrárias brasileiras, mas paulatinamente encorajou crescentes parcelas de setores médios urbanos em expansão a se envolverem com os rumos políticos da nação. Nestas circunstâncias, foi muito expressiva a participação de médicos na dinâmica política da época – particularmente profissionais atuantes no Estado de São Paulo (Santos & Mota, 2010), os quais, na condição de uma espécie de elite ilustrada, engajaram-se em vários movimentos sociais e políticos que procuravam influenciar o processo político nacional e a própria definição dos caminhos para a modernização do país. No entanto, essa mobilização de segmentos médicos paulistas em atividades políticas assumiu especificidades históricas e sociais de acordo com as peculiares

formas de inserção social, econômica, política e profissional de cada grupo médico em distintas realidades de poder local no interior do estado.

Neste sentido, cabe enfatizar que, desde o Império, São Carlos singularizou-se pelo predomínio político dos grandes fazendeiros de café e, em especial, pela força da família Botelho. A transição do Império à República não interrompeu o prestígio do patriarca botelhistas, nem de seus herdeiros. Contudo, depois de sua morte, surgiram algumas rivalidades políticas pelo controle do município, as quais se conectavam ao conjunto de relações político-partidárias e de parentesco que envolvia integrantes do poder local e setores representativos dos poderes políticos estadual e federal (Abreu, 2000).

Em meio a essas relações político-partidárias e de parentesco que influenciaram a dinâmica política são-carlense nas primeiras décadas do século XX, podemos destacar o papel do coronel José Augusto de Oliveira Salles, irmão do então secretário de Obras Públicas do Estado de São Paulo, Antonio Pádua Salles. O coronel José Augusto casou-se com Maria de Camargo, sobrinha e agregada do major José Inácio de Camargo Penteados, outro grande fazendeiro de São Carlos, o qual incentivou José Augusto a ingressar na política partidária através do PRP, visto as facilidades que suas relações pessoais propiciavam junto aos poderes estaduais (Abreu, 2000, p. 100). Nessas circunstâncias, no final do século XIX, consolidou-se a aliança entre as famílias Salles e Camargo Penteados que, posteriormente, teve na figura de Elias Augusto de Camargo Salles (o conhecido “Nhosinho Salles”), sua liderança mais destacada na localidade. A partir de então, e durante algumas décadas, a política local dinamizou-se tendo em vista a polarização entre uma ala “botelhistas” e outra “sallistas” do Partido Republicano Paulista (PRP), que disputavam o mesmo espaço no diretório local do partido em São Carlos. Até o fim dos partidos estaduais, já no período pós-1930, o PRP era a agremiação dominante tanto na região do município de São Carlos como, de maneira mais abrangente, no Estado de São Paulo, verificando relativa perda de espaço apenas para o Partido Democrático – PD, já na passagem dos anos 1920 à década seguinte (Gomes, 2008), em fins do período da Primeira República.

Em verdade, depois da Revolução de 1930, embora tenha havido um período de maior intervenção externa do governo paulista junto à política municipal (Abreu, 2000), resultante do fim do movimento constitucionalista de 1932, e apesar de certo arrefecimento temporário da antiga tradição de domínio político das duas grandes famílias locais (os Botelhos e os Salles), desde agosto de 1933, com a nomeação do

“botelhistas” Durval Acciolly para a Prefeitura Municipal de São Carlos, a tradicional configuração do jogo político local voltou a se estabelecer, o que veio a se modificar, de fato, apenas com o retorno à democracia e a criação das novas agremiações partidárias de abrangência nacional, decorrentes do fim do Estado Novo.

Desde sua origem, além de outras mudanças sociais e econômicas anteriormente tratadas, o município de São Carlos passou por alterações relativas à sua organização político-administrativa, fruto tanto de fatores internos como externos à localidade. Inicialmente, a autoridade pública local era, em essência, apenas a Câmara Municipal. Mais tarde, ao lado da Câmara, surgiu, em 1890, a Intendência Municipal, a qual foi transformada em Prefeitura Municipal no ano de 1908. A partir de então, estas duas instituições começaram a realizar de maneira combinada as funções legislativa (Câmara) e executiva (Prefeitura) do governo local.

Historicamente, os presidentes da Câmara Municipal de São Carlos, entre 1865 e 1890, somaram um total de oito representantes locais. Já, de 1890 a 1892, quanto ao cargo de presidente do Conselho de Intendência, o município teve quatro distintos ocupantes da função. Por outro lado, entre 1892 e 1908, São Carlos verificou oito mandatos de presidentes da Câmara e da Intendência municipais, com doze representantes se sucedendo ou ocupando cargos distintos em mandatos alternados. Enfim, no período de 1908-1930, existiram dez prefeitos na localidade<sup>104</sup>. Depois de 1930 e em razão das mudanças sociais e políticas que alteraram as relações entre o governo nacional, o estadual e o municipal, São Carlos foi governada de forma intermitente por diferentes “prefeitos-interventores”, que ocuparam este cargo por períodos bem curtos. Foi um período de maior instabilidade política e administrativa em razão não apenas da Revolução de 1930, mas também da Revolução Constitucionalista de 1932 e da não efetivação da Constituição de 1934. Com isso, nota-se a ocorrência de nomeações de prefeitos municipais por interventores federais. Ao todo, nessa fase da história brasileira, onze prefeitos foram nomeados nessas condições em São Carlos.

Neste contexto formativo da política são-carlense no início da República, pode-se observar como ocorria com rapidez a integração e participação de médicos na dinâmica política local. Este foi o caso do doutor Antonio Rodrigues Cajado, considerado o primeiro médico a fixar residência em São Carlos (1873), sendo ainda

---

<sup>104</sup> Conforme levantamento realizado pela Fundação Pró-Memória da Prefeitura de São Carlos, constante em: Prefeitura Municipal de São Carlos-Estação Cultura/Fundação Pró-Memória de São Carlos. Galeria dos Prefeitos: sala Antonio Massei. São Carlos, 2ª edição (revista e ampliada), 2012.

delegado de polícia, além de vereador (entre 1883-1886). O médico prestou serviços aos enfermos que sofreram com a epidemia de varíola que atingiu a localidade em 1875 e, assim como outros colegas de profissão de sua época, veio da região nordeste do país, a fim de trabalhar e se fixar em São Carlos após concluir sua formação profissional pela Faculdade de Medicina da Bahia.

Com efeito, a integração de médicos à vida política local respeitou, desde o início, as relações entre as facções políticas existentes em São Carlos. Dessa maneira, dentre os representantes da denominada “ala botelhistas” do PRP local, é possível destacar aquele que foi o primeiro prefeito da cidade após a era das chamadas Intendências Municipais, ou seja, o doutor Rodolpho Gastão de Sá – prefeito municipal entre janeiro de 1908 e janeiro de 1912<sup>105</sup>. Aliás, antes desse mandato como prefeito o doutor Gastão de Sá também já havia sido vereador e presidente da Câmara Municipal de São Carlos, entre 07/01/1881 e 06/01/1887, e presidente do Conselho de Intendência da localidade, nos períodos de: 18/01/1890 a 29/03/1891; 07/01/1902 a 07/03/1903; e 08/01/1903 a 07/01/1905. Enquanto membro do PRP são-carlense, ele ainda participava ativamente dos processos eleitorais relativos a outras esferas de poder, tanto em nível estadual como nacional<sup>106</sup>. A liderança médica e política deste médico expressa, em boa medida, o prestígio social e político que seu grupo profissional desde cedo estabeleceu com os poderes locais em São Carlos e, ao mesmo tempo, como se firmaram as conexões entre profissionais da medicina e demais setores sociais e políticos das elites municipais.

Outro destacado médico do período em atividades profissionais e políticas – e que, como se observou anteriormente, possuía relevo por suas demais relações com o meio profissional da medicina local e de fora do município, foi o doutor Serafim Vieira de Almeida<sup>107</sup>, o qual foi vereador e presidiu a Câmara Municipal de São Carlos entre

---

<sup>105</sup> Com efeito, através do Decreto-lei nº. 1.533, de 28 de novembro de 1907, encerrou-se no país o período das Intendências Municipais e se iniciou a fase das Prefeituras e prefeitos municipais.

<sup>106</sup> Exemplo disso foi seu papel no diretório são-carlense do PRP durante as eleições federais de 1912, quando participou da convocação e campanha junto à população para eleição da chapa de seu partido neste pleito. É o que se lê em: Correio de São Carlos, de 18 de janeiro de 1912, p. 1. Também é o caso da campanha do partido para as eleições estaduais de 1912, a qual contou com a participação do doutor Gastão de Sá. É o que se verificar em: Correio de São Carlos, de 29 de fevereiro de 1912, p. 1. Outras informações sobre o mesmo doutor Rodolpho Gastão Fernandes de Sá foram observadas em consulta *online* ao site da Câmara Municipal de São Carlos, em 08 de novembro de 2013, no seguinte endereço eletrônico: <http://www.camaraaocarlos.sp.gov.br/portal/index.php/conheca-a-camara/listas-dos-presidentes.html>.

<sup>107</sup> Conforme informações encontradas sobre o Dr. Serafim Vieira presentes em reportagem de Eloiza Strachicini, cujo título é “Nome de Rua: Serafim Vieira de Almeida. Médico, filantropo e esquerdista”, publicada pela *Revista Kappa* de São Carlos em 23 de abril de 2013. A autora obteve essas fontes partir

07/01/1905 e 07/01/1906<sup>108</sup>. O doutor Serafim Vieira participou da articulação política realizada em torno da Legião Revolucionária de São Carlos e Região, que estabeleceu proximidade com o conhecido movimento tenentista de 1922. Nas disputas políticas daquele tempo em São Carlos, embora fosse uma personalidade local com estatura política própria e prestígio social, o médico, assim como o doutor Gastão de Sá, manteve clara proximidade com a “ala botelhistas” do PRP são-carlense – uma decorrência, no mínimo indireta, de sua ligação matrimonial com a filha do coronel Paulino Carlos de Arruda Botelho. O médico teve quatro filhos, sendo que dois deles também fizeram carreira no meio político. Estes foram: Paulino Botelho Vieira, o primeiro prefeito do município de Marília; e Clóvis Botelho Vieira, que participou da organização da Revolução de 1930, em São Paulo. Por outro lado, além de Anna, sua única filha, o doutor Serafim Vieira também foi pai do doutor João Paulo Botelho Vieira, que seguiu os caminhos profissionais de seu pai (Strachicini, 2013).

Caberia igualmente lembrar as já mencionadas relações com a localidade, do doutor Carlos Botelho, o qual, além de membro da importante família Arruda Botelho, não apenas foi titular da Secretaria de Agricultura do Estado de São Paulo, durante o governo de Jorge Tibiriçá, mas veio a se candidatar ao cargo de deputado estadual para o legislativo paulista. Em suas atividades políticas, o doutor Carlos Botelho contou com apoio político de grupos sociais de São Carlos – sejam pelas relações e prestígio político de sua família, sejam pelas conseqüentes conexões que o doutor Carlos Botelho possuía com a medicina são-carlense e da capital paulista, pois, como observado, estas conexões estendiam-se à própria Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo – à época, a mais importante e prestigiada entidade associativa dos médicos paulistas.

Já o médico e coronel, doutor José Augusto de Oliveira Salles, foi vereador, juiz de paz e presidente da Câmara Municipal de São Carlos. Em sua gestão como presidente da Câmara Municipal concluiu a rede de abastecimento de água que estava em construção àquela época, participou da inauguração da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos e fundou o Hospital dos Lázaros, mais tarde transformado em Villa Hansen – instituição dedicada ao cuidado de pacientes são-carlenses acometidos de hanseníase (Machado, 2004, p. 385).

---

de depoimento do historiador Marco Bala, dedicado ao estudo da história local. Esta publicação da *Revista Kappa* refere-se a sua edição nº. 69, ano 03, nº. 21, pp. 20-21, 2013.

<sup>108</sup> De acordo com dados obtidos no site da Câmara Municipal de São Carlos, em consulta *online* realizada em 08 de novembro de 2013, no correspondente endereço eletrônico que se encontra indicado a seguir: <http://www.camarasaocarlos.sp.gov.br/portal/index.php/conheca-a-camara/listas-dos-presidentes.html>.

O doutor Samuel Valentie de Oliveira foi outro notório médico local que veio a ser nomeado prefeito de São Carlos no conturbado período de 10/03/1934 a 10/04/1935. O doutor Samuel teve participação ativa também na Revolução Constitucionalista de 1932 (Machado, 2007), que mobilizou expressivos grupos sociais e médicos do estado (Santos & Mota, 2010). Aparentemente este médico e político exerceu um posicionamento relativamente neutro diante dos grupos políticos locais dominantes até 1945, ou seja, de um lado, os chamados “sallistas” e, de outro lado, os grupos da facção “botelhistas” (Abreu, 2000). Devido à instabilidade política do período, o doutor Samuel Valentie exerceu seu mandato como prefeito municipal por um período bem curto de apenas um ano e um mês<sup>109</sup>. Em realidade, o médico – que foi clínico e delegado regional de saúde, membro do IAPB e do posterior INPS, já no período pós-1930<sup>110</sup>, foi ainda diretor da futura Maternidade “Dona Maria Francisca Cintra Silva” (Machado, 2004, p. 386) – e ocupou posição de destaque e liderança não apenas na esfera político-partidária, mas igualmente junto aos pares e às instâncias de representação profissional típicas da medicina paulista dos anos pós-1945. Neste sentido, deve-se enfatizar que a trajetória do profissional foi marcada por sua participação no processo de fundação da Sociedade Médica de São Carlos, a qual foi criada já na democracia brasileira de 1945-1964 (precisamente no ano de 1948<sup>111</sup>), sendo ainda seu presidente entre os anos de 1958 e 1961<sup>112</sup>.

---

<sup>109</sup> Conforme dados extraídos de: Prefeitura Municipal de São Carlos-Estação Cultura/Fundação Pró-Memória de São Carlos. *Galeria dos Prefeitos*: sala Antonio Massei. São Carlos, 2ª edição (revista e ampliada), 2012.

<sup>110</sup> Sobre as duas siglas, deve-se dizer que significam: a) IAPB – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários; INPS – Instituto Nacional de Previdência Social.

<sup>111</sup> De acordo com livro de atas de reuniões e assembleias da Sociedade Médica de São Carlos: Livro de Atas, nº 01 – de 14/04/48 a 05/01/1955.

<sup>112</sup> Em conformidade ao que consta em atas de reuniões e assembleias da Sociedade Médica de São Carlos: Livro de Atas nº 3 – de 1958 a 1961. Com efeito, ainda no final dos anos 1940 a Sociedade Médica de São Carlos filia-se à Associação Paulista de Medicina – a APM, tornando-se sede regional desta outra associação de âmbito e jurisdição estaduais, em meio a um processo mais abrangente que acompanhou o período, que levou a organização médica paulista a uma mais clara interiorização de sua estrutura político-institucional e profissional, a qual culminou não apenas na interiorização da APM pelo Estado de São Paulo, mas na luta pela equiparação econômica e jurídica de médicos servidores públicos paulistas diante dos advogados integrantes do Departamento Jurídico do Estado de São Paulo – um movimento político em que os médicos paulistas aliaram-se com outros engenheiros servidores públicos de São Paulo em torno do conhecido “Movimento de Assembleia Permanente de Médicos e Engenheiros”. O movimento de “Assembleia Permanente” ou “Movimento de Assembleia Permanente de Médicos e Engenheiros” significou um movimento político que mobilizou a categoria médica de todo o Estado de São Paulo, em associação com os engenheiros paulistas, em uma luta pela equiparação econômica e jurídica das duas categorias profissionais (especialmente aqueles que eram servidores públicos do governo paulista), em relação aos advogados que também eram servidores públicos paulistas e ligados ao Departamento Jurídico do Estado de São Paulo. Este movimento contribuiu para aumentar a capacidade de organização associativa e política dos médicos de São Paulo e integrar em um nível mais elevado os médicos de todo interior e da própria capital do Estado (Almeida; 2011; 2013).

Por suas atividades políticas, pode-se igualmente citar o doutor Vicente Pellicano, clínico com consultório próprio que, além de ter participado de atividades na Santa Casa de Misericórdia de São Carlos (sendo responsável pela “enfermaria médica dos homens” na entidade), teve atuação destacada nas epidemias de febre amarela (1895) e gripe espanhola (1918). Médico e político, o doutor Vicente Pellicano foi vereador e juiz de paz em São Carlos – uma personalidade de grande reconhecimento local, que se caracterizou por ter sido um dos médicos que mais tempo atuou no município durante a Primeira República.

Outros médicos que realizaram trajetória profissional e política em São Carlos foram: o doutor Wamberto Dias da Costa, o qual, na condição de parteiro e especialista em cirurgias de abdômen, não apenas teve consultório e atuou na Santa Casa de Misericórdia, mas participou, tal qual outros colegas de profissão da localidade, da Revolução Constitucionalista de 1932. Ademais, atuou no Posto de Saúde de São Carlos e no Serviço de Profilaxia à Lepra<sup>113</sup>; o doutor João Sabino, o qual, embora por curto período (de março a julho de 1936), também foi prefeito na localidade durante a Era Vargas (Damiano, 2007, p. 120); e o doutor Alvaro Câmara, que atuou profissionalmente na medicina de São Carlos e tinha especialização na área de saúde pública, sendo o delegado regional de saúde em São Carlos entre 1931 e 1937. Com efeito, o delegado de saúde era a autoridade sanitária em nível local, ocupando uma posição de considerável visibilidade social e política. A trajetória do doutor Alvaro Câmara foi caracterizada por atividades no campo da vigilância sanitária e, da mesma maneira que outros colegas de sua geração profissional, participou do movimento político de 1932 (Carneiro, 1977).

Diante desses dados, desde o início da República pode-se perceber uma peculiar dinâmica social entre os médicos de São Carlos e demais setores médios e de elite locais, bem como com grupos político-partidários e com o poder de Estado, não apenas do próprio município, mas, igualmente, de outros níveis de poder do sistema político do país. Além disso, dado o seu papel de maior expressão na política local, nota-se o envolvimento de médicos são-carlenses tanto com fenômenos políticos locais como com grandes questões e movimentos da política estadual e nacional, a exemplo do movimento tenentista de 1922, do movimento armado de 1924 e das revoluções de 1930

---

<sup>113</sup> Para mais informações, consultar: Machado, Maria Lúcia Teixeira. *Tradição e tecnologia: a história oral e a escrita da atenção à saúde em São Carlos*. Tese de Doutorado (Faculdade de Ciências Médicas – FCM/Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP), Campinas, 2004.



e 1932, os quais moldaram relativamente o processo de transição da Primeira República para o pós-1930.

Ao longo da Primeira República e da Era Vargas, os médicos são-carlenses, em seu envolvimento com a história local, rapidamente assumiram posição de protagonistas políticos, assumindo também a condição de elos sociais que conectaram a política local ao contexto sociopolítico paulista e nacional, através sejam de suas relações familiares, sejam de suas outras conexões profissionais e sociais, de modo que o caminho da política logo permitiu a eles incorporarem relativo poder ao seu grupo em nível municipal, o que, mesmo indiretamente, influenciou sua autonomia profissional para além das suas dimensões estritamente socioeconômicas e técnicas.

Aliás, estas duas últimas dimensões, como observado antes nesta análise, embora não tão desenvolvidas como mais tarde na história da medicina brasileira e são-carlense, já haviam se estabelecido em certas bases iniciais no município, especialmente em razão da constituição de um relativo mercado demandante de trabalho médico na localidade, bem como pela conseqüente possibilidade de existência de consultórios médicos particulares e, em termos organizacionais ou institucionais, graças à criação da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos, o que permitiu o exercício, em bases relativamente estruturadas, embora iniciais, seja de prática profissional da medicina em termos técnicos, seja do ponto de vista socioeconômico.

Contudo, apesar desse inicial impulso de natureza socioeconômica, técnica e política, é necessário se considerar que, da perspectiva da autonomia e neutralidade técnica, enquanto bases mais nucleares da autonomia profissional, o mais direto envolvimento do profissionalismo médico de São Carlos com a política convencional ou partidária durante a Primeira República e o início da Era Vargas implicou, ao mesmo tempo e contraditoriamente, não apenas uma forma de o grupo médico local mais bem se inserir na estratificação social e no jogo político de São Carlos, mas, igualmente, uma espécie de ambivalente e contraditória abertura de sua categoria a maiores interferências e influências negativas da política partidária ou convencional (Halliday, 1999) sobre a condição técnico-profissional da medicina são-carlense.

Tais ambivalências e contradições evidenciaram-se não somente nos movimentos políticos de maiores dimensões, mas especialmente no citado caso de linchamento ocorrido em Araraquara, em relação ao qual, ambos, tanto o doutor Alderico Vieira Perdigão como toda a categoria médica local e estadual (através da participação da própria Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo), se envolveram,

o que aproximou a dinâmica profissional da medicina são-carlense das clivagens de natureza político-partidária que conectavam os níveis políticos local, estadual e nacional, na medida em que o caso envolveu rixas coronelistas que permeavam grupos políticos de todas essas esferas. Esse episódio expressou o quanto, ainda no princípio da República, o profissionalismo médico em São Carlos (bem como, em parte, da medicina paulista em sentido mais abrangente) ainda não havia adquirido uma maior autonomia técnico-profissional diante de certas interferências político-partidárias sobre a dinâmica de sua prática profissional (Halliday, 1999), afetando de maneira relativamente negativa a realidade de sua autonomia técnica em São Carlos.

#### **5.4. Considerações gerais sobre a primeira onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos.**

Em meio à primeira onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos, os médicos locais, diante de determinados desafios sociais e históricos relacionados à criação do próprio município e seu primeiro impulso de desenvolvimento socioeconômico e político, mesmo que originários de outros estados, tendo-se formado profissionalmente mais longe (no Rio de Janeiro e na Bahia), e se inserindo no mercado médico da local vindo desde fora, conseguiram se integrar à estratificação social são-carlense com rapidez, logo assumindo posições de destaque, influência e poder. Diante disso, a análise acima evidenciou como se estabeleceram as conexões entre o profissionalismo médico, as classes sociais, as relações familiares, o poder de Estado e a política partidária em São Carlos.

As relações de parentesco e de matrimônio se entrelaçaram às relações entre diferentes classes sociais, como a de proprietários rurais e de setores de classes médias – aqui relativamente representados por integrantes do grupo profissional de médicos de São Carlos –, de tal modo que, por meio de certos liames sociais, profissionais e de parentesco, os interesses econômicos e políticos do capital agrário e da medicina local encontraram meios efetivos de, em meio ao sistema político do coronelismo, estabelecerem relações de aliança política durante entre a Primeira República e a Era Vargas.

Contudo, as relações de parentesco não se constituíram como uma espécie de estrutura de relações sociais de natureza global, a partir da qual, e segundo sua peculiar

lógica de organização, as demais relações sociais se estruturaram e se moldaram. Desse modo, apesar da concordância com Queiroz (1975) em se adotar o conceito de estratificação social para se analisar a realidade social e política do coronelismo, e também, quanto à necessidade de se observar, para além da figura do coronel, os demais atores sociais e políticos que atuaram na dinâmica do sistema coronelista, bem como o próprio papel das relações familiares e de matrimônio, o presente trabalho distancia-se relativamente das análises da mesma autora, que defendeu que as relações de parentela seriam a especificidade sociocultural da estrutura social brasileira desde o período colonial, permanecendo como a base mais profunda de estruturação das relações sociopolíticas do país no início da República. As classes sociais são-carlenses, a partir das relações observadas entre médicos e proprietários rurais, estavam relativamente estabelecidas no município. Tendo em vista isso, no entanto, verificou-se que as relações familiares e de matrimônio implicaram mecanismos facilitadores para o estabelecimento de alianças entre diferentes classes e grupos sociais – tais como certos setores profissionais da medicina são-carlense daquela época –, influenciando a própria configuração do profissionalismo médico em sua inserção junto à estratificação social local.

Por outro lado, o estudo apontou como, embora não se possam desconsiderá-los mais amplamente, a fim de se realizar uma análise sobre a profissão médica em São Carlos, o estudo do coronelismo oferece margem para o entendimento do sistema político da Primeira República (e depois) para além não apenas da referência analítica ligada às relações familiares como também aos conceitos de “classe social” ou “relações de classes sociais”, de maneira que, as categorias de profissão e profissionalismo (tal como o próprio profissionalismo médico) emergem como variáveis analíticas complementares para a investigação das relações sociopolíticas coronelistas, contribuindo para o esclarecimento de outros aspectos sociológicos das relações sociais e políticas que caracterizaram a emergência da República.

Em realidade, os elos da medicina com a estratificação social são-carlense estenderam-se também para mais além do que a própria realidade particular de seu poder local, como evidenciam as conexões entre, de um lado, médicos do município, outros médicos do estado e a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo – SMCSP e, de outro lado, a dinâmica política coronelista que conectava os níveis de poder local, estadual e federal do país. Podem-se considerar expressões significativas dessa realidade – dados os seus impactos sociais e históricos para a medicina e a própria

dinâmica de poder em São Carlos –, os liames sociais, políticos e profissionais que entrelaçavam médicos inseridos na estrutura social são-carlense e a mencionada SMCSP, assim como as ligações entre tais atores sociais e institucionais com o andamento do citado processo judicial sobre o crime de linchamento em Araraquara, o qual foi responsável por mobilizar forças políticas coronelistas rivais, sejam das esferas de poder local, estadual ou nacional e que contou com envolvimento direto de profissionais e instituições médicas (a exemplo da própria SMCSP).

Isso posto, o estudo sobre a primeira onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos evidencia significativas conexões históricas entre a emergência deste fenômeno, os sucessos da economia agrário-exportadora de café, o inicial impulso urbano-industrial do município, o despertar do posteriormente intensificado *state-building* nacional e paulista (com efeitos à integração do interior ao resto do país) – e, em especial, no campo da saúde pública – e a emergência de uma assistência médica relativamente mais organizada localmente – graças particularmente ao estabelecimento de alguns consultórios privados para a prática liberal e à criação da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos. A investigação ainda demonstrou como o grupo profissional da medicina, apesar de algumas restrições à sua autonomia econômica e, em especial, à sua autonomia técnica, ocupava um lugar central dentre os setores médios e de elite do município, especialmente no meio urbano.

Portanto, se nas primeiras décadas do século XX os domínios rurais representavam a mola propulsora da economia local e significativa fonte de influência para a dinâmica política são-carlense, desde o início da República a classe social dos grandes proprietários rurais reconheceu a necessidade de governar o município de São Carlos estabelecendo bases importantes no meio urbano, sendo que, neste espaço social, os médicos já despontavam como um segmento social médio de destaque nas dinâmicas de poder coronelistas da localidade, aliando-se em variados termos às demais forças sociais e políticas existentes, tanto as de dentro como as de fora da localidade. Contudo, o envolvimento da medicina local com as relações políticas daquele tempo igualmente implicaram certos reveses à sua autonomia, especialmente do ponto de vista técnico.

## Capítulo 6

### **A primeira corrente profissional de retorno para os médicos são-carlenses.**

Como será observado a partir do capítulo seguinte quanto à segunda onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos, a dinâmica entre o profissionalismo médico, a sociedade, a economia e a política em torno do poder de Estado brasileiro caminharam para uma nova realidade, graças, principalmente, aos efeitos de intensificação do processo de centralização política do Estado e de seu papel no desenvolvimento urbano-industrial do país, o que acabou por impulsionar uma paralela reorganização do setor de saúde, com desdobramentos do ponto de vista político e profissional, tanto para a medicina brasileira e paulista como para os médicos de São Carlos, diante de um processo que ficou conhecido pelos próprios profissionais como de “socialização da medicina”, o qual, no Brasil, foi favorecido em razão das novas demandas sociais urbanas emergentes com a maior industrialização que se seguiu à 1930 com a Era Vargas.

Mas antes do enfrentamento destes condicionantes históricos e desafios sociais ligados ao transcurso da segunda onda de interiorização do profissionalismo médico local, os médicos de São Carlos precisaram enfrentar os problemas e desafios relacionados ao que se denomina aqui de primeira corrente profissional de retorno para o profissionalismo médico local – que marcou a transição entre a primeira e a segunda ondas de interiorização do profissionalismo médico no município, o que levou os

médicos a estabelecer certas ações profissionais e políticas que assim procuraram responder aos dilemas emergentes em razão da atuação de determinados contra processos sociais que se colocaram em sentido relativamente contrário ao caminho que havia caracterizado o movimento histórico da primeira onda de interiorização do profissionalismo médico local. Tais contra processos sociais, ao mesmo tempo, ofereceram desafios e oportunidades sociais e históricas mais ou menos problemáticas, relativamente enfrentadas e aproveitadas pelos médicos de São Carlos e que assim interferiram em seu processo de profissionalização e na configuração mais extensa de seu profissionalismo.

Tal circunstância histórica estabeleceu-se graças a uma combinação de determinados fatores socioeconômicos, políticos e profissionais, internos e externos ao poder local de São Carlos, com impacto à medicina são-carlense, tais como: a) crise da economia agrário-exportadora de café (intensificada em fins dos anos 1920); b) relativa diminuição da população e, em consequência, do mercado médico local; c) ocorrência de movimentos políticos (tais como o Tenentismo e a Revolução de 1924) relacionados ao declínio do sistema político coronelista em fins da Primeira República; e d) a ocorrência das revoluções de 1930 e de 1932. Tais fatores alteraram as relações entre Estado e sociedade no Brasil gerando um novo equilíbrio de forças entre diferentes classes e grupos sociais, bem como entre as distintas esferas de poder político (local/municipal, estadual e nacional), o que veio a fragilizar, relativamente, as bases de poder e influência social que haviam sido anteriormente estabelecidas pelos médicos de São Carlos, os quais, até então, procuraram manter importante aliança sociopolítica com os proprietários agrícolas locais e estaduais, dominante no sistema coronelista da Primeira República.

Em meio a esse período de transição da história são-carlense, ocorreram mudanças importantes nos rumos do profissionalismo médico local, que assim atravessou uma fase intermediária entre o final da primeira onda e o início da segunda onda de sua interiorização no município. Entre os anos 1920 e o final da Era Vargas, percebe-se um paulatino rearranjo de forças entre campo e cidade, responsável por favorecer os grupos sociais urbanos de São Carlos, em relativo detrimento do setor agrícola em crise, o que afeta igualmente os médicos locais, seu mercado de trabalho e sua autonomia profissional, seja esta observada em sua dimensão técnica, socioeconômica ou política.

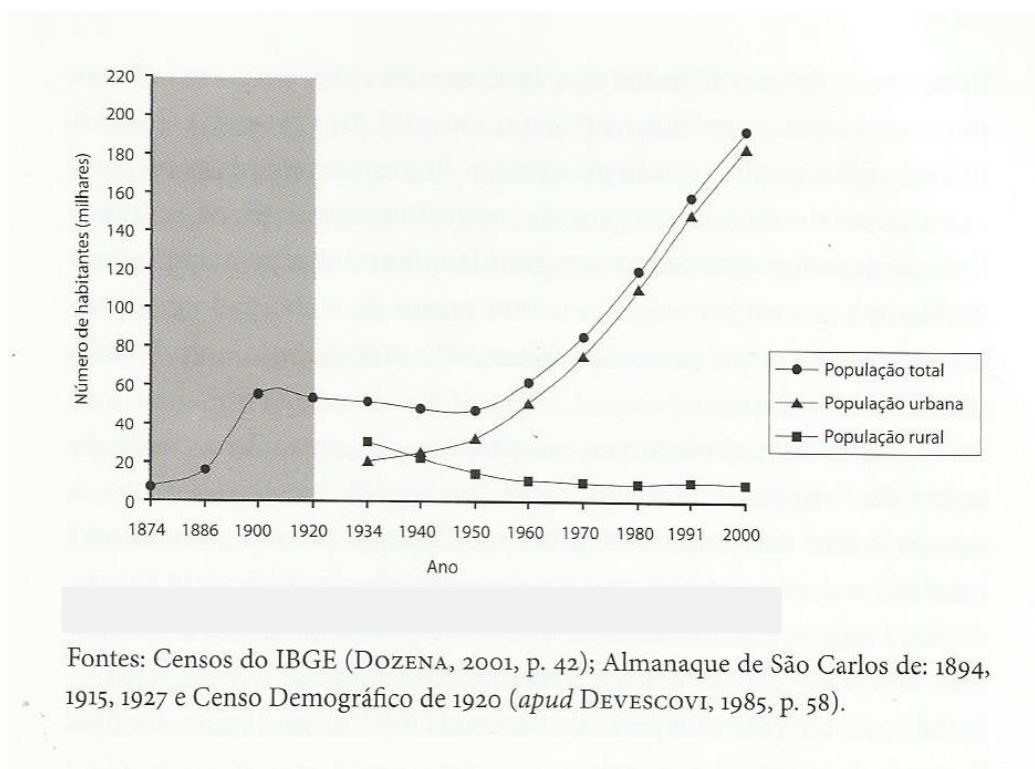
De acordo com seu processo de expansão rumo ao interior do estado de São Paulo, e regida em grande medida pela dinâmica de produtividade decrescente nas zonas de cultivos mais antigas, a queda da economia cafeeira entre as décadas de 1920 e 1930 levou a importante reestruturação da produção agrícola em diversas localidades paulistas, ocasionando um movimento de desconcentração fundiária e uma reorientação do desenvolvimento rural onde o café já deixava de ser economicamente atraente. Esta foi a realidade do município de São Carlos onde, já em fins da Primeira República, o esgotamento de terras combinado com crises sucessivas de superprodução do café, desestimularam mais investimentos nas lavouras, o que contribuiu sobremaneira para a quebra da hegemonia econômica e política dos produtores cafeeiros após 1930 (Devescovi, 1987). O processo de parcelamento de terras agrícolas são-carlenses, especialmente das fazendas decadentes, que assim acabaram sendo fracionadas e revendidas em especial a setores imigrantes geralmente localizados entre extratos médios urbanos, contribuiu para importante reorientação do desenvolvimento rural e urbano do município.

Em São Carlos, grandes fazendeiros venderam terras para adquirir propriedades em áreas agrícolas pioneiras. Apesar de o café ainda permanecer como principal artigo agrícola da localidade, os grandes cafeicultores passaram a associar seus cultivos à criação pecuária, além de procurarem alternativas com a expansão de outros plantios, a fim de contornar os insucessos do produto principal. Em decorrência disso e da procura de grupos econômicos por alternativas aos insucessos do até então dominante setor cafeeiro, já nos anos 1930, e no contexto mais abrangente da economia do Estado de São Paulo, a cotonicultura são-carlense chegou a ocupar significativa posição em seu setor. No entanto, tais esforços não prosperaram como no setor pecuário, o qual, dadas as suas peculiaridades, utilizava um número relativamente menor de mão de obra, a qual, assim, pôde se deslocar em maior quantidade às áreas urbanas do município. Embora em condição minoritária em relação ao café, a pecuária assumiu posição de produto de destaque da economia local. Por isso mesmo, em 1939 fundou-se a “Cooperativa São-carlense de Leite e Laticínio”, que representou certa reorientação industrializante criada pelas mudanças emergentes com a crise do café. Logo, tal cooperativa passou a associar 58 pecuaristas do município (Devescovi, 1987).

Contudo, apesar dessas iniciativas em reação às dificuldades econômicas do período, a economia local sofreu com a decadência do café, apresentando importante refluxo entre o final da Primeira República e o início da Era Vargas, o que, por outro

lado, foi acompanhado de um paulatino crescimento, em termos relativos, da participação industrial no desenvolvimento econômico do município. Essa significativa decadência econômica trouxe uma grave crise social à cidade de São Carlos, cuja população, assim como em relação às áreas rurais do município, entrou em processo de encolhimento. Apesar disso, favorecida por um mais intenso êxodo rural, a proporção de habitantes da cidade começou a crescer em detrimento da população do campo. Em 1940, mais da metade da população são-carlense já se situava nas zonas urbanas do município. Tal dinâmica demográfica pode ser ilustrada pelo seguinte gráfico de Lima (2008, p. 51):

**Gráfico 01 – População do município de São Carlos (1874-2000).**

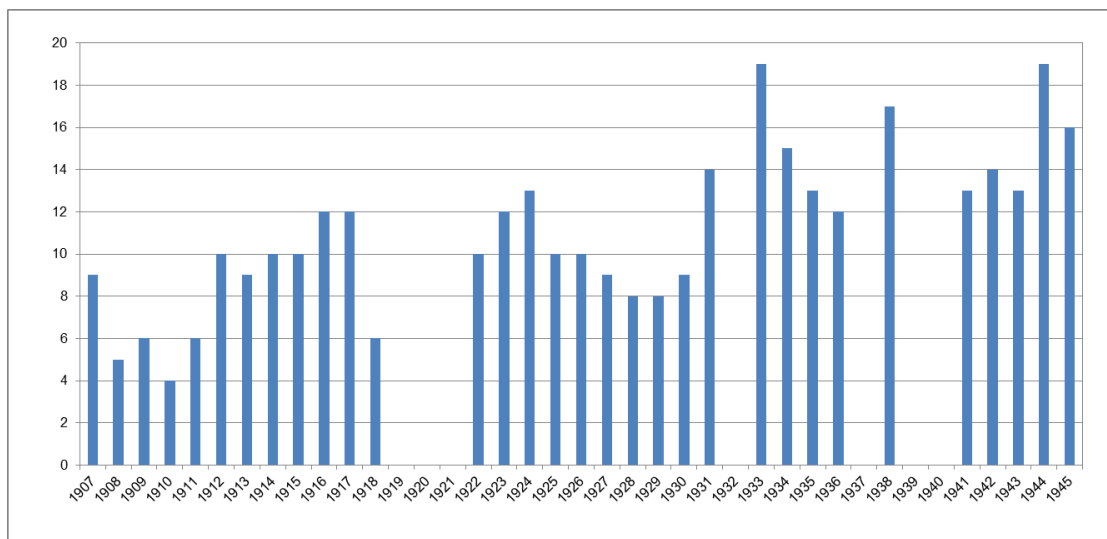


Contudo, além das sucessivas crises do café e, conseqüentemente, do próprio município, o encolhimento da população de São Carlos parece ter afetado igualmente o mercado médico local, já que, por vários anos, entre a Primeira República e o fim da Era Vargas o número de profissionais atuando na localidade não cresceu de maneira



mais vigorosa. Isso sinaliza no sentido de que os atrativos que haviam condicionado a vinda dos primeiros médicos ao município, sejam de ordem econômica, social, demográfica, política ou médico-profissional, ou deixaram de surtir o efeito originalmente estabelecido ou se consolidaram de tal maneira a não atraírem outros profissionais além do que em determinado patamar já sedimentado, o que fez com que o quantitativo médico não se alterasse de modo mais positivo ou vigoroso entre 1889 e 1945. Dessa maneira, não apenas os problemas econômicos em si, mas o próprio encolhimento do mercado consumidor de serviços médicos em razão da crise demográfica local restringiram os condicionantes e possibilidades de crescimento do grupo médico em São Carlos. Em realidade, considerando em especial o levantamento de dados realizado junto aos Livros de Impostos sobre Indústrias e Profissões de São Carlos, no arquivo da Fundação Pró-Memória da Prefeitura de São Carlos, tem-se, conforme o gráfico abaixo, a seguinte evolução da presença médica na localidade entre 1889 e 1945:

**Gráfico 02 – Distribuição de médicos em São Carlos por ano (1907-1945).**



**Fonte:** *Livros de Impostos sobre Indústrias e Profissões da Câmara Municipal de São Carlos*, relativos aos anos de: 1907; 1907-1910; 1910-1912; 1912; 1913-1915; 1915-1918; 1922-1925; 1926-1927; 1928-1930; 1931; 1933; 1934; 1935; 1936; 1938; 1941; 1942; 1943; 1944; 1945.

**\*Observação:** Este gráfico não trata de informações referentes aos anos de 1919, 1921, 1932, 1937, 1939 e 1940, pois não foram encontrados os correspondentes *Livros de Impostos sobre Indústrias e Profissões* na *Fundação Pró-Memória* da Prefeitura Municipal de São Carlos.

Depois de variações mais claras no início do período (1907), considerando as informações disponíveis de 1911 a 1917, nota-se crescimento no número de profissionais. Em 1918, há uma queda mais significativa. Neste caso, talvez fosse importante verificar (partir de dados complementares) qual teria sido o efeito, se existiu, da crise relacionada à epidemia de gripe espanhola sobre essa situação, sendo que, depois, há ausência de dados até 1921. Desde 1922, os registros disponíveis sobre a presença de médicos na localidade apresentam um crescimento quantitativo até 1924, quando o número de profissionais volta a cair, seguindo essa tendência até o ano de 1929, quando acontece a grande crise da Bolsa de Nova Iorque. A partir de 1930, aparentemente, o quantitativo de profissionais em São Carlos passa a variar segundo patamares máximos e mínimos um pouco superiores aos do subperíodo anterior.

Apesar de restrições quanto ao encontro de dados em relação a determinados anos durante o conjunto do período entre 1889 e 1945, como o gráfico acima esclarece, após os anos de crise mais acentuada que acompanha a parte final da Primeira República, no período entre 1930 e 1945 nota-se uma situação de alguma melhora quanto ao número de profissionais em São Carlos. Embora com tais dados seja difícil estabelecer conclusões mais precisas e detalhadas sobre as razões dessa situação, este quadro da medicina local segue, entretanto, um movimento de relativa congruência à diminuição das tensões políticas locais em meio à consolidação da Era Vargas, em contexto de alguma recuperação socioeconômica do município depois de anos de crise cafeeira – algo mais significativo quanto às suas zonas urbanizadas, as quais passaram, desde então, a ocupar um papel de maior relevância sociopolítica e econômica.

Como, à época, grande parte dos atendimentos médicos em São Carlos concentrava-se sobre a população urbana, a relativa melhora nas condições de vida nas áreas citadinas, combinado ao relativo crescimento da população urbana diante dos segmentos rurais, tendeu a favorecer a medicina local, de modo que facilitou, em relação ao período anterior, a chegada e permanência de alguns novos profissionais após-1930. A partir de 1934, a população urbana de São Carlos passa a apresentar um movimento de crescimento que se prolonga até a atualidade, sendo que, a partir de 1940, esta veio a superar a proporção de habitantes existentes na zona rural do município. Tal mudança demográfica a favor da população urbana implicou outro fator social e histórico que, ao lado de outros fatores também intervenientes na realidade são-carlense, contribuiu no sentido do apontado aumento proporcional de médicos no período posterior a 1930. Neste caso, inclusive, há que se fazer menção ao crescimento,

tanto proporcional como em termos absolutos, do número de trabalhadores urbanos, os quais, em associação ao surgimento da assistência médica previdenciária, implicaram um movimento paralelo de expansão do número de pacientes eventualmente demandantes de atendidos médicos, o que favoreceu, assim, o próprio aumento quantitativo de profissionais a partir da Era Vargas.

Apesar do aumento no número de médicos não ter sido tão expressivo em termos absolutos, ainda assim representou uma evolução positiva do ponto de vista dos patamares mínimos e máximos que caracterizaram, comparativamente, o segundo subperíodo (1930-1945) em relação ao primeiro (1889-1930). No entanto, mesmo com essa melhora, o número de médicos em São Carlos igualmente não evoluiu de maneira mais acentuada por vários anos depois do período em destaque neste capítulo. Desse modo, apesar da situação mais favorável em termos das condições sociais para a medicina são-carlense, a crise econômica e social, com reflexos igualmente políticos, que marcou o final dos anos 1920 e o início dos anos 1930, parece ter atuado como um quadro de fatores históricos que operaram como contra processos sociais, os quais arrefeceram ou estagnaram (pelo menos temporariamente) o movimento de crescimento do número de profissionais, bem como o avanço de determinadas instituições importantes para o profissionalismo médico local, o qual, ainda no início da Primeira República, havia recebido um impulso favorável no contexto mais abrangente de desenvolvimento do poder local em razão do sucesso da economia cafeeira.

Ademais, como se observará adiante, foi apenas com o grande impulso da medicina são-carlense, já sob o paralelo efeito de um importante crescimento urbano e industrial – verificado ao longo dos anos 1960 e 1970 –, que a carreira médica local percebeu uma abertura maior de seus profissionais à chegada de um quantitativo mais expressivo de colegas vindos de fora. Antes disso, determinados elos mais antigos (até informais e pessoais) de médicos, muitas vezes com origem familiar na própria cidade, podem ter atuado no sentido de, ao mesmo tempo, facilitar a carreira de alguns profissionais (talvez mais bem conectados com as estruturas de poder existentes na localidade), mas dificultar a chegada de outros e de um número realmente maior de médicos originários de outras localidades e regiões, seja do Estado de São Paulo, seja do resto do país.

Em realidade, a partir da análise sobre a formação histórica do município e de suas instituições de saúde, pode-se observar que os médicos de São Carlos, estimulados por avanços anteriormente acumulados até antes do início da década de 1910, tanto no

desenvolvimento socioeconômico e político local como em termos de crescimento de sua população e das instituições de saúde do município, lançaram-se, ainda no princípio da década de 1910, no esforço de criar um empreendimento hospitalar paralelo à já existente Santa Casa de Misericórdia, ou seja, o Instituto Sancarlense Casa de Saúde<sup>114</sup>. Esta instituição seria estabelecida por médicos locais, que assim se cotizariam para construir e manter esta nova unidade de saúde, a qual, portanto, surgiria enquanto organização privada com fins lucrativos. Dessa maneira, dada a conformação, àquela época, da área de saúde e do mercado médico de São Carlos, este hospital atenderia apenas aos pacientes mais abastados que tivessem condições financeiras de arcar integralmente com os custos médicos dos serviços oferecidos por essa Casa de Saúde.

Como antes disso já existia em São Carlos a citada Santa Casa de Misericórdia, pode-se observar como os logros da cafeicultura e o relativo desenvolvimento do município e de sua população na transição do século XIX ao seguinte impulsionaram a categoria médica no sentido de ampliar seus espaços de atuação no mercado de trabalho da área de saúde local, favorecendo sua autonomia profissional especialmente do ponto de vista técnico e socioeconômico. Aparentemente, os médicos chegaram a reconhecer que a população economicamente mais bem situada na estratificação social do município estava em processo de crescimento ou enriquecimento, a ponto de, já àquela altura do desenvolvimento de São Carlos (ou pelo menos em breve), sustentar a organização e operação de um novo hospital privado.

A crise ao mesmo tempo econômica, demográfica e social, que surgiu com o declínio da cafeicultura, bem como os limites que se impuseram em termos de crescimento quantitativo do grupo médico local, parecem ter contrariado os esforços médicos que haviam sido realizados no sentido da criação desse novo empreendimento hospitalar. Dessa maneira, na passagem dos anos 1910 ao decênio seguinte, com as incertezas e duras restrições econômicas ligadas à crise cafeeira, bem como em função dos problemas sociais e demográficos que atingiram a população do município, o mercado consumidor de serviços médicos reduziu-se ou deixou de crescer em São Carlos como fizera no início do século XX. Neste quadro social e histórico, os médicos do município viram reduzidas as fronteiras de expansão de sua autonomia técnica e socioeconômica (antes favorecidas nas condições históricas anteriores), de modo que,

---

<sup>114</sup> Correio de São Carlos, 05 de abril de 1913, p. 02; Correio de São Carlos, 09 de abril de 1913, p. 02.

não apenas deixaram de notar a chegada de novos profissionais como igualmente não conseguiram mais avançar com seu plano de criação da almejada Casa de Saúde.

Por outro lado, a decadência do setor cafeeiro também afetou negativamente a inserção social e a autonomia profissional da medicina de São Carlos a partir de sua dimensão política – uma consequência dos revezes sofridos em razão da antiga aliança social e política com o ainda poderoso, embora em queda, capital cafeeiro. Ambos, no contexto mais abrangente da dinâmica sociopolítica do Estado de São Paulo, sofreram significativa perda de poder e espaço no contexto de mudanças históricas que se seguiram no país em meio à crise dos anos 1920, à Revolução de 1930 e à derrota paulista de 1932, já na Era Vargas.

Tais movimentos sociopolíticos – e talvez, de modo especial, a Revolução de 1932 – evidenciaram, no plano local do município de São Carlos, a ação de importantes processos históricos que transformaram a realidade do interior do Brasil e que, do ponto de vista do profissionalismo médico são-carlense, atuaram como contra processos sociais que afetaram as relações entre, de um lado, a medicina e a grande propriedade agrícola e, de outro lado, o grupo médico são-carlense e sua relação com a intensificação do desenvolvimento urbano-industrial, o que foi acompanhado e favorecido pela centralização política do Estado brasileiro, trazendo alterações sobre as relações entre as esferas de poder político local, estadual e nacional, além de realizar modificações na área de saúde brasileira, com evidentes consequências à autonomia profissional dos médicos de São Carlos.

A Revolução Constitucionalista de 1932 foi a que mais intensamente mobilizou, de uma perspectiva geral, os médicos paulistas naquele período de transição entre a Primeira República e a Era Vargas (Santos & Mota, 2010). Esta mobilização atingiu diretamente os médicos que, ou já atuavam em São Carlos desde antes de 1930, ou que depois acabaram por se estabelecer na localidade (Carneiro, 1977; Machado, 2007; Gomes, 2008). Mas, como antes apontado, além deste movimento, duas outras importantes mobilizações de contestação ao sistema político Primeira República contaram com participação de médicos do Estado de São Paulo e do município de São Carlos, isto é: o Movimento Tenentista de 1922 e o movimento revolucionário paulista de 1924<sup>115</sup>. Tais mobilizações demonstraram como, dentro do próprio grupo médico,

---

<sup>115</sup> Sobre estes dois movimentos políticos, ver: Cohen (2010).

havia dissensões quanto aos rumos do país e ao papel e posicionamento políticos que a categoria médica deveria assumir.

Os médicos são-carlenses procuravam se posicionar e reagir coletivamente aos processos de mudança que estavam em curso nesta primeira corrente profissional de retorno, os quais acabaram por desembocar em uma nova fase histórica, que atingiu a realidade do município de São Carlos. Depois da revolução de 1930, a derrota paulista no levante de 1932 significou não apenas o relativo enfraquecimento político das antigas elites cafeeiras paulistas, mas, ao mesmo tempo, uma nova oportunidade para um maior impulso urbano-industrial do Estado de São Paulo e do país, e também, certo declínio de algumas carreiras profissionais de determinados médicos paulistas, que então se envolveram mais intensamente com as atividades de 1932, além da possibilidade de ascensão profissional e política de outros profissionais que vieram a ocupar os espaços criados pela nova circunstância histórica (Santos & Mota, 2010).

Este contexto encontrou sentido determinado e relativamente particular, conforme as específicas condições de desenvolvimento socioeconômico e político do município e de inserção social e política dos segmentos médicos locais, em meio à dinâmica de relações entre a localidade e as outras esferas de poder político estadual e nacional. Apesar dos problemas e instabilidades sociopolíticos que afetaram o município nos anos 1930, a dinâmica de poder local mudou pouco até o final da Era Vargas, permanecendo os médicos como importantes segmentos inseridos nos grupos de elite do município, ainda envolvidos nas antigas relações e clivagens estabelecidas na localidade desde a Primeira República, e que se estruturavam a partir das rivalidades e alianças entre os grupos políticos ligados às famílias Salles e Botelho, os quais emergiram como segmentos dominantes em São Carlos com a ascensão econômica e política dos grandes fazendeiros de café.

Em realidade, foi apenas ao final da Era Vargas quando se verificou mudanças mais significativas nessa realidade em razão de novos condicionantes sociais e históricos, que assim afetaram a dinâmica de poder local e o profissionalismo médico são-carlense, conferindo outros contornos a uma nova onda de interiorização do profissionalismo médico. Dentre tais fatores e condicionantes sociais e históricos, podem-se apontar: a intensificação do processo de centralização política do Estado brasileiro; a emergência de novos partidos – agora não mais com abrangência apenas estadual, mas sim de dimensões nacionais; o crescimento da burocracia estatal, inclusive nas áreas de saúde pública e assistência médica previdenciária; o crescimento

de segmentos, grupos e classes sociais urbanos; a ascensão social, econômica e política de segmentos de classes médias; e também, o maior impulso no sentido da industrialização do país, o que rearranjou relativamente as relações entre campo e cidade. Tais processos de mudança histórica atingiram não apenas o país em geral, mas, em especial para o presente estudo, o próprio município de São Carlos.

Nesta diferente configuração social e histórica, nota-se a emergência de uma nova onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos, em meio à qual, embora a anterior aliança com os grandes fazendeiros de café não tenha sido desfeita, deixa, no entanto, de ser tão fundamental para os rumos da profissão médica em sua inserção, seja ao nível do próprio poder local são-carlense, seja, em especial, diante das esferas de poder político estadual e nacional. Isso levou o grupo médico de São Carlos a se deparar com a necessidade de encontrar um diferente posicionamento social, econômico, político e profissional diante de outra dinâmica social e histórica, ligada então ao que se denomina aqui como uma alternativa onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos. Nesta nova realidade, os médicos são-carlenses procuraram rearranjar seus recursos sociais, econômicos, políticos, culturais e profissionais no sentido de adotar novas modalidades de ação e organização para o enfrentamento dos emergentes desafios que acompanharam o período.

Para além dos anteriores laços com os segmentos de elite locais e estaduais, o que se tornou cada vez mais decisivo nesta nova fase para o profissionalismo médico de São Carlos foi a significativa intervenção do poder de Estado nacional, agora mais centralizado politicamente, o qual passa a interferir diretamente sobre a organização da saúde do país, criando novos órgãos burocráticos de gestão e prestação de serviços, alterando tanto a organização do trabalho médico como a relação médico-paciente e a relação dos profissionais da medicina com demais organizações públicas e privadas de saúde, assim como diante de outros grupos e instituições sociais. Como, do ponto de vista médico, tais mudanças se materializaram especialmente através da expansão de serviços públicos de saúde, agora oferecidos a um número maior de pessoas, e que acabaram sendo oferecidos pelo próprio poder de Estado nacional, os médicos brasileiros passaram a reconhecer essa nova fase histórica para o seu profissionalismo como de expansão do que chamaram de socialização da medicina (Almeida, 2014).

Se na Primeira República, e mesmo durante grande parte da Era Vargas, as antigas relações com os grandes fazendeiros locais – as quais, por vezes, eram mediadas por relações familiares e de parentesco que se estendiam até o nível de poder político

estadual (o que tinha implicações sentidas também em termos das relações entre a política local e a nacional) – constituíam-se como fundamentais para a inserção sociopolítica da categoria médica em São Carlos, nesta nova fase histórica que para o profissionalismo médico, os profissionais locais sentiram a necessidade de se reorganizar coletiva e institucionalmente, já que o próprio processo de centralização política, que então fragilizou as tradicionais elites agrárias locais e estaduais, trouxe ao jogo social, econômico, político e profissional um novo ator institucional que, desde fora da localidade, com mais poder e sem a mesma abertura às antigas relações com a grande propriedade agrária local e estadual, passou a exigir uma resposta distinta, de natureza inclusive organizada e institucional, por parte dos médicos são-carlenses.

É neste contexto que os médicos de São Carlos, em conexão a um movimento mais abrangente de médicos paulistas e brasileiros, acabaram por reorganizar seus recursos sociais, econômicos, políticos, culturais e profissionais, a fim de estabelecer uma nova modalidade de ação, que resultou na criação da Sociedade Médica de São Carlos, a qual logo se filiou à Associação Paulista Medicina e à Associação Médica Brasileira, de tal modo que os colegas de profissão mais bem se posicionassem diante dos desafios emergentes com a maior integração nacional em decorrência do desenvolvimento urbano-industrial e em razão da maior participação, neste processo, do poder de Estado central brasileiro. Tais foram as bases sobre as quais se estabeleceram os condicionantes históricos e atores sociais, bem como as ações de grupos médicos locais e de outros segmento sociais com os quais aqueles vieram a se relacionar, já na segunda onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos.



## **Parte III**

**Segunda onda: maior avanço urbano-industrial, centralização política estatal e socialização da medicina.**

## Capítulo 7

### **O processo de industrialização, a centralização do Estado e a reação do profissionalismo médico brasileiro e paulista.**

A segunda onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos resultou de uma nova combinação sociológica de determinados fatores e processos históricos, internos e externos ao poder local do município, e em razão da maneira particular como a categoria médica local lidou com as mudanças que marcaram o período, interferindo em sua autonomia profissional.

Do ponto de vista externo ao poder local são-carlense, como será mais bem analisado abaixo, notam-se a influência de específicos fatores e processos sociais, os quais, relativamente, desde a passagem da Primeira República para a Era Vargas promoveram significativas alterações na realidade social, tanto do país em geral como em particular do Estado de São Paulo, o que implicou um contexto mais abrangente que condicionou, desde fora, a realidade do profissionalismo médico em São Carlos.

Durante a Primeira República, além das dificuldades de participação política da maioria da população em razão do esquema coronelista, a sociedade brasileira também enfrentava a política econômica de defesa do café, que implicou um regime de “socialização das perdas” responsável por criar movimentos políticos contestatórios, especialmente em relação aos segmentos, grupos e classes sociais urbanos. Estes cresceram principalmente após a Primeira Guerra Mundial em razão de avanços em alguns setores industriais favorecidos pelo conflito, que diminuiu o fluxo de

importações e favoreceu a produção do país para seu mercado interno. O incremento das indústrias e de outros segmentos urbanos descontentes com o tradicional esquema político levou o país a um processo de desagregação do regime oligárquico que culminou na Revolução de 1930.

Esta revolução resultou da crise do sistema de alianças que sustentava o poder político central durante a Primeira República, o qual se apoiava em uma combinação entre elites estaduais na qual sobressaiam as oligarquias agrárias de São Paulo e Minas Gerais. Os vitoriosos em 1930 agregavam um quadro social e político heterogêneo, que haviam se unido em torno de um adversário comum, ou seja, os antigos grupos oligárquicos dominantes. A partir disso, saíram do centro do poder nacional, os quadros oligárquicos tradicionais e, em seu lugar, assumiram os militares, os técnicos diplomados, os jovens políticos e, um pouco depois, os industriais, de modo que as elites estaduais foram relativamente enfraquecidas diante do maior poder do Estado central (Fausto, 1972).

No início do novo regime, Vargas assume o governo apenas provisoriamente, enfrentando um ambiente político marcado pelo confronto entre as duas principais facções que haviam realizado a Revolução de 1930: as oligarquias dissidentes e os tenentes do Exército. Estes acabaram ocupando postos-chave no novo governo, como interventores em vários estados e defendendo concepções centralizadoras, quando não ditatoriais, para o Estado brasileiro, o que contrariava interesses das oligarquias estaduais, principalmente as do Estado de São Paulo, que se rebelaram no movimento constitucionalista de 1932, quando foram derrotados. Isso significou, politicamente, um movimento de rearranjo de forças no país entre o campo e a cidade – o que acabou favorecendo, com o tempo, especialmente os setores sociais ligados à indústria.

No período pós-1930 e, em especial, durante o Estado Novo (1937-1945), o poder político central passou a desenvolver uma política econômica intervencionista e industrializante, o que, com o tempo, impulsionou a influência política dos empresários industriais, os quais, embora inicialmente menos influentes do que os grandes fazendeiros do interior, a partir desse processo, vieram a se tornar atores muito importantes na arena política do país. Por outro lado, os trabalhadores urbanos também vieram a participar do novo sistema de alianças políticas com o maior apoio estatal que receberam. As forças armadas, em especial o Exército, passaram a exercer um relevante papel político no país. O Estado getulista, sem desconsiderar mais extensamente o poder ainda influente dos grandes proprietários agrícolas do país, avançou com o capitalismo

industrial apoiando-se numa aliança alicerçada principalmente a partir de relações com setores do Exército, no âmbito da organização estatal, e em uma combinação entre industriais e trabalhadores urbanos, sendo que o impulso industrializante que acompanha o período foi promovido em grande medida por quadros governamentais (inclusive não apenas militares, mas também civis), os quais, embora já existentes relativamente desde a Primeira República, passaram a crescer ainda mais no acirramento do processo de centralização política após 1930, o que favoreceu especialmente a ascensão de diversos segmentos de classes médias urbanas.

### **7.1. O Estado centralizado, a economia e o maior desenvolvimento urbano-industrial.**

A crise econômica mundial de 1929, que afetou diretamente a produção brasileira e paulista de café para exportação e influenciou na Revolução de 1930, combinada a existência de uma relativa capacidade ociosa nos setores industriais de base da economia brasileira, principalmente o têxtil, impulsionaram o chamado processo de substituição de importações, que igualmente alavancou a industrialização do país. Os principais setores da indústria dessa época eram o têxtil, o de alimentação e bebidas e o de vestuário. Os capitais oriundos do café e os capitais desses segmentos industriais pré-existentes desde a Primeira República constituíram-se nas bases da intensificação da industrialização do país após 1930. Em meio a tais avanços econômicos, entre 1920 e 1940 a população do país saltou de 30,6 milhões de habitantes para 41,1 milhões. Ao mesmo tempo, aumentaram os deslocamentos e movimentos migratórios internos, que acompanharam de perto o surto industrial do Brasil no pós-1930. Este surto foi insuflado pelos novos investimentos públicos federais em infraestrutura, bem como por outros no desenvolvimento direto de novos setores industriais, que contribuíram sobremaneira para o avanço do processo de industrialização brasileiro.

Esse contexto de medidas centralizadoras do Estado contribuiu para o clima de transformações que se seguiram à Revolução de 1930 e que aprofundaram o processo de construção do Estado nacional brasileiro através do fortalecimento da burocracia estatal, não apenas, mas especialmente a partir da ditadura do Estado Novo (1937-1945). O reforço do poder político central afetou diferentes órgãos e agências governamentais, os quais vieram a ser criados ou expandidos. Além disso, o crescimento da burocracia

estatal contribuía para reforçar a posição do Estado como empregador, ao mesmo tempo em que atuava como um canal importante para a incorporação política das classes médias, de grupos profissionais de nível superior e outros segmentos intelectuais através do emprego público (Reis, 1988; Barbosa, 1998; Miceli, 2001).

O Estado passou a atuar como o garantidor da coalizão de poder que acomodava as elites agrárias tradicionais e o setor industrial emergente (Reis, 1989, p. 196). Já nos anos 1940, surge outra medida que fortalece o poder político federal: em 1942, é promulgada a Consolidação das Leis do Trabalho, que passou a oferecer uma série de direitos trabalhistas e previdenciários (inclusive em termos de assistência médica) para operários e outros trabalhadores urbanos, que se faziam necessários em razão do avanço da industrialização no país, ao mesmo tempo em que ganham força os institutos de previdência social, bem como os setores sindicalistas de grupos operários e médios, com íntima relação estrutura do Estado através do Ministério do Trabalho. Por outro lado, os interesses industriais contaram a seu favor com uma série de investimentos públicos em áreas estratégicas, tais como em infraestrutura e produção siderúrgica.

Com o fortalecimento da ideologia e das políticas de cunho nacional-desenvolvimentista, especialmente depois da Segunda Guerra Mundial, as quais apostavam em uma ampla participação do Estado no processo de desenvolvimento industrial do país, o Brasil experimentou um significativo ponto de inflexão no curso de sua modernização urbano-industrial. Com efeito, se em 1920 a agricultura brasileira representava quase 80% do valor da produção total do país, e a indústria, apenas algo em torno de 20%, já em 1940, e sob o impulso do governo central do país, as proporções se reequilibram para, respectivamente, algo como 57% e 43%, estando a indústria do período crescendo a taxas bem mais superiores do que a agricultura (Fausto, 2010, p. 216).

Com tais rumos seguidos pela economia, a sociedade mais ampla e o poder de Estado brasileiros, desde 1930 as questões sociais, econômicas, políticas e demográficas que ganham maior importância no país passam a se referir, de modo privilegiado, aos efeitos do desenvolvimento social, econômico e político ligados à urbanização e à industrialização do Brasil, bem com ao papel do Estado nacional brasileiro nesse processo. O próprio setor de saúde acaba sentindo os efeitos de tais mudanças, o que leva a certo redirecionamento nos caminhos que este setor acabou seguindo desde então.

## **7.2. As mudanças na área de saúde: novos rumos para a saúde pública e para a assistência médica previdenciária.**

Embora se tenham estabelecidos movimentos e elos de continuidade entre certas políticas públicas de saúde e determinadas instituições do setor, especialmente no âmbito do governo paulista, a passagem da Primeira República para a Era Vargas também foi marcada por certa inflexão nas preocupações e papéis estabelecidos para a participação do poder público, particularmente do governo central, na área de saúde do país, ou seja, das prioridades em relação à saúde pública e às populações interioranas do campo, o país verificou uma maior atenção aos problemas ligados ao desenvolvimento urbano-industrial e ao suporte, através particularmente dos serviços médicos previdenciários, aos setores sociais urbanos e, principalmente, aos trabalhadores em ascensão nas cidades brasileiras.

Em meio ao espírito centralizador do período e com o objetivo de reorganizar os serviços de saúde federais e estaduais, Vargas cria o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), o qual assume, basicamente, as ações estatais no campo da saúde pública. Apesar de exercer um papel relativamente menor do que no período anterior, a saúde pública ainda ocupou um lugar de destaque dentre os projetos políticos varguistas. Ao contrário da política de assistência médica previdenciária, que foi empreendida no âmbito do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio – MTIC, a política de saúde pública – realizada, inicialmente pelo Ministério da Educação e Saúde Pública, e depois, pelo Ministério de Educação e Saúde, sendo então organizada, desde 1953, pelo Ministério da Saúde – caracterizou-se por atingir o conjunto maior da população brasileira, e não apenas àqueles integrados formalmente ao mercado de trabalho urbano, como na atuação do próprio Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio – MTIC (Fonseca, 2007).

Em realidade, as políticas no campo da saúde pública, que desde a Primeira República vinham sendo relativamente oferecidas por vários governos estaduais e com certo auxílio do poder público federal, mantiveram-se mais ou menos assim depois de 1930. Como se verificará para o caso da realidade do município de São Carlos, no âmbito das políticas públicas desenvolvidas pelo governo paulista, o período pós-1930-1945, foi acompanhado de uma linha de relativa continuidade entre as políticas públicas que desde antes da Era Vargas já eram implementadas no campo da saúde pública. Neste contexto nacional mais amplo, a saúde pública paulista foi caracterizada, a partir

da Era Vargas e depois, por relativa ampliação de sua estrutura, tanto em termos de gestão como do ponto de vista de seus serviços e ações, além de também combinar serviços sanitários tanto de caráter mais universalista como por determinadas estruturas mais verticalizadas e especializadas no cuidado de específicas questões de saúde pública (Castro Santos, 2004; Faria, 2007; Almeida, 2014; Mascarenhas, 1973).

Dentre as principais mudanças institucionais e estratégias de ação adotadas pela saúde pública paulista no período, podem-se destacar, entre outras: a criação de um Departamento de Saúde, a partir do anterior Serviço Sanitário e da reorganização de suas estruturas pré-existentes; constituição de uma Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social; reorganização de diferentes estruturas e serviços específicos nos setores de produção de fármacos e de análise laboratorial (tais como em relação ao Instituto Butantã e ao Instituto Adolfo Lutz); criação de novas carreiras em saúde pública; avanços na organização de quadros e formação de estudantes ligados aos cursos estabelecidos junto ao Instituto de Higiene (depois Faculdade de Saúde Pública da USP); organização de diferentes delegacias regionais de saúde, bem como o desenvolvimento de inúmeros centros de saúde, postos de assistência médico-sanitária, postos de puericultura, dispensários de combate e profilaxia de tuberculose e de lepra; desenvolvimento de trabalho de combate à malária, tracoma, febre amarela, bem como a realização de campanhas de vacinação contra diferentes doenças endêmicas e epidêmicas no estado, por vezes a partir de convênios com o governo federal e com órgãos e agências internacionais.

Por outro lado, como visto, ainda nos anos 1920, mas, em especial, depois dos anos 1930, a assistência médica pública passou por um importante processo de mudança com o desenvolvimento da chamada medicina previdenciária. Desde a lei Eloy Chaves, de 1923, o Estado brasileiro iniciou um movimento crescente de regulamentação do sistema previdenciário do país, a partir do qual o governo federal passou a oferecer serviços médicos previdenciários aos trabalhadores urbanos com registro em carteira. Estes passaram por intenso processo de crescimento, dado o avanço dos processos de urbanização e industrialização. Desde as iniciais Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAP's (segmentadas por empresas), passando pelos posteriores Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAP's (organizados por categorias específicas de trabalhadores) e pelo FUNRURAL (Fundo de Assistência dos Trabalhadores Rural – instituição previdenciária que também custeava assistência médica aos trabalhadores do campo), os quais foram depois reunidos junto ao Instituto Nacional de Previdência

Social – INPS e ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, o país verificou a expansão da assistência médica estatal à diversos setores da população brasileira, ao mesmo tempo em que se percebeu um paralelo processo de centralização burocrática dentre os órgãos responsáveis pela administração desse crescente sistema (Oliveira & Teixeira, 1985; Fonseca, 2007).

Com a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio – MTIC, em 1930, a assistência médica previdenciária passou a assumir posição de relativo destaque dentre as políticas sociais desenvolvidas pelo Estado brasileiro, pois ela veio a se inserir no rol de direitos sociais e trabalhistas que foram expandidos desde o primeiro governo Vargas, a fim de mediar os conflitos de interesses intensificados nas áreas urbanas em expansão. Diferentemente dos serviços de saúde pública, a assistência previdenciária (inclusive médica) concentrou-se mais no âmbito das políticas públicas desenvolvidas pelo governo central do país, ficando os governos estaduais com um papel quase nulo.

Como os serviços médicos previdenciários eram prestados por profissionais da medicina e instituições hospitalares ligados à iniciativa privada, que assim recebiam pagamentos do poder público por unidade de serviço prestado, a assistência médica realizada por médicos atuantes na chamada prática liberal não foi decisivamente prejudicada, apesar do maior desenvolvimento dos serviços médicos oferecidos pelo poder público e das restrições efetivamente sentidas, e reclamadas pela categoria médica, em razão da nem sempre bem recebida socialização da medicina, que impulsionou os serviços de saúde pública e aqueles do campo da assistência médica estatal.

Em realidade, esta segmentação da área da saúde estatal entre assistência médica e saúde pública seguiria mais ou menos nesta conformação até o início dos anos 1980, quando o sistema de saúde brasileiro entra em crise e passa por uma importante reforma que desemboca na criação do Sistema Único de Saúde, em 1988, o qual passou a integrar, ao mesmo tempo, tanto a saúde pública como a assistência médica estatal.

### **7.3. A realidade das demais instituições do profissionalismo médico brasileiro e paulista após 1930.**

Por outro lado, além da medicina estatal, desde os anos 1940 a chamada medicina de grupo – como modalidade de convênio médico – igualmente verificou um



relativo movimento de expansão no Brasil, especialmente em regiões mais desenvolvidas do Estado de São Paulo (Almeida, 2013), o que também influenciou a trajetória histórica da assistência médica no país após 1930. Contudo, não apenas, mas especialmente no interior do território brasileiro, os consultórios privados de médicos inseridos na prática liberal, além das suas atividades nas Santas Casas de Misericórdia, continuaram se mantendo como as mais importantes modalidades de conformação do trabalho para a medicina brasileira, sendo responsáveis por implicar grande parte do mercado de assistência médica em todo o país até, pelo menos, o início dos anos 1970.

Mas afora tal realidade, a partir de outras modificações do sistema de ensino superior do país, foram criados diversos cursos médicos durante primeira metade do século XX, nos quais os novos avanços da medicina e do sistema universitário brasileiro foram sendo assimilados. Desde os anos 1940, e durante as décadas subsequentes, o sistema de ensino médico brasileiro passou a se modelar, cada vez mais, de acordo com as mudanças propostas, ainda nos anos 1910, pelo Relatório Flexner que, aplicado inicialmente à realidade norte-americana, estabeleceu as bases do paradigma da medicina científica, cujas características principais são: segmentação do ensino médico em ciclos básico e profissional, organização da aprendizagem em disciplinas ou especialidades, oferecidas, do ponto de vista prático, principalmente nos espaços hospitalares (González & Almeida, 2010). Desde então, a formação médica brasileira seguiu, em grande medida, o chamado modelo flexneriano.

Mas a efetiva interiorização do ensino da medicina no país realizou-se apenas a partir de 1950, quando foi fundada a primeira faculdade de medicina do interior do Brasil, qual seja: a Faculdade de Medicina de Sorocaba, da Pontifícia Universidade Católica – PUC<sup>116</sup>. Antes do curso de medicina de Sorocaba, só capitais de estados eram sedes de cursos médicos no país. De certa maneira, o processo de interiorização do ensino superior em medicina acompanhou outras mudanças, tais como: a) maior intervenção estatal, tanto na regulação como, principalmente, na prestação de serviços de saúde – que foi acompanhado do aumento de vagas de trabalho no setor público propriamente dito, e da demanda, desse setor, para a prestação privada de serviços custados a partir de recursos públicos –; e b) aumento da população brasileira e crescimento das classes médias e populares urbanas em decorrência do impulso urbano-industrial, da centralização política e da interiorização do desenvolvimento mais amplo

---

<sup>116</sup> Outros dados acerca do curso de medicina existente na cidade de Sorocaba (SP), integrante da PUC-SP, pesquisar em: <http://www.pucsp.br/graduacao/medicina#historico>. Consulta realizada em 15/04/2016.

do país. As emergentes classes médias passaram a demandar mais vagas no sistema de ensino universitário, que veio a crescer e produzir novos profissionais para o mercado de trabalho (inclusive o mercado médico).

Por outro lado, além do crescimento de setores médicos e de diferentes grupos profissionais, bem como das demais instituições de saúde, o século XX verificou outras faces da relação entre, de um lado, a centralização política do Estado brasileiro e, de outro lado, o grupo médico do país, as quais se desdobraram em um amplo movimento de organização coletiva de diferentes segmentos médicos nacionais. Do lado da regulação do Estado brasileiro sobre profissão médica, o período em destaque foi caracterizado por avanços no campo da legislação atinente à propaganda médica e de outros segmentos ocupacionais e profissionais da área de saúde mais vasta – que veio a ser mais bem organizada a partir da lei nº 4113, de 14 de fevereiro de 1942; e por desenvolvimentos no campo da legislação sobre deontologia médica, inicialmente estabelecidos através de códigos de ética médica criados pela própria profissão ainda entre os anos 1930 e 1940, mas que se tornaram lei com respaldo do poder público brasileiro, inclusive do ponto de vista judicial e penal, a partir dos anos 1950<sup>117</sup>, sendo definitivamente consolidados, em 1957, com a criação dos conselhos médicos – tanto o Conselho Federal de Medicina – CRM como os Conselhos Regionais de Medicina – CRM's, que passaram a zelar pelas normas do código de ética médica brasileiro.

As novas demandas sociais e pressões que o poder de Estado veio a imprimir sobre a profissão médica, levou a categoria a desenvolver novas associações médicas, as quais emergiram a fim de organizar coletivamente o conjunto de profissionais da medicina em todo o território nacional. No caso da medicina paulista, houve o desenvolvimento de diferentes associações médicas em diversos municípios do interior. Além do anterior surgimento da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (1895) e da Associação Paulista de Medicina (1930), ao longo dos anos 1940 e 1950 a APM passou por um intenso processo de interiorização em âmbito estadual, a partir da filiação, à sua estrutura, de diferentes associações médicas locais ou municipais, além da criação de seções regionais da APM em determinados município do estado (Almeida, 2013). Em 1951, tais mudanças, ao se expandirem por todo o território brasileiro, levam à criação da Associação Médica Brasileira, a qual pôde oferecer uma estrutura de representação e organização profissional à medicina brasileira em termos nacionais.

---

<sup>117</sup> Mais informações, ver a seguinte publicação do CFM, consultada em 09/11/2015 no seguinte endereço eletrônico: [http://www.portalmédico.org.br/novocodigopdfmateria\\_jornal6.pdf](http://www.portalmédico.org.br/novocodigopdfmateria_jornal6.pdf).

O desenvolvimento de todas essas entidades profissionais revela como os médicos, mesmo antes, mas especialmente desde a Era Vargas, sentiram necessidade de uma organização política e profissional de dimensões não apenas local ou regional, mas igualmente nacional, a fim de enfrentarem os problemas relacionados à maior integração nacional que acompanhou o avanço urbano-industrial e a centralização política do Estado brasileiro e, de maneira especial, o avanço da socialização da medicina (Ramos 1949; Reis, 2011; Almeida 2013). Em meio a tais transformações, nota-se a emergência de um novo profissionalismo médico, o qual implicou, em especial aos médicos de São Carlos, uma nova conformação da relação entre, de um lado, a política, o Estado (com impactos às esferas de poder municipal, estadual e federal) e a sociedade (e seus diferentes grupos e instituições) e, de outro lado, a categoria médica local em suas conexões com demais segmentos médicos paulistas e de outras partes do país.

## Capítulo 8

### **Impactos da industrialização e da centralização política sobre mudanças no profissionalismo médico de São Carlos.**

Se no capítulo anterior tratou-se de determinados fatores sociais que, desde fora, interferiram na dinâmica socioeconômica e política de São Carlos e no processo de interiorização do profissionalismo médico no município, no presente capítulo observam-se a forma como se configuraram, no plano interno do poder local são-carlense, certas mudanças históricas que caracterizaram o período, dentre as quais: o mais vigoroso impulso urbano-industrial e os efeitos locais do processo mais abrangente de centralização e expansão de agências burocráticas do Estado brasileiro, não apenas, mas especialmente na área de saúde, em sua influência sobre a emergência de um novo profissionalismo para a medicina local, que assim reagiu em relativa conexão a certo movimento mais abrangente de mobilização da categoria médica, tanto no Estado de São Paulo como também em nível nacional, à chamada socialização da medicina.

#### **8.1. A decadência da economia cafeeira e o impulso urbano-industrial em São Carlos.**

Esse quadro de mudanças relativamente impulsionado desde 1930 acentuou-se a partir dos anos 1940, quando mais definitivamente a realidade são-carlense passa de

uma economia agroexportadora de café e de uma conformação sociopolítica sustentada no poder dos grandes fazendeiros locais, para uma realidade socioeconômica e política baseada cada vez mais na produção industrial e na importância política dos grupos sociais e econômicos urbanos. O crescimento inicial do setor industrial de São Carlos esteve intimamente conectado aos logros da economia cafeeira local, embora desde cedo aquele setor tenha apresentado relativa autonomia diante deste. Mais tarde, com o declínio da economia cafeeira, o setor industrial são-carlense passou a seguir seu caminho cada vez mais de modo independente dos logros do café, transformando-se, com o tempo, no principal setor econômico a impulsionar o desenvolvimento local.

Em realidade, no início do processo de industrialização de São Carlos, pode-se observar que, a partir de capitais acumulados com a economia cafeeira, várias melhorias urbanas puderam ser realizadas em São Carlos, o que permitiu que se criassem as condições sociais e econômicas necessárias, bem como em termos de uma razoável infraestrutura urbana e de transportes – especialmente com a expansão da rede ferroviária que atinge a localidade já em 1884 –, para o inicial desenvolvimento da indústria são-carlense. Entre a última década do século XIX e o início do seguinte, a indústria local já havia atingido relativa diversificação em sua produção – desenvolvimento que foi em parte acompanhado por outros avanços no setor comercial, embora este nunca tenha se tornado um segmento mais relevante no contexto da economia são-carlense, o que, no entanto, favoreceu também o desenvolvimento urbano mais abrangente de São Carlos (Truzzi, 2007).

Aos poucos, a produção industrial do município, que antes respondia essencialmente às necessidades de processamento, beneficiamento e transporte dos produtos gerados pela cafeicultura, dado o desenvolvimento econômico local e o crescimento da população (especialmente nas áreas urbanas), passa a atender igualmente a um mercado consumidor que cresce no contexto da cidade, o que propiciou certa autonomia do setor industrial em relação à dinâmica cafeeira, embora esta ainda tenha se mantido como o setor econômico mais influente até o início dos anos 1940. Muitas vezes a partir do uso de mão de obra familiar, grande parte dos artigos produzidos por estas primeiras indústrias era para o consumo popular da municipalidade, tais como alimentos, mobiliário e vestuário. Mas, além destes, também eram importantes os artigos industriais produzidos para a dinâmica de produção e comercialização das fazendas de café. Tais fábricas, de feitura geralmente artesanal, aproveitavam a disponibilidade de algumas matérias-primas existentes na região, o que

facilitava e barateava o custo de sua obtenção. Ademais, o processamento industrial de tais matérias-primas exigia menores investimentos em maquinaria e permitiam o uso de mão de obra que, embora às vezes mais numerosa, também era relativamente barata na localidade (Grimberg, 2009).

A adoção do trabalho assalariado e de uma economia monetária mais desenvolvida, além do impulso à imigração estrangeira, os quais foram favorecidos com o fim do trabalho escravo e o sucesso econômico das fazendas de café, não apenas de São Carlos, mas também do restante do interior paulista, contribuíram para a emergência e o desenvolvimento da indústria são-carlense por vários motivos. O trabalho assalariado e os capitais acumulados pelo café permitiram que emergisse um mercado econômico, de trabalho e de consumo no núcleo urbano do município, ensejando as bases sobre as quais a indústria local pôde encontrar mercado para o consumo de sua produção e para o suprimento de sua demanda por mão de obra. No caso das correntes de imigração estrangeira, pode-se reconhecer que estes, principalmente quanto aos segmentos europeus, foram capazes de transplantar consigo diversos traços e disposições de comportamento, além de técnicas e atividades sobre as quais possuíam algum domínio, de modo a incorporá-los às indústrias locais onde passaram a se empregar ou que vieram a criar e comandar como proprietários. Não sem razão, o principal agente desses novos empreendimentos industriais (quase sempre artesanais) acabou por ser não o fazendeiro de café, mas o imigrante estrangeiro, atraído pelo florescimento do mercado urbano da localidade (Truzzi, 2007).

Essas indústrias, seus proprietários e empregados tiveram, em seu princípio, certo mercado garantido (embora não tão vantajado), dada a disponibilidade de matérias-primas para o fabrico de seus artigos para a venda, tanto em nível local como regional, e em razão de seus produtos não encontrarem a concorrência de demais itens então importados para o consumo local. Entre outros, tais empreendimentos incluíam: alfaiatarias, oficinas de fabrico e conserto de sapatos, fábricas de móveis, macarrão e cerveja, além de oficinas e fábricas de artigos de construção civil, de fundição, carpintaria, marcenaria, olaria e serraria. Em realidade, ao longo das primeiras décadas do século XX, São Carlos constituía-se como um dos núcleos urbanos mais bem desenvolvidos do interior paulista, atraindo não apenas mão de obra, mas também outras empresas já estabelecidas em outras localidades.

Exemplo desse desenvolvimento urbano-industrial e da atração de empreendimentos de outras localidades para o município de São Carlos são as seguintes

firmas que passaram a operar localmente: a Companhia Paulista de Eletricidade que, pertencente ao médico de São Paulo, Dr. Antonio Cândido de Camargo, em 1901 passou a prover a cidade com energia elétrica; por outro lado, a Fábrica de Tecidos Santa Madalena, existente em São Carlos ainda no começo do século XX, foi à hasta pública em 1916, sendo assim adquirida pelo Coronel Py, industrial de lanifícios e de uma companhia de bondes em Porto Alegre; enfim, houve o caso de Ciarrochi, proprietário de uma pequena metalúrgica em Anápolis (SP), o qual na década de 1930 decidiu transferir seus negócios para São Carlos. Com isso, ao longo das primeiras décadas da República o município veio a reunir diversos empreendimentos industriais, assim como considerável número de operários e demais trabalhadores urbanos, o que em parte favoreceu o rearranjo das relações entre campo e cidade, principalmente depois da derrocada do café e da quebra da hegemonia de poder dos grandes fazendeiros, já nos anos 1930 e 1940. Com efeito, ainda em 1925 a Lápiz H. Fehr Ltda (mais tarde incorporada por importante grupo alemão do setor e transformada em Lapis Johann Faber Ltda), já empregava 80 operários e vários contramestres. Em 1950, já estabelecida e mais desenvolvida, a Lapis Johann Faber passou a empregar, sozinha, 500 operários e funcionários (Truzzi, 2007).

Entretanto, apesar desses desenvolvimentos no setor, a indústria são-carlense veio a sentir relativamente os efeitos econômicos negativos da crise econômica cafeeira, embora outras oportunidades também tenham surgido no mesmo movimento, as quais foram em parte aproveitadas pelos empresários locais, os quais, em certos casos, conseguiram alavancar seus negócios. Neste sentido, grande parte dos pequenos empreendimentos industriais são-carlenses mais diretamente dependentes dos logros das fazendas de café sofreu com a crise do principal setor da economia local, o qual servia de principal mercado consumidor para os produtos gerados por aquelas unidades fabris. Este foi o caso dos artigos para o beneficiamento e transporte de gêneros agrícolas produzidos pelas fazendas do município.

Por outro lado, empresas de fora da localidade, que detinham porte maior e reuniam condições mais vantajosas de crescimento em outros mercados (que não aqueles ligados às suas próprias regiões e localidades de origem), atingindo assim espaços de mercado em nível até nacional, vieram a criar nova concorrência a empreendimentos então instalados em São Carlos, comprometendo economicamente a realidade dos mesmos. As empresas instaladas, por exemplo, na capital paulista, a qual no início do século XX já representava o maior e mais dinâmico parque industrial do

país, exerceu exatamente esta condição de concorrência em situação de desigualdade de poder em relação a certas indústrias são-carlenses, de modo que sua influência afetou negativamente a realidade de certas fábricas existentes em São Carlos. Não por acaso, enquanto nas três primeiras décadas da República as entradas e saídas de novas atividades no setor apresentaram saldo sempre positivo, ao longo da década de 1930 pode-se observar um movimento inverso no município.

Mas nenhum dos maiores estabelecimentos industriais, os quais empregavam 10 ou mais funcionários cerrou suas portas em São Carlos, apesar dos contratemplos econômicos do período. Em realidade, a situação mais geral de crise foi, ao mesmo tempo, acompanhada de certo revigorecimento de certas empresas. Expressões dessa situação são os dados oficiais sobre o número de operários empregados no município, pois suas cifras são maiores para os anos de 1934 e 1936, do que aqueles relativos a 1928 e 1931. Igualmente sobreviveram com vigor aqueles ramos industriais que, embora de porte menor, já haviam se consolidado como setores mais bem estruturados na economia local, tais como os da indústria moveleira, de confecção de ternos e alfaiatarias. Ademais, deve-se destacar o que se veio a denominar de “indústrias da crise”, as quais trouxeram certo desenvolvimento industrial a São Carlos, apesar da derrocada do café. Dentre tais ramos encontravam-se as fábricas relacionadas à bacia leiteira da região e àquelas ligadas à produção de algodão, fiação e tecelagem, as quais aproveitaram oportunidades ainda existente mesmo em meio à crise (Truzzi, 2007).

A desestruturação do complexo cafeeiro, entre as décadas de 1920 e 1930, e a pecuarização do campo impulsionaram considerável êxodo rural rumo às zonas urbanas são-carlenses. Tal movimento demográfico foi em parte absorvido pelos mercados de trabalho e de consumo da cidade, que assim puderam se manter ativos apesar dos revezes econômicos daquela época. Esse contexto serviu de estímulo a uma maior diversificação de atividades de produção de bens industrializados em nível local, atuando como fator de autonomização do setor secundário, e mesmo terciário, em relação à dinâmica econômica do campo. Dessa forma, ainda em 1931, os industriais e outros segmentos comerciais de São Carlos criaram a Associação Comercial e Industrial de São Carlos – ACISC, a qual passou a organizar os interesses e representar politicamente os grupos econômicos ligados à indústria e ao comércio do município.

Mais tarde, a Segunda Guerra Mundial igualmente favoreceu o avanço industrial são-carlense, através do mecanismo de substituição de importações, já que estas declinaram por causa do conflito, de modo que os maiores estabelecimentos puderam



expandir sua produção e aproveitar intensivamente suas estruturas pré-existentes. A Companhia de Fiação e Tecidos São Carlos, que ocupava posição central no setor secundário são-carlense, aumentou sua produção não apenas para o mercado interno, mas para toda a América Latina, constituindo uma estrutura produtiva verticalizada, estabelecida desde determinadas fazendas de algodão até outras estruturas fabris e oficinas para o aproveitamento, processamento e exploração econômica de diferentes artigos extraídos do algodão. Da mesma maneira, a companhia também criou uma oficina de fundição para o reparo de teares, além de vir a processar alumínio para a oferta no mercado interno. Neste contexto, São Carlos verificou o surgimento de novos empreendimentos industriais que expandiram sua participação na economia local: em 1945, já havia 224 empresas em operação (Truzzi, 2007).

O pós-guerra trouxe de volta a concorrência de empresas estrangeiras com maquinário e tecnologia superiores, combalindo determinados setores, como foi o caso da própria Companhia Fiação e Tecidos São Carlos, a qual, por conta de seus equipamentos já obsoletos, desde então passou por um contínuo processo de declínio que se desdobrou pelas décadas que seguem. Apesar disso, o pós-1945 verificou também importantes logros da indústria são-carlense, tais como a criação da empresa Conservas Alimentícias Hero e o crescimento da já existente Cooperativa de Laticínios (estabelecida localmente, como se verificou antes, desde fins da década de 1930). Ambas se apoiaram em vínculos importantes com o exterior do país, importaram tecnologia e se aproveitaram do ambiente econômico favorável à importação de equipamentos em razão da eclosão da Guerra da Coreia (Truzzi, 2007).

Outros empreendimentos industriais de destaque em São Carlos, que emergiram no início dos anos 1940 e que permaneceram importantes por décadas não apenas localmente, mas também no mercado nacional do país, foram as Indústrias Pereira Lopes – IPL, as quais inicialmente se dedicaram à produção e comercialização de pequenos motores elétricos. Já no imediato pós-guerra, elas começam a fabricar também fogões elétricos e a gás. Mais tarde, a IPL ampliou seus negócios, passando a produzir refrigeradores de uso doméstico, de tal modo que veio a assumir a condição de principal indústria de São Carlos, além de integrar um seleto grupo de cinco grandes grupos industriais exploradores do grande mercado brasileiro para a produção de refrigeradores domésticos, dividindo a liderança com outra importante empresa do setor, a Frigidaire (ligada a General Motors). Em seu crescimento, as indústrias IPL verticalizaram e

integraram sua produção, criando localmente outras firmas que alimentavam a empresa matriz com componentes utilizados nas geladeiras que esta produzia (Truzzi, 2007).

A partir da década de 1950, as Indústrias Pereira Lopes assumiram posição econômica, social e política central em São Carlos, sendo acompanhadas, embora em posição relativamente inferior, por outros grupos industriais (tanto alguns com certo porte, como outros menores), os quais passaram a influenciar significativamente a realidade do poder local são-carlense, não apenas dado o seu sucesso econômico em si, mas também por contribuírem com considerável número de postos de emprego para trabalhadores urbanos da cidade, em um contexto de progressivo deslocamento do centro socioeconômico e político do município que, desde a crise do café, ainda em fins dos anos 1920, já vinha se voltando cada vez mais para basear-se no setor industrial.

Não sem razão, em 1940, diante do quadro mais amplo de uma população no município de mais de 48.600 habitantes (Pedroso Neto, 2000, p. 38), os setores operários de São Carlos já estavam constituídos por algo em torno de 2.800 pessoas (Devescovi, 1987), os quais se somavam aos demais empresários e trabalhadores urbanos do comércio, dos serviços públicos locais, de outros grupos de profissionais liberais e demais empregados de agências bancárias e do respeitado setor educacional da cidade, o qual, desde a Primeira República, já vinha se estruturando e sendo reconhecido como relevante no interior paulista<sup>118</sup>. Não por acaso, em 1948 instituiu-se a Escola de Engenharia de São Carlos – EESC que, ligada à USP, representou um movimento de expansão do sistema universitário paulista rumo ao interior do estado, e que se voltou inicialmente às áreas das ciências exatas, logo se dirigindo à expansão de cursos ligados ao avanço industrial que atingiu também a região de São Carlos.

Desse modo, o crescimento urbano do município foi liderado pelo avanço de setores industriais. Em 1959, o número de estabelecimentos fabris já somavam 264, em 1970, 345 estabelecimentos, atingindo a marca de 376 unidades no ano de 1975 (Lima, 2008, p. 154). Ao lado disso, o pessoal empregado saltou de 4.597, em 1959, para 7.235, em 1970, até atingir 11.122, ainda em 1975. A população urbana são-carlense, que inicialmente se concentrava nas fazendas da região, a partir da década de 1940 veio crescentemente a se concentrar nas zonas urbanas do município (Lima, 2008).

---

<sup>118</sup> Além de outras instituições escolares que surgiram ainda no começo da República, ligadas a associações constituídas por diferentes grupos de imigrantes locais, desde 1911 começou a funcionar também em São Carlos uma Escola Normal Secundária – símbolo de avanço no setor educacional para qualquer localidade àquela época (Silva, 2007).

Com o avanço dos setores sociais e econômicos urbanos em geral, bem como, de modo específico, de grupos de trabalhadores ligados à indústria e ao comércio, entre os anos 1940 e 1950 são criadas unidades, em São Carlos, não apenas do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial – SENAI, a qual passou a oferecer formação educacional técnico-profissionalizante à mão de obra da indústria local, mas do Serviço Social da Indústria – SESI e do Serviço Social do Comércio – SESC, que passaram a oferecer, em determinados termos, não somente formação educacional básica, ou mesmo de caráter técnico-profissionalizante, mas alguns serviços de assistência social e de saúde (mobilizando a própria categoria médica local), bem como outros de caráter sociocultural aos trabalhadores urbanos ligados às categorias ocupacionais do comércio e da indústria são-carlense.

Acompanhando esse movimento, o índice de urbanização de São Carlos, que logo em 1940 atingiu 52,3%, evoluiu para 75,1% em 1960, sendo que, no seu conjunto, a população do município, entre 1940 e 1960, aumentou consideravelmente (Dozena, 2000). Neste quadro, São Carlos avança como um dos grandes centros econômicos do interior paulista, algo que se expressa em seu próprio potencial tributário (Zanardi, 2000, p. 21), sendo que, em detrimento de segmentos sociais rurais, não apenas os grupos e classes sociais subalternos, mas também os diferentes setores de classes médias, bem como demais segmentos sociais dominantes da cidade, passaram receber um peso cada vez maior na dinâmica de poder local.

Em meio a tais desenvolvimentos urbanos, já no período entre 1930 e 1945, observa-se a multiplicação de diferentes entidades associativas em São Carlos, sejam as de caráter assistencial, desportivo, de clubes ou associações esportivos, sejam as de socorro mútuo ou outras representativas de categorias ocupacionais e profissionais específicas, as quais, em sua maior parte, passam a reunir, assistir, representar, ou mesmo, mobilizar, grupos sociais são-carlenses geralmente existentes no âmbito da cidade, respondendo a demandas emergentes com o avanço urbano e industrial da localidade (Zanardi, 2000, pp. 20-21). Do ponto de vista político-partidário e eleitoral, São Carlos percebe igualmente um movimento no sentido de um predomínio social e político de grupos então estabelecidos no contexto urbano local, seja em termos da participação percentual do eleitorado urbano, seja no que se refere ao perfil social dos integrantes dos partidos políticos locais, seus candidatos e representantes políticos que vencem eleições e passam a exercer cargos na Câmara Municipal, na Prefeitura de São Carlos ou em outras instâncias de poder político em nível estadual e federal.

Esse processo de desenvolvimento urbano-industrial do município, inserido em um contexto mais abrangente de urbanização e industrialização em nível estadual e nacional, combinou-se a outro importante processo de reorganização do Estado brasileiro no sentido de sua maior centralização, o que, para além de suas consequências mais diretamente econômicas em relação à integração do país e ao avanço do desenvolvimento urbano-industrial brasileiro, desdobrou-se também na estruturação de uma significativa rede de serviços estatais em diferentes áreas, que atinge e remodela o próprio setor de saúde, o qual verifica o avanço, em seu interior, de órgãos governamentais ligados ao Estado central do país, a fim de atender às novas demandas não apenas no âmbito da saúde pública, mas especialmente em termos de assistência médica e previdenciária aos segmentos urbanos formalmente integrados ao mercado de trabalho, os quais se encontravam em ascensão nas cidades brasileiras.

A maior centralização estatal no âmbito da saúde após 1930 modificou, em associação ao crescimento da população urbana, as condições de organização do trabalho médico reconfigurando seu profissionalismo. Esta face do processo de socialização da medicina difundiu-se peculiarmente em cada realidade específica de poder local em diferentes regiões do interior brasileiro, o que será mais bem analisado a seguir em relação ao seu impacto sobre a interiorização do profissionalismo médico em São Carlos. Como se observará abaixo, esta dinâmica influenciou e caracterizou os rumos da segunda onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos.

## **8.2. Rearranjos políticos em São Carlos.**

A Revolução de 1930 implicou uma reorientação no desenvolvimento industrial e urbano de São Carlos, o que abriu espaço político para um relativo rearranjo na correlação de forças políticas no poder local. Embora os grupos urbanos tenham sido favorecidos, a nova configuração política do município não trouxe o rompimento dessas forças sociais com os antigos setores políticos hegemônicos oriundos do campo, o que conservou, relativamente, a mesma lógica anterior de organização do poder político de São Carlos. Além do impulso aos grupos econômicos comerciais e industriais das regiões urbanas do município, houve um crescimento das camadas médias cidadinas e dos operários industriais, o que, entretanto, não trouxe à localidade mudanças mais significativas em termos dos grupos que matizavam e dinamizavam seu cenário político.

Nota-se, assim que, mesmo depois de 1930, as facções políticas segregadas em torno das poderosas famílias do antigo complexo cafeeiro são-carlense, Salles e Botelho, permanecem como as bases da polarização da política local até 1945, quando, em meio a um mais intenso desenvolvimento urbano e industrial e a um novo período de democracia, com mais efetiva participação popular nos pleitos municipais, estaduais e nacionais, então marcados pela atividade de novos partidos políticos não mais estaduais e sim nacionais (principalmente o PSD, PTB, UDN, PSP, PTN e PCB<sup>119</sup>), a organização do poder local em São Carlos encaminha-se paulatinamente para conferir um peso, cada vez maior, aos setores sociopolíticos urbanos. Não por acaso, já nas eleições municipais de 1947 nota-se outra conformação do jogo político local, agora marcado por significativa preferência eleitoral por candidatos oriundos de setores sociais urbanos, especialmente médios, para os cargos políticos de prefeito municipal e vereadores da Câmara Municipal (Pedroso Neto, 2000).

No período pós-1945, a primeira legenda nacionalizada a ser organizada em São Carlos foi a União Democrática Nacional – UDN, criada por iniciativa do médico, industrial e político local, doutor Ernesto Pereira Lopez, que antes já havia participado da fundação da antiga agremiação político-partidária estadual denominada de Partido Democrático – PD. Em 1945, por problemas de mercado, a indústria pertencente ao doutor Ernesto, instalada na cidade de São Paulo, foi fechada, sendo mais tarde reaberta em São Carlos no ano de 1948. Tal empreendimento industrial, agora denominado de Clímax, passou a produzir geladeiras, tendo depois, como já observado neste trabalho, ampliado seus negócios no contexto das Indústrias Pereira Lopez – IPL. Estruturado econômica e politicamente em São Carlos, o político mantinha o diretório local da UDN sob seu controle. A UDN local assemelhava-se, em seu posicionamento político, aos demais grupos que a integrava não apenas em nível estadual, mas também no plano da política nacional, ou seja, situava-se à direita do espectro político-ideológico do país.

Embora representasse importante força político-partidária, especialmente em relação à composição da Câmara Municipal de São Carlos, até 1964 a UDN conseguiu eleger apenas um único prefeito de sua legenda, no pleito de 1959. Àquela época, o operariado representava a maior parte da população economicamente ativa de São Carlos, empregando-se principalmente nos empreendimentos industriais ligados à

---

<sup>119</sup> Respectivamente, Partido Social Democrático – PSD, Partido Trabalhista Brasileiro – PTB, União Democrática Nacional – UDN, Partido Social Progressista – PSP, Partido Trabalhista Nacional – PTN e Partido Comunista Brasileiro – PCB.

família Pereira Lopez. Contudo, frequentemente o eleitorado são-carlense votou de modo divergente ao poder econômico e político do líder local da UDN, sendo que outras agremiações políticas também obtiveram relativo desempenho eleitoral no município. Entre estas, encontravam-se principalmente: o PTB, o PSP, o PSB, o PTN e o PR – Partido Republicano (Pedroso Neto, 2000). Apesar disso, antes de 1964 o comportamento eleitoral de São Carlos sempre tendeu a uma posição de centro-direita.

Diante de todas essas transformações socioeconômicas e políticas emergentes durante e depois da Era Vargas, os médicos são-carlenses, como se observará adiante, sentiram a necessidade de se adaptar aos novos processos sociais que acompanham o período desta segunda onda de interiorização do profissionalismo local, o que fez com que se organizassem tanto profissional como politicamente, estabelecendo elos tanto sociais como profissionais e institucionais com outras instâncias e entidades econômicas, profissionais, estatais e político-partidárias existentes não apenas ao nível do poder local, mas também nos planos de poder político estadual e nacional. Expressão desse esforço da medicina local foi a criação da Sociedade Médica de São Carlos – SMSC, a qual não apenas ofereceu suporte ao desenvolvimento técnico, científico e deontológico de sua categoria profissional, mas facilitou o seu conagraçamento, a organização e defesa de seus interesses, os quais foram afetados pela industrialização e urbanização, bem como pela centralização política do Estado brasileiro e a chamada socialização da medicina, que marcaram esta segunda onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos.

## Capítulo 9

### **O processo de socialização da medicina, a organização profissional dos médicos e seu impacto em São Carlos.**

Ao longo do século XX, a medicina experimentou relevantes desenvolvimentos profissionais, científicos, tecnológicos e organizacionais, especialmente depois da Segunda Guerra Mundial, o que influenciou os rumos do profissionalismo médico em diferentes realidades nacionais e locais. Com isso, alteraram-se as relações entre medicina, sociedade e Estado, além de se observar processos de diferenciação tanto de organizações e serviços de saúde como de especialidades profissionais, com consequências sobre a oferta de serviços de saúde, seja pela iniciativa privada, seja pelas políticas estatais, envolvendo mudanças na saúde pública e na assistência médica (Porter, 2008), o que rearranjou as condições de trabalho, a autonomia profissional e a inserção social mais extensa da medicina. No caso da medicina brasileira, isso gerou certa mobilização de setores médicos no sentido de sua melhor organização política e profissional diante desses novos desafios (Almeida, 2014). Tal dinâmica de mudança e reação da categoria médica atingiu a realidade profissional da medicina em São Carlos, levando a alterações em seu processo de profissionalização e a reorientações em seu profissionalismo.

Dentre as mudanças observadas, houve maior ênfase ao trabalho desenvolvido por equipes de profissionais em contexto organizacional, tanto hospitalar como

ambulatorial, não apenas na iniciativa privada – que sofreu certo impulso com o despontar da medicina de grupo<sup>120</sup> –, mas particularmente em razão de inovações nos serviços estatais de saúde. Em meio a um processo de mudança, denominado pelos médicos brasileiros de “socialização da medicina” (Almeida, 2014) – que implicava uma maior participação de organizações estatais e paraestatais na gestão e prestação de serviços de saúde –, nota-se que, tanto no país em geral como no Estado de São Paulo e, de modo especial, no município de São Carlos, desde os anos 1920 houve o desenvolvimento de novas políticas de Estado, tanto no campo da saúde pública como no da assistência médica previdenciária, as quais se intensificaram a partir dos anos 1930, e que foram responsáveis por remodelar o trabalho médico, especialmente no que se refere às relações entre a chamada clínica privada – realizada por empregados de organizações particulares e profissionais da prática liberal – e as atividades médicas sob os auspícios da administração pública, então intensificada.

Este contexto afetou diretamente a organização do trabalho médico, com desdobramentos não apenas técnicos, mas também socioeconômicos, além de provocar reações da categoria médica no sentido de sua melhor organização política e profissional, a fim de responder aos novos desafios emergentes com tais mudanças, as quais se associaram aos processos sociais de urbanização, industrialização e centralização política do Estado brasileiro, desembocando em processos de interiorização desses fatores sociais de desenvolvimento socioeconômico e político em direção a distintas regiões do país, além de interferir, dessa maneira, em outro processo social também inserido na modernização mais ampla da sociedade brasileira, que seguiu trajetória relativamente paralela, afetando igualmente o poder local em São Carlos, ou seja, a interiorização do profissionalismo médico.

### **9.1. Impactos da maior intervenção estatal em saúde na organização do trabalho e na autonomia técnica e socioeconômica da medicina.**

Da perspectiva de sua organização e autonomia profissionais, tanto em termos técnicos como socioeconômicos, no período desta segunda onda de interiorização do

---

<sup>120</sup> A medicina de grupo implica o trabalho de assistência médica realizado geralmente por uma equipe de especialistas normalmente organizados a partir de instituições de saúde existentes na esfera da iniciativa privada.



profissionalismo em São Carlos, o trabalho médico passou por uma considerável reconfiguração, em parte por influência de mudanças havidas na organização da área de saúde, tanto em nível nacional como estadual que, igualmente, e de modo peculiar, atingem a realidade de poder local em São Carlos a partir da entrada em cena (ou simplesmente a intensificação desta condição relativamente pré-existente, embora incipiente, desde a Primeira República) do papel do Estado enquanto provedor de assistência médica e de serviços sanitários, o que o transformou em um relevante ator social e político, ora enquanto empregador direto, ora como contratante, de serviços médicos à população. Este novo papel do Estado brasileiro, que desde então percebeu um mais intenso processo de centralização política, reorganizou, relativamente, as relações entre médicos e pacientes, bem como entre aqueles, a sociedade e o próprio Estado, além de ter rearranjado, em parte, as relações entre os poderes local, estadual e nacional, de modo que a autonomia profissional da medicina foi atingida não apenas em sua dimensão técnica e socioeconômica, mas igualmente em sua dimensão política.

Como apontado anteriormente, os serviços sanitários oferecidos pelo poder público brasileiro começaram, ainda que de maneira relativamente restrita, seu processo de desenvolvimento e centralização ainda no princípio da República, seja em nível federal, seja estadual. Por outro lado, com a instituição da Lei Elói Chaves (1923), que passou efetivamente a estabelecer as bases do emergente sistema previdenciário do país, a assistência médica estatal ganhou novo impulso em meio a outros movimentos também centralizadores em outros setores do Estado brasileiro, o que foi decisivamente aprofundado no período pós-1930. Com tais mudanças e, em particular, depois da Era Vargas, o médico passou a desenvolver sua carreira não mais exatamente como o fazia durante a Primeira República, ou seja, na posição quase exclusiva de profissional liberal, passando a se dividir, cada vez mais, entre esta mesma condição liberal e, ao mesmo tempo, ou como empregado ou como prestador de serviços para a população atendida através das políticas estatais de saúde – sejam as do campo sanitário, sejam as da área de assistência médica previdenciária.

Ainda na Primeira República, assim como em outras localidades do país, em São Carlos, além das consultas particulares em domicílio e em consultórios privados dos profissionais da medicina, os atendimentos médicos aconteciam também na Santa Casa de Misericórdia local, que desde a sua origem tem representado uma instituição filantrópica sem fins lucrativos e que até hoje ocupa uma importante posição como organização do sistema hospitalar são-carlense. Estes atendimentos na Santa Casa de

São Carlos aconteciam não apenas a pacientes mais abastados capazes de pagar pelos serviços médicos da instituição, mas àqueles sem condições financeiras de custear pessoalmente o seu acesso a tais atividades. Estes últimos eram os pacientes classificados como indigentes, os quais expressavam o contingente de pessoas que mais bem caracterizava a condição de instituição filantrópica das santas casas brasileiras.

Por outro lado, com a emergência e o desenvolvimento do sistema previdenciário nacional, que estendeu a prestação de serviços de assistência médica aos trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho urbano, os atendimentos médicos naquelas instituições hospitalares, tal como na Santa Casa de Misericórdia de São Carlos, juntamente aos demais atendimentos ambulatoriais e consultas médicas específicas que se realizavam àquela época, foram paulatinamente ampliados para atingir a uma nova categoria de pacientes, ou seja, além dos tradicionais indigentes e outros pacientes que podiam pagar integralmente e de maneira privada pelos seus atendimentos, os serviços oferecidos nas santas casas, assim como as demais consultas médicas e as atividades ambulatoriais de assistência à saúde, ligados ao sistema previdenciário do país, passaram a ser oferecidos também àqueles pacientes então inseridos, tanto inicialmente nas Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAPs, como nos posteriores Institutos de Aposentadoria e Pensão – IAPs.

Desde o início, cada uma das antigas CAPs ou dos posteriores IAPs mantinha um fundo gerado a partir de contribuições de empregadores e empregados de cada setor que representavam. Com a mencionada Lei Elói Chaves, de 1923, que criou as CAPs, o sistema previdenciário nacional passou a ser organizado tendo em vista sua estruturação em relação a cada empresa e seus empregados. As CAPs operavam em regime de capitalização, porém eram estruturalmente frágeis por possuírem um número pequeno de contribuintes, além de cada vez mais responderem inadequadamente às novas demandas sociais ligadas à industrialização, à urbanização e ao crescimento das populações trabalhadoras das cidades brasileiras. Em 1930, o então presidente do Brasil, Getúlio Vargas, promoveu uma reestruturação que acabou levando, com o tempo, à criação de diferentes Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs, os quais emergiram como autarquias nacionais centralizadas junto ao plano de governo federal. Dessa forma, a filiação dos trabalhadores urbanos ao sistema previdenciário passava a se dar por categorias profissionais através de organizações autárquicas estabelecidas nacionalmente, diferentemente, pois, do modelo das CAPs, que se organizavam por empresas.

Como uma extensão desse mesmo sistema criado em torno das CAPs e dos IAPs, desde 1954 a assistência médica estatal aos pacientes previdenciários urbanos ampliou-se através da criação do chamado Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência – SAMDU, o qual não apenas veio a oferecer serviços de urgência e emergência em suas próprias instalações como igualmente atendia a chamados domiciliares. Inicialmente, os serviços do SAMDU emergiram com limites pré-estabelecidos de atendimento aos contribuintes e beneficiários dos institutos e caixas de aposentadorias e pensões. Contudo, já no segundo governo presidencial de Getúlio Vargas, e por ação do ministro do Trabalho, Indústria e Comércio, João Goulart, as atividades de atendimento das unidades do SAMDU (uma vez conveniadas junto às diferentes prefeituras municipais) foram estendidas a outros cidadãos, o que afetou a organização do trabalho médico, interferindo assim na realidade profissional dessa categoria em todo o país. Em São Carlos, este serviço foi estruturado e passou a funcionar ainda em 1954, prolongando-se até 1967<sup>121</sup>. Neste momento, entretanto, esse trabalho de atendimento de urgência e emergência veio a ser realizado pelo novo Pronto Socorro Municipal. Desde então, todos os atendimentos iniciais de urgência e emergência vieram a se realizar, em nível local, por este novo órgão ligado à Prefeitura Municipal de São Carlos, o qual somente foi substituído no século XXI.

Enfim, no começo da década de 1960, em meio a outras modificações no sistema de assistência médica previdenciária do país, o governo federal lançou outra medida legal que assim passou a incluir os trabalhadores do campo no contingente de pessoas com acesso a benefícios e demais serviços de assistência previdenciários oferecidos pelo Estado brasileiro, através da criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural – FUNRURAL, que veio a reunir recursos destinados ao amparo previdenciário, inclusive em termos de assistência médica, aos trabalhadores rurais, os quais, até então, ou recebiam atendimentos mediante pagamentos particulares ou eram atendidos gratuitamente – como nas santas casas brasileiras, onde eram internados tão-somente na condição de indigentes.

Com esta abrangência mais alargada, o Estado brasileiro viu-se na contingência de mais bem coordenar tal gama de serviços previdenciários, de modo que, ainda ao longo da mesma década de 1960, unificou suas diferentes estruturas de assistência centralizando-as junto ao Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. Para isso, em

---

<sup>121</sup> Conforme entrevista realizada com o Médico 04, profissional entre 80-85 anos de idade.

1964, o governo federal criou uma comissão específica para reformular o sistema previdenciário brasileiro, a qual propôs uma medida que veio a alterar este sistema novamente. Esta mudança foi responsável por inserir todos os IAPs e o próprio FUNRURAL em uma estrutura única, ainda mais centralizada. Tal estrutura resultou na criação do Instituto Nacional da Previdência Social – INPS.

Depois de anos acumulando problemas, em crise e com dificuldades de financiamento e operação, esse sistema unificado, nacional e centralizado, em meio também, de um lado, a uma importante crise econômica do país ao final dos anos 1970 e ao longo da década de 1980, associada a um contexto abrangente de movimentos sociais e políticos que almejavam mudanças mais profundas na sociedade e na organização do poder de Estado brasileiro na direção de sua redemocratização e, de outro lado, em razão de uma significativa crise no próprio sistema de saúde nacional e de novas demandas de movimentos sociais que almejavam reorganizar o setor de saúde do país (através especialmente do chamado Movimento Sanitário), o INPS foi outra vez reformulado. Já em 1990, o INPS foi integrado ao Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social – IAPAS, para formar um órgão estatal ainda maior, o Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS. Por sua vez, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, que antes havia sido criado como órgão interno ao INPS, e que se responsabilizava especificamente pelos serviços de assistência médica previdenciários, foi extinto, e seu serviço passou a ser prestado pelo novo Sistema Único de Saúde – SUS<sup>122</sup>, instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado por Normas Operacionais – NOB's, a partir dos anos 1990.

---

<sup>122</sup> Dentre os institutos de aposentadoria e pensão, criados a partir da reforma das antigas caixas de aposentadoria e pensão, têm-se: em 1933, o IAPM – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos; em 1934, o IAPC – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes (Decreto nº 24.272, de 21 de maio de 1934); 1934, o IAPB – o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (Decreto nº 24.615, de 09 de julho de 1934); em 1936, o IAPI – o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (Lei nº 367, de 31 de dezembro de 1936); em 1938, o IPASE – o Instituto de Pensões e Assistência dos Servidores do Estado (Decreto-Lei nº 288, de 23 de fevereiro de 1938); no ano de 1938, o IAPETEC – o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas (Decreto-Lei nº 651, de 26 de agosto de 1938); em 1939, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Operários Estivadores (Decreto-Lei nº 1.355, de 19 de junho de 1939); em 1945 – o ISS – com o Decreto nº 7.526, de 07 de maio de 1945, o qual dispôs sobre a criação do Instituto de Serviços Sociais do Brasil; já em 1945, o IAPETEC – o qual, com o Decreto-Lei nº 7.720, de 09 de julho de 1945, incorporou ao Instituto dos Empregados em Transportes e Cargas o da Estiva e passou a se chamar Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Estivadores e Transportes de Cargas; em 1953, CAPFESP – a Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (Decreto nº 34.586, de 12 de novembro de 1953); enfim, em 1960 – IAPFESP – o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, art. 176 - extinta a CAPFESP).

Este novo sistema de saúde (organizado como um sistema único) veio a oferecer, indistintamente e de maneira universal à população brasileira, não apenas a anterior assistência médica prestada pelo antes existente sistema previdenciário brasileiro, mas igualmente outros serviços de saúde pública que já vinham sendo oferecidos a partir do Ministério da Saúde, o qual agora passou a assumir, também, além desta tarefa no campo da saúde pública, a assistência médica estatal que não fazia parte de suas atribuições anteriores.

Tais mudanças na área de saúde brasileira combinaram-se a demais transformações sociais, econômicas e políticas nacionais, estaduais e locais que marcam o período final da segunda onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos, sinalizando para o início e transcurso da terceira onda de interiorização do profissionalismo médico local. Mas antes de se analisar tal contexto de transição, que implicou uma espécie de segunda corrente profissional de retorno para o profissionalismo médico são-carlense, verificam-se, a seguir, os elementos de mudança institucional e os impactos dos condicionantes e desafios históricos, bem como os atores (suas ações e reações), envolvidos na dinâmica que caracterizou a segunda onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos.

## **9.2. A área de saúde local em meio às mudanças emergentes com a socialização da medicina e a realidade da categoria em nível local.**

Em São Carlos, ainda dentro do sistema formado pelas antigas CAPs, muito cedo veio a atuar na localidade a Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários da Companhia Paulista de Estrada de Ferro que, suspensa e desorganizada ainda ao final da Era Vargas, foi reorganizada novamente em 1948 (Segnini, 1982). Mais tarde, em 1960, os trabalhadores da estrada de ferro de São Carlos passaram a fazer parte da organização mais abrangente dos IAPs, ao serem incluídos no Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Ferroviários e Empregados do Serviço Público – IAPFESP, que substituiu, no caso dos trabalhadores das ferrovias brasileiras, a antiga organização centrada no modelo CAPs. Mas além daquela estrutura de tipo CAPs, bem como do posterior IAPFESP, ligados à Companhia Paulista de Estrada de Ferro, também surgiu no município, ao longo do mesmo período estudado, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários – IAPB e o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários – IAPI.

Estes organismos previdenciários ofereciam benefícios e prestavam serviços, inclusive médicos, não apenas aos funcionários das agências bancárias locais, mas aos trabalhadores operários de certas indústrias existentes na localidade e demais empregados da importante Companhia Paulista de Estrada de Ferro, que controlava os ramais de trens que serviam ao município e que, àquela época, possuía um número considerável de seus trabalhadores. Tais serviços previdenciários atendiam não apenas aos trabalhadores inseridos na estrutura social são-carlense, mas também suas famílias.

Por outro lado, em 1949, com a instituição do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência – SAMDU<sup>123</sup>, e sua posterior organização também na realidade local do município de São Carlos, em 1954<sup>124</sup>, afora as consultas médicas e serviços hospitalares realizados através do modelo CAPs/IAPs, também vieram a ser prestados outros serviços de saúde por esta nova organização, tanto através de atendimentos ambulatoriais, realizados em um espaço próprio criado para esta instituição em São Carlos, como outros atendimentos domiciliares oferecidos para responder aos chamados de trabalhadores urbanos do município, o que, ao lado da assistência médica oferecida no âmbito das CAPs e IAPs, reorientou os rumos do trabalho médico local, o que alterou a configuração de sua autonomia profissional.

Enquanto resultado desse movimento de expansão dos serviços de saúde estatais, ainda entre as décadas de 1960 e 1970, a assistência médica previdenciária foi estendida para além de sua cobertura original em relação aos trabalhadores urbanos, sendo então oferecida também aos trabalhadores do campo, a partir da criação do chamado Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural – FUNRURAL, o qual passou a custear os benefícios e serviços previdenciários, inclusive de natureza médica, aos trabalhadores do campo. Embora inicialmente bem restrito, o FUNRURAL implicou uma nova realidade à área de saúde e aos pacientes atendidos pelos serviços públicos.

Com tudo isso, a realidade médica são-carlense foi paulatinamente afetada e reestruturada com esse novo papel do poder público na área de saúde, sendo que, em razão disso, consultas individuais, atendimentos ambulatoriais e mesmo internações hospitalares (estas que então aconteciam essencialmente na Santa Casa de Misericórdia de São Carlos, como única estrutura hospitalar no município até a inauguração da Casa de Saúde e Maternidade São Carlos, em 1969), passaram a se realizar cada vez mais em

---

<sup>123</sup> Criado ainda no governo do presidente Juscelino Kubitschek através Decreto n.º 27.664, de 30 de dezembro de 1949, organizado em seu regimento pelo Decreto n.º 46.348, de julho de 1959 e regulamentado pelo Decreto n.º 46.349, de 03 de julho de 1959.

<sup>124</sup> De acordo com Machado (2007).

relação a pacientes inseridos no sistema previdenciário então estabelecido. Esta situação trouxe novos desafios à categoria médica de São Carlos, em termos de sua organização e autonomia, tanto técnica como socioeconômica, na medida em que a relação médico-paciente deixou de acontecer tão-somente de modo direto e individualizado, tal como em grande parte da Primeira República, passando igualmente participar desse eixo de atendimento determinadas organizações (com respaldo estatal) representativas de coletividades ou grupos sociais específicos existentes no município – ora estabelecidas por empresas (CAPs), ora como autarquias federais (IAPs) –, tais como, por exemplo, aquelas que representavam os trabalhadores das agências bancárias e os empregados da Companhia Paulista de Estrada de Ferro.

Por outro lado, no que se refere ao específico campo da saúde pública, desde a Primeira República (embora com menor intensidade do que depois de 1930) os serviços sanitários paulistas passaram por movimentos de expansão, ora com feição mais centralizadora, ora mais municipalizante, mas que, principalmente a partir de 1930, implicou um movimento de maior centralização política, além de considerável extensão de estruturas burocráticas estaduais de gestão e prestação de serviços sanitários, o que trouxe ao município de São Carlos novos organismos públicos de saúde ligados ao governo paulista, os quais, ao serem assim interiorizados, acabaram por gerar mudanças no cotidiano de trabalho médico, influenciando a realidade da autonomia técnica e socioeconômica da categoria em nível local, ao tornar determinados profissionais servidores públicos. Em reação a problemas emergentes com essa nova situação, surgiram mobilizações da categoria com desdobramentos do ponto de vista da autonomia política da medicina local.

Dentre as instituições de saúde pública estaduais que se notam em São Carlos, o período desta segunda onda de interiorização do profissionalismo médico local verificou, a partir de 1947 – em parte como substituição, ao mesmo tempo em que em caráter de complementação a determinadas estruturas de prestação de serviços de feito mais universal, antes instituídas desde a Primeira República pelo governo paulista – o estabelecimento de, no âmbito de uma recém-criada Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social, do governo paulista: uma nova Delegacia Regional de Saúde (que então assumiu função de caráter de gestão dos serviços sanitários locais), além de um Centro de Saúde e um Sub-Posto de Saúde (responsáveis pela prestação efetiva de serviços no campo da saúde pública) – este último, inclusive, localizado no distrito de Santa Eudóxia, que ainda hoje é um território pertencente ao município de São Carlos.

Ademais, o governo estadual também criou estruturas burocráticas mais especializadas no cuidado de problemas de saúde pública determinados, tais como: a constituição de um Posto de Puericultura, o qual passou a atender crianças do município de São Carlos; um dispensário de combate e prevenção à lepra, chamado de Dispensário de Profilaxia da Lepra, e outro órgão similar de prevenção e cuidado a doentes acometidos de tuberculose, o Dispensário de Tuberculose de São Carlos<sup>125</sup>. Estas duas instituições cuidavam de enfermidades com significativa incidência na população do Estado de São Paulo e que também atingiam os habitantes de São Carlos.

Mais tarde, com o desenvolvimento de fármacos e terapias mais poderosas no combate a tais males à saúde humana, encerraram-se as atividades de ambos os órgãos, sendo que depois se veio a realizar um trabalho de cuidado a doentes acometidos por tais enfermidades no âmbito do posterior Centro de Especialidades (inicialmente ligado ao governo do estado), o qual é atualmente denominado de Centro Municipal de Especialidades – CEME, que se tornou uma instituição pública municipal de saúde com o processo de municipalização dos serviços de saúde que acompanhou a implementação do Sistema Único de Saúde – SUS. Desde então, o município passou por uma reorganização dos serviços locais de saúde, a qual transformou algumas antigas instituições de saúde existentes na localidade. Por outro lado, desde a criação do SUS verificou-se também o surgimento de outros órgãos antes inexistentes, que igualmente passaram a atender a população do município.

Tal contexto de mudanças na organização do trabalho médico em São Carlos, ligado à segunda onda de interiorização do profissionalismo médico local, implicou uma série de desafios, seja à organização social, econômica, profissional e política da categoria, seja à própria autonomia profissional da medicina são-carlense (observada tanto em termos técnicos, como socioeconômicos e políticos), o que levou os médicos do município a desenvolver certas ações de natureza profissional e política, a fim de enfrentarem as mudanças emergentes neste período. Neste sentido, a criação e o fortalecimento institucional da Sociedade Médica de São Carlos – SMSC, a qual será mais bem analisada abaixo, implicou uma modalidade de ação da categoria médica local com significativo impacto no que se refere às formas como a profissão médica

---

<sup>125</sup> Criado, em 1950, pelo governo paulista, como órgão ligado à 1ª Seccção do Interior, do Serviço de Dispensários e Ambulatórios, da Divisão do Serviço de Tuberculose, junto ao Departamento de Saúde, da Secretaria de Saúde e Assistência Social do Estado de São Paulo. Para mais informações, ver: Decreto Nº 19.155-A, de fevereiro de 1950, obtido na íntegra em consulta na internet junto ao seguinte endereço eletrônico: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1950/decreto-19155A-06.02.1950.html>.



enfrentou os efeitos locais da chamada socialização da medicina, assim como no que se refere à sua atuação junto ao poder local em São Carlos e diante de outras instâncias sociopolíticas e profissionais de âmbito estadual e nacional, em meio aos desafios à categoria médica local em razão dos rearranjos emergentes à época no Brasil nas relações entre medicina, sociedade e Estado.

### **9.3. A autonomia profissional da medicina e a atuação da Sociedade Médica na segunda onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos.**

O período pós-1930 foi marcado, em São Carlos, pelo avanço de seu desenvolvimento urbano e industrial e pela criação de diferentes órgãos públicos ligados aos governos estadual e nacional (tais como na área de saúde), que, em decorrência do avanço da centralização política do Estado brasileiro, passaram a oferecer novos serviços públicos voltados especialmente à crescente população urbana do município – processo que fez emergir novos grupos e demandas sociais que favoreceram o desenvolvimento de determinadas organizações sociais em São Carlos, tais como: associações de classe, associações de bairro, sociedades de auxílio mútuo, sindicatos, clubes sociais, desportivos, etc. (Pedroso Neto, 2000). Estas entidades, em determinados casos, vieram a intermediar as relações entre diversas demandas sociais e econômicas de diferentes grupos sociais são-carlenses, os partidos políticos convencionais e a dinâmica política mais abrangente em torno do poder de Estado e de suas políticas públicas, seja em nível local, estadual ou mesmo nacional.

Este foi o caso da criação, pelos médicos são-carlenses, da Sociedade Médica de São Carlos – SMSC, a qual, criada no ano de 1948 e impulsionada paralelamente por um movimento de mobilização política e profissional de dimensões estaduais e nacionais, veio a se filiar, ainda ao final da mesma década, à Associação Paulista de Medicina – APM, e depois, nos anos 1950, à Associação Médica Brasileira – AMB, além de se vincular, desde 1957, ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP. Este movimento mais amplo de organização política e profissional da medicina paulista e brasileira reagiu a significativas mudanças histórico-sociais, econômicas, políticas, culturais e técnico-profissionais que reconfiguravam a realidade social mais ampla do país e redefiniam as condições de trabalho e a relação dos grupos médicos com demais setores sociais e políticos, bem como com o poder de Estado.

Em parte, tais mudanças se associavam a certas inovações técnico-científicas e médico-organizacionais de nível internacional, emergentes especialmente desde a Segunda Guerra Mundial, que vieram a interferir na divisão do trabalho médico e em sua relação com a dinâmica social mais vasta (Porter, 2008). Por outro lado, no plano nacional, tais mudanças assumiram contornos próprios relativos não apenas a forma particular como os novos desenvolvimentos técnico-científicos, tecnológicos e organizacionais eram assimilados desde fora à realidade brasileira, através do impulso da chamada medicina tecnológica (Schraiber, 1993), mas a determinadas alterações nas relações entre medicina, sociedade e Estado, ligadas ao que os médicos brasileiros denominaram de “socialização da medicina”, e que se relacionava à maior participação de organizações estatais e paraestatais na prestação de serviços de saúde, os quais passaram a se direcionar principalmente aos crescentes grupos sociais urbanos que avançavam em meio à intensificação da industrialização do país. A socialização da medicina brasileira relacionava-se, embora não apenas, a ampliação de serviços médicos estatais de assistência médica e de saúde pública, incluindo ainda outros serviços de assistência médica oferecidos por instituições consideradas paraestatais, não governamentais e não lucrativas – criadas por lei pelo Estado brasileiro ainda nos anos 1940, tais como SESC, SESI e SENAI, as quais emergiram prestando serviços aos setores do comércio e da indústria em asensão desde 1930 (Almeida, 2013).

Por outro lado, há que se destacar, condicionando igualmente o surgimento da SMSC, a anteriormente citada criação de novas associações e entidades sociais locais (Pedroso Neto, 2000), as quais foram impulsionadas pelo desenvolvimento urbano-industrial local e pela criação de novas organizações e serviços estatais. Tais entidades, ao representarem novos segmentos sociais urbanos emergentes neste contexto de mudança, acabaram por exercer certa pressão sobre os médicos do município no que se refere não apenas à prestação de seus serviços profissionais, mas ao próprio modo como os médicos passaram a se relacionar com tais grupos, o que também veio a impulsionar os médicos locais no sentido de criarem uma nova forma de organização e ação coletiva, a fim de lidar com o novo contexto histórico que marcou o período.

Diante desse contexto histórico interno e externo ao poder local de São Carlos, a fim de enfrentarem os desafios que surgiam nesta nova fase da história local e nacional, os médicos locais resolveram criar a Sociedade Médica de São Carlos – SMSC, a qual, desde o seu surgimento, além da tarefa, discutida acima, de representar a classe e defender seus interesses, assumiu o encargo de promover tanto o conagraçamento social

e profissional da medicina em nível municipal como favorecer o desenvolvimento técnico-científico e exercer importante papel de estabilização das relações de mercado entre os pares de profissão, cuidando igualmente de aspectos de natureza deontológica que afetavam a categoria em São Carlos e região.

Nestas condições, a SMSC revestiu-se da condição de organização responsável por exercer um papel de intermediação não somente quanto às relações entre os colegas de profissão, mas também no que se refere à relação destes com demais instituições e grupos sociais de dentro e de fora de São Carlos. Ao interferir em tais esferas da realidade profissional, a SMSC veio a influenciar a configuração de instituições importantes para o profissionalismo médico local, interferindo na autonomia profissional da categoria tanto em termos técnicos como socioeconômicos e políticos.

Mas para além dos citados condicionantes sociais internos ao poder local de São Carlos, pode-se dizer que o momento de criação da Sociedade Médica de São Carlos, em 1948, foi favorecido por uma conjuntura histórica de considerável mobilização médica em todo o Estado de São Paulo, com reflexos igualmente sentidos pela categoria em nível nacional e que se associava ao processo mais amplo de socialização da medicina do país. Esse impulso coletivo culminou, em 1947, na mobilização profissional e política da medicina paulista em torno do Movimento de Assembleia Permanente de Médicos – mais tarde, Assembleia Permanente de Médicos e Engenheiros –, no qual aqueles se mobilizaram e vieram a se associar aos engenheiros funcionários públicos estaduais, a fim de se levantarem contra restrições jurídicas e salariais sentidas por ambas as categorias em suas atividades na condição de servidores públicos estaduais. Dessa maneira, médicos ligados aos serviços sanitários paulistas almejavam a sua equiparação legal e de vencimentos em relação aos advogados do Departamento Jurídico do Estado de São Paulo. Essa mobilização reivindicativa ainda foi acompanhada de contraditórias consequências à condição profissional dos médicos paulistas em razão de uma importante reforma nos serviços sanitários estaduais, realizada à época pelo governador Adhemar de Barros (1947-1951) e que implicou, dadas as condições do jogo político-partidário em que se viu o próprio governo estadual, um considerável grau de interferência das questões político-partidárias sobre o desenvolvimento das políticas públicas do setor, o que veio a causar impactos desafiadores sobre as condições de trabalho dos médicos servidores públicos estaduais, contribuindo para que estes se impulsionassem no sentido de promover o referido Movimento de Assembleia Permanente (Almeida, 2013).

Ainda em 1948, além de bases já estabelecidas na capital do estado, este movimento passou a contar com o apoio de diferentes entidades e grupos médicos de outras partes do interior, permitindo a esta mobilização criar não apenas uma comissão central na capital, mas outras 13 congêneres espalhadas pelo interior paulista. Durante o movimento, foram diversas as manifestações de apoio e participação de médicos e entidades profissionais da categoria de diferentes regiões e localidades paulistas, evidenciando o aumento no nível de integração dos colegas de profissão e o crescimento de sua capacidade de mobilização coletiva e política (Almeida, 2011).

Ao lado disso, no mesmo ano, a Associação Paulista de Medicina – APM, que desde sua criação (em 1930) vinha despontando como a principal entidade médica do estado, sob o mesmo impulso de mobilização que atingia colegas da capital e do interior, através de uma importante reforma estatutária com desdobramentos sobre sua composição social e organização institucional, passa a estender sua representação associativa para além da capital do estado (como então lhe tinha sido característico desde seu surgimento), de modo a poder atingir diferentes grupos médicos de diversas regiões do interior de São Paulo. Ao mesmo tempo em que certas sessões regionais da APM eram criadas em determinadas localidades do estado, diferentes associações médicas de âmbito municipal antes existentes ou criadas mais ou menos neste mesmo momento de maior impulso político-profissional da categoria, começaram um movimento de filiação institucional junto à organização central da APM, transformando-se em instâncias político-administrativas relativamente autônomas, com jurisdição e representatividade regional no entorno das localidades onde as mesmas se estabeleceram. Ao todo, neste momento, entre entidades médicas filiadas e sessões regionais, criaram-se 21 organizações com vínculo junto à APM desde localidades do interior de São Paulo (Almeida, 2013, p. 131). Foi em meio a tal contexto profissional e político da medicina paulista, que a Sociedade Médica de São Carlos veio a ser criada em 1948, filiando-se em seguida à organização central da APM.

Logo nas primeiras sessões e reuniões desde a sua fundação, tais questões relativas à socialização da medicina e à organização política da categoria entraram na pauta de discussões dos médicos são-carlenses da SMSC<sup>126</sup>, sendo que rapidamente a

---

<sup>126</sup> Já na reunião de 1º de dezembro de 1948, discutiu-se sobre a proposta de organização da classe no contexto da APM, com indicação do Dr. Wamberto Dias da Costa, como delegado da SMSC junto à APM, além de se ter decidido apoiar a criação do selo médico para os atestados de saúde, que era uma proposta que envolveu médicos paulistas e uma medida legislativa proposta pelo governo do estado e mais tarde aprovada pela Assembleia Legislativa de São Paulo. Dados verificados em: SOCIEDADE

entidade e seus associados procuraram se articular coletiva e institucionalmente, não apenas no plano interno da entidade, mas em relação aos demais colegas e entidades médicas do Estado de São Paulo, produzindo certas decisões e ações organizadas, a fim de mais bem participarem da mobilização que categoria realizava no período.

Em janeiro de 1949, os médicos da SMSC decidiram oferecer um voto de solidariedade ao presidente da APM e ao movimento que era então promovido pela classe em todo o estado<sup>127</sup>, encaminhando também, pouco tempo depois, um ofício de apoio ao Prof. Dr. Alípio Correa Neto, ilustre colega da capital e líder da Assembleia Permanente de Médicos e Engenheiros<sup>128</sup>. Com o mesmo propósito, no mês de agosto daquele ano, a SMSC procurou se entrosar de modo mais efetivo com a APM e demais médicos e entidades representativas da categoria em São Paulo, sendo que os seus sócios entraram em contato com colegas da capital a fim de saberem detalhes sobre como seria o processo de filiação institucional da SMSC junto à APM – algo que, como se observou, veio a se concretizar quando os pares da SMSC decidiram que esta se transformaria em sociedade filiada e não seção regional da APM<sup>129</sup>. Além disso, os sócios da SMSC, no intuito de mais bem se integrarem à mobilização da categoria daquela época, encaminharam outro ofício à APM para obterem esclarecimentos sobre como se encontrava a organização dos demais médicos paulistas, solicitando uma relação completa das sociedades médicas existentes em todo o estado<sup>130</sup>.

Embora suas reuniões nem sempre atraíssem grande número de colegas, principalmente quando eram tratados assuntos de grande relevância à categoria, os médicos associados participavam em maior número das atividades e decisões tomadas no âmbito da entidade, o que sempre conferiu a SMSC considerável representatividade junto à categoria médica local.

Aliás, para o Médico 03, a Sociedade Médica, ao final dos anos 1960, com pouco mais de 12 anos de existência, quando ele começou a atuar em São Carlos,

---

MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 3ª sessão ordinária. Livro Ata 01, de 1º de dezembro de 1948, pp. 04.

<sup>127</sup> Constante no que se lê em: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 04ª reunião ordinária. Livro Ata 01, de 04 de janeiro de 1949, pp. 05-06.

<sup>128</sup> De acordo com: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 12ª sessão ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 14 de outubro de 1949, pp. 11-12.

<sup>129</sup> Assim como informa: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 12ª sessão ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 14 de setembro de 1949, pp. 11-12. SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da assembleia geral extraordinária. Livro Ata 01, de 12 de novembro de 1949, p. 14.

<sup>130</sup> É o que registra a ata da reunião da entidade de agosto de 1949: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 12ª sessão ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 14 de setembro de 1949, pp. 11-12.

também tinha um importante papel para a inserção e início da carreira de profissionais que, como ele, chegavam a São Carlos desde fora:

(...) quando eu vim pra cá, a primeira coisa que eu fiz foi ir a uma reunião da Sociedade Médica e sentir dos médicos, por exemplo, como é que eles entendiam a vinda de um urologista pra cá (...). Aí fui muito bem recebido, falaram: “Não... Precisa! Aqui não tem, vai tudo pra Campinas... então... precisa de um urologista, pode vir aqui amanhã que tá aberto”, entendeu? Então, esse foi o relacionamento (Entrevista com o Médico 03, profissional de São Carlos, entre 75-80 anos de idade).

Em geral, para serem introduzidos nos quadros da entidade, os médicos recém-chegados precisavam (e isso não se alterou ainda hoje) ser apresentados aos demais membros da SMSC através das mãos de dois sócios, sendo então a proposta votada pelos presentes na sessão em que isso acontecia. Depois da aprovação, o médico tornava-se membro da instituição. Caso, além disso, o novo membro cumprisse com as demais exigências estatutárias de sua nova condição, ele poderia ser depois encarregado de funções determinadas ou ser eleito para ocupar cargos da diretoria da sociedade<sup>131</sup>. Mais tarde, já nos anos 1970, instituiu-se um novo regimento ao corpo clínico da Santa Casa, que abriu mais as portas da instituição facilitando a entrada de novos profissionais que então estavam se multiplicando bastante no município. Ademais, com o tempo, o próprio CREMESP passou a exigir tal abertura, o que reforçou esta situação no mercado médico local, fazendo com que a exigência de participação na SMSC deixasse de ser tão relevante. Mas antes dessas mudanças, tanto os profissionais que atendiam privadamente como aqueles que prestavam assistência médica junto aos serviços previdenciários estatais ou outros que atuavam na saúde pública local inseriam-se na SMSC a fim de se integrar na organização coletiva que, desde a criação, veio a conectar os colegas de profissão em nível local, estadual e nacional e que se tornou um novo elo a intermediar as relações dos médicos com outros setores e organizações profissionais, sociais, econômicas e políticas de dentro e de fora do poder local de São Carlos.

Por outro lado, apesar dessa condição de destaque junto à medicina local, a entidade nunca efetivamente acumulou um montante de recursos financeiros ou patrimoniais mais significativos – sendo que a própria sede atual da entidade somente

---

<sup>131</sup> Tratando de tais aspectos, têm-se diferentes atas de inúmeras reuniões da SMSC nos Livros Atas da entidade que foram pesquisados na Casa do Médico, sede da SMSC. Ademais, isso emergiu na entrevista com o Médico 10, profissional de São Carlos, entre 70-75 anos de idade.

veio a se constituir no final dos anos 1960 e com a ajuda da APM, a qual, aliás, é atualmente a proprietária do imóvel que serve de sede para a chamada Casa do Médico, que abriga as atividades da SMSC. Em realidade, mesmo possuindo certa influência social e política ao nível do poder local, durante a segunda onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos, a SMSC não se constituía em entidade com poder maior de interferência social e política para além dos limites territoriais do próprio município. Segundo o Médico 04, com frequência, a influência da entidade, especialmente em questões que extrapolavam o âmbito mais estritamente profissional, devia-se mais à condição e posição social de, pelo menos, alguns de seus membros mais ilustres, os quais acabaram se tornando personalidades locais, não apenas por sua inserção social como profissionais da medicina, mas, em certos casos, como políticos que vieram a ocupar cargos públicos, tais como de vereador e prefeito do município ou como deputado estadual ou federal. Dessa maneira: “(...) às vezes coincidia de um presidente da Sociedade Médica ter prestígio na cidade. Esse fazia. (...) Muito mais pelo prestígio da pessoa do que da sociedade em si” (Entrevista com o Médico 04, profissional de São Carlos, entre 80-85 anos de idade).

Já no plano das relações internas à medicina local, a SMSC serviu de ambiente propício ao conagraçamento entre os colegas de profissão e espaço ao mesmo tempo voltado à promoção da organização do trabalho médico e também ambiente favorável ao desenvolvimento da autonomia técnico-científica da categoria, o que procurou fazer facilitando uma melhor articulação entre os profissionais são-carlenses e outra parte fundamental do denominado complexo biomédico que, normalmente, localizava-se fora dos limites territoriais do município e que se desenvolveu especialmente a partir da segunda metade do século XX.

Esta parte referia-se ao conjunto formado não apenas pelos profissionais da medicina e demais profissões e ocupações que atuam na área da saúde, mas também por novas organizações de saúde e instalações hospitalares mais intensamente integradas ao cotidiano de trabalho médico – agora tendente à maior especialização e ao próprio assalariamento de profissionais, seja sob o regime de trabalho em organizações públicas ou privadas. Tal conjunto ainda se constituía da indústria farmacêutica e da indústria produtora de outros insumos, recursos, instrumentos e aparelhos médicos utilizados para a realização de diferentes exames, diagnósticos e demais procedimentos clínicos,

cirúrgicos e hospitalares<sup>132</sup>, os quais têm sido cruciais à chamada medicina tecnológica e que foram em parte favorecidos pelo seu financiamento indireto com recursos públicos, já que o trabalho particular dos profissionais da medicina geravam gastos com aqueles recursos tecnológicos das indústrias de fármacos e demais insumos médicos, os quais acabavam sendo cobertos pelos recursos financeiros que o poder público destinava ao setor de assistência médica através, principalmente, do sistema previdenciário (Schraiber, 1993). A partir deste período da segunda onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos, a medicina tecnológica avançou consideravelmente no país, o que foi, relativamente e de maneira peculiar, sentido na realidade de poder local, onde, através das atividades da SMSC e sua articulação com a Santa Casa de Misericórdia e, depois, também com a Casa de Saúde e Maternidade São Carlos, os médicos são-carlenses procuraram assimilá-la, alterando, conseqüentemente, a própria dinâmica e organização de seu trabalho no município.

Mas, além disso, as reuniões da entidade serviam também para a apresentação de casos clínicos e estudos de determinados temas médicos considerados relevantes pelos seus associados, os quais debatiam os assuntos levantados pelas palestras e conferências assim realizadas. Afora os pares que compunham os quadros da entidade em nível local, médicos de fora de São Carlos – inclusive especialistas clínicos, cirurgiões, sanitaristas e diferentes acadêmicos e dirigentes profissionais – eram convidados para a realização de palestras e conferências, as quais versavam sobre assuntos atinentes tanto às áreas da clínica e da cirurgia como também da saúde pública<sup>133</sup>. Em certos casos, quando da visita de palestrantes ilustres, os médicos da SMSC ainda eram capazes de mobilizar sua influência ao nível do poder local, a fim de mais bem recepcionar e abrigar o visitante. Quando veio ao município o Prof. Dr. Alípio Correa Neto – renomada liderança médica da capital paulista – para realizar uma visita à SMSC e oferecer uma conferência na entidade, os colegas são-carlenses conseguiram mobilizar o apoio de outras lideranças e instituições do poder local, a exemplo do diretor da Escola Normal,

---

<sup>132</sup> A respeito das relações entre a SMSC e as indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos, consultar, entre outras atas a seguinte: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 20ª reunião ordinária de 03 de maio de 1950. Livro Ata 01, pp. 20-21. Mais a respeito da indústria farmacêutica no país, ver: Kornis, Braga, Paula I (2014).

<sup>133</sup> Consoante ao que se encontra, por exemplo, em: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 18ª reunião ordinária, de 1º de março de 1950. Livro Ata 01, pp. 18-19.



do prefeito municipal, do diretor da Fazenda Canchin e do diretor do São Carlos Club, os quais ajudaram na recepção do conhecido médico da capital do estado<sup>134</sup>.

Representantes comerciais, bem como médicos ligados a segmentos da indústria farmacêutica e das demais indústrias produtoras de insumos e recursos médico-cirúrgicos também participavam, em determinadas oportunidades, de reuniões e sessões da SMSC apresentando e oferecendo produtos e vídeos demonstrativos sobre diferentes fármacos e equipamentos cirúrgicos, assim como a respeito de certos procedimentos técnicos atualizados que permeavam o mercado médico daquela época. Tais práticas favoreciam a aproximação e as trocas de conhecimentos e informações entre os colegas, além de trazer para perto diferentes atores e instituições sociais integrantes do mercado médico e da área de saúde mais vasta, tanto em nível local como estadual e nacional, o que tinha impactos significativos particularmente sobre duas das três citadas dimensões da autonomia profissional da medicina, ou seja: a socioeconômica e a técnica.

Com isso, a SMSC promovia o desenvolvimento técnico e auxiliava os pares de profissão nas relações comerciais entre estes e as empresas do setor que poderiam impulsionar suas atividades. Dentre os laboratórios farmacêuticos e demais indústrias de outros insumos médicos que se entrosaram em diferentes oportunidades com os médicos da SMSC àquela época, verificaram-se nos dados as seguintes empresas: Laboratório Sanitas; Laboratório Upjohn do Brasil; Laboratório Ciba; Laboratório Torres; Instituto Fontoura; Laboratório Caslo Euba; Laboratório Medy; Laboratório Schering, Laboratório Squibb; Alba S.A. (de produtos químico-farmacêuticos), Sociedade Anônima White Martins. Com a maior abertura da economia brasileira ao capital estrangeiro, incentivada a partir da era desenvolvimentista da presidência de Juscelino Kubitschek, nos anos 1950, e durante o regime militar, os laboratórios estrangeiros conseguiram um espaço maior no mercado brasileiro e, desde então, aumentaram suas atividades no território nacional, inclusive incorporando empresas nacionais do setor<sup>135</sup>.

---

<sup>134</sup> Em concordância com: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 113ª sessão ordinária, de 05 de março de 1958. Livro Ata 02, pp. 69-70. Aliás, o entrosamento entre, de um lado, a SMSC e seus membros e, de outro, diferentes grupos e instituições do poder local de São Carlos verificou-se no convite do Rotary Club local aos médicos da SMSC para que estes participassem de palestra a ser realizada naquele clube, promovida pelo doutor Mangabeira Alberna, de Campinas. É o que informa a seguinte ata da entidade médica em questão: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 112ª sessão ordinária, de 05 de fevereiro de 1958. Livro Ata 02, pp. 68-69.

<sup>135</sup> Ao longo dos séculos XX e XXI, os movimentos de incorporações e fusões cresceram, de modo que empresas que eram características da metade do século XX, depois se modificaram devido aos movimentos do mercado farmacêutico brasileiro e mundial (Kornis, Braga, Paula I, 2014). A respeito das relações entre grupos industriais do complexo biomédico e profissionais da SMSC, pode-se conferir o que se encontra em dados de atas de reuniões da Sociedade Médica, tais como: SOCIEDADE MÉDICA DE

Por outro lado, ainda no que se refere às relações internas ao grupo médico local, a SMSC assumiu a condição de instância responsável, em termos relativos, pela promoção da ética profissional e pela regulação do mercado médico do município, o que implicou, entre outras coisas que, em suas reuniões, os associados da entidade discutissem práticas adequadas de mercado entre os colegas (tais como em relação às modalidades de pagamento e divisão de honorários a cirurgiões e seus auxiliares)<sup>136</sup> e estabelecessem acordos de natureza socioeconômica – pelo menos em termos gerais, embora, às vezes, mais como uma referência para evitar desequilíbrios maiores entre os pares do que como uma norma mais rígida e intransigente – acerca de preços cobrados e contratos estabelecidos para a prestação de serviços médicos no município.

Estes acordos versavam sobre o estabelecimento de preços para diferentes situações em que os colegas prestavam seus serviços profissionais: desde consultas, a visitas domiciliares (inclusive em horário especial), passando pela produção de atestados médicos e realização de conferências e palestras<sup>137</sup>, além da assinatura de

---

SÃO CARLOS. Ata da 61ª reunião ordinária, de 07 de outubro de 1953. Livro Ata 01, pp. 80-81; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 90ª reunião ordinária, 07 de março de 1956. Livro Ata 02, pp. 21-22. SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da reunião extraordinária para receber o doutor Helio C. Lobo, diretor médico do Laboratório Upjohn do Brasil, de 22 de junho de 1957. Livro Ata 02, pp. 49-50; e SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 90ª reunião ordinária. Livro Ata 02, pp. 21-22; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 113ª sessão ordinária, de 05 de março de 1958. Livro Ata 02, pp. 69-70; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da sessão extraordinária para receber o doutor Antonio Prudente, de 13 de setembro de 1958. Livro Ata 02, pp. 82-83; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 53ª sessão ordinária, de 04 de fevereiro de 1953. Livro Ata 01, pp. 66-67; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 54ª sessão ordinária, de 04 de março de 1953. Livro Ata 01, pp. 68-69; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 58ª sessão ordinária, de 1º de junho de 1953. Livro Ata 01, pp. 73-74; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 59ª sessão ordinária, de 05 de agosto de 1953. Livro Ata 01, pp. 74-75; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 89ª sessão ordinária, de 1º de janeiro de 1956. Livro Ata 02, pp. 19-21. SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 90ª sessão ordinária, de 07 de março de 1956. Livro Ata 02, pp. 21-22. SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 111ª sessão ordinária, de 08 de janeiro de 1958. Livro Ata 02, pp. 66-67; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 113ª sessão ordinária, de 05 de março de 1958. Livro Ata 02, pp. 69-70; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 154ª sessão ordinária, de 02 de março de 1961. Livro Ata 03, p. 32.

<sup>136</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 167ª reunião ordinária, de 05 de setembro de 1962. Livro Ata 03, pp. 49-51.

<sup>137</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 64ª reunião ordinária, de 06 de janeiro de 1954. Livro Ata 01, pp. 82-83; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 104ª sessão ordinária mensal, de 08 de maio de 1957. Livro Ata 02, pp. 46-47; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 120ª reunião ordinária, de 05 de novembro de 1958. Livro Ata 02, pp. 86; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 145ª reunião ordinária, de 09 de novembro de 1960. Livro Ata 03, pp. 24-25; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 157ª reunião ordinária, de 08 de novembro de 1961. Livro Ata 03, pp. 38-39; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 161ª reunião ordinária, de 14 de março de 1952. Livro Ata 03, pp. 42-43; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da reunião extraordinária, de abril de 1962. Livro Ata 03, p. 43; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 170ª reunião ordinária, de 05 de dezembro de 1962. Livro Ata 03, pp. 56-57; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 171ª reunião ordinária, de 02 de janeiro de 1963. Livro Ata 03, pp. 58-59; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 184ª reunião ordinária, de 05 de fevereiro de 1964. Livro Ata 03, pp. 79-80; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da

contratos privados de serviços médicos que os sócios da SMSC estabeleciam junto a determinadas empresas ou outras organizações e entidades da sociedade são-carlense, ou mesmo, com certas companhias de seguros<sup>138</sup>. Tais serviços e contratos tinham seus preços, no âmbito da SMSC, acordados ou, pelo menos, discutidos coletivamente (particularmente quando se suspeitava de excessos), a fim de se evitar a concorrência desleal entre os pares e conferir certos parâmetros básicos e consensuais que se traduzissem em certa credibilidade às atividades dos médicos do município.

Por diversas vezes ao longo do período estudado, os médicos de São Carlos procuraram manter tal prática de tabelamento geral de preços, especialmente os relativos a consultas, que seguiu diferentes parâmetros em momentos distintos: desde discussões mais livres entre os colegas, a orientações oferecidas pela APM e a AMB, passando por considerações sobre o salário mínimo, até outras referências estabelecidas por organizações estatais, a exemplo das instituições que administravam e prestavam serviços de assistência médica previdenciária<sup>139</sup>.

Contudo, de acordo com o Médico 04, em especial no que se refere aos preços de consultas particulares cobrados pelos médicos da cidade, aqueles:

---

195ª reunião ordinária, de 07 de janeiro de 1965. Livro Ata 03, pp. 95-96; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 202ª reunião ordinária, de 04 de agosto de 1965. Livro Ata 03, pp. 105-106; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da reunião extraordinária especialmente realizada para tratar dos contratos médicos do IAMSP e aumento das consultas médicas, de 29 de agosto de 1966. Livro Ata 03, p. 118.

<sup>138</sup> Sobre o assunto, ver: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 21ª reunião ordinária, de 07 de junho de 1950. Livro Ata 01, pp. 21-22; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 114ª sessão ordinária, de 09 de abril de 1958. Livro Ata 02, pp. 70-71.

<sup>139</sup> Como se observa em: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 64ª reunião ordinária, de 06 de janeiro de 1954. Livro Ata 01, pp. 82-83; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 104ª sessão ordinária mensal, de 08 de maio de 1957. Livro Ata 02, pp. 46-47; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 120ª reunião ordinária, de 05 de novembro de 1958. Livro Ata 02, pp. 86; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 145ª reunião ordinária, de 09 de novembro de 1960. Livro Ata 03, pp. 24-25; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 157ª reunião ordinária, de 08 de novembro de 1961. Livro Ata 03, pp. 38-39; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 161ª reunião ordinária, de 14 de março de 1952. Livro Ata 03, pp. 42-43; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da reunião extraordinária, de abril de 1962. Livro Ata 03, p. 43; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 170ª reunião ordinária, de 05 de dezembro de 1962. Livro Ata 03, pp. 56-57; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 171ª reunião ordinária, de 02 de janeiro de 1963. Livro Ata 03, pp. 58-59; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 184ª reunião ordinária, de 05 de fevereiro de 1964. Livro Ata 03, pp. 79-80; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 195ª reunião ordinária, de 07 de janeiro de 1965. Livro Ata 03, pp. 95-96; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 202ª reunião ordinária, de 04 de agosto de 1965. Livro Ata 03, pp. 105-106; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da reunião extraordinária especialmente realizada para tratar dos contratos médicos do IAMSP e aumento das consultas médicas, de 29 de agosto de 1966. Livro Ata 03, p. 118.

“Eram tabelados no começo. Mas nem por isso você deixava de receber metade, se quisesse. Não havia um rigor. (...) havia esse hábito para ninguém oferecer consulta a preço muito baixo. Para não ‘avacalhar’ a profissão, como eles diziam. Mas ninguém cumpria. Você vê, tanto é que hoje não existe nada disso, cada firma paga um preço. E nisto nós perdemos, né?” (Entrevista com o Médico 04, profissional de São Carlos, entre 80-85 anos de idade).

Em todos esses casos – como era frequente à época entre os colegas da categoria, e em razão também de orientação da própria APM, que defendia abertamente tal princípio nas relações interprofissionais –, tanto nos contratos privados como na prestação individual de serviços médicos oferecidos pelos profissionais de São Carlos, o princípio da livre escolha de serviços e profissionais existentes – seja da parte de pacientes individuais, seja de outros contratantes de natureza institucional – era defendido no âmbito da SMSC e por seus associados, sendo os casos duvidosos apurados e discutidos nas reuniões da sociedade, a fim de se esclarecer o ocorrido com vistas a se encontrar alternativas para evitar problemas entre os colegas e à própria categoria local como um todo, de modo que a SMSC exercia certo papel de promoção da ética, tanto intraprofissional como em termos das relações entre os profissionais e seus pacientes ou clientes, favorecendo a manutenção de condições mínimas de convívio e equilíbrio entre os colegas, a fim de preservar, ao nível local, a sua autonomia técnico-profissional das disputas de mercado<sup>140</sup>.

Em relação a outras instituições do profissionalismo médico, como organizações hospitalares e órgãos públicos de saúde pública, a SMSC também procurava se entrosar com estas em determinados termos, intermediando as relações e servindo de instância de representação coletiva para os médicos locais, o que implicou consequências especialmente atinentes à autonomia técnico-profissional da categoria, já que tais instituições representavam estabelecimentos onde, ao lado das atividades em consultórios privados, muitas vezes do trabalho médico era realizado em São Carlos.

Neste sentido, em relação à Delegacia de Saúde e seus órgãos superiores e inferiores, a SMSC não apenas sempre cuidou para tornar o delegado de saúde local membro ativo de sua instituição, como ainda serviu (em diferentes oportunidades) de elo entre as demandas da Secretaria Estadual de Saúde, suas instâncias e departamentos, a própria Delegacia de Saúde de São Carlos, o Centro de Saúde, os Dispensários de

---

<sup>140</sup> Como se estabelece em debate sobre o tema envolvendo atendimentos médico pelo IAPC presente em: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 197ª reunião ordinária, de 10 de março de 1965. Livro Ata 03, pp. 97-98

Lepra e Tuberculose, o Posto de Puericultura, o Subposto de Santa Eudóxia e seus serviços e atividades oferecidos à população do município, tais como: campanhas de vacinações – como nos casos de vacinação contra paralisia infantil a partir da vacina Sabin – ou de educação sanitária e levantamentos de casos de doenças endêmicas e epidêmicas – como em relação a Doença de Chagas e a Gripe Asiática<sup>141</sup> – que eventualmente atingiam ou ameaçavam a população do município e região, a fim de que os órgãos públicos pudessem desenvolver suas tarefas no âmbito da saúde pública<sup>142</sup>. Além disso, durante muitos anos a entidade também realizou grande parte de suas reuniões na sede da Delegacia de Saúde, já que, apesar de sua fundação ter acontecido ainda em 1948, a SMSC somente veio a construir instalações físicas próprias para abrigar sua sede ao final dos anos 1960<sup>143</sup>.

Pode-se igualmente perceber situações em que a SMSC mediou as relações entre os colegas de profissão e associados da entidade, a Santa Casa de Misericórdia local e seus serviços hospitalares. É o que se nota, entre outras situações, em discussão no expediente de uma das reuniões ordinárias da Sociedade Médica, realizada em janeiro de 1954, quando seus sócios trataram de determinada solicitação da direção da Santa Casa sobre reajustes no tabelamento de preços para procedimento de transfusão de sangue. Neste intento, no âmbito da SMSC foi estabelecida uma comissão especial, a fim de cuidar do caso<sup>144</sup>. Por outro lado, em reunião da entidade em novembro de 1955, o presidente da SMSC convidou o provedor da Santa Casa local para apresentar aos colegas presentes uma planta do futuro bloco cirúrgico do hospital. Após alguma discussão sobre o assunto, foi proposta a constituição de um grupo de colegas cirurgiões para estudar o documento<sup>145</sup>.

---

<sup>141</sup> Apesar da ameaça em todo o mundo àquela época, a Gripe Asiática, ao que consta dos registros nos Livros Ata da SMSC, não chegou a registrar um único caso confirmado de paciente acometido por esse mal em São Carlos. Ainda assim, a Delegacia de Saúde e os médicos da SMSC mantiveram-se em alerta e promoveram debates sobre a questão no âmbito da entidade. Consoante à: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da reunião extraordinária, de 09 de agosto de 1957. Livro Ata 02, pp. 53-55; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 107ª reunião ordinária, de 04 de setembro de 1957. Livro Ata 02, pp 57-58.

<sup>142</sup> Sobre o assunto, ver SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da reunião extraordinária, de 09 de agosto de 1957. Livro Ata 02, pp. 53-55; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 107ª reunião ordinária, de 04 de setembro de 1957. Livro Ata 02, pp 57-58.

<sup>143</sup> Em conformidade à diferentes atas de reunião da Sociedade Médica de São Carlos verificadas nos Livros Atas pesquisados para esta análise.

<sup>144</sup> Informações encontradas em registros da SMSC presentes em: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 64ª reunião ordinária, de 06 de janeiro de 1954. Livro Ata 01, p. 83.

<sup>145</sup> Dados extraídos de: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 86ª reunião ordinária, de 09 de novembro de 1955. Livro Ata 02, pp. 15-16.

Já em 1967, quando a população de São Carlos já estava crescendo mais intensamente com o avanço de seu desenvolvimento urbano-industrial, ao mesmo tempo em que também se percebia, por essa mesma razão, o aumento da demanda por serviços médicos e hospitalares no município, o então provedor da Santa Casa, Carmine Botta<sup>146</sup>, solicitou aos sócios da SMSC que fossem estudados meios para que se mantivesse um médico plantonista que realizasse serviços de urgência no hospital, já que esse trabalho e função ainda não haviam se efetivado na instituição. Diante disso, os médicos decidiram fazer plantões aos domingos e feriados, com o recebimento de ordenado igual para todos através de caixa única, que seria destinada tanto para as atividades clínicas como cirúrgicas de urgência, sendo que ainda resolveram indicar ao provedor a organização de um serviço social no hospital para cuidar dessas questões. Ao lado disso, os médicos ainda resolveram criar uma comissão determinada a tratar do assunto e da possível construção de um futuro pronto socorro municipal<sup>147</sup>. Aliás, por essa época, o antigo SAMDU, que oferecia serviços de urgência em São Carlos, já havia deixado de realizar suas atividades, reforçando ainda mais a necessidade de profissionais no atendimento dessa natureza.

Já quanto à Casa de Saúde e Maternidade São Carlos, que se tornou o segundo hospital a entrar em funcionamento no município, cujo processo de construção remete ao ano de 1962 e que teve suas atividades efetivamente iniciadas em 1969, a SMSC serviu, desde os anos 1950, de ambiente institucional de encontro entre os pares e instância responsável pela realização de reuniões entre os colegas com o intuito de que estes discutissem e pudessem estabelecer consensos acerca do assunto, criassem uma sociedade legalmente constituída para a criação e administração do novo hospital, de modo a que os envolvidos aderissem e participassem de cotas como proprietários do empreendimento<sup>148</sup>. Como a obtenção de um terreno apropriado para construir a Casa de Saúde dependeu de uma doação de terreno da prefeitura municipal, a qual vinculou o uso do terreno para a construção e funcionamento do hospital, a SMSC veio a intermediar as relações entre os proprietários cotistas desse empreendimento e a

---

<sup>146</sup> O senhor Carmine Botta nasceu na Itália e emigrou para o Brasil no início do século XX. Ele foi alfaiate e dono de importante alfaiataria em São Carlos. Fundou a Associação Beneficente dos Alfaiates de São Carlos – ABASC. Foi ainda vice-prefeito de São Carlos e, por 20 anos, atuou como provedor da Santa Casa de Misericórdia deste município. Sobre o mesmo, ver:

<sup>147</sup> Em concordância com: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 220ª reunião ordinária, de 12 de julho de 1967. Livro Ata 03, pp. 126-127.

<sup>148</sup> Como consta em: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 220ª reunião ordinária, de 12 de julho de 1967. Livro Ata 03, pp. 126-127.

prefeitura<sup>149</sup>. Depois de avançado relativamente o processo de construção do edifício dessa Casa de Saúde, esta veio também a abrigar algumas das reuniões da própria SMSC, que assim, após anos de uso das instalações da Delegacia de Saúde e antes de construir sua sede própria em outro local, passou realizar suas atividades em espaço alternativo oferecido pelo que ficou conhecido popularmente em São Carlos como o “Hospital Novo”<sup>150</sup>.

Enfim, há que se destacar igualmente o fato de que a SMSC, em conexão e com o apoio da própria direção da APM, representou o ambiente institucional para o debate, acordo entre os pares de profissão de São Carlos e plataforma de impulso à criação da cooperativa médica UNIMED São Carlos, ainda em 1970. Não por acaso, como se tornou prática comum para a criação de outras cooperativas UNIMED em outras localidades, o primeiro presidente desta cooperativa em São Carlos foi aquele que, à época, era também o presidente da SMSC. Desde então, a UNIMED vem crescendo não apenas em termos do número de profissionais e serviços a ela vinculados, mas principalmente do ponto de vista da quantidade de clientes (ou vidas, como se costuma denominar aqueles que se tornam clientes e firmam contratos de planos de saúde) que a cooperativa tem atendido no município<sup>151</sup>.

Isso posto, do ponto de vista das relações dos médicos com outras instituições e grupos sociais do poder local de São Carlos, a SMSC permitiu que a categoria encontrasse um elo de comunicação, ao mesmo tempo institucionalizado e com caráter de representação coletiva, o qual, em determinados casos, também assumiu a tarefa de defesa dos interesses da classe junto a outras organizações – tanto públicas como privadas – e diante de certos grupos sociais e econômicos são-carlenses, o que, para além da influência sobre as demais dimensões da autonomia profissional – tal como a técnica e, em especial, a socioeconômica –, afetava diretamente a condição dos médicos em função da dimensão política de sua autonomia profissional, bem como a própria inserção social mais abrangente da categoria no município.

Tal dinâmica pode ser percebida através da análise de episódios que, ao longo da segunda onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos, marcaram as relações entre, de um lado, os membros da Sociedade Médica e, de outro, a prefeitura

---

<sup>149</sup> Registro encontrado no seguinte documento: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 220ª reunião ordinária, de 12 de julho de 1967. Livro Ata 03, pp. 126-127.

<sup>150</sup> Como se verifica em informações extraídas de: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 220ª reunião ordinária, de 12 de julho de 1967. Livro Ata 03, pp. 126-127.

<sup>151</sup> De acordo com dados obtidos em entrevista para esta pesquisa com o Médico 07, profissional de São Carlos entre 80-85 anos de idade.

e a câmara municipais da localidade. Dentre estes, destacam-se, nos dados apurados, os seguintes episódios.

De um lado, ainda em março de 1950 foi realizado o envio de um ofício ao então prefeito municipal, Prof. Luiz Augusto de Oliveira, a fim de que este providenciasse correção no emplacamento e numeração das ruas e casas do bairro de Bela Vista, já que tais irregularidades estavam prejudicando o trabalho médico em casos de chamados para atendimento em domicílio<sup>152</sup>; em resposta a tal solicitação, o então prefeito determinou a correção sugerida e solicitou à SMSC que constituísse uma comissão encarregada de sugerir nomes de médicos ilustres a serem homenageados como denominações de ruas nos emplacements a serem realizados; diante disso, a associação médica constituiu uma comissão especial para cuidar do caso<sup>153</sup>.

Por outro lado, promoveu-se uma sessão extraordinária, realizada por solicitação do prefeito municipal, o senhor Antonio Massei, para que os médicos da SMSC discutissem e fizessem um relatório final acerca de um projeto de lei estadual, proposto pelo deputado e médico, Dr. Alípio Correa Neto, sobre a assistência ao trabalhador rural. Para essa finalidade, formou-se uma comissão de sócios da SMSC a fim de considerar as opiniões dos colegas de profissão e confeccionar o referido relatório final ao prefeito de São Carlos<sup>154</sup>. Ainda durante o mesmo mandato do prefeito Antonio Massei, os médicos da SMSC discutiram o envio de um pedido à prefeitura para que a Companhia Paulista de Eletricidade – CPE<sup>155</sup> regularizasse os frequentes problemas de falta de energia elétrica que estavam prejudicando o serviço médico no município<sup>156</sup>.

Em outra ocasião, por orientação da própria APM, os médicos locais e sócios da SMSC procuraram – através de suas relações com políticos locais e por meio do trabalho de seu colega e representante político junto à câmara municipal, o vereador doutor Alderico Vieira Perdigão – transformar sua associação numa entidade de utilidade pública municipal, o que foi conseguido através da aprovação da lei municipal

---

<sup>152</sup> De acordo com: a) SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 18ª Reunião Ordinária, de 1º de março de 1950. Livro Ata 01, pp. 18-19; e b) SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 51ª sessão ordinária, de 03 de dezembro de 1952. Livro Ata 01, pp. 63-64.

<sup>153</sup> Como se verifica em: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 21ª reunião ordinária, de 07 de junho de 1950. Livro Ata 01 p. 21.

<sup>154</sup> É o que se registra em: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da reunião extraordinária para a apreciação do projeto de lei estadual, do deputado Alípio Correa Neto sobre a assistência ao trabalhador, de dia de mês de 1952. Livro Ata 01, pp. 58-59.

<sup>155</sup> À época, Companhia Paulista de Eletricidade – CPE servia com rede de energia elétrica aos municípios de São Carlos e Descalvado.

<sup>156</sup> Como se verifica em: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 53ª sessão ordinária de 04 de fevereiro de 1953. Livro Ata 01, pp. 66-67.



n.º 1.659, de 1952, cujo autor foi o mesmo médico. Esta condição implicou maior abertura dos órgãos e cofres públicos municipais para que eventualmente estes auxiliassem ou custeassem empreendimentos que a SMSC viesse a promover. Por conta disso, inclusive, os sócios da entidade médica decidiram agradecer os políticos locais por meio de ofícios encaminhados à câmara e à prefeitura de São Carlos<sup>157</sup>.

Já, em relação ao longo processo de tentativa dos sócios da SMSC no sentido de construir sua sede social em instalações próprias – algo desejado desde o início dos trabalhos da entidade, ainda nos anos 1940, mas que se efetivou apenas na década de 1960, os colegas são-carlenses acabaram se envolvendo em diferentes situações de negociação com a prefeitura de São Carlos, com a APM e outros atores sociais são-carlenses, a fim de realizar o seu objetivo.

Nos quatro episódios discutidos acima, nota-se o envolvimento dos médicos são-carlenses e membros da SMSC em questões políticas com repercussões ao nível do poder local de São Carlos, mas que também chegavam a envolver temas e atores sociais e políticos de fora da localidade, revelando outra face da atuação da Sociedade Médica em relação à autonomia político-profissional da categoria em nível local.

Além disso, e de maneira especial, as relações entre a SMSC e a câmara e prefeitura municipais podem ainda ser investigadas em razão do exame da participação da SMSC em meio às comemorações do centenário do município, ocorrido em 1957, quando a categoria mobilizou-se e estabeleceu determinadas relações com demais grupos e instituições locais, a fim de conferir maior relevo e visibilidade à participação dos médicos e da própria SMSC naquelas festividades, já que todas as atenções da imprensa, da elite e da população em geral do município estavam voltadas ao evento. Aliás, em relação ao município e a participação de sua elite nas comemorações do centenário de São Carlos, pode-se dizer que essa elite era:

(...) muito ligada a médicos. Os médicos que eram responsáveis pela sociedade médica constituíam a elite da cidade. Eram vereadores, prefeitos. Então, numa comemoração dessa, evidentemente a Sociedade Médica era uma parte importantíssima. E eles vibravam com a festa na Sociedade Médica (Entrevista com o Médico 04, profissional de São Carlos, entre 80-85 anos de idade).

---

<sup>157</sup> Informações encontradas em: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 36ª sessão ordinária, de 05 de setembro de 1951. Livro Ata 01, pp. 42-43; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 48ª sessão ordinária, de 03 de setembro de 1952. Livro Ata 01, pp. 57-58.

Além disso, as comemorações do centenário demonstraram a capacidade dos médicos da SMSC de articulação e mobilização de colegas e entidades médicas de fora do município, já que, para o evento, os profissionais são-carlenses conseguiram trazer para a localidade um congresso médico da APM, que assim atraiu colegas de outras localidades. Os preparativos e as atividades programadas e realizadas pela entidade em tais festejos demandaram a participação intensa e relativamente antecipada dos médicos são-carlenses, a fim de que se cumprisse a programação que haviam estabelecido em combinação com as autoridades e comissões locais criadas para a organização do evento. Foram várias as reuniões preparativas que a SMSC realizou, além da mobilização, para o mesmo fim, de seu representante político na Câmara Municipal e membro da própria entidade, o Dr. Alderico Vieira Perdigão, o qual, ao mesmo tempo, propôs uma medida legislativa e cuidou para que esta fosse aprovada como lei municipal, a qual garantiu a participação da SMSC através de representante junto à comissão cultural que integrou as instâncias envolvidas no processo de organização das comemorações do centenário. Desde o encontro e uso das instalações para realização dos trabalhos do congresso da APM, à confirmação de adequadas acomodações em hotéis locais onde os visitantes e palestrantes se alojariam contaram como efetiva participação dos colegas são-carlenses da SMSC, os quais dividiram entre si as tarefas para contribuir com o evento.

Ainda quanto às relações dos médicos com outras instituições e grupos sociais do poder local de São Carlos, também se pode analisar a questão das demandas por preços de serviços médicos mais reduzidos, que determinadas categorias sociais existentes no município àquela época pleitearam junto à SMSC. Neste sentido, os dados apontam que algumas entidades representativas de segmentos sociais urbanos do município, os quais ascenderam em meio ao impulso urbano-industrial da localidade que acompanha especialmente o período pós-1940, procuravam se comunicar, geralmente mediante ofício ou mesmo estabelecendo presença pessoal de seus líderes em reuniões da SMSC, com vistas a tentar convencer seus associados a praticarem preços mais acessíveis aos grupos sociais que representavam. Tais foram os casos, por exemplo, de: a) manifestações neste sentido da Associação dos Funcionários Públicos de São Carlos, que em diversas ocasiões demandou reajustes de preços mais favoráveis aos trabalhadores que representavam<sup>158</sup>; e b) outras ações de representação da

---

<sup>158</sup> É o que se lê em: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 8ª reunião ordinária, de 04 de maio de 1949. Livro Ata 01, p. 8.

Associação dos Funcionários da Escola de Engenharia de São Carlos (ligada à USP) e que chegou a enviar líderes para se reunirem com médicos da SMSC no intuito de obter preços mais interessantes para consultas médicas de seus associados.

De uma maneira geral, frequentemente os médicos da SMSC rejeitaram as alterações sugeridas em suas tabelas de preços, sendo que isso não se restringiu apenas às duas associações supramencionadas, reproduzindo-se em situações que envolveram outras instituições que igualmente possuíam abrangência e representatividade ao nível local, de modo que, no plano interno do município, os médicos são-carlenses geralmente não cediam às solicitações que poderiam afetar negativamente sua autonomia socioeconômica. Exceções foram encontradas somente em casos específicos de solicitações que se realizavam sob alguma justificativa circunstanciada, a qual era apresentada por determinada entidade social e que, além disso, ainda recebiam a confirmação de sua fundamentação por algum membro da Sociedade Médica. Caso contrário, prevalecia o entendimento sobre a impossibilidade de alteração das tabelas de preços sobre serviços prestados.

Sendo assim, apesar da relativização sobre a força normativa dos tabelamentos de preços realizados no âmbito da SMSC, ainda assim tais parâmetros exerciam certo papel de regulação e balizamento para as relações de mercado entre os profissionais e entre estes e seus pacientes ou demais contratantes institucionais que buscavam seus serviços médicos, de maneira que a SMSC, com isso, interferia na realidade médica são-carlense e exercia um papel de relativa proteção aos interesses coletivos da categoria – especialmente, no caso, àqueles com desdobramentos sobre a dimensão socioeconômica da autonomia profissional e às relações de mercado da medicina local.

Mas a SMSC, em determinadas situações, apesar de não se constituir em entidade com maior poder e influência externa, mediava e interferia na relação dos médicos de São Carlos com outras instituições sociais de fora do município, além de representá-los diante de instância sociopolíticas estaduais e federais a respeito de diferentes questões com as quais os médicos se envolviam. Em abril de 1949, os sócios da SMSC enviaram uma moção ao Departamento Estadual da Criança, do governo paulista, a fim de pedir seu empenho na conclusão das obras de construção da Casa da Criança em São Carlos<sup>159</sup>. Ainda no mesmo ano, decidiram oficiar o ministro do trabalho solicitando auxílio para a ampliação das instalações de fornecimento de energia

---

<sup>159</sup> É o que consta em: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 7ª reunião ordinária de 06 de abril de 1949. Livro Ata 01, pp. 07-08.

elétrica para São Carlos e região<sup>160</sup>. Por outro lado, em outubro de 1952, a SMSC foi convidada e veio a participar de uma comissão que representaria o município em uma reunião em São Paulo para a possível criação de um hospital regional em São Carlos. Mesmo não implicando consequências mais efetivas, tais ações evidenciam a condição de representante institucional e coletivo que a SMSC figurava entre os médicos do município, influenciando sua inserção social mais ampla no poder local.

Nestas condições, entende-se porque, em diferentes situações – não apenas, mas especialmente nos primeiros anos de funcionamento da instituição –, a SMSC procurou comunicar-se, entrosar-se, participar de eventos realizados por outras entidades e até mesmo informar mudanças internas, como na composição de sua diretoria, a outras entidades médicas e demais instituições sociais – não apenas do próprio município, mas igualmente de outras localidades. Dentre as diferentes situações dessa natureza, houve, por exemplo, a indicação, por parte da SMSC, de sócios seus para a representarem nas festividades de inauguração da Escola de Educação Física de São Carlos. Por outro lado, a SMSC procurava manter ou estreitar laços com demais entidades e instituições locais e de fora de São Carlos informando fatos internos à instituição considerados importantes àquelas organizações, tais como, por exemplo, em relação à prefeitura e câmara municipais, à APM e à AMB, ao Rotary Club de São Carlos, à própria Escola de Educação Física do município, aos sindicatos locais, ao Aero Clube do município, à Associação Beneficente dos Alfaiates, à Sociedade Médica São Lucas de Campinas, ao Instituto Penido Burnier, além dos órgãos de imprensa são-carlense<sup>161</sup>.

Dessa maneira, enquanto nova modalidade de ação coletiva e arranjo institucional emergente para o enfrentamento dos desafios da segunda onda de interiorização do profissionalismo médico local, a Sociedade Médica de São Carlos surgiu sob a condição de instância responsável por promover o profissionalismo da categoria em nível local, tanto em termos de sua organização interna e conagração entre os colegas de profissão como do ponto de vista da representação e defesa de seus interesses e perspectivas em relação à dinâmica social de seu entorno, influenciando a configuração de sua autonomia profissional tanto do ponto de vista técnico como socioeconômico e político, o que gerou desdobramentos para as relações entre os médicos são-carlenses e demais grupos e instituições sociais não apenas no contexto do

---

<sup>160</sup> Assunto tratado em: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da Reunião Complementar da relação do 1º tema semestral de 1949, de 25 de junho de 1949. Livro Ata 01, p. 09.

<sup>161</sup> Presente em: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata de assembleia extraordinária de eleição da diretoria para o exercício de 1949-1950, de 17 de agosto de 1949. Livro Ata 01, pp. 10-11.

poder local de São Carlos, mas também diante de outros grupos e instituições sociais de fora da localidade, bem como em relação aos demais órgãos estatais municipais, estaduais e federais – não somente, mas especialmente aqueles associados às áreas de assistência médica previdenciária e de saúde pública, os quais se multiplicaram localmente em meio ao processo mais abrangente de centralização e interiorização das organizações burocráticas do Estado brasileiro, resultando na chamada socialização da medicina. Esta, como se observa mais detidamente a seguir, atingiu e alterou significativamente a realidade médica no município de São Carlos.

#### **9.4. Os profissionais, sua associação e a socialização da medicina.**

A socialização da medicina foi um processo que atingiu o município de São Carlos com efeitos relativamente distintos, ora positivos ora negativos do ponto de vista da autonomia profissional médica, gerando por isso, a depender do caso e do próprio momento em questão, diferentes percepções entre os médicos locais acerca de seu impacto sobre a categoria. Principalmente no início da socialização, ainda nos anos 1940, houve certos temores entre colegas paulistas a respeito do conseqüente avanço do assalariamento de profissionais e da possibilidade de concorrência entre os serviços socializados – sejam os de saúde pública ou os de assistência médica previdenciária – e o trabalho médico que os demais colegas realizavam na clínica liberal (Almeida, 2011).

Ainda em 1948, os sócios da Sociedade Médica de São Carlos e outros colegas de diferentes localidades do Estado de São Paulo, dadas as preocupações que sentiam diante das mudanças emergentes com tal processo, mobilizaram-se a fim de reivindicar melhores condições de trabalho e salários para os médicos que trabalhavam para os serviços sanitários paulistas, resultando na conhecida luta pela equiparação e no Movimento de Assembleia Permanente. Em meio a tal mobilização, houve diversas manifestações de lideranças médicas paulistas sobre o processo de socialização em curso no país e como a categoria médica poderia reagir a ele (Almeida, 2014). Mesmo às vezes divergindo de certas estratégias de ação, os médicos de São Carlos acabaram apoiando e participando de todas as tomadas de posição do Movimento de Assembleia Permanente, mesmo em relação a mais controvertida ação do movimento, que resultou em uma greve no ano de 1950, a qual, no entanto, não logrou atingir o objetivo dos colegas que buscavam a equiparação de vencimentos dos médicos servidores públicos

diante dos advogados do Departamento Jurídico do Estado de São Paulo. Estas foram questões intensamente sentidas e debatidas no âmbito da SMSC e por colegas da categoria em outras localidades do estado.

Com o intuito de produzir um posicionamento mais bem definido sobre o assunto e oferecê-lo à organização central do Movimento de Assembleia Permanente e à própria direção da Associação Paulista de Medicina (à qual a SMSC havia se filiado), em reunião de agosto de 1950, realizada, entre outras razões, especialmente para o debate sobre a socialização da medicina, os sócios da SMSC estabeleceram que, no que concerne ao tema, colocavam-se em posição favorável, mas ao mesmo tempo com certa reserva à ampliação dos serviços socializados. A socialização poderia seguir seu curso, desde que certos limites fossem respeitados. Sua extensão deveria se restringir ao oferecimento de serviços à apenas aqueles que, de acordo com o seu nível de renda, não fossem capazes de arcar com os custos dos atendimentos médicos de que necessitassem, e se, além disso, os serviços socializados fossem organizados ou somente pelo próprio Estado ou pelos serviços assistenciais da indústria e do comércio. Com a socialização, os médicos são-carlenses reconheciam vantagens para a população pobre, desde que fosse garantida a defesa dos interesses de sua categoria profissional, não sendo esta obrigada a prestar serviços gratuitos nem submeter-se à exploração de clientes economicamente abastados, os quais talvez viessem indevidamente procurar pelos atendimentos nos mesmos serviços socializados<sup>162</sup>.

Assim como colegas de profissão em outras localidades paulista, os médicos de São Carlos logo perceberam que a inicialmente temida concorrência dos serviços socializados em relação à clínica privada não iria se materializar, podendo os dois tipos de trabalho médico conviver paralelamente e cooperar. Quando o assunto foi tratado em maiores detalhes em reunião da SMSC, chegou-se à conclusão de que não se travava de existir concorrência entre a clínica liberal e os serviços socializados. Em sessão promovida em 1949, na qual houve uma palestra do chefe do serviço de saúde de Araraquara, o doutor Péricles Freire, acerca dos serviços sanitários da época, os médicos presentes reconheceram a eficiência dos serviços, bem como as possibilidades de benefício à população e ao trabalho médico em razão do entrosamento e cooperação

---

<sup>162</sup> Como em: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da assembleia geral extraordinária para discussão da reforma dos estatutos e consulta da Associação Paulista de Medicina sobre a socialização da medicina, de 09 de agosto de 1950. Livro Ata 01, pp. 24-25.

entre os serviços sanitários e os demais atendimentos médicos <sup>163</sup>. Aliás, tratando dessa mesma questão, mas fazendo referência à realidade local em momento posterior, a Médico 04 afirma que, do ponto de vista dos médicos, os serviços sanitários estaduais e os profissionais que através deles atendiam à população:

Eram bem vistos. Até porque não eram concorrentes. (...) Nunca foram. (...) [Os médicos] ficavam o dia inteiro nos institutos (...) tempo integral. (...) Só atendiam clínica lá dentro deles. Coisa que nós mesmos mandávamos para lá. (...) Eram considerados auxiliares de primeira linha (Entrevista com o Médico 04, profissional de São Carlos, entre 80-85 anos de idade).

De sua parte, os médicos atuantes nos serviços sanitários, em determinadas situações, igualmente buscavam auxílio e cooperação profissional com os demais colegas que atuavam na assistência médica, inclusive na prática liberal, bem como em relação às atividades da Sociedade Médica de São Carlos. Podem-se notar diferentes circunstâncias de entrosamento entre os serviços sanitários locais, os médicos atuantes em tais atividades, a SMSC e outros profissionais que se dedicavam à assistência médica nos demais serviços previdenciários e na clínica privada e liberal. Neste contexto, a Sociedade Médica decidiu patrocinar a conferência do professor doutor Francisco Antonio Cardoso, então secretário estadual de saúde em outubro de 1952<sup>164</sup>. O mesmo Francisco Antonio solicitou, no mês seguinte, que os médicos são-carlenses e a SMSC informassem sua opinião a respeito da possível destinação para o recém-construído edifício junto ao Posto de Puericultura local, ou seja, se nele se estabeleceria uma creche ou um hospital<sup>165</sup>, o que não se concretizou naquele contexto em razão da antecipada saída do secretário estadual de seu cargo<sup>166</sup>.

Outras situações em que se notou articulação entre as parte, refere ao cuidado entre os colegas, a SMSC e os serviços sanitários estaduais do município quanto a duas questões: a) um surto de poliomielite, que se fazia presente em algumas cidades do estado no início de 1956, o que aproximou os médicos são-carlenses em geral e os

---

<sup>163</sup> Sobre isso, ver: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 37ª reunião ordinária, de 03 de outubro de 1951. Livro Ata 01, pp. 43-44.

<sup>164</sup> Ata de reunião da SMSC registrada em: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 49ª reunião ordinária, de 1º de outubro de 1952. Livro Ata 01, pp. 60-61.

<sup>165</sup> Dados de: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 50ª reunião ordinária, de 05 de novembro de 1952. Livro Ata 01, pp. 61-62.

<sup>166</sup> Como é observado por: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 51ª reunião ordinária, de 03 de dezembro de 1952. Livro Ata 01, pp. 63-64.

serviços de saúde pública locais, sendo apresentada em reunião da Sociedade Médica, no mesmo ano, uma estatística tratando de casos da moléstia que haviam sido registrados na região da Delegacia de Saúde de São Carlos<sup>167</sup>. Por sua vez, em janeiro de 1956, um dos sócios reunidos lembrou-se do aumento significativo, àquela época, de mosquitos pernिलongos no município, solicitando aos colegas que tomassem a iniciativa de contatar a Delegacia de Saúde e a prefeitura para cuidarem dessa realidade<sup>168</sup>.

Os contatos entre os médicos, os órgãos sanitários e a SMSC eram facilitados, visto os delegados de saúde sempre se tornarem sócios da entidade médica local. Isso ajudou ao doutor Luiz Maia, então delegado de saúde, que comunicou aos pares na SMSC, em abril de 1957, sobre a solicitação que fizera ao prefeito de São Carlos, doutor Alderico Vieira Perdigão, a fim de que a prefeitura tomasse providências contra o aumento de pessoas mordidas por cães que haviam contraído raiva<sup>169</sup>. Pode-se ainda mencionar, quanto ao ano de 1957, o pedido de colaboração que foi realizado pelos doutores Luiz Maia (delegado de saúde) e Laureano Salgado (delegado de saúde auxiliar) junto aos médicos da SMSC, no combate à ameaça que a gripe asiática representava à época<sup>170</sup>. Por outro lado, em 1958 o delegado de saúde de então fez aos sócios da SMSC a divulgação sobre o envio de vacinas Salk para serem aplicadas gratuitamente pelo Centro de Saúde de São Carlos em crianças de 06 meses a 03 anos de idade e que residissem nos municípios abrangidos pela Delegacia de Saúde local<sup>171</sup>. Em outras oportunidades, o delegado de saúde discutiu o problema da varicela (em 1960)<sup>172</sup> e a necessidade dos colegas informarem a Delegacia de Saúde sobre casos observados, além ter abordado a questão da lepra (em 1964) e sua incidência no município de São Carlos<sup>173</sup>.

---

<sup>167</sup> Quanto ao assunto, ver: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 92ª reunião ordinária, de 02 de maio de 1956. Livro Ata 01, pp. 23-25.

<sup>168</sup> Informações colhidas em: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 100ª reunião ordinária, de 05 de dezembro de 1956. Livro Ata 01, pp. 40-41.

<sup>169</sup> Tema abordado na ata que se encontra no documento: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 103ª reunião ordinária, de 03 de abril de 1957. Livro Ata 01, pp. 45-46.

<sup>170</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 106ª reunião ordinária, de 05 de agosto de 1957. Livro Ata 01, pp. 50-51; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da reunião extraordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 09 de agosto de 1957. Livro Ata 01, pp. 53-55; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da reunião extraordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 22 de agosto de 1957. Livro Ata 01, pp. 56-57; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 107ª reunião ordinária, de 04 de setembro de 1957. Livro Ata 01, pp. 57-58.

<sup>171</sup> De acordo com: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 117ª reunião ordinária, de 02 de julho de 1958. Livro Ata 01, pp. 76-78.

<sup>172</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 143ª reunião ordinária, de 14 de setembro de 1960. Livro Ata 03, pp. 22-23.

<sup>173</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 86ª reunião ordinária, de 03 de julho de 1964. Livro Ata 03, pp. 84-85.



Tal realidade demonstra como tanto do ponto de vista da defesa de interesses socioeconômicos como também em relação à organização técnica e prestação concreta de serviços médicos, o entrosamento entre colegas de diferentes perfis representava algo aparentemente estabelecido dentro da categoria profissional local, o que favorecia o poder e autonomia profissionais desses médicos. Isso ainda permitia uma maior aproximação profissional e política de colegas com diferentes inserções no mercado de trabalho são-carlense, o que em parte podia ser percebido na própria atuação da Sociedade Médica em nível local.

Mas a socialização realizada nos serviços sanitários paulistas implicou também outras situações em que o poder, o interesse e a autonomia profissionais, através, no caso, especialmente da dimensão política da autonomia médica, poderiam ser relativamente contrariados em razão da influência de decisões tomadas pela hierarquia político-administrativa da secretaria de saúde estadual, resultando em certa reação do grupo médico de São Carlos e de sua associação representativa. Quanto a isso, ainda em 1950, os colegas de profissão, no âmbito da Sociedade Médica, receberam um informe que, aparentemente, os fizeram se sentir relativamente alarmados, provocando certo debate entre eles, os quais ainda os levaram a constituir de uma comissão especial para averiguar o ocorrido. Este se tratava de determinada dispensa de um sócio da entidade – no caso, o doutor Serafim Justo – que, até aquele momento, vinha sendo o médico contratado para trabalhar nos serviços oferecidos pelo Subposto de Saúde em Santa Eudóxia. Tal situação foi relatada em reunião da SMSC através de notícia veiculada na imprensa. Diante disso, este pediu, na mesma reunião, que se conseguissem maiores esclarecimentos sobre o ocorrido, de modo que o presidente da entidade propôs que se constituísse uma comissão especial de três membros da SMSC para ouvir o doutor Serafim Justo, o que foi aceito pelos presentes<sup>174</sup>. Outro fato semelhante refere-se ao que se discutiu em reunião da entidade em fevereiro de 1965, quando da substituição do então delegado regional de saúde, que, contrariado, veio a deixar o cargo por decisão da administração pública estadual, sendo assim transferido para o Dispensário de Tuberculose local. Embora demonstrando ter-se ressentido com certa apatia dos colegas

---

<sup>174</sup> A esse respeito: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 27ª reunião ordinária, de 06 de dezembro de 1950, p. 29.

e da SMSC, estes justificaram que não ficaram indiferentes, encaminhando ofícios que tratavam do assunto<sup>175</sup>.

Essas situações não apenas evidenciam certa contrariedade dos colegas com as decisões tomadas pela administração sanitária estadual como também demonstram a nova realidade da profissão médica local diante da expansão dos serviços públicos de saúde, pois os médicos pouco poderiam fazer para evitar ou contornar situações como as discutidas acima, na medida em que a esfera de decisão sobre tais questões ficava legalmente sob a jurisdição da hierarquia de comando da secretaria de saúde estadual e do próprio governo estadual em sentido mais amplo, algo em parte sentido também em relação à assistência médica previdenciária, o que afetava a autonomia profissional do grupo médico, tanto de São Carlos como de fora, e não apenas do ponto de vista técnico como também socioeconômico e político. Aliás, ainda no mês de abril de 1963, a Sociedade Médica discutiu a nomeação de um colega, contra a sua própria vontade, para assumir um cargo vago na agência do IAPETEC – à época em desentendimento com a SMSC. Sendo assim, na mesma reunião daquele mês, resolveu-se enviar um ofício ao referido instituto previdenciário, a fim de que se iniciassem conversações para novos entendimentos entre as partes<sup>176</sup>.

Além disso, ainda sobre este último instituto de aposentadoria e pensões e o Instituto de Assistência Médica do Estado de São Paulo – IAMSP, a Sociedade Médica viu-se diante de uma situação que igualmente contrariava os interesses da categoria, já que tais serviços previdenciários estavam preferindo encaminhar seus pacientes para atendimentos no município vizinho de Araraquara, em detrimento dos colegas atuantes em São Carlos<sup>177</sup>. Alguns meses depois, ainda em 1966, os atendimentos médicos realizados pelo IAMSP voltaram a ser objeto de discussões na entidade médica são-carlense, já que representantes dos servidores estaduais da Escola de Engenharia de São Carlos acabaram visitando a entidade para obter esclarecimentos sobre as dificuldades que estavam impedindo que os médicos de São Carlos aceitassem estabelecer contratos com o IAMSP, sendo aos servidores públicos explicado que isso se devia à diferença,

---

<sup>175</sup> Trata-se de informação cujo registro se fez no seguinte documento: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 196ª reunião ordinária, de 03 de fevereiro de 1965. Livro Ata 03, pp. 96-97.

<sup>176</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 174ª reunião ordinária, de 03 de abril de 1963. Livro Ata 03, pp. 61-62.

<sup>177</sup> Vide: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 208ª reunião ordinária, de 06 de abril de 1966. Livro Ata 03, pp. 115-116.

para baixo, das tabelas daquele instituto diante dos preços praticados pelos médicos em São Carlos<sup>178</sup>.

Em outro contexto, agora relativo aos serviços oferecidos pelo IAPI, pacientes e profissionais chegaram a sofrer demoras nas autorizações para cirurgias no mesmo ano de 1966, o que trouxe inconvenientes e contratemplos ao trabalho médico em São Carlos<sup>179</sup>. Ademais, os médicos da SMSC também se sentiram contrariados quando os institutos previdenciários locais resolveram incluir o serviço de assistência obstétrica do IAPC e do IAPTEC no contrato global em vigor com o IAPI. Após discutirem em reunião no princípio de 1967, os colegas resolveram aguardar como se efetivariam as mudanças no conjunto do sistema previdenciário que estavam em curso àquela época (e que levariam à criação do INPS), para depois decidir o que fazer diante dos fatos<sup>180</sup>.

Tendo em vista situações de contrariedade dessa natureza, tanto nos serviços de saúde pública como nos de assistência médica previdenciária, houve outros momentos de reação coletiva e até mobilização política da categoria médica diante da socialização da medicina, envolvendo profissionais são-carlenses e de outras localidades paulistas, além de colegas de diferentes partes do país. Ainda em 1953, os colegas são-carlenses reuniram-se extraordinariamente na Sociedade Médica para deliberar sobre a “Jornada de Protesto”, que antes havia sido proposta e decidida no âmbito da Associação Médica Brasileira, e que, antes de ocorrer, também seria objeto de discussão pela assembleia geral da APM. Diante do exposto, os sócios presentes decidiram que a SMSC iria participar e apoiar o movimento, embora fosse desfavorável à possibilidade de paralisação dos serviços médicos. Eles ainda resolveram que seu representante propusesse um protesto em todos os municípios brasileiros, de modo que os médicos de cada localidade procurassem as prefeituras e seus mandatários, a fim de que estes representassem os médicos de seus municípios junto ao governo federal, pois este não estava atendendo aos anseios da categoria<sup>181</sup>. Ao contrário do que preferiam os médicos são-carlenses, a maioria dos pares do país foi a favor da paralisação dos serviços médicos por 24 horas, sendo que os médicos locais aderiram ao movimento, não

---

<sup>178</sup> Questão surgida durante reunião da SMSC em: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 212ª reunião ordinária, de 14 de setembro de 1966. Livro Ata 03, pp. 118-119.

<sup>179</sup> Como se relata em: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 208ª reunião ordinária, de 06 de abril de 1966. Livro Ata 03, pp. 115-116.

<sup>180</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 215ª reunião ordinária, de 1º de fevereiro de 1967. Livro Ata 03, pp. 122-123.

<sup>181</sup> Objeto de discussão e deliberação em março de 1953 e registrado por: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da reunião extraordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 25 de março de 1953. Livro Ata 01, p. 69.

paralisando apenas os serviços de urgência. O Departamento de Saúde do Estado de São Paulo também se manifestou quando da reunião da APM em que se tratou da mobilização da categoria, confirmando sua não interferência no movimento, mas igualmente aconselhando que, nas unidades sanitárias, dever-se-ia permanecer um funcionário médico de plantão, sem a necessidade, entretanto, de que o mesmo assinasse o ponto. Além da adesão a esta mobilização da medicina brasileira, os médicos de São Carlos ainda resolveram publicar na imprensa o manifesto do movimento e o telegrama da diretoria da APM que tratava da mesma questão<sup>182</sup>.

Afora tais circunstâncias que implicaram reações mais gerais da categoria médica local em articulação a outros pares de fora do município, em função da nova realidade que passara a enfrentar com a socialização, certas questões determinadas, igualmente emergentes e intervenientes sobre a autonomia de trabalho da medicina local, também preocupavam os colegas de profissão, embora em outros termos.

Tratando de assuntos ligados à perícia e assistência médica aos trabalhadores que demandavam possível afastamento de seus empregos por questões de doença ou enfermidade, em sessão da Sociedade Médica de julho de 1958 foi proposto o envio de comunicação à APM e seu Departamento Jurídico, solicitando consulta sobre a necessidade, ou não, de que os atestados médicos por faltas dos empregados fabris de São Carlos fossem expedidos apenas por órgãos públicos oficiais, a exemplo do SAMDU, ou órgãos legalmente constituídos e que estivessem institucionalmente vinculados aos setores do comércio e indústria, tais como o SESI e o SESC<sup>183</sup>.

Até então, as exigências sobre atestados médicos eram bem mais reduzidas. Contudo, com a ascensão dos serviços médicos socializados, determinados segmentos empresariais começaram se questionar a respeito e a entender que, como se tratava de um documento com consequências jurídico-trabalhistas, o mais indicado seria que os atestados fossem fornecidos por profissionais da medicina que atuassem junto aos órgãos públicos de atendimento médico previdenciário ou aos congêneres vinculados à indústria e ao comércio. Com o advento do Conselho Regional de Medicina, ainda em 1956, igualmente se veio a discutir se não seria o caso de se exigir, na confecção dos atestados médicos, o registro e o número de inscrição do profissional no seu respectivo

---

<sup>182</sup> Assunto tratado no documento que segue: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 106ª sessão ordinária, de 05 de agosto de 1957. Livro Ata 02, pp. 51-52.

<sup>183</sup> Como se depreende de: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 106ª sessão ordinária, de 05 de agosto de 1957. Livro Ata 02, pp. 51-52; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 117ª sessão ordinária, de 02 de julho de 1958. Livro Ata 02, pp. 77-78.

órgão de classe. Isso se tornou um problema concreto para os médicos de São Carlos em relação ao Hospital dos Psicopatas, que, como discutido em reunião da SMSC de 1965, não estava mais aceitando atestado médicos que não contivessem o timbre e o número de inscrição no Conselho Regional de Medicina<sup>184</sup>.

Em meio a tais mudanças nem sempre bemvindas, ao final dos anos 1950 e início da década seguinte, os médicos da SMSC ainda se ressentiam bastante da nova realidade à categoria que os serviços socializados haviam gerado. De fato, àquela época, quanto ao trabalho de assistência médica realizado na localidade:

“A medicina em São Carlos era aquela medicina de interior. Seus médicos fantásticos faziam tudo, respondiam por tudo aqui. (...) Se instalou, em primeiro lugar, o SAMDU. Acho que a primeira fase da socialização foi o SAMDU. Era o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência. Aí, começaram os médicos a ser contratados. Não havia quantidade de médicos disponíveis. Então (...) [se] fazia até três empregos. Não era permitido, mas não tinha como, tinha que atender. E assim começou a medicina socializada. Foi difícil. A Sociedade Médica se reuniu para fazer um movimento contra a socialização. (...) Então, nessa reunião, eles decidiram que todos os médicos que tinham emprego deveriam pedir afastamento. Deveriam deixar os seus empregos. Uma semana depois, se reuniu novamente a Sociedade para ver quem... como é que tinha sido o movimento. Infelizmente, só um tinha pedido demissão do emprego (...). Aí, depois desse momento na Sociedade Médica, aí foi se acalmando, cada um voltou para o seu emprego (...). E aí foi”. (Entrevista com o Médico 04 de São Carlos, profissional, entre 80-85 anos de idade).

Por outro lado, quanto aos atendimentos que passou a realizar no SAMDU, o médico também enfatiza significativas diferenças que sentiu no trabalho em serviços socializados, especialmente no que se refere à relação médico-paciente, o que divergia daquilo que o médico vivenciava quando este atendia pacientes na condição de profissional liberal – situação que anteriormente predominava quase que exclusivamente no mercado médico de São Carlos até os anos 1930 e 1940. Dessa maneira, quanto à relação médico-paciente:

“Infelizmente, mudou muito. (...) Eu tinha um paciente que era do IAPFESP. Muito maneroso. Muito educado, fino, me chamava em casa com frequência. Eu ia, e ele estava me esperando no portão da frente. Abria pra eu entrar. Eu entrava, ele me acompanhava. Depois da consulta vinha aquela célebre bacia para eu lavar a mão. Assim foi... Um dia X qualquer... Eu era chefe do

---

<sup>184</sup> Extraído de: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 199ª reunião ordinária, de 12 de maio de 1965. Livro Ata 03, pp. 101-102.

SAMDU. Ligou em casa para fazer um chamado. Minha esposa explicou para ele que o médico do SAMDU tinha faltado, e eu fui substituir porque era chefe. Ele foi e ligou para o SAMDU. E chamou um médico. Ele não sabia que eu era quem estava realmente de plantão. Não foi citado nome. E eu fui atender. Quando eu cheguei na casa dele, ele não estava na frente me esperando. Ele estava lá dentro na porta. Quando eu [coloquei] (...) a mão no portão, veio um cachorro latindo. Eu afastei. E ele continuou lá. Toda aquela gentileza que ele tinha com o médico particular, não teve com o médico público. Eu voltei. Aí ele veio para frente e falou: ‘Onde é que o senhor vai?’... ‘Vou-me embora’... ‘Mas eu chamei o SAMDU’... ‘O senhor não chamou o SAMDU. O senhor pôs o cachorro para atender. E eu não vou atender’. E ele falou: ‘O senhor vai ter o desprazer de chegar lá e ter uma reclamação’. Eu falei: ‘Eu estou aguardando’. E fui embora. Depois de uma hora ele apareceu lá. E falou com o moço da frente: ‘Quero falar com o chefe do SAMDU’. (...) Quando ele me viu, ele quase desmaiou. E era uma pessoa educada, uma pessoa fina. Ao tratar com a medicina socializada, ele demonstrou o que ele esperava daquilo. E não havia nenhum atendimento ruim no SAMDU. Era um atendimento menos humano, como todo serviço público é, né? Agora, eu nunca aceitei bem que o médico aceitasse a situação que ele ficou no serviço público. Geralmente mantido, assim, sob um guidão de não-médicos. Isso aí era inaceitável. Mas foi o que aconteceu. O médico antes do serviço público... É lógico, você tem em toda profissão, modos diferentes de ser, de atender, né? Os nossos médicos eram muito carinhosos, de modo geral. E eram bairristas. Os pacientes também eram bairristas. Quem era daquele médico, era daquele, não trocava. Eu lembro, o doutor Sylvio tinha um chamado de manhã. Para ver em casa. Ele ia às 11 horas da noite. Nunca ninguém achou ruim. O doutor Samuel, por exemplo, saía do consultório 8/9 horas, e ia até meia-noite atendendo em casa, antes de ir para a casa jantar. São pessoas que marcaram época. Era uma medicina realmente diferente. A gente entendia, na escola, que era aquela medicina, que hoje, até hoje, todos querem, mas que não vai ter nunca mais. (...) Depois da socialização, foi o paciente é que foi complicando a coisa. Ele começou a atender mal o médico. E o médico reagiu. Reagiu mal também. O médico já espera que o paciente entre aqui com raiva dele. Paciente, digo assim, socializado” (Entrevista com o Médico 04, profissional de São Carlos, entre 80-85 anos de idade).

No entanto, os médicos perceberam certas vantagens antes inexistentes para a categoria. O próprio Médico 04 lembra que o atendimento em serviços socializados era, no início, realizado sem maiores dificuldades ou atrasos, além de o médico receber um valor razoável como seu salário, assim como outros valores relativos às chamadas segunda e terceira tarefas – ou seja, aqueles valores recebidos quando, além do atendimento inicial, havia algum procedimento extra que o caso demandava, tais como os procedimentos cirúrgicos.

Ademais, ao se multiplicarem relativamente os serviços sanitários estaduais e de assistência médica previdenciária, permitiu-se que se estendesse também o atendimento médico e de saúde em geral a outros grupos sociais que não necessariamente se inseriam nos segmentos médios e de elite do município, de modo que o mercado médico de São Carlos encontrou, com o tempo, condições para o seu crescimento, na medida em que a

própria população da localidade também veio a aumentar com o desenvolvimento mais abrangente que o município atravessou – algo mais intensamente sentido depois dos anos 1960. Tal crescimento do mercado foi sustentado principalmente pelo aumento quantitativo dos grupos populares e das classes médias urbanas.

Essa ampliação do mercado médico, embora não das mesmas proporções que mais tarde, motivada em meio às condições sociais que marcaram a segunda onda de interiorização do profissionalismo médico local, pode ser percebida pelo relativo aumento no número de profissionais no município desde o final dos anos 1930 e 1940, o que pode ser em parte notado ao se observar a audiência nas reuniões e assembleias realizada no âmbito da SMSC, as quais, embora nem sempre contando com grande número de participantes, ainda assim, em algumas ocasiões mais importantes para a categoria, foram marcadas pela presença de considerável quantitativo de colegas, ou mesmo, a totalidade dos membros da entidade.

Logo na abertura dos trabalhos, participaram da primeira reunião 16 profissionais, sendo que, pelo levantamento realizado anteriormente para o ano de 1945<sup>185</sup>, existiam, no município, neste último ano, 19 colegas médicos. Em 1952, o número de profissionais presentes em uma das reuniões da SMSC que mais atraiu a participação dos sócios da entidade indicou o comparecimento de 22 colegas<sup>186</sup>. Já em 1956, em outra assembleia extraordinária realizada pela casa, verificaram-se 35 médicos presentes, o que constou em ata como representando a totalidade dos membros da Sociedade Médica de São Carlos<sup>187</sup>. É claro que alguns desses profissionais eram de

---

<sup>185</sup> Ver: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata de assembleia geral de fundação da Sociedade Médica de São Carlos, de 14 de abril de 1948. Livro Ata 01, pp. 01-03. Dentre os profissionais, encontravam-se presentes os doutores: Luis Valentie de Oliveira; Glenan Dias (do município vizinho de Descalvado – à época sob a jurisdição regional da SMSC); Laureano Salgado; Benjamin Lopes Osore; Wilson Pozzi; Arsênio Agnezini; Romeu De Cresci; Artenio Cugurra; Tarquínio Corsi; Lourival Maricondi; José Neubern de Oliveira; Sylvio Antunes; Ernani Fonseca; Orlando Campos; José Alvarenga; e Sylvio Vilari.

<sup>186</sup> Como se observa nos dados de: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata de assembleia extraordinária para eleição de delegados da APM à assembleia da AMB, de 14 de setembro de 1952. Livro Ata 01, pp. 59-60. Dentre os profissionais, encontravam-se presentes os doutores: Luiz Valentie de Oliveira; Laureano Salgado; Alderico Vieira Perdigão; Alvaro Toledo de Barros; Benjamin Lopes Osore; Arsênio Agnesini; Emilio Fehr; Fauzi Simão; José Alvarenga; João de Oliveira; Luiz Maia; Lourival Maricondi; Paulo Botassi; Samuel Valentie de Oliveira; Romeu Santini; Sylvio Vilari; Romeu De Cresce; Wilson Pozzi; Montezuma Gomes Ferreira; Sylvio Antunes; Glenan Dias (Descalvado); e Vitorio Cossati (Descalvado).

<sup>187</sup> Neste caso, os presentes foram os doutores: Luiz Valentie de Oliveira; Laureano Salgado; Romeu Santini; Luiz Maia; Alderico Vieira Perdigão; Samuel Valentie de Oliveira; Alvaro de Toledo Barros; Arsênio Agnesini; Eddie Maricondi; Benjamin Lopes Osore; Wilson Pozzi; Américo Fernandes Leão; Glenan Dias; Victório Amadeu Casati; Humberto Gabrielli; Jayme de Araújo Góes; Arnaldo Zarak; Sylvio Vilari; Ruy Fernandes Nunes; Paulo Vicente Botassi; Sylvio Antunes; Lauro Corsi; Osmar Antonio Santini; José Alvarenga; Odemar Decio Gallucci; Lourival Maricondi; João de Oliveira;

outras localidades abrangidas pela região de cobertura da SMSC, tais como Descalvado, Ribeirão Bonito e Dourado. Mas, pelo levantamento realizado, grande parte dos médicos associados à SMSC era do próprio município de São Carlos.

Contudo, em regiões interioranas como a de São Carlos, mesmo com a maior abertura em termos de crescimento para o mercado médico em razão dos avanços no desenvolvimento demográfico, socioeconômico, político e profissional da localidade, por muitos anos houve certa carência de médicos, não sendo fácil ou frequente chegada de novos pares de profissão ao município. Com isso, durante vários anos dispensou-se o expediente de se realizar contratações de médicos nos serviços socializados por meio de concursos públicos, ao mesmo tempo em que não apenas certas especialidades permaneceram raras, como às vezes, quando efetivamente existiam no município, eram constituídas por apenas um único profissional, o qual por diversos anos seguidos acabava trabalhando isoladamente em sua especialidade.

Sobre tais questões, a entrevista do Médico 02 é esclarecedora. Este, que antes de iniciar suas atividades como médico aqui, já possuía vínculos anteriores com São Carlos, depois de graduar-se e fazer residência, prestou concurso pelo antigo Estado da Guanabara e lá começou a trabalhar, embora sua intenção fosse ficar em São Carlos – o que acabou se concretizando. Assim, como afirma, iniciou sua carreira em um hospital federal no Rio de Janeiro:

“(...) Aí, depois, eu tive uma proposta do Secretário de Saúde para eu ir (...) em um hospital no... no interior do Rio, um hospital muito grande, lá... e eu... não estava com... não estava querendo porque eu tinha, meu plano era vir para São Carlos. Como já estava com a residência e também o trabalho, já como (...) funcionário federal concursado, eu não queria perder esse vínculo. Embora eu tenha vindo para São Carlos, eu pedi demissão lá. Mas foi uma disputa lá de alguns meses pra ele [o superior] concordar com a minha saída. Aí eu vim pra São Carlos e comecei a minha vida aqui (...). São Carlos e as cidades vizinhas não tinham [profissional na sua especialidade], então eu fiquei. Eu vim de férias (...) aí o pessoal de São Carlos, colegas daqui, me convidaram e insistiram para que eu viesse pra cá, estavam precisando (...) um colega que estava lá [Rio de Janeiro], ele ia aposentar e eu ia ficar no lugar dele. Mas eu era jovem ainda, também achei que tinha mais colegas que poderiam ficar. Mas ele [o seu superior] não me deixava vir embora, eu fiquei oito meses em contato com ele, quase que semanal, pedindo pra ele me liberar para eu vir embora (...)” (Entrevista com o Médico 02, profissional de São Carlos, entre 80-85 anos de idade).

---

Tarquínio Corsi; João Luiz de Oliveira Pedroso; Emílio Fehr; e Fauzi Simão. Dados relativos à: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da reunião extraordinária da SMSC para eleição da diretoria da APM para o biênio de 1957-1958, de 28 de novembro de 1956. Livro Ata 02, pp. 39-40.



Como se pode perceber, embora não fosse fácil a chegada de novos profissionais, a existência de contatos profissionais anteriores na própria localidade ou outros elos familiares e pessoais poderiam ajudar na recepção e aceitação dos colegas que se dirigissem ao município. É o que nos informa também o Médico 05, que destaca que boa parte dos novos profissionais que começaram suas carreiras em São Carlos durante o período desta segunda onda de interiorização do profissionalismo médico local, eram filhos de famílias radicadas no município, tendo eles mesmos nascido no município<sup>188</sup>. Eles geralmente saíram de São Carlos apenas para estudar medicina, não apenas, mas especialmente no Rio de Janeiro, retornando depois de formados (ou já com alguns anos de carreira), a fim de se estabelecerem em São Carlos<sup>189</sup>. Contudo, apesar de alguma abertura em relação ao mercado médico local, o novo profissional teria de conquistar sua clientela. Neste caso, o modo de organização dos novos serviços médicos socializados poderia contribuir na inserção dos profissionais recém-chegados, o que influenciava, relativamente, a autonomia profissional da categoria, especialmente em termos socioeconômicos.

Com o SAMDU, por exemplo, que foi criado para prestar assistência médica aos trabalhadores urbanos inseridos nos IAP's, o Médico 04 lembra que, em razão de o profissional fazer a maior parte dos atendimentos nos domicílios dos pacientes que procuravam por este serviço, o médico:

“(...) ficava conhecendo o paciente. O paciente ficava conhecido do médico novo, porque o médico velho, de fama, não ia para o SAMDU. (...) E como era o processo de se mostrar na cidade? Através do SAMDU. (...) Naquele tempo, você precisava ser conhecido. Precisavam falar bem de você, se não você não entrava na cidade. O SAMDU fez isso para nós. Foi bom. (...) Tinha muita reclamação também, via jornal. Politicagem sempre existiu. Algumas com real valor, né? Outras sem, sem consistência. Mas o SAMDU mais ajudou que atrapalhou. Muito mais. Até porque era a mesma coisa, a gente ia ver o paciente do SAMDU em casa. Se era apendicite aguda, por exemplo, explicava para ele que ele ia ter custo. Naquele tempo não tinha INPS. (...) Então ia para o hospital. Chegando lá, ele ia com o seu médico. Mas foi você quem acompanhou. Se não tivesse ninguém, ele poderia escolher você para operar, e você começava a aparecer” (Entrevista com o Médico 04, profissional de São Carlos, entre 80-85 anos de idade).

---

<sup>188</sup> Entrevista com o Médico 05, profissional de São Carlos, entre 60-65 anos de idade.

<sup>189</sup> Dados confirmados em outras entrevistas realizadas para obtenção de dados para esta pesquisa.

Comentado sobre a mesma questão, mas já no posterior contexto relativamente alterado de unificação dos serviços previdenciários em meio ao INAMPS, o Médico 06 destaca que:

“(…) com a criação já do INAMPS, então você tinha médicos credenciados através de entidades que prestavam serviço para o chamado INAMPS: Santa Casa, a própria Casa de Saúde (nos seus primórdios), atendia, tinha convênio com o INAMPS, entendeu? Então os médicos que faziam parte do corpo clínico e que se dispusessem a atender esses pacientes do sistema previdenciário eram muito bem vindos, estava tudo aberto. Então tinha-se garantia, desde logo, que havia uma remuneração, que ainda que não fosse grande, tá certo?, nunca foi e ainda não é. De qualquer forma, para quem estava começando, era um ponto de partida (…)” (Entrevista com o Médico 06, profissional de São Carlos, entre 70-75 anos de idade).

Aliás, mesmo apresentando certos problemas, como também destaca o Médico 04, a assistência médica previdenciária, principalmente no seu início, tinha:

“(…) um atendimento muito bom. Depois foi ficando difícil, porque os institutos de aposentadoria eram duros. O IAPB, dos bancários, tinha muito dinheiro. O IAPI também tinha. Alguns não tinham dinheiro. Então, quando juntaram todos os institutos, acabou diluindo o dinheiro. Não sobrou dinheiro para mais ninguém. Entendeu? Aí começaram a segurar as operações. Mas no começo era muito bom. (...) Agora quando surgiu o INPS mesmo (...). Nós éramos empregados e recebíamos por mês. Atendíamos de manhã, por exemplo. (...) Não tinha que passar por lugar nenhum. Eu atendia o paciente com úlcera de estômago. Eu fazia a guia de encaminhamento. No dia seguinte, ele ia para o hospital, fazia todos os exames e operava. Não pedia permissão para ninguém. (...) A gente tinha um salário mensal. Todo doente atendido fora disso, operado, hospitalizado, você recebia como segunda tarefa. Pequenas cirurgias, que hoje se fica dois meses na fila, nós fazíamos no mesmo dia, como uma terceira tarefa. Então, o nosso salário ligado à medicina social era um salário muito bom. E a classe média continuava a procurar o médico particular. Isso mudou com o advento da UNIMED (...)” (Entrevista com o Médico 04, profissional de São Carlos, entre 80-85 anos de idade).

Dessa maneira, com a socialização da medicina em São Carlos, afóra o trabalho no campo da saúde pública, cuja abrangência englobava os serviços preventivos e os cuidados no combate a epidemias e endemias, atingindo praticamente toda e qualquer pessoa que viesse a precisar de seus atendimentos, na área da assistência médica, com a emergência dos serviços previdenciários, além do tradicional atendimento curativo a pacientes particulares e indigentes, que já se faziam pela prática médica liberal antes do

processo de socialização se intensificar (ou mesmo depois, nos anos 1960, os pacientes rurais do FUNRURAL) –, os médicos também passaram, desde a Era Vargas, a atender doentes através dos serviços ligados tanto às iniciais caixas como aos posteriores institutos de aposentadoria e pensões, ou mesmo, depois da unificação dos institutos, junto ao INPS e ao INAMPS. Essa realidade afetou todo o sistema de atendimento médico que até os anos 1930 e 1940 vinha se realizando no município. O Médico 07 conta que, com tais mudanças, já ao final do ano de 1960:

“(...) nós tínhamos, em São Carlos, três tipos de medicina social: o doente indigente, o rural e o pago, só. Não havia outra forma de ser atendido. Única instituição. São três que eu me lembro, são três instituições de saúde em São Carlos [à época]: a Santa Casa, tá aí ainda até hoje; o antigo SAMDU; (...) e tinha um ambulatório do antigo IAPFESP, que era dos empregados da estrada de ferro. Era antes da FEPASA, né? A socialização da medicina em São Carlos se resumia a isso daí. Como é que funcionava? O SAMDU era um serviço público. Teoricamente, ele era um serviço de urgência. Ele tinha dois tipos de atendimento: no local [sede] (...) e domiciliar. Ele tinha um jipe, tinha uma ambulância, quando tinha que socorrer um médico que tinha ido prestar socorro, ou ia na casa socorrer as pessoas. Quando o caso era cirúrgico, mais complicado, era removido para a Santa Casa. Único lugar que tinha na cidade. Não tinha a Casa de Saúde, não tinha nada. (...) O único hospital era a Santa Casa. (...) era realmente só esses três tipos de medicina. Isso foi, de 1960 a 1967, se não me engano. Em 67, houve a fusão dos IAP’s, né? (...) Eles se fundiram no antigo Instituto Nacional da Previdência Social, que é o INPS (...) Bom, essa era a medicina que tinha. Então como funcionava? A gente, na Santa Casa, todos nós, cada um na sua área, atendia lá na Santa Casa os indigentes. Então, por exemplo, eu atendia, não lembro se eram de terças e quintas-feiras de manhã, nós atendíamos os indigentes e os do chamado FUNRURAL. Bom, então, o indivíduo que não tinha recursos, se ele pertencia ao FUNRURAL, né?... A Santa Casa tinha um convênio com esse FUNRURAL, e nós trabalhávamos para ele. A gente ganhava alguma coisa. Eu digo que a Santa Casa fazia que pagava e nós fazíamos que recebíamos. Mas, teoricamente, pagava alguma coisa. (...) Os indigentes eram atendidos de graça. E a cirurgia, a cirurgia é interessante. (...) Como é que eram pagas? Como eram feitas as cirurgias? O camarada chegava e ia operar. Vou falar uma coisa. Amídala, por exemplo. Você falava: ‘Se você ficar no salão da Santa Casa [que era a própria enfermaria da instituição, dividida entre alas masculina e feminina], você não paga nada, é de graça. Se ficar no quarto de terceira, você paga um, e pode pagar em quantas vezes quiser. Era assim que funcionava. Se ficar num quarto de segunda, você paga X, Se ficar num quarto de primeira, paga Y. O camarada fazia o que ele queria. Você não entrava em... Você ia operar, não importava o que ele fazia. Isso que eu fazia, todos os médicos da época seguiam... isso era o esquema. Salão (enfermaria) de graça. Tinha o quarto de terceira, que tinha um preço mais barato. E qual era a diferença. A acomodação. A operação era tudo igual, não tinha diferença. Por exemplo, lá no quarto de terceira tinha, digamos, cinco/seis quartos e um banheiro, por exemplo. Agora, o quarto de segunda tinha dois/três quartos e um banheiro. O quarto de primeira tinha banheiro dentro. A diferença era física, só. Você pagava pelo conforto. (...) E eram as freiras que tomavam conta. Faziam aquilo, porque queriam fazer, sabe. (...) Quando chegou 1967/68, que o INPS começou a funcionar, o INPS pagava. Pagava cirurgia, pagava o enfermeiro. (...) As irmãs não ganhavam nada. (...) Elas moravam lá, mas trabalhavam sem honorários. Quando passou para o

governo, eles passaram a pagar. Quer dizer, o médico prestava o serviço e recebia pelo serviço prestado. O enfermeiro recebia pelo serviço prestado. Entendeu? (...) Alguns médicos que eram funcionários do INPS trabalhavam lá no INPS, não na Santa Casa. Na Santa Casa era, por exemplo, o serviço cirúrgico. Serviço de internação. O camarada não fazia consulta através do INPS na Santa Casa. Ele fazia consultas no próprio INPS, né? Era lá na 13 de maio. Então o camarada ia lá, atendia na especialidade dele. Quando o caso era cirúrgico, era feito na Santa Casa, e o médico recebia um X pelos procedimentos que eram feitos. Assim que era. E os enfermeiros eram da Santa Casa. Mas a Santa Casa recebia do INPS a internação. Então o indivíduo internou, eu operei, eu recebia um X qualquer. (...) A Santa Casa recebia o que? O serviço hoteleiro (...) e mais o serviço especializado do centro cirúrgico. O médico ganhava relativamente bem, né? Depois a coisa foi mudando. (...) Eles começaram a pagar mal a Santa Casa (...)" (Entrevista com o Médico 07, profissional de de São Carlos, entre 80-85 anos de idade).

Com o tempo, os serviços médicos previdenciários produziram certos problemas de ordem financeira aos médicos locais, os quais, com frequência, mesmo com a ajuda institucional da SMSC, tinham pouca margem de interferência para favorecer com efetividade os interesses dos colegas de profissão. Como os dados das Atas da Sociedade Médica indicam, por diversas vezes, os médicos reclamavam de atrasos nos pagamentos que deveriam receber – tanto antes, com os diferentes dos IAP's, como depois, com o advento do INPS. Impulsionada por seus associados, que procuravam algum amparo junto aos colegas e à própria organização da Sociedade Médica quando tais questões se agravavam, a direção da SMSC procurava agir no sentido da defesa de seus membros, mas geralmente sem maiores consequências ou impacto. Essas questões envolveram médicos estabelecidos na localidade e determinados órgãos para os quais aqueles prestavam serviços no cuidado de pacientes do sistema previdenciário e que mantinham vínculos com institutos de aposentadoria e pensões da época, tais como o IAPB, o IAPI, o IAPC (os quais eram do governo federal) e o IAMSP (criado para os servidores públicos do Estado de São Paulo em 1961), ou depois (como se observará adiante), já com o INPS. Dentre as diferentes circunstâncias em que a SMSC procurou reagir, realizar alguma ação em resposta ao problema ou, pelo menos, encaminhar reclamações por meio de ofícios aos diversos órgãos da previdência social e seus agentes, podem-se destacar as seguintes.

No começo de 1953, em reunião da SMSC, um dos presentes referiu-se ao contínuo atraso de pagamentos dos serviços médicos que o mesmo havia prestado através do IAPB, solicitando que a entidade oficiasse o agente local do órgão, a fim de pressioná-lo para que a situação fosse resolvida, o que foi aceito por unanimidade pelos

colegas então reunidos<sup>190</sup>. Em junho do mesmo ano, dois outros médicos igualmente solicitaram (sendo atendidos pelos colegas) que a SMSC interviesse e, ao menos, encaminhasse um ofício pedindo esclarecimentos sobre os atrasos nos pagamentos de que eles haviam se ressentido em relação ao mesmo IAPB<sup>191</sup>. Em realidade, alguns meses depois, em reunião no princípio de 1954, a Sociedade Médica decidiu oficiar o Instituto dos Bancários ameaçando no sentido de que seus sócios poderiam suspender os atendimentos médicos à requisição, caso não se regularizassem os pagamentos atrasados em um prazo de até 30 dias<sup>192</sup>.

Essa medida ainda foi reforçada por outro ofício encaminhado pela SMSC em abril de 1954, o qual reforçava solicitando mais esclarecimentos da demora quanto aos pagamentos<sup>193</sup>. Mais tarde, em novembro de 1956, os sócios da entidade voltaram a propor outra paralisação quanto aos serviços do IAPB. Neste caso, eles deixariam de realizar os exames médicos dos funcionários dos bancos locais. Decidiu-se também enviar outro ofício com reclamações tanto ao presidente do IAPB como ao seu agente em São Carlos<sup>194</sup>. Em prosseguimento ao assunto, em reunião realizada no dia 05 de dezembro do mesmo ano, o presidente da SMSC informou aos colegas que acabou não enviando os ofícios ao presidente e ao agente local do IAPB, pois observou uma notícia na imprensa em que o agente do IAPB teria afirmado que os pagamentos de honorários médicos seriam realizados<sup>195</sup>. Procurando uma estratégia alternativa, já em 1957 colegas interessados propuseram, através da SMSC, o envio de mais um ofício à instância do IAPB localizada no Rio de Janeiro, a fim de reclamar de novos atrasos e ameaçar interromper os serviços à requisição, se os débitos não fossem saldados em prazo de 40 dias. Caso isso não fosse suficiente, os médicos iriam cobrar judicialmente<sup>196</sup>.

Por outro lado, em momento relativamente posterior, surgiram reclamações dessa mesma natureza em relação aos atrasos de pagamentos pelo IAPI. Neste caso, o

---

<sup>190</sup> De acordo com o que foi assentado em: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 52ª sessão ordinária, de 09 de janeiro de 1953. Livro Ata 01, pp. 65-66.

<sup>191</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 58ª sessão ordinária, de 1º de junho de 1953. Livro Ata 01, pp. 73-74.

<sup>192</sup> Medida discutida, aprovada pelos sócios presentes em reunião e registrada em ata, conforme: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 65ª reunião ordinária, de 03 de fevereiro de 1954. Livro Ata 01, p.84.

<sup>193</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 67ª reunião ordinária, de 07 de abril de 1954. Livro Ata 01, pp. 86-87.

<sup>194</sup> Tema debatido e documentado por: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 98ª sessão ordinária, de 07 de novembro de 1956. Livro Ata 01, pp. 37-38.

<sup>195</sup> Ata presente em: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 99ª sessão ordinária, de 05 de dezembro de 1956, pp. 41-42.

<sup>196</sup> Como se verifica nos registros de: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 104ª sessão ordinária, de 08 de maio de 1957. Livro Ata 02, pp. 46-47.

foco das demandas junto à SMSC voltou-se, inicialmente, para os atrasos em relação aos serviços médicos realizados no atendimento de trabalhadores acidentados, e que se relacionava à recém-criada Carteira de Acidente do Trabalho, no âmbito do próprio IAPI – o CAT/IAPI. Acompanhando a discussão do assunto na entidade, os sócios da SMSC decidiram que poderiam suspender seus atendimentos por 07 dias, caso o órgão federal não regularizasse a situação<sup>197</sup>. Ademais, em 1962 os membros da entidade médica resolveram encaminhar um comunicado protestando junto ao IAPI contra os baixos honorários oferecidos a um de seus colegas<sup>198</sup>.

Já em março de 1963, os problemas com o mesmo instituto conectaram-se a certa discordância no pagamento de honorários sobre perícias médica realizadas no município, pois estavam divergindo das tabelas de preços da APM e da AMB. Mais uma vez, os médicos são-carlenses ameaçaram interromper os seus atendimentos<sup>199</sup>. O problema quanto aos preços tabelados também retornou em 1964, quando a divergência incluiu também referências não apenas da AMB, mas do próprio Departamento Nacional da Previdência Social – DNSP, pois os valores então recebidos em São Carlos estavam abaixo daquilo estipulado por estas instituições<sup>200</sup>. Mas antes, ainda em 1963, um dos sócios da SMSC revelou aos pares outros problemas vividos por médicos e pacientes em relação ao sistema previdenciário daquela época, de modo que os informou que o IAPI promoveria uma redução de um terço no orçamento destinado às cirurgias, o que poderia resultar no encerramento dos atendimentos de casos médicos crônicos<sup>201</sup>. Por outro lado, na metade da década de 1960, os médicos são-carlenses debateram outros problemas em relação aos contratos de serviços médicos entre a Santa Casa de São Carlos, seus médicos e o IAPI, os quais, embora relativamente vantajosos tanto à instituição quanto à categoria médica, no que se refere aos serviços prestados aos

---

<sup>197</sup> Assim como se lê em: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 154ª reunião ordinária, de 02 de agosto de 1961. Livro Ata 03, p. 32; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da reunião extraordinária para tratar de aumentos referentes aos honorários médicos, de 22 de setembro de 1961. Livro Ata 03, p. 34-35.

<sup>198</sup> Ata de reunião da SMSC presente no seguinte documento da entidade: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 170ª reunião ordinária, de 05 de dezembro de 1962. Livro Ata 03, pp. 56-57.

<sup>199</sup> Constante de: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 178ª reunião ordinária, de 04 de setembro de 1963. Livro Ata 03, pp. 71-72.

<sup>200</sup> Documentado por: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 183ª reunião ordinária, de 08 de janeiro de 1964. Livro Ata 03, p. 78-79.

<sup>201</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 98ª sessão ordinária, de 07 de novembro de 1956. Livro Ata 01, pp. 37-38.

pacientes do IAPI na Maternidade Dona Francisca Cintra Silva (da Santa Casa), geralmente implicavam bases menos vantajosas aos colegas de profissão<sup>202</sup>.

Os problemas entre os médicos, a SMSC e os IAP's ainda assumiram outros contornos, a exemplo de um contrato de prestação de serviços médicos e hospitalares, para atendimento às parturientes do município, entre o IAPC e a Maternidade Maria Jacinta, cuja celebração foi recusada por médicos da SMSC. Em reunião extraordinária da associação médica local de 1962, o provedor da Santa Casa compareceu para informar os presentes sobre o tal contrato, saindo da mesma com a incumbência de relatar aos representantes do IAPC a decisão dos sócios da Sociedade Médica<sup>203</sup>. Em outra oportunidade, foi denunciada, no âmbito da SMSC, que colegas de Araraquara (município vizinho a São Carlos) estariam atendendo pacientes do IAPETEC de São Carlos, contrariando decisão dos colegas desta localidade<sup>204</sup>.

Enfim, os profissionais são-carlenses também notaram problemas em relação IAMSP, o que gerou reação da organização da SMSC, já que, para a assistência médica oferecida por aquele instituto estadual, estavam-se pagando, em 1966, valores inferiores aos praticados localmente pelos médicos são-carlenses. Sobre o assunto, decidiu-se adotar a mesma estratégia de situações similares ocorridas anteriormente, ou seja, resolveu-se encaminhar um ofício ao referido órgão público ameaçando recusar atendimentos clínicos, dada a situação em desacordo<sup>205</sup>.

A falta de outras informações sobre o assunto que os dados evidenciam não permite verificar em detalhes a posterior sequência dos fatos. Ao que parece, no entanto, ou as mencionadas ações e reações dos médicos e sócios da SMSC não atingiram os objetivos almejados e as referidas questões, mesmo não resolvidas, foram deixadas de lado, ou aquelas dificuldades se resolveram talvez até mesmo independentemente dos esforços, intenções e expectativas dos colegas são-carlenses, e sem que talvez estes fossem efetivamente atendidos em seus protestos contra os órgãos da previdência social e suas decisões que os contrariavam. O Médico 07, quanto especialmente à questão dos

---

<sup>202</sup> Acerca do assunto: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 201ª reunião ordinária, de 07 de julho de 1965. Livro Ata 03, pp. 104-105.

<sup>203</sup> Vide: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da reunião extraordinária, de 16 de abril de 1962. Livro Ata 03, pp. 44-45.

<sup>204</sup> É o que se registra na ata de reunião da SMSC em: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 173ª reunião ordinária, de 06 de março de 1963. Livro Ata 03, pp. 60-61.

<sup>205</sup> Em acordo com o que registra: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da reunião extraordinária especialmente realizada para tratar dos contratos médicos do IAMSP e aumentos de consultas médicas, de 29 de agosto de 1966. Livro Ata 03, p. 118.

atrasos de pagamentos, lembra que, no âmbito da SMSC, mesmo depois da criação do INPS:

“(...) havia algumas reclamações de alguns médicos quanto aos pagamentos do INPS. Isso aconteceu. (...) A gente fazia (...) como se fala (...) você fazia a obrigação de mandar uma carta para eles reclamando e eles não respondiam para você. Mais ou menos era isso... ‘Quem manda aqui, sou eu, e você não se mete’” (Entrevista com Médico 07, profissional de São Carlos, entre 80-85 anos de idade).

É bem verdade que a criação do INPS aconteceu após o fechamento do sistema político brasileiro com o golpe de 1964 e a ditadura militar que se seguiu, mas, como se observou quanto ao período anterior, quando da existência dos institutos de aposentadoria e pensões, os quais atuaram em meio ao período de democracia entre 1945 e 1964, a Sociedade Médica igualmente tinha pouca margem de manobra contra certas decisões daqueles órgãos federais. A distância não somente institucional, mas geográfica, da direção superior desses institutos dificultava a atuação da entidade médica são-carlense na defesa de seus associados. Tais situações interferiam, acima de tudo, nas dimensões socioeconômica e política da autonomia médica são-carlense, fragilizando sua capacidade de organização e defesa de interesses.

Entretanto, mesmo com essa distância e dificuldade de influência sobre as autoridades públicas, particularmente as atuantes em órgãos federais, outras relações e contatos políticos mais informais, quando havia esta possibilidade, ainda assim poderiam atuar como recursos alternativos que relativamente auxiliavam na defesa de interesses – não propriamente aqueles que afetavam a coletividade médica, mas outros em específicas situações de determinados profissionais. A influência dos políticos era algo presente nos serviços previdenciários, o que interferia na autonomia profissional dos médicos especialmente em sua dimensão política, sendo que, às vezes, essa interferência atrapalhava a realidade e o cotidiano de trabalho dos médicos. Por outro lado, em outras oportunidades, tal interferência poderia até ajudá-los em certas circunstâncias. Foi o que se passou em duas oportunidades relatadas nas entrevistas.

No caso do Médico 04, quando este já havia relativamente estabelecido sua carreira em São Carlos, o mesmo conseguiu acesso junto ao presidente da República de então, o senhor João Goulart (PTB), o qual, através do político são-carlense e deputado



Antonio Donato<sup>206</sup> (também do mesmo partido), interferiu em sua recondução ao cargo de médico-chefe do SAMDU de São Carlos, do qual ele havia sido afastado por razões político-partidárias. Como ele conta, o SAMDU era uma espécie de base eleitoral do PTB, sendo que era envolvido em certas questões e disputas políticas:

“Um dia X qualquer, eu saí de férias, e outro político da região botou outro médico no lugar no SAMDU. Quando eu cheguei pra reassumir, ele disse que não saía, que ele estava escudado por outro político... Eu fui visitar o Donato, eu falei: ‘Donato, eu tô saindo do SAMDU, porque me puseram pra fora’. O Donato: ‘Como puseram pra fora?’ Aí, eu contei a história. Ele foi lá, na minha casa, me sentou do lado do carro e falou: ‘Senta aí. Avise sua família que você vai viajar. Foi comigo pro Rio de Janeiro. Era o Jango o presidente. Ele entrou sem pedir licença pra ninguém e foi falar... O Jango mandou bater uma cartinha pra destituir o médico daqui e me colocar de novo no SAMDU. Tudo era violento assim. (...) O SAMDU, quem mandava era o chefe político do PTB. Ele sempre escolhia alguém que afinava com ele, pra não ter problema. (...) O dono do PTB aqui, que era o Donato, pôs a mim, porque ele me viu crescer. Ele era amigo do meu pai. O pai dele era amigo de casa. Então ele sabia que eu não iria traí-lo. Quando eu não concordava com ele, ele mudava sim. Ele me atendia muito bem” (Entrevista Médico 04 profissional de São Carlos, entre 80-85 anos de idade).

Com efeito, àquela época, quanto à organização do trabalho e à hierarquia de comando, não apenas no próprio SAMDU como nos IAP's, havia uma determinada organização dos serviços em níveis hierárquicos em que se percebia um movimento de poder de decisão com: “(...) uma transferência de médico, pra médico [chefe], pra chefia política. Nunca era um médico de baixo que ia ser movimentado pelo político”<sup>207</sup>, o que, segundo o Médico 04, implicava uma estrutura de relações que evitava uma interferência ainda maior das questões político-partidárias sobre o andamento do trabalho médico nos serviços previdenciários. No âmbito do SAMDU, os profissionais cumpriam determinada carga horária de trabalho e plantões. Nos IAP's, como não havia espaço ambulatorial específico para vários deles na localidade, o regime de trabalho era

---

<sup>206</sup> Foi contador e advogado. Começou na política elegendendo-se vereador na Câmara Municipal de São Carlos (SP), pelo PTB, para o mandato de 1948 a 1952, e também para as legislaturas de 1956-1960 e 1960-1964. Na década de 50, exerceu os cargos de delegado regional do Trabalho e delegado do antigo Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes – IAPC, em São Paulo. Entre 1963 e 1967, foi deputado estadual, igualmente pelo PTB. Com o fim do pluripartidarismo, filiou-se à Aliança Renovadora Nacional – ARENA. De acordo com o endereço eletrônico indicado a seguir: <http://al-sp.jusbrasil.com.br/noticias/1973732/morre-ex-deputado-antonio-donato>, cujas informações foram consultadas em 21 de janeiro de 2016.

<sup>207</sup> Conforme entrevista realizada com o Médico 04, profissional de São Carlos, entre 80-85 anos de idade.

mais flexível – exceção feita ao IAPFESP, que possuía ambulatório próprio localizado na estação ferroviária de São Carlos. No ambulatório do IAPFESP, conforme entrevista com o Morador 01, havia certo rodízio de profissionais, existindo sempre, pelo menos, um desses profissionais em atendimento para cada dia.

Ademais, nos institutos de aposentadoria e pensões, além do nível hierárquico mais inferior, ocupado por médico(s) que atendia(m) diretamente os pacientes, poderia haver um nível imediatamente superior em hierarquia, assim ocupado por outro médico (em cargo de chefia diante dos colegas que prestava a assistência aos pacientes), sendo, depois disso, possível a existência de uma espécie de gerência político-administrativa de abrangência municipal, a qual era comandada por aquele que assumia o cargo de agente previdenciário de cada IAP na localidade. O agente previdenciário era o representante local de uma estrutura político-administrativa que tinha como topo o cargo de presidente de cada particular instituto de aposentadoria e pensão. A interferência política aqui também poderia aumentar se o nível de comando em questão fosse mais elevado.

No caso do INPS, enquanto estrutura unificada e centralizada a partir dos anteriores IAP's, essa estrutura de três níveis hierárquicos de poder, em âmbito local, foi mantida de maneira relativamente semelhante, sendo apenas alterada com o posterior processo de descentralização político-administrativa do sistema de saúde nacional, ocorrido já na passagem do encerrado sistema centrado na assistência médica oferecida pelo eixo INPS-INAMPS para o atual Sistema Único de Saúde – SUS, em um movimento de mudança caracterizado por, em um primeiro momento, a passagem de comando dos serviços do nível político nacional para o estadual e, enfim, a transmissão do comando progressivamente para os diferentes municípios (como em vigor ainda hoje). A partir da estadualização, desapareceu a figura do agente previdenciário como representante local do comando federal sobre o conjunto do sistema.

Por sua vez, ainda sobre as relações entre política e medicina, no contexto da socialização dos serviços médicos previdenciários em São Carlos, quando o Médico 07 resolveu se transferir do IAPETEC, do Rio de Janeiro, para o IAPFESP, de São Carlos, a fim de o médico começar sua carreira no município, algo semelhante ao que se passou com o Médico 04 também aconteceu com ele, de modo que sua vinda à localidade foi facilitada pela interferência de um político local. Em realidade, dada a falta de profissionais, ou a ausência de certas especialidades, por um bom tempo não houve exigência de concurso público para que os médicos se inserissem nos institutos previdenciários em São Carlos. Depois, com outras pressões sociais e políticas, tal

exigência passou a existir. Como indica o Médico 04, à época, os órgãos previdenciários publicavam na imprensa uma chamada de profissionais para o cargo de médico, mas com frequência havia problemas em termos de interesse de médicos<sup>208</sup>.

Embora já houvesse prestado concurso originalmente, foi neste contexto local que ocorreu a transferência do Médico 07 para São Carlos. Segundo este, o processo de transferência de profissionais entre os diferentes institutos de aposentadoria e pensões era algo previsto em lei e comumente acontecia em diversas circunstâncias àquela época, mas tinha que contar com o aval e o interesse de algum político. No caso da referida transferência, esse processo contou com a participação de um político local da época, o ex-deputado Vicente Botta<sup>209</sup>, o qual, sabendo do interesse do profissional, interferiu favoravelmente para que a transferência se efetivasse<sup>210</sup>. De acordo com o médico, ainda no Rio, onde havia realizado sua formação profissional, ele havia prestado um concurso para médico do antigo IAPETEC de lá:

“(…) Quando eu vim pra cá, não tinha [IAPETEC]<sup>211</sup>. Eu queria ficar aqui. Eu consegui uma transferência. Eu consegui uma transferência pro IAPFESP (...). Eu atendia no meu consultório todos os pacientes do antigo IAPFESP. E eram bastante os ferroviários de São Carlos... Da linha pra frente, da Vila Prado, praticamente era, os moradores eram eles. (...) Na realidade, eu pertencia ao IAPTEC. Eu fui transferido pro IAPFESP... Politicamente... Eu era médico do IAPTEC, mas eu tinha, pela legislação, eu poderia ser transferido legalmente pra qualquer instituto. Só que um legalmente político (...). A transferência de um instituto pro outro era possível. (...) Um político da cidade... Eu era IAPETEC. São Carlos não tinha IAPETEC. Ele tinha interesse que eu ficasse aqui. Ele me transferiu, porque ele é que tinha aqui.

---

<sup>208</sup> Entrevista concedida pelo Médico 07, profissional de São Carlos, entre 80-85 anos de idade.

<sup>209</sup> O ex-deputado estadual Vicente Botta morreu em 13 de dezembro de 2006, aos 88 anos, em São Carlos (SP). Ele foi assumido em diferentes legislaturas, entre 1953 e 1994. Ainda disputou duas eleições em que não foi bem-sucedido. Botta entrou na política nos anos 1940. Foi eleito, pelo antigo PTN, vereador de São Carlos, em 1948. Depois, em 1952, foi eleito deputado estadual, pela mesma legenda, pela primeira vez. Ele passou ainda pelo PTB, do qual foi presidente estadual, Arena, MDB e Prona. Assumiu a presidência da Assembleia Legislativa de São Paulo em dois períodos curtos, em 1955 e entre 1976 e 1977, quando era o vice. Foi igualmente presidente do Ceasa e diretor do Banespa. Ele era viúvo desde 1999. Botta deixou três filhos e dez netos. Para outros dados e informações, pesquisar o endereço eletrônico que segue: <http://politica.estadao.com.br/noticias/geral/morre-vice-botta-ex-deputado-estadual-de-sao-paulo,20061213p60184>. Tais informações foram obtidas em consulta ao mesmo site no dia 21 de janeiro de 2016.

<sup>210</sup> Entrevista realizada para servir como fonte de dados para esta pesquisa sobre a interiorização do profissionalismo médico em São Carlos, a qual foi concedida pelo Médico 07, profissional de São Carlos ainda ativo na carreira.

<sup>211</sup> Mais tarde, ao que se depreende dos dados já analisados anteriormente desde a pesquisa realizada por Machado (2007, p. 292) a certas atas de reunião da Sociedade Médica de São Carlos, o IAPETEC também passou a oferecer serviços de assistência médica para pacientes do município de São Carlos através de um ambulatório médico.

A lei permitia... É mais ou menos isso. Eu não lembro nem que foi que fez o meu. Acho que foi o antigo Botta... Vicente Botta... Você vê... Isso era possível. Mesmo no Rio de Janeiro, o sujeito conseguia transferir de um instituto pro outro... Isso era permitido. Tanto é que isso foi automático. Quando eu saí do antigo IAPFESP, eu fui pro INPS direto (...)" (Entrevista com o Médico 07, profissional de São Carlos, entre 80-85 anos de idade).

Em termos relativos, pode-se dizer que outra era a realidade e outros eram os termos que frequentemente mediavam os vínculos entre os médicos de São Carlos e certos serviços que, embora não estatais, eram ainda assim considerados pelos profissionais da medicina da época como serviços médicos socializados, quais sejam: os serviços assistenciais do SESI, do SENAI e do SESC de São Carlos. Os médicos desses órgãos eram empregados contratados e integravam serviços que eram considerados:

"(...) muito bons. Assistência médica e odontológica. É... como era um atendimento assim, de elite. Não o paciente, mas quem lidava com você era a elite. Elite do SESC, do SESI, do SENAI e a elite médica. Então o atendimento era muito bom. Porque o médico não tinha coragem de atender mal um paciente em função do patrão. Era uma coisa interessante. O médico do SESI era mais um pouquinho acima do que o nossos, dos outros institutos (...) Era um custo você achar quem quisesse ir lá, porque no SESI e no SESC eles ficavam as quatro horas. Era um regime mais rígido. Tinha paciente para esse tempo todo. E o médico não tinha coragem de afrontar o patrão. Faziam parte do mesmo grupo, grupo social, de elite" (Entrevista com o Médico 04, profissional de São Carlos, entre 80-85 anos de idade).

Por outro lado, quanto à assistência médica socializada oferecida por órgãos estatais, embora os atendimentos médico-previdenciários tenham se tornar muito representativos em São Carlos, durante bastante tempo e em sua grande maioria tais atendimentos foram realizados nos consultórios dos próprios médicos que eram contratados para trabalhar em cada um dos institutos com serviços na localidade. Essa situação somente se alterou com a criação do ambulatório do INPS, já ao final dos anos 1960 e início dos anos 1970. Antes disso, apenas os serviços previdenciários dos ferroviários possuíam espaço ambulatorial próprio para atendimentos e consultas em São Carlos, o qual se localizava na estação ferroviária do município. No caso de outros serviços, como os do IAPB e do IAPI, apesar destes institutos até terem criado, como no caso do IAPB, sede própria no município<sup>212</sup>, os médicos que atendiam seus pacientes

---

<sup>212</sup> Em concordância com relato em entrevista à pesquisa do Médico 04, profissional de São Carlos, entre 80-85 anos de idade.

em consultas médicas ou em atividades ambulatoriais, faziam isso geralmente em seus próprios consultórios privados. Por sua vez, nos casos em que os atendimentos não se realizavam em domicílio, os médicos do SAMDU realizavam seu trabalho em espaço ambulatorial específico para tal finalidade, mas apenas em número mais restrito de casos, pois vários de seus atendimentos, como se viu, eram mesmo domiciliares. Depois da unificação dos institutos previdenciários junto ao INPS, a assistência médica ambulatorial e as consultas passaram a acontecer em espaço específico destinado ao funcionamento do órgão no município.

Por sua vez, diferentemente do que acontecia com os atendimentos do SAMDU e dos demais institutos de aposentadoria e pensões de São Carlos, como destaca o Morador 01, as atividades médicas dos serviços voltados aos ferroviários revestiam-se, desde a antiga CAP até o posterior IAPFESP, de certas particularidades que se relacionavam à específica realidade de organização do trabalho médico para os pacientes distribuídos na malha ferroviária da região de São Carlos àquela época:

“(...) a Companhia Paulista da Estrada de Ferro tinha um consultório ali na estação, ao lado né? E ali tinha diversos médicos (...) então eles eram contratados por certo período, todo dia tinha médico ali (...) aquele tempo (...), quando eu ia trabalhar nessas estações pequenas, que o pessoal não tinha recurso pra vir pra cidade, então, quando alguém ficava muito mal, (...) pelo telégrafo, pedia uma assistência médica, e a administração acoplava uma... um carrinho de primeira classe, pequeno (...) uma “geladeirainha” assim, e mandava um médico (...) O salário não era lá muita coisa, mas eles..., tinha aquela cooperativa da Paulista, também, né? A pessoa comprava tudo lá, né? Então, não tinha problema. Mas na parte, como se diz, de saúde, eles davam bastante assistência”. (...) Quando precisava de uma assistência médica que o... que o empregado não podia se locomover, ou a esposa, ou um filho, então (...) mandava um telegrama, a administração já providenciava uma locomotiva e aquele carro ia, levava o médico, quando era caso assim de necessidade, né? E, não sei se... acho que... acho que de cada seis meses ele fazia uma inspeção, (...) [o médico] pedia, agendava, saía daqui e ia parando (...), perguntava como é que estava o pessoal. Depois naquele tempo tinha a Babilônia, Floresta, Canxim, Capão Preto, que hoje eles falam 29, né? Água Vermelha, Araraí, é... Araraí, Alfredo Elis e Santa Eudóxia. E ele fazia uma paradinha em todas as estações pra saber como é que estava... quer dizer, um zelo legal, né? Muito bom, não tinha descuido, não. E o que precisava, alguém que precisava, ele atendia também lá. Mas... quando realmente necessitasse, né? (...)” (Entrevista com o Morador 01, ferroviário aposentado, entre 80-85 anos de idade).

E sobre as instalações do ambulatório médico na estação ferroviária de São Carlos, o mesmo morador informa que:

“(...) tinha mais ou menos uns 15 metros de comprimento, com as salas, as salinhas já adaptadas pra isso, sala de enfermagem, sala de repouso, pra quando necessitava, e o consultório médico (...). E ali era feito o atendimento pras pessoas... mais urgente, atendimento, faziam também alguma exceção, mas normalmente era quem realmente estava necessitando, então ia pra lá e eles faziam... se precisava internar, o médico mesmo encaminhava pra Santa Casa (...)” (Entrevista com o Morador 01, ferroviário aposentado, entre 80-85 anos de idade).

Além de receberem pelos serviços prestados como profissionais contratados, os médicos também chegavam a receber certos benefícios oferecidos pela empresa que comandava os ramais de linhas de trens que atingiam São Carlos:

“E eles tinham (...) uma credencial pra quando eles viajassem, com direito a carro puma. Então eles podiam ir pra São Paulo, pra onde quisesse, eles tinham direito a viajar. (...) O carro puma era, normalmente era o último vagão, porque vinha a composição, depois vinha o restaurante, depois o carro puma. E o carro puma era, como se diz, um... uma coisa VIP, assim, sabe? (...) Era muito bem zelado, ali tinha aquelas poltronas giratórias, tinha ventilador... e... banheiro separado só pra isso... e daqui para São Paulo a pessoa nem sentia, eram umas poltrona formidáveis, sabe? (...) parece que eram 14 ou 15 poltronas, só, no carro todo... espaçoso... e eles tinham esse direito, quando eles precisavam fazer uma viagem, eles já avisavam com antecedência lá na estação, então (...) já deixava reservada aquela poltrona pra fulano de tal, então ali ninguém sentava, era só ele. Quando eles pediam, e eles iam, no procedimento lá na Estação da Luz, na estrada de ferro Santos-Jundiaí era a mesma coisa. Só que lá até Jundiaí eles pagavam. Mas deixavam reservado. Depois de Jundiaí pra cá, que era da Companhia Paulista, eles viajavam graciosamente (...)” (Entrevista realizada com o Morador 01, ferroviário aposentado, entre 80-85 anos de idade).

Tais benefícios e vantagens foram encerrados mais tarde, quando, já no contexto do IAPFESP, deixou-se de se realizar atendimentos médicos nos ramais da estrada de ferro, passando a acontecer no ambulatório do instituto junto à estação ferroviária de São Carlos.

Com o INPS, os diferentes médicos de São Carlos que atendiam separadamente pacientes de distintos IAP's (inclusive do antigo IAPFESP) passaram a atender e consultar indistintamente os pacientes previdenciários no ambulatório do próprio INPS, fazendo os demais procedimentos hospitalares, quando fosse necessário, no ambiente da Santa Casa de Misericórdia e, após sua inauguração, em 1969, também na Casa de Saúde e Maternidade. Contudo, posteriormente, em razão de problemas nas relações financeiras entre as duas últimas instituições, a Casa de Saúde deixou de manter

convênio com o sistema previdenciário, o que também alterou as condições em que a medicina socializada era realizada em São Carlos, pois os casos que exigiam a hospitalização do paciente previdenciário passaram, assim, a serem dirigidos para apenas à Santa Casa local.

Considerando diferentes aspectos e fazendo uma avaliação de caráter geral sobre o período de emergência e consolidação da medicina socializada ao longo da segunda onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos, o Médico 04 sustenta que, em especial quanto à assistência médica, a qual mobilizava a maior parte dos profissionais locais, poder-se-ia dizer que:

“Se a gente fizer uma análise lenta, do começo até aqui, a socialização valeu, porque a medicina não podia ficar no mesmo lugar, criando aquela casta de gente rica. Até porque chega uma hora que vai sobrar profissional. Então, ao longo do tempo, o profissional foi se dedicando mais, foi se profissionalizando de fato. Você vê que hoje o especialista é um grande especialista. E isso aconteceu, porque veio a socialização. Ele teve tempo de ficar dentro de hospitais, né? Agora, houve uma fase, um tempo, que prejudicou muito. É lógico. Para o relacionamento médico-paciente, ficou muito difícil por muitos anos. Havia muita briga. O paciente chegava no lugar de atendimento já queimado. Já chegava ofendendo. (...) Foi favorável, quando facilitou o atendimento. Nós nunca tivemos fila, para coisa nenhuma (...). Era tudo atendido. Atendido no mesmo dia. (...) No início a vantagem era enorme, porque o paciente era bem atendido. [O médico] trabalhava e recebia (...). As caixas tinham o seu mérito, mas só atendiam clinicamente. Quando surgiu a socialização, eles fincaram o pé em tudo o que já existia. Por isso que eles conseguiram socializar. (...) Começou a chegar médico. Aí começaram a disputar. Havia política, colocando médico no SAMDU, IAP's... Mas não houve vantagem para o médico. (...) Quando o INAMPS surgiu, com as tarefas bem pagas, e pagas em tempo, aí estava bem. Mas isso durou muito pouco (...) O bom é que você colocou todos no mesmo prato de balança: médicos, de um lado, e os clientes, do outro. A União fez isso. Mostrou, obrigou os médico a se posicionar e está obrigando o povo a se posicionar também. (...) a Caixa de Aposentadoria e Pensão, só recebia quem fazia parte daquela caixa. Pagava por mês. Então ele tinha um direito... porque ele pagava. No instituto, ele passou a ser descontado, e esse dinheiro não ia para ele, não ia pro instituto dele. Ia pra roubalheira política. Depois que acabaram os institutos, que unificou os institutos, quem tinha dinheiro perdeu. O governo [federal] surrupiou tudo, e não conseguiu pagar o que devia dos outros institutos. Então, aí foi surgindo o atendimento do estado, o atendimento do município... ele dava X pro município... o município tinha de pagar o que ele recebia. Então, não é nada assim, muito bom, de lado nenhum, mas é o caminho que vai tomar a medicina (Entrevista com o Médico 04, profissional de São Carlos, entre 80-85 anos de idade).

### **9.5. Considerações gerais a respeito da segunda onda de interiorização do profissionalismo médico.**

Em meio à segunda onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos, os médicos locais, diante de determinados desafios sociais e históricos relacionados à maior intervenção do Estado brasileiro no setor de saúde e à chamada socialização da medicina, vivenciaram uma nova realidade profissional, a partir de um mais intenso desenvolvimento urbano-industrial do município após a grande crise da economia cafeeira nos anos 1920-1930, o que implicou novas condições sociais e políticas à dinâmica de poder local e à inserção médica neste contexto. Com o tempo, tais condições históricas favoreceram, relativamente, o aumento quantitativo de profissionais na localidade e a emergência de novos desafios à sua organização profissional e política, de modo que os médicos são-carlenses reagiram e estabeleceram novas modalidades de ação para o enfrentamento dessa nova fase que a profissão passou a se defrontar, tanto dentro como fora do poder local de São Carlos.

Apesar de ainda bem inseridos na estratificação social local como segmentos de classes médias, e com influência social e política entre os círculos de elite do município (o que era notado mesmo quanto aos profissionais recém-chegados, já que, dentre estes, houve colegas nascidos em São Carlos que estudaram fora e retornaram para trabalhar no local), principalmente após-1945 os médicos sentiram a necessidade de se mais bem organizar profissional e politicamente, já que suas antigas e bem estabelecidas relações sociais, políticas e mesmo familiares com grupos dominantes em nível local e estadual, que haviam sido sedimentadas desde a criação do município, já não garantiam a anterior influência sociopolítica que os mesmos possuíam sobre os rumos de sua atividade profissional e sua inserção social mais ampla, tendo em vista o processo (intensificado desde 1930) de centralização política do Estado e de socialização da medicina do país.

A socialização da medicina, ao fazer emergir com mais força um importante ator institucional no setor de saúde brasileiro – ou seja, o Estado nacional – acabou modificando tanto a organização interna da profissão como o cotidiano de trabalho do médico, com consequências sobre as distintas dimensões de sua autonomia profissional em São Carlos. Ao trazer o poder de Estado para o centro da realidade médica local, a socialização alterou, significativamente, a relação dos profissionais com diferentes atores sociais e institucionais que antes permeavam ou influenciavam o setor de saúde,



fazendo ainda emergir novos atores sociais e institucionais que também passaram a atuar na área de saúde do país e do próprio município de São Carlos.

Como o governo federal passou a organizar e comandar, desde o topo do poder político nacional, um novo e remodelado sistema de saúde para o país, a partir de certa centralização política tanto dos serviços de saúde pública (que desde a Primeira República já vinha sentindo tal processo) como os de assistência médica (mais afetados pelo mesmo processo depois de 1930), os médicos de São Carlos, em meio a certa mobilização de colegas em nível estadual e nacional, acabam por criar a Sociedade Médica de São Carlos, que logo se filiou à Associação Paulista de Medicina e à Associação Médica Brasileira, a fim de se estruturar institucional e coletivamente para enfrentar os novos desafios sociais, econômicos, políticos e profissionais que a referida centralização política dos serviços de saúde começava a impor aos colegas de profissão.

Por outro lado, como a análise acima evidenciou, embora os antigos laços sociais com demais setores da elite local ainda oferecessem considerável margem de influência sociopolítica aos médicos no plano do município de São Carlos, com a emergência de novos grupos sociais e de certo crescimento da população do município (especialmente a partir dos anos 1940), que foi influenciado tanto por um maior êxodo rural que atinge as crescentes áreas urbanas locais, como pelo significativo impulso industrial que se seguiu à crise da economia cafeeira, novas demandas e organizações sociais emergiram condicionadas por este contexto, de modo que passaram a influenciar relativamente o cotidiano das atividades dos médicos são-carlenses, contribuindo para que estes sentissem necessidade de se reorganizar para enfrentar os desafios desta nova fase histórica que afetava a interiorização do profissionalismo médico em São Carlos.

Do ponto de vista da profissão médica são-carlense, a consequência mais significativa deste contexto desafiador de mudança interna e externa ao poder local, que passou a interferir na realidade do profissionalismo médico do município, foi o surgimento da Sociedade Médica de São Carlos, a qual se transformou em elo de intermediação entre diferentes profissionais da medicina, demais grupos e instituições sociais, econômicas e políticas da localidade, bem como quanto a outros grupos e instituições de fora do município, os quais passaram a interferir mais intensamente no cotidiano de trabalho e na inserção social mais ampla dos médicos não apenas no poder local, mas nos planos de poder político estadual e nacional.

A Sociedade Médica passou a exercer um papel de defesa quanto aos interesses e ideias de seus associados, permitindo o conagraçamento entre os pares de profissão e

que estes tivessem uma organização que os representasse em diferentes situações, tais como diante de: laboratórios e demais indústrias de insumos e recursos médico-hospitalares; outros segmentos e instituições médicas; governos municipais, do Estado de São Paulo, e mesmo, do próprio governo federal; além de representá-los diante de outras organizações sociais, especialmente do próprio município de São Carlos. Como visto acima, em relação a questões emergentes com o avanço da socialização da medicina, a SMSC procurou exercer um papel de representação e organização da coletividade médica em nível local.

Dentre tais atores e instituições sociais com as quais os médicos e a Sociedade Médica passaram a se relacionar e que contribuíram para reorientar o profissionalismo médico no município, podem-se destacar as instituições sanitárias do governo paulista que passaram a se localizar em São Carlos, os diferentes institutos de aposentadoria e pensões, o próprio SAMDU, os agentes técnicos e políticos desses organismos burocráticos (tanto os locais como os de fora de São Carlos), as respectivas estruturas hierárquicas de natureza político-administrativa e as demais forças político-partidárias que passaram a se articular entre a realidade interna e de fora do poder local são-carlense, as quais igualmente influenciaram, em termos relativos, a dinâmica de tais instituições estatais (fossem as do governo local, paulista ou federal). Embora sem condições de efetivar seu papel de representação e defesa da categoria médica em determinadas circunstâncias – como em atrasos de pagamentos aos seus sócios por parte de órgãos previdenciários federais –, ainda assim os médicos são-carlenses conseguiram encontrar, através de sua associação profissional, um recurso institucional para mais bem se inserirem social e profissionalmente diante de mudanças que aconteceram no país, as quais, como se observou na análise acima, alteraram as relações entre Estado, sociedade e medicina, afetando a realidade médica no município de São Carlos.

Do ponto de vista da autonomia técnico-profissional, as mudanças que acompanharam o processo de socialização da medicina, dada a emergente articulação entre os médicos locais, os serviços previdenciários de assistência médica, a estrutura hospitalar da Santa Casa de Misericórdia e os demais segmentos da chamada medicina tecnológica (os quais em parte passaram a se relacionar com os médicos locais através da SMSC), resultaram, apesar de certas restrições ainda presentes, em certo avanço em termos de especialização técnica dos profissionais locais – o que, como ainda se observará adiante, apenas se intensificou efetivamente nos anos 1970, com o advento da terceira onda de interiorização do profissionalismo médico local.

Ao mesmo tempo, por outro lado, o aspecto técnico da autonomia médica, nesta nova fase de seu profissionalismo, encontrou relativa fragilidade através de limites externos à sua autonomia política, visto a dificuldade em se lidar tanto com a hierarquia superior (de nível federal) dos órgãos estatais de assistência médica previdenciária como com o comando dos serviços de saúde pública estaduais. Apesar da possibilidade de mobilização coletiva e institucional que a rede organizacional formada pela SMSC, a APM e a AMB oferecia, ainda assim, os profissionais da medicina são-carlense encontraram importantes restrições em termos de interferência sobre os seus desígnios na relação com os serviços públicos de saúde. Embora tenham conseguido realizar mobilizações políticas e paralisação de serviços, os médicos não conseguiram influenciar mais decisivamente a direção política e administrativa dos órgãos estatais sob os quais acabaram se vinculando profissionalmente.

Já em relação à sua autonomia socioeconômica, os médicos do município encontraram uma nova situação no setor de saúde e no seu mercado de trabalho, a qual afetou a própria relação médico-paciente. Se, ainda na Primeira República, com o predomínio da medicina liberal e a ausência de uma maior participação do Estado na prestação de serviços de saúde, a relação médico-paciente era quase sempre sem intermediário, com a socialização da medicina cada vez mais o poder público passou a intermediar a relação entre aquelas partes, tornando-se frequentemente o ator social responsável por realizar os pagamentos aos profissionais que atendiam aos pacientes que os procuravam através dos serviços públicos de assistência médica e de saúde pública. Com isso, difundiu-se entre os médicos a condição, tanto de assalariados como de prestadores de serviços junto ao poder público, o que trouxe consequências à autonomia econômico-profissional dos médicos de São Carlos. A participação de profissionais locais na questão de equiparação foi clara expressão histórica dos novos problemas emergentes com a socialização da medicina à autonomia econômico-profissional (e também técnica e política) da categoria médica local.

Em realidade, os problemas enfrentados pelos profissionais de São Carlos, que acompanham esta segunda onda de interiorização do profissionalismo médico local, em determinado contexto social e histórico que será mais bem discutido abaixo, intensificaram-se ao longo dos anos 1960, influenciando a segunda corrente profissional de retorno da medicina são-carlense.

## Capítulo 10

### **A segunda corrente de retorno da medicina de São Carlos**

A segunda corrente profissional de retorno da medicina de São Carlos, que marcou a transição entre a segunda e a terceira ondas de interiorização do profissionalismo médico no município, levou os profissionais são-carlenses a estabelecer certas ações de adequação e reação que assim procuraram responder a certos dilemas emergentes com o surgimento de alguns contra processos sociais que afetaram sua condição profissional. Estes contra processos sociais condicionaram o declínio da segunda onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos, já nos anos 1960, e sua superação pela terceira onda que se seguiu. Tais processos, ao mesmo tempo, implicaram a desestabilização de certas condições antes influentes sobre o profissionalismo médico local, mas também, em combinação a outros fatores sociais e históricos, ofereceram novas oportunidades aos médicos são-carlenses, as quais serviram, relativamente, para condicionar e modelar uma nova reorientação do profissionalismo médico do município, que então veio a se estabelecer com a superação dessa mesma segunda corrente de retorno.

Tal circunstância histórica de mudança estabeleceu-se graças a uma combinação de determinados fatores socioeconômicos, políticos e profissionais, internos e externos ao poder local de São Carlos, com impacto sobre a autonomia profissional de seu grupo médico, tais como: a) aprofundamento de problemas pré-existentes no sistema previdenciário de assistência médica; b) fechamento do sistema político brasileiro a partir do golpe de 1964 e instauração da ditadura militar, o que tornou a manifestação e

contestação políticos (inclusive de médicos) bem mais difíceis; c) unificação dos serviços de assistência médica previdenciária, que deixaram de ser oferecidos pelos diferentes IAP's para serem oferecidos igualmente pelo novo Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, o qual, poucos anos depois, foi reorganizado, de modo que a assistência médica passou a ser oferecida pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMSP, enquanto órgão anexo ao próprio INPS; d) com essa unificação do sistema previdenciário houve considerável impulso ao processo de universalização da assistência médica estatal junto a diferentes setores sociais produzindo contraditórios reflexos sobre a organização e prestação de serviços médicos em São Carlos, o que representou um desafio à categoria médica são-carlense; e) relativa continuidade do processo de industrialização do município, que já havia ganhado impulso desde o final dos anos 1930 e que trouxe maior crescimento de segmentos urbanos – especialmente aqueles ligados ao operariado e às classes médias – os quais, como se observará adiante, além de certos desafios, também passaram a oferecer novas oportunidades à organização profissional da medicina local; e f) crescimento da chamada medicina de grupo, que começa a ganhar força em todo o país e também no município de São Carlos, sendo que, com frequência, isso foi desfavorável à categoria médica do país.

A combinação entre serviços estatais de previdência social e outros serviços privados oferecidos a partir da constituição de empresas provadas de serviços médicos implicou a marca histórica distintiva para o setor de saúde brasileiro nas décadas de 1960 e 1970:

“(...) é a constituição de redes de serviços privados contratadas pelo Estado e aquelas em torno do mercado de compradores institucionais privados (...). Assinale-se, também, a vigência de regimes diferenciados de atendimento, segundo valores maiores ou menores de remuneração dos provedores de serviços, tanto no âmbito da Previdência Social que a par da unificação dos institutos mantinha mecanismos de contratação e financiamento específicos para os trabalhadores rurais, quanto nos esquemas assistenciais alternativos” (Bahia, p. 332).

Com a instauração da ditadura militar brasileira, em 1964, o país verificou um novo momento de avanço sobre o processo de centralização política do Estado nacional, de modo que o governo federal passou a orientar, com maior margem de influência do que já havia realizado antes, os rumos políticos e socioeconômicos do processo de

desenvolvimento do Brasil, o que foi sentido em diferentes setores da burocracia estatal, inclusive na área de saúde, onde se verificou a transformação da assistência médica previdenciária desde os anteriores institutos de aposentadoria e pensões numa estrutura unificada e centralizada em torno do Instituto Nacional da Previdência Social – INPS. Dessa maneira, os diferentes IAP's localmente organizados, que antes prestavam serviços médicos em São Carlos, encerraram seus trabalhos e foram substituídos pela criação de um ambulatório único e específico, que passou a congrega, em torno do mesmo serviço oferecido pelo novo INPS local, todas as antigas atividades dos profissionais da medicina que já trabalhavam no município antes dessa reforma do sistema médico-previdenciário.

Desde antes dessa reforma, como já analisado, por vezes o sistema previdenciário de assistência médica apresentava problemas em termos de atrasos de pagamentos aos profissionais são-carlenses, os quais possuíam pouca margem de manobra para contestar ou reivindicar seus interesses contrariados, pois como os órgãos previdenciários eram vinculados ao governo federal, não era fácil aos colegas são-carlenses ter maior influência sobre a cadeia de comando e os desígnios do sistema ao qual estavam inseridos. No tempo dos antigos IAP's, havia certa diferença em termos de organização, financiamento e fundos à disposição para a prestação dos serviços médicos. Alguns institutos de aposentadoria e pensões apresentavam melhores condições do que outros – o que em parte se refletia na realidade dos profissionais que atendiam pacientes através dos diferentes IAP's. Como conta o Médico 04:

“Os IAP's eram separados. O IAPB pagava muito bem, porque era rico. O IAPFESP, pagava em dia, mas não pagava bem. O IAPI não pagava nem em dia nem pagava bem. IAPETEC, esse era o pior de todos. Então, os médicos tinham um empreguinho. Mas não havia um contexto globalizado, reunificado (...)” (Entrevista com o Médico 04, profissional de São Carlos, entre 80-85 anos de idade).

Com a unificação dos IAP's junto à estrutura mais abrangente do INPS, estas diferenças desapareceram, mas os problemas que antes se particularizavam em relação a cada IAP em separado, passaram a atingir, relativamente, a todos os envolvidos nos serviços médicos previdenciários, ou seja, desde os diferentes médicos aos distintos tipos ou segmentos sociais de pacientes. Na medida em que se realizou certa universalização dos atendimentos médicos, o novo sistema baseado na organização do

INPS também difundiu, na mesma medida e de maneira indistinta, os problemas e inconsistências que acabaram sendo herdados do modelo anterior centrado nos IAP's, sendo que tais problemas paulatinamente se intensificaram depois da unificação em torno do INPS:

“A saúde não tinha um orçamento específico. O INPS hoje é sistema de previdência. E sempre se misturaram as coisas. Então se arrecadava para a previdência, para a previdência rural não se arrecadava. Metade da população não arrecadava. Então, não tinha um orçamento específico (...) não tinha dinheiro, nunca tinha dinheiro. Tinha hora que podia, você podia... Tinha liberdade de fazer a propedêutica do seu cliente; tinha hora que não. Tinha hora que podia fazer uma cirurgia; tinha hora que tinha que entrar na fila, entendeu? O pior era isso (...). E os hospitais prestadores de serviço, pessimamente remunerados. Então as condições dos hospitais eram precaríssimas. (...) Era a Santa Casa, e aí começou a funcionar a Casa de Saúde, mas de forma absolutamente precária. Os dois. Não tinha nem enfermagem. O serviço de assessoria, por exemplo, paramédico, eram profissionais altamente dedicados, mas, vamos dizer, que não tinham feito cursos de enfermagem. O indivíduo começava trabalhando no hospital, às vezes, na limpeza, carregando paciente, aí recebia um apelido de atendente de enfermagem, punha um avental branco. E aí, depois, apareceu um curso de auxiliar de enfermagem. E era isso” (Entrevista Médico 03 de São Carlos, profissional, entre 75-80 anos de idade).

Em realidade, a mudança representada pela criação do INPS foi recebida pelos médicos de São Carlos e sócios da SMSC com relativo ceticismo. É o que se observa em reunião da entidade em julho de 1965, quando os presentes se posicionaram em uníssonos no sentido de reconhecer que a unificação da previdência poderia trazer certos inconvenientes aos serviços assim oferecidos<sup>213</sup>. Embora não se possa dizer que não houvesse vozes e entendimentos diferentes entre os médicos de São Carlos, já que nem todos os colegas estiveram presentes na mesma reunião, ainda assim, essa situação evidencia como a criação do INPS não foi uma mudança que tenha sido realizada em simples concordância com a visão sobre o assunto que a categoria médica local tinha.

Na realidade, não demorou muito para surgirem os primeiros problemas aos colegas de São Carlos. Ainda em abril de 1966, já na transição entre o anterior sistema e o novo (ainda não completamente estabelecido) que emergiu com o INPS, em reunião da Sociedade Médica, debateram-se acerca de algumas dificuldades em relação às disparidades existentes entre as tabelas de preços de consultas e serviços médicos da

---

<sup>213</sup> Constante de: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 201ª reunião ordinária, de 07 de julho de 1965. Livro Ata 03, pp. 104-105.

APM e do Departamento Nacional da Previdência Social – DNPS/INPS<sup>214</sup>. Ao invés de problemas deste tipo atingirem, como antes, apenas aos profissionais de determinado IAP (já que cada um destes era organizado separadamente), a unificação fez com que todos os colegas passassem a ser, ao mesmo tempo, atingidos pelas mesmas dificuldades e contrariedades.

Não por acaso, por volta de julho de 1967, os médicos de São Carlos, representados através de dois membros da SMSC, participaram de uma reunião da Associação Paulista de Medicina em que se resolveu que os colegas paulistas iriam protestar contra a forma como se estava reorganizando a assistência médica no país<sup>215</sup>. Aparentemente, conforme os dados coletados junto à SMSC, apesar da persistência dessas condições desfavoráveis, essa provavelmente foi a única mobilização médica que se propôs mais abertamente neste período marcado pelo fechamento político da ditadura militar brasileira. No mês de setembro do mesmo ano, a SMSC também discutiu a situação de cirurgiões que estavam realizando apenas as cirurgias de urgência pelo INPS, acerca do que o presidente da entidade destacou a falta de eficiência da estratégia antes adotada pela categoria, sendo que, no entanto, não se chegou a nenhuma medida ou atitude alternativa que pudesse substituir a ação antes estabelecida<sup>216</sup>. Em reunião extraordinária realizada para tratar da relação de trabalho entre médicos e o INPS, os presentes decidiram conferir amplos poderes à Sociedade Médica para que pudesse assumir o encargo de defesa da categoria neste novo formato da assistência médica previdenciária<sup>217</sup> – o que, como se pode observar abaixo, produziria poucos resultados.

Em outra frente de dificuldades e lutas, os médicos são-carlenses lidaram com os problemas relacionados ao trabalho e ao financiamento dos serviços hospitalares para pacientes atendidos pelo recém-criado INPS. Muito rápido surgiram problemas orçamentários na operação do sistema e novas restrições em termos de pagamentos aos médicos que prestavam serviços à previdência social. Neste sentido, em princípio de 1968, o INPS enviou um ofício à SMSC proibindo a cobrança de sobretaxa pelos médicos locais em internações hospitalares, mesmo quando os pacientes previdenciários

---

<sup>214</sup> Referente à seguinte ata da SMSC: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 208ª reunião ordinária, de 06 de abril de 1966. Livro Ata 03, pp. 115-116.

<sup>215</sup> Discutido em reunião pelos médicos da SMSC e registrado em: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 220ª reunião ordinária, de 12 de julho de 1967. Livro Ata 03, pp. 126-127.

<sup>216</sup> Problema tratado em: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 222ª reunião ordinária, de 13 de setembro de 1967. Livro Ata 03, pp. 128-129.

<sup>217</sup> Conforme: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da reunião extraordinária especialmente convocada pelo presidente da SMSC para tratar da relação de trabalho entre médicos e os filiados e o Instituto Nacional de Previdência Social, de 22 de setembro de 1967. Livro Ata 03, pp. 129-130.



estivessem utilizando quartos superiores ao previsto. Por sua vez, na mesma ocasião em que se discutiu o recebimento deste ofício, leu-se um relatório concernente às despesas médico-hospitalares de pacientes previdenciários, as quais se encontravam em valores superiores à dotação orçamentária destinada ao INPS de São Carlos. Preocupados, os presentes ainda trataram da possibilidade de adoção de critérios mais restritivos para as internações, a fim de que não fosse extrapolado o montante das verbas disponíveis<sup>218</sup>. Acerca da mesma questão, em março de 1968 foi comunicado aos sócios da SMSC outro assunto discutido por médicos em São Paulo com coordenadores do INPS, ou seja, cortes unificados em verbas destinadas a todas as cidades do interior do estado, a fim que se conseguisse atingir um reequilíbrio nas contas, motivo pelo qual, àquela altura, também se eliminava a possibilidade de qualquer suplementação de verba<sup>219</sup>.

Em realidade, os problemas de financiamento do INPS, assim como aconteciam antes da unificação dos antigos IAP's, resultaram em novos atrasos de pagamentos aos profissionais que prestavam serviços médicos através do novo sistema. Ainda em abril de 1968, no âmbito da SMSC sugeriu-se uma estratégia alternativa, de maneira que fossem procurados os sindicatos locais, a fim de que, por seu intermédio, os médicos conseguissem do INPS um aumento de sua dotação orçamentária, já que se estavam acumulando débitos relativos a atendimentos médicos à pacientes previdenciários, os quais, pela falta dos referidos pagamentos, acabavam sendo atendidos gratuitamente nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos<sup>220</sup>. Além disso, a própria Sociedade Médica veio a receber reclamações de colegas de profissão, que sofreram com atrasos de pagamentos do INPS, de modo que a mesma entidade procurou encaminhar ofícios ao comando do INPS, tanto na própria localidade como fora desta. Contudo, a direção do órgão federal nunca correspondeu às expectativas da associação e de seus membros em São Carlos<sup>221</sup>.

Por ampliar a cobertura da assistência médica do sistema a um mais abrangente círculo de pacientes e, ao mesmo tempo, ao fazer com que todos estes acessassem o mesmo tipo de serviço de maneira praticamente indistinta – organizado a partir de uma única fonte de recursos, já deteriorada e insuficiente desde antes do processo de

---

<sup>218</sup> Ata registrada em: SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 236ª reunião ordinária, de 07 de janeiro de 1968. Livro Ata 03, pp. 132-133.

<sup>219</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 237ª reunião ordinária, de 06 de março de 1968. Livro Ata 03, pp. 133-134.

<sup>220</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 238ª reunião ordinária, de 03 de abril de 1968. Livro Ata 03, p. 134.

<sup>221</sup> Em conformidade ao que relatou em entrevista à pesquisa do Médico 07, profissional de São Carlos, entre 80-85 anos de idade.

unificação dos institutos de aposentadoria e pensões – o Instituto Nacional da Previdência Social acabou, com o tempo, aprofundando alguns problemas de organização e prestação de serviços médicos, comprometendo a organização técnica do trabalho e a autonomia socioeconômica da medicina são-carlense.

A despeito do alinhamento histórico de médicos do município com demais segmentos da elite local e, através desta, com outros grupos sociais dominantes nas esferas de poder político estadual e nacional, e apesar de expressivos segmentos da elite do município, nesse momento, terem se aproximado do regime ditatorial através especialmente do partido do governo – a ARENA – os profissionais locais tiveram relativamente pouca margem de manobra para contornar ou contestar, ou mesmo se articular politicamente com segmentos e órgãos profissionais de fora do município, a fim de enfrentar os problemas orçamentários e de pagamentos por serviços prestados a pacientes do sistema médico-previdenciário do governo federal. Isso aconteceu porque, durante a ditadura, não apenas foi mantida (e até relativamente ampliada) a distância do comando do sistema previdenciário da realidade médica local – em razão do próprio avanço na centralização política da área de saúde com a unificação dos IAP's em torno do INPS –, mas porque, com o novo regime, houve clara tendência no sentido de se tornarem mais delicadas e difíceis quaisquer tentativas de ação coletiva que implicassem formas de manifestação ou contestação públicas.

Por outro lado, a realidade médica em São Carlos também experimentou outras dificuldades relativamente novas ao longo desta segunda corrente profissional de retorno, dada a ampliação da chamada medicina de grupo, a qual, constituída inicialmente nos anos 1940 e 1950 por grupos empresariais privados prestadores de serviços médicos, desde a década de 1960 passou atuar, relativamente (mas com expressão mais reduzida do que em outros lugares), sobre o mercado médico são-carlense, sendo que, em determinados termos, hoje se também fazem presentes no município.

Em realidade, em termos gerais o mercado em que os segmentos de medicina de grupo atuavam, incluíam (assim como hoje) alguns esquemas assistências coletivos privados, os quais emergiram:

“(...) baseados na captação de recursos de empresas empregadoras e seus empregados, destinados ao financiamento de uma assistência médico-hospitalar adicional àquela organizada pelo Estado. (...) Exemplos disso são:

1) no setor público [mas como instituições não-estatais]: a implantação da Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) e a assistência patronal para os servidores do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (atual GEAP) e mais tarde a inclusão da assistência médico-hospitalar aos benefícios oferecidos aos empregados das recém-criadas empresas estatais; 2) no setor privado: os sistemas assistenciais privados que acompanharam a instalação da indústria automobilística, particularmente das montadoras estrangeiras. Uma terceira alternativa, em torno da estruturação de sistemas assistenciais, destinada exclusivamente aos funcionários estaduais, não cobertos pela Previdência Social, surgiu a partir dos anos 50 configurando a face civil dos serviços de saúde exclusivamente destinados a servidores públicos com regimes próprios de previdência. (...) Esses sistemas particulares possuíam serviços próprios e/ou adotavam o reembolso de despesas médico-hospitalares contraídas por seus empregados com provedores de serviços autônomos. Os empregados eram atendidos no interior das empresas pelos serviços médicos das fábricas, em ambulatórios médicos das caixas de assistência e por provedores privados pagos diretamente pelo cliente, cuja despesa era objeto de reembolso posterior. (...) A partir de meados da década de 1960 as relações entre financiadores e provedores de serviços foram substancialmente modificadas. Os denominados convênios médicos entre as empresas empregadoras com empresas médicas (cooperativas médicas e empresas de medicina de grupo), mediados pela Previdência Social, estimularam decisivamente o empresariamento da medicina. Pode-se dizer, de maneira muito simplificada, que da organização empresarial dos prestadores de serviços, em detrimento da prática médica liberal e da autonomia de cada estabelecimento hospitalar, emergiram as empresas médicas contando inicialmente com suas redes próprias (...). No início dos anos 80, a quantidade de clientes de planos de saúde, registrada pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) e pela Federação das UNIMED's (cerca 15 milhões) era bastante considerável (não estão contabilizados os clientes de planos próprios), sinalizando a persistência e consolidação das empresas de planos de saúde, como alternativas assistenciais para os trabalhadores especializados da região sudeste” (Bahia, 2001, pp. 331-332).

Tais organizações, através do desenvolvimento de modalidades de planos e seguros de saúde começaram a assalariar os médicos, tornando-os relativamente dependentes de modelos de organização e modalidades de pagamento pelos serviços que prestavam, os quais os desfavoreciam não apenas economicamente, mas ainda restringiam a margem de sua autonomia técnica em razão da maior interferência desses planos e seguros sobre a decisão acerca da realização de diferentes procedimentos médicos. Muitas vezes, aqueles que se colocavam no comando de tais organizações empresariais não eram nem médicos, ao mesmo tempo em que submetiam estes profissionais a regimes de trabalho e pagamento que contrariavam os seus interesses. O Médico 08 lembra que, no caso do início dos esquemas de medicina de grupo, tinha-se o empresário:

“(...) Empregando médico, assalariando médico. E ambulatório, o cara ia no consultório, ambulatório... ele pagava o médico e ganhava a diferença entre o gasto com hospital e médico e o que ele recebia da empresa, chamava medicina de grupo, que ainda tem, né? A Golden Cross, a AMIL, que foi ven... foi vendida agora pra um grupo americano por (...) 100 bilhões de dólares (...)” (Entrevista com o Médico 08, profissional de São Carlos, entre 70-75 anos de idade).

Conforme entrevista concedida pelo Médico 07, a medicina de grupo, ou mais amplamente, aquela baseada em convênios médicos privados, ocupava, à época, certo espaço dentre os serviços médicos do município, ou seja, algo como vinte e cinco a trinta por cento desse segmento de mercado<sup>222</sup>, apesar de, afora os atendimentos particulares mediados pagamentos diretos aos serviços prestados, a grande maioria dos atendimentos médicos ainda se concentrava sobre pacientes indigentes, do INPS, ou mesmo, do FUNRURAL. Neste quadro, além da tradicional prática médica liberal de consultório (a qual se manteve ainda preservada em determinados termos durante esta segunda corrente profissional de retorno), e ao lado dos atendimentos realizados através do INPS (enquanto organização prestadora serviços públicos de assistência médica) e aos indigentes que eram atendidos gratuitamente, o setor de saúde de São Carlos passou a integrar, também e cada vez mais, novos serviços médicos oferecidos por meio de convênios, planos e seguros de saúde estabelecidos por empresas ligadas à iniciativa privada.

Dentre os convênios médicos existentes em São Carlos, surgiram não apenas aqueles oferecidos pela medicina de grupo empresarial (cujo tamanho sempre foi menor no município), mas também outros modelos organizados, por exemplo, na base de instituições estabelecida em sistemas de autogestão (cuja importância foi considerável para a medicina são-carlense) e de cooperativas médicas (tal como a forte UNIMED São Carlos, que é criada nesse contexto). Na realidade, inicialmente, emergiram em São Carlos:

“(...) grupos financeiros que entravam intermediando a saúde (...) aqui tinha vários grupos que tinham um, vamos dizer, com sede em São Paulo, por exemplo, mas que tinha alguma, alguma ponta de comércio aqui, ou de indústria, etc. Esse pessoal conseguia atender por aí e recebia, e tinha os bancos que estavam entrando pesadamente para ganhar dinheiro em cima da saúde. (...) Bradesco, Itaú – lá nos anos 1970; entrando pesadamente, fazendo medicina de grupo também (...) inclusive em São Carlos. (...) Era o

---

<sup>222</sup> Entrevista com o Médico 07, profissional de São Carlos entre 80-85 anos de idade.

Metrópole Saúde. O que mais? Era SAMCIL, Metrópole Saúde... São Paulo tinha uma dúzia (...). Aqui, você pegava esse... esse “chuveiro” dessas filiais de São Paulo, entendeu?(...) E tinha essas caixas beneficentes, né? (...) Era o CABESP, Banco do Brasil... cada um desses aí tinha um, um fundo, né? Eles administravam um serviço de saúde. Também isso existia naquele tempo... em São Carlos. Sem sede aqui, nada. Tinha um burocrata qualquer que fazia o “bypass” disso aí (...)” (Entrevista com o Médico 03, profissional de São Carlos, profissional de São Carlos, entre 75-80 anos de idade).

Neste contexto, ao final dos anos 1960 essa nova modalidade de prestação de serviços médicos, baseada em convênios médicos, já havia se estabelecido no município de São Carlos, assim como em outras localidades do Estado de São Paulo, e mesmo, do resto do país, oferecendo serviços privados de saúde por vezes considerados pelos médicos de qualidade questionável, já que visavam o lucro (principalmente a medicina de grupo) e porque ofereciam condições de trabalho mais difíceis aos colegas de profissão (a própria medicina de grupos e certos esquemas de convênios médicos organizados por instituição do setor de autogestão – tais como, em São Carlos, a CASSI/Banco do Brasil e a CABESP). Em realidade, afora estas modalidades citadas acima pelo Médico 03, as quais também criaram certas dificuldades aos médicos são-carlenses, e ao contrário do que se verificou em outras localidades do país – onde geralmente tais modalidades de organização de serviços médicos foram consideradas, por vezes, muito prejudiciais aos interesses da categoria –, a espécie de convênios privados que, ao final dos anos 1960 e início do decênio seguinte, veio a ser implantada no município de São Carlos com maior sucesso, não contrariava tanto aos interesses e a autonomia profissional do grupo médico local, seja em termos técnicos, políticos ou socioeconômicos. É o que será mais bem analisado a seguir quanto ao desenvolvimento dos serviços e convênios médicos da Casa de Saúde e da UNIMED de São Carlos.

No entanto, de uma perspectiva mais abrangente, há que se ter clareza que, nessa mesma época, embora enfrentando as citadas dificuldades socioeconômicas, políticas e profissionais diante das novas condições históricas emergentes com o problemático funcionamento do INPS e a expansão de determinados segmentos de convênios privados não muito favoráveis à medicina de São Carlos, baseados na chamada medicina de grupo e, em parte, a partir de determinados esquemas de autogestão, a realidade médica de São Carlos foi consideravelmente preservada diante do que ela havia conquistado anteriormente, vindo a se fortalecer ainda mais em razão de avanços que marcam a terceira onda de interiorização do profissionalismo médico local, o que gerou significativos desdobramentos à categoria, tanto do ponto de vista de sua

organização interna como em termos do quantitativo de profissionais, das condições financeiras do conjunto da profissão em nível local e de sua autonomia em uma perspectiva mais global, favorecendo sua inserção social e política diante de outros segmentos médios e de elite de São Carlos. Graças a uma nova conjugação de fatores históricos, internos e externos ao poder local, os quais serão analisados abaixo, os médicos do município encontraram novas oportunidades, em relação às quais estabeleceram novas modalidades de organização e ação que trouxeram considerável dinamização ao seu profissionalismo.

Dentre os fatores que condicionaram tais mudanças conformando a terceira onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos, podem-se destacar: a) maior desenvolvimento urbano-industrial do município – desde antes, mas especialmente a partir da década de 1970, em meio a novas políticas econômicas, tanto federais como estaduais, que, apesar do fechamento político da ditadura militar da época, facilitaram o relativo impulso industrial de diferentes partes do interior do Estado de São Paulo; b) crescimento demográfico do município de São Carlos – com destaque à ascensão de grupos sociais urbanos e ao paralelo aumento na demanda por serviços médicos que o mesmo crescimento gerou; c) reorganização e expansão do sistema universitário brasileiro e paulista – com crescimento no número de cursos de medicina e de novas especialidades para a carreira, o que permitiu a chegada de novos médicos, inclusive com maior especialização, ao município de São Carlos. Ao mesmo tempo, nota-se o paralelo crescimento da USP São Carlos (criada ainda no final dos anos 1940) e, já na década de 1970, o surgimento da UFSCar, o que igualmente guarda certa relação com desenvolvimento sobre a medicina local da época.

Dessa maneira, apesar de certos problemas enfrentados na passagem dos anos 1960 à década seguinte, a categoria médica são-carlense conseguiu reagir e se reposicionar, a fim de lidar com as novas condições históricas do período e aproveitar as oportunidades surgidas em meios às mudanças no contexto de relações entre o poder local e a dinâmica socioeconômica, política e médico-profissional ao nível do Estado de São Paulo e do país como um todo. Tal é o que se discute na quarta parte deste trabalho, em que se investiga, entre o início da década de 1970 e o ano de 1988, a relação entre, de um lado, o avanço do desenvolvimento urbano-industrial do interior paulista e do município de São Carlos, em meio ao contexto de um novo impulso no sentido da centralização do Estado brasileiro durante a ditadura militar e, de outro, certas

mudanças sociais e institucionais internas ao profissionalismo médico brasileiro, do Estado de São Paulo e do próprio município apontado.

De maneira mais detida, focalizam-se as relações entre tais fatores históricos citados acima e mudanças na realidade médica são-carlense, tais como: a) criação e início de funcionamento da Casa de Saúde e Maternidade São Carlos – com o paralelo estabelecimento de convênios entre este hospital e empresas industriais locais para a prestação de serviços médicos (em regime similar ao que se denominava, à época, de serviços próprios); b) emergência e expansão da cooperativa médica UNIMED São Carlos; c) reforma e ampliação da Santa Casa de Misericórdia do município e seu entrosamento com o crescimento da UNIMED São Carlos; d) a existência de outros convênios organizados em modelo de autogestão (como CASSI e CABESP); e) além de, inicialmente, existirem (deixando depois de ter a mesma relevância) contratos de prestação de serviços de médicos locais para outras instituições são-carlenses.

Tais mudanças, combinadas a outras condições sociais e institucionais, que marcaram especialmente a centralização dos serviços estatais de assistência médica previdenciária junto ao INPS, seus problemas e impactos sobre a realidade local, implicaram uma nova realidade histórica à medicina local, com desafios e oportunidades novos, que assim deveriam ser enfrentados pelos colegas de profissão. Este distinto quadro histórico e social, ao deslocar as anteriores preocupações dos médicos são-carlenses – os quais vinham lidando principalmente com os efeitos do processo de socialização da medicina na tentativa de encontrar alternativas frente aos problemas da medicina estatal –, e que os fez se voltarem para as novas necessidades de organização da categoria em relação às possibilidades oferecidas pelos emergentes convênios médicos privados, permitiram aos colegas são-carlenses, inadvertidamente e diante do próprio desenvolvimento do município e do crescimento de sua população, atingir relativa ampliação e dinamização de seu mercado de trabalho e de sua autonomia profissional, mas agora em uma nova conformação de sua realidade profissional o que conformou traços específicos à terceira onda de interiorização do profissionalismo médico junto ao poder local de São Carlos.

## **Parte IV**

**Terceira onda: assistência previdenciária, convênios médicos  
e o desenvolvimento local durante a ditadura.**



## Capítulo 11

### **Regime militar e desenvolvimento, interiorização da indústria e mudanças na saúde e no profissionalismo médico.**

A terceira onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos efetivou-se em meio ao regime militar brasileiro, instituído pelo golpe de 31 de março de 1964, o qual contou com o contraditório apoio de diferentes segmentos civis e militares, sob a justificativa de combater tanto a corrupção como o comunismo, a fim de restaurar, assim, o que se considerava a democracia brasileira (Motta, 2014). Neste empreendimento, entre outros recursos, adotaram-se métodos como a tortura, prisões arbitrárias e a censura aos meios de comunicação. Desde cedo, o novo governo começou a mudar importantes instituições do país, através principalmente do expediente aos chamados Atos Institucionais, os AI's, os quais tenderam a manter, restaurar ou reforçar o comando do Poder Executivo Federal, sob as mãos dos militares de alta patente, especialmente do Exército, a fim de que estes tivessem condições de superar as forças de oposição e por em marcha as suas orientações político-ideológicas, ligadas tanto à chamada Doutrina de Segurança Nacional (Motta, 2014) como a determinadas perspectivas de política econômica, as quais, através dos chamados planos nacionais de desenvolvimento, procuravam, sob o forte impulso da ação do poder de Estado central, gerar crescimento econômico e industrial ao país, inclusive de suas regiões ainda não desenvolvidas industrialmente (Negri, 1996; Cano, 2007; Vizentini, 2014).

A ditadura promoveu várias modificações na organização do poder de Estado brasileiro. O presidente da República passou a ter autorização para enviar ao Congresso

projetos de lei que deveriam ser apreciados em pouco tempo, tanto pela Câmara dos Deputados como pelo Senado; caso contrário, seriam dados como aprovados, o que aconteceu com frequência. Ademais, o chefe do Executivo nacional passou a ter a prerrogativa de propor projetos que implicassem aumentos nas despesas públicas, o que representou um novo caminho adotado pelo Estado brasileiro no sentido de aprofundar o já avançado processo de centralização política e sua influência sobre a organização da sociedade e da economia nacionais.

Durante anos, para os cargos de governadores estaduais estabeleceram-se mecanismos de eleições indiretas, além de se ter utilizado o expediente de nomear interventores em grandes cidades ou cidades consideradas de certa relevância. As imunidades parlamentares também foram suspensas, de modo que os congressistas poderiam ter seus mandatos cassados e seus direitos políticos suspensos por dez anos. Alguns governadores perderam seus mandatos. Por sua vez, através do AI-1, os servidores públicos (civis e militares) tiveram suas garantias de vitaliciedade e estabilidade suspensas por seis meses, a fim de abrir espaço para a demissão daqueles considerados opositores ou ameaças ao novo regime. Tal medida ainda seria utilizada em outras circunstâncias durante a ditadura, quando igualmente houve novas demissões e aposentadorias forçadas de servidores públicos.

Criou-se o Serviço Nacional de Informações – SNI, que tinha como objetivo coletar e analisar informações pertinentes sobre o que o governo passou a tratar como questões de Segurança Nacional. Tal órgão deu um considerável passo no sentido do Estado brasileiro controlar as atividades de seus cidadãos, tonando-se ainda uma espécie de centro relativamente paralelo de poder dentro do governo. Enfim, através do conjunto de AI's também se criaram os Inquéritos Policial-Militares (IPM's), sob os quais ficaram submetidos os indivíduos responsáveis por produzir atos considerados contrários ao Estado brasileiro, à ordem política e social do país, ou atos reconhecidos como subversivos e de “guerra revolucionária” (Motta, 2014).

### **11.1 A ditadura e suas mudanças institucionais: restrições e repressão políticas.**

Ao longo do tempo, aconteceram perseguições àqueles considerados adversários da ditadura, com uso inclusive de métodos de tortura e prisões arbitrárias, os quais, em

certos momentos, tornaram-se recursos sistemáticos de combate a opositores: especialmente depois da criação do sistema composto pelo Destacamento de Operações e Informações e pelo Centro de Operações de Defesa Interna, o eixo institucional do DOI-CODI, que se estendeu a várias unidades políticas estaduais. (Fausto, 2010).

O fechamento do sistema político e os Atos Institucionais trouxeram a extinção dos partidos políticos (AI-2) que haviam atuado no período democrático imediatamente anterior, forçando a organização de apenas dois partidos: a Aliança Renovadora Nacional – ARENA, agrupando os segmentos a favor do novo regime; e o Movimento Democrático Brasileiro – MDB, que relativamente reuniu a oposição. Esta enfrentou uma situação de pouca margem de manobra durante muitos anos ao longo da ditadura, adquirindo maior vigor político apenas a partir da segunda metade da década de 1970, acompanhada do processo de abertura do sistema político, que desembocou na redemocratização do país ao longo dos anos 1980 e 1990. Esta realidade só veio a se alterar depois das eleições de 1974, quando o MDB começou a aumentar seu apelo eleitoral, de modo que o regime realizou, depois disso, certas alterações na legislação eleitoral/partidária a fim de conter tal avanço (Maiwaring, Meneguello & Power, 2000).

O mesmo ano de 1974 marca o início do processo de liberalização política do país durante o governo Geisel (1974-1979), tornando o partido da Arena ainda mais importante para que o regime não fosse alterado drasticamente. Como a oposição emedebista continuou a crescer, o próprio governo modificou o sistema partidário novamente, transformando-o em um sistema multipartidário, a fim de fracionar as forças de oposição. Também se criaram os chamados senadores biônicos, os quais não foram eleitos pelo voto nem tiveram mandato definido.

Depois disso, até 1984-1985, o país foi marcado por um incerto processo de mudança rumo à democracia, cujos avanços foram: vitórias expressivas da oposição nas eleições posteriores a 1974; a Lei da Anistia (1979); a revogação do AI-5 (responsável pelo maior fechamento político atingido no período ditatorial); as eleições diretas para governadores (1982); o movimento das “Diretas Já” (1983-1984), que buscou eleições diretas para presidente da República; a vitória da Aliança Democrática e a eleição de Tancredo Neves para presidente da República (1985), embora ainda de modo indireto pelo Colégio Eleitoral; e a eleição, em 1989, do primeiro presidente da República através do voto popular depois da ditadura, quando venceu Fernando Collor de Mello.

Apesar de o regime ter enfrentado movimentos de resistência, inclusive armados – que de maneira mais ampla sucumbiram frente às ações de repressão do regime –, a

reabertura política do país, iniciada em 1974, foi um processo relativamente lento e condicionado por diferentes fatores sociais e históricos, e que se estendeu, pelo menos, até 1989 e a primeira eleição direta para presidente da República. Além do crescimento da força política e eleitoral da oposição desde as eleições de 1974, também contribuíram para as mudanças rumo à democratização: a) os problemas internos entre diferentes segmentos influentes das Forças Armadas e em termos das relações entre estes e demais segmentos políticos civis – o que impulsionou movimentos entre os militares no sentido de retornarem aos quartéis; b) os revezes produzidos pelo fim do chamado “milagre econômico” – que foram aprofundados em razão de uma combinação entre políticas de desenvolvimento industrial do país (baseado em investimentos de empresas estatais a partir de créditos obtidos no estrangeiro) e crises nos preços internacionais do petróleo no final dos anos 1970 e no início da década seguinte, as quais restringiram as possibilidades de obtenção de créditos ou rolagem da dívida do Estado brasileiro, o que pressionou no sentido da abertura política e da redemocratização (Kinzo, 2001).

Apesar disso, as citadas políticas de desenvolvimento econômico e industrial produziram algumas mudanças mais ou menos pretendidas pelo governo federal, as quais afetaram o interior do Estado de São Paulo e o poder local de São Carlos.

### **11.2 Os planos nacionais de desenvolvimento, medidas econômicas do governo estadual, incentivos municipais e a interiorização da indústria paulista.**

As políticas econômicas dos governos militares promoveram uma maior industrialização do país através dos planos nacionais de desenvolvimento – PND's, que produziram diferentes efeitos sobre a economia e a sociedade brasileira: ao mesmo tempo em que impulsionaram, relativamente, a industrialização de regiões mais afastadas dos grandes centros metropolitanos do Rio de Janeiro e de São Paulo, produzindo anos de grande expansão econômica ligados aos que se veio a chamar de “milagre econômico”, também geraram considerável crescimento da inflação e da dívida externa do país, com consequências negativas às contas e aos serviços públicos, além de ter encarecido o custo de vida da população – um quadro que se agravou ao longo da década 1980 e início do decênio seguinte.

Desde 1967, a política econômica nacional esteve direcionada para a expansão e diversificação produtiva, a fim de impulsionar o crescimento econômico do país e

elevar o nível de suas exportações. Na liderança deste processo, o poder público (especialmente o governo federal) e as empresas estatais realizaram grandes investimentos em infraestrutura de transportes, energia e telecomunicações, favorecendo o crescimento do PIB, o qual, entre 1970 e 1980, elevou-se em média 8,7% ao ano (Cano, 2007). Os investimentos foram direcionados, em grande medida, para o desenvolvimento produtivo de regiões mais periféricas da economia nacional, que ao longo do período obtiveram, em média, crescimento econômico e industrial acima da maior metrópole brasileira, o município de São Paulo, o qual, ainda assim, manteve-se na condição de centro nervoso da economia brasileira.

No I PND, criado ainda em 1971, propôs-se a implementação de programas de desenvolvimento regional – preferencialmente para as regiões Norte e Nordeste – sob a coordenação da Superintendência de Desenvolvimento da Amazônia – SUDAM, Superintendência da Zona Franca de Manaus – SUFRAMA e Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste – SUDENE, contando ainda com apoio financeiro de bancos oficiais, tais como Banco do Nordeste S/A – BNB, Banco da Amazônia S/A – BASA, Banco Nacional de Desenvolvimento – BNDE<sup>223</sup>, Banco do Brasil e Caixa Econômica Federal. Depois, com o II PND, o governo brasileiro procurou continuar com os programas anteriores e criar outros, a fim de realizar ações integradas fora do centro econômico mais desenvolvido da capital paulista. Ademais, foram estabelecidas áreas privilegiadas para receberem investimentos produtivos. O II PND ampliou a estratégia de realizar-se uma maior integração do território nacional através de um desenvolvimento econômico que propiciasse uma maior desconcentração espacial da indústria (Negri, 1996).

Ao lado desse impulso à industrialização, percebeu-se também uma paralela desconcentração da produção e da renda agrícolas em termos das unidades estaduais, que relativizou a posição do Estado de São Paulo e favoreceu outros estados, especialmente das regiões Norte e Centro-Oeste (Negri, 1996), que passaram a representar novas fronteiras agrícolas de expansão econômica. No entanto, de maneira mais geral, o incentivo ao setor agroexportador e à agroindústria que caracteriza o período ampliou as tensões no campo, ao mesmo tempo em que a abertura de mercado de trabalho nas grandes cidades, atraiu a mão de obra então marginalizada pelo processo de mecanização da agricultura. Estima-se que, entre 1960 e 1980, o êxodo rural

---

<sup>223</sup> Hoje com a denominação de Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social – BNDES.

brasileiro movimentou cerca de 27 milhões de pessoas. Se até os anos de 1960, metade da população do país vivia em áreas rurais, depois dessa década, muitos grupos populacionais passaram a se concentrar em áreas urbanas, as quais, em 1980, representavam algo em torno de 70% da população do Brasil, o que favoreceu não apenas o setor industrial, mas também o de comércio e de serviços (Ponte e Nascimento, 2010).

Entretanto, com a crise internacional dos preços do petróleo do ano de 1973 e a reação do governo dos EUA de alterar sua política fiscal com considerável aumento das taxas de juros, as condições de obtenção de crédito e de endividamento dos países em nível internacional modificaram-se drasticamente, criando crescentes problemas ao Brasil quanto ao seu endividamento externo (e também interno) e em relação à subida nas taxas de inflação da economia nacional. Já na década de 1980, e com a segunda crise internacional do petróleo, esse conjunto de fatores aprofundou a crise brasileira, restringindo ainda mais a margem de ação do Estado, tanto no plano federal como estadual ou regional, atingindo igualmente as atividades e investimentos promovidos pela iniciativa privada (particularmente do setor industrial), o que trouxe queda no impulso econômico não somente do parque industrial de São Paulo, mas do próprio processo de desconcentração industrial que vinha acontecendo no país (Cano, 2007).

Mas ao lado desse quadro de esforços do poder de Estado central no campo das políticas públicas que buscavam o crescimento e a maior integração econômicos do país, e que propunha o desenvolvimento e a desconcentração da indústria em direção a diferentes partes do território nacional, nota-se uma reorganização espacial e também certa desconcentração industrial interna ao Estado de São Paulo, havendo um movimento de deslocamento industrial a partir da capital paulista rumo ao interior do estado, o que foi favorecido não apenas pelas mesmas políticas econômicas federais, mas também por certas iniciativas de diferentes governos estaduais paulistas e, em menor medida e com menos eficácia, de várias prefeituras municipais do interior do estado. De certo modo, o interior paulista foi a região que mais se beneficiou do processo de desconcentração industrial da capital paulista e, igualmente, de sua região metropolitana. As localidades do interior que mais se beneficiaram com este processo foram as chamadas cidades médias paulistas que, de uma maneira geral, cresceram e avançaram com seu desenvolvimento urbano-industrial (Negri, 1988). O desenvolvimento industrial de São Carlos durante os anos 1970 acontece exatamente em meio a tais avanços econômicos do Estado de São Paulo e do país.

Mas ao lado de tais movimentos socioeconômicos e políticos, realizados em boa medida desde iniciativas do poder de Estado central, surgiram também novas organizações estatais em outros setores da administração pública, bem como certos processos e movimentos sociais que acabaram igualmente atingindo o particular setor de saúde do país, com desdobramentos sobre a organização do trabalho e a conformação mais ampla das instituições do profissionalismo médico brasileiro.

Neste sentido, surgiram importantes mudanças na área de saúde, tais como: a) ainda em 1966, a emergência do já tratado Instituto Nacional da Previdência Social – INPS, que centralizou ainda mais os serviços de assistência médica estatal antes segmentados pelos diferentes IAP's, ao mesmo tempo em que se ampliou o sistema previdenciário para o atendimento médico de um público bem maior do que anteriormente, em um movimento que seguiu, em parte, o próprio processo de desenvolvimento socioeconômico e a expansão e dinâmica demográficas que caracterizaram o período no país; b) em 1974, emergiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, que reorganizou, relativamente, o sistema de assistência médica, iniciando um movimento de relativa separação institucional entre a assistência médica e a previdência social em si, o que se completa apenas na passagem dos anos 1980 à década seguinte, já no contexto em que a assistência médica previdenciária enfrentava sua crise derradeira, que culminou, desde o processo Constituinte de 1986-1987, no novo Sistema Único de Saúde – SUS, já em meio ao avanço do processo de democratização do país ao longo dos anos 1980 e 1990.

Tais mudanças específicas do setor de saúde do país influenciaram mais diretamente o profissionalismo médico nacional e, como se analisa na sequência, atingiram, de maneira peculiar, a realidade médica do poder local em São Carlos.

### **11.3. Modificações do sistema de saúde e na conformação das instituições do profissionalismo médico.**

O crescimento urbano e o êxodo rural que acompanharam o impulso industrial dos anos 1970 resultaram, para a população mais pobre e por vezes submetida à situação de subnutrição, na necessidade de ocupação de regiões citadinas com precárias condições sanitárias, levando a uma significativa alteração do quadro epidemiológico do país a partir do recrudescimento de doenças transmissíveis e do aumento da mortalidade

infantil. Por outro lado, os projetos de integração nacional e expansão da fronteira econômica na Amazônia e no Centro-Oeste, realizados pelos governos militares, igualmente geraram problemas para a área de saúde. A malária, a febre amarela e outras doenças endêmicas aumentaram sua incidência expressivamente nessas regiões (Ponte & Nascimento, 2010). A situação foi agravada no período com o aumento da jornada de trabalho e pelo arrocho dos salários, o que trouxe, de certo modo, outros efeitos negativos do ponto de vista das condições sociais que afetavam a saúde da população brasileira.

Em 1973, a partir do primeiro choque do petróleo, a situação externa começou a mudar, sinalizando que os anos de relativa abundância estavam se esgotando e que a crise estava começando a atingir não apenas os trabalhadores menos qualificados, mas igualmente as classes médias. Segmentado institucionalmente entre a área de saúde pública e a medicina previdenciária, o setor de saúde encontrava-se extremamente fragilizado e com difíceis condições de responder com efetividade às novas demandas que o modelo de desenvolvimento econômico (e seus problemas) trazia para o setor àquela época (Ponte & Nascimento, 2010, p. 186).

No que se refere à saúde pública, o Ministério da Saúde, ao longo dos anos de ditadura, verificou baixo nível de investimento e pequena participação no orçamento do país. Tendo vivido boa parte deste período dividido entre as ações preventivas regulares na rede de atenção básica à saúde e as campanhas de vacinação, especialmente a partir da campanha contra a poliomielite, na passagem dos anos 1970 para a década seguinte, quando verificou importante crescimento da atenção do poder público e da sociedade às chamadas campanhas e aos dias nacionais de vacinação (Ponte & Nascimento, 2009). Em realidade, no período em destaque, quanto aos serviços de saúde pública do país e, particularmente em relação ao Estado de São Paulo, os mesmos acabaram por implicar políticas públicas desenvolvidas, em grande medida, sob os auspícios do próprio governo estadual, o qual, desde a Primeira República, já vinha estruturando seus serviços e organismos específicos, sendo que, de alguma maneira, isso se manteve nessas condições até o final dos anos 1980, sofrendo apenas mudanças ou reformas mais ou menos parciais que alteraram somente certos traços que caracterizavam seus serviços em determinados momentos do século XX (Castro Santos, 2004; Mascarenhas, 1973; Almeida, 2013).

A partir dos anos 1980 e, em especial, ao final dessa década, esse quadro se modifica mais amplamente, quando se intensifica o processo de municipalização da área



de saúde como um todo, a partir do movimento histórico que resultou na criação do Sistema Único de Saúde – SUS. Em realidade, como se verificará adiante, tal dinâmica histórica afetou, relativamente, a área de saúde do município de São Carlos e o profissionalismo de seu grupo médico.

Por outro lado, outros problemas eram produzidos pelo tipo de formatação que o sistema de saúde brasileiro assumiu no período, combinando de maneira muito particular o setor público e a iniciativa privada, com efeitos observados não apenas em relação aos serviços sanitários de caráter preventivo, mas especialmente sobre as ações de assistência médica curativa (Menicucci, 2007). Esse formato, desenvolvido principalmente desde os anos 1960, impulsionou a assistência médica curativa organizada a partir da iniciativa privada, a qual foi favorecida como prestadora de serviços contratados pelo poder público, o que permitiu a capitalização do mercado privado de serviços médicos a partir de seu financiamento desde os recursos financeiros oriundos dos cofres públicos.

Com isso, ao longo das décadas de 1970 e 1980, o setor de assistência médica privada expandiu-se consideravelmente, tornando-se, com o tempo, relativamente autônomo diante do próprio setor público. Por sua vez, a previdência social do país, que financiava este sistema, foi se tornando cada vez mais deficitária, tanto pela multiplicação de procedimentos médicos privados – que avançavam em velocidade muito superior ao crescimento das fontes de financiamento estatais – como pelos desvios de recursos para outras políticas públicas e para a corrupção. Em realidade, os gastos com procedimentos médicos eram incentivados, já que os prestadores de serviços recebiam por unidades de serviços prestados. Isso ainda levou a ocorrência de fraudes, dada a própria fragilidade dos mecanismos de controle dos gastos, o que, somado ao outro fator mencionado anteriormente, levou à crise do sistema público de assistência médica previdenciária.

Dado esse processo, o mercado de assistência médica privada foi crescendo principalmente em razão da criação de convênios de assistência médica e planos e seguros de saúde, os quais ganharam espaço em razão tanto da crise do sistema público de assistência como pela perda de força da medicina liberal de consultório diante do encarecimento da medicina, o que fez com que expandissem os serviços prestados, mais ou menos coletivamente, através de: a) setores empresariais da chamada medicina de grupo; b) de outros serviços, considerados próprios, oferecidos por grupos empresariais aos seus próprios funcionários; c) dos esquemas conhecidos como sistemas de

autogestão – em que organizações não-estatais prestadoras de serviços de saúde são geridas pelos próprios beneficiários dos mesmos serviços; d) das chamadas cooperativas médicas ou de trabalho médico; e) por serviços disponibilizados através de contratos com empresas de seguros de saúde.

Mas além desses fatores, a crise do sistema de saúde então existente, que, como visto acima, combinava de maneira peculiar a iniciativa privada e o setor público estatal estabeleceu-se também em razão do surgimento do Movimento de Reforma Sanitária e de novos setores médicos ligados a novas áreas de conhecimento acadêmico, a exemplo da reorganizada medicina social e da chamada saúde coletiva – muito influenciadas pelas novas ideias ligadas tanto à chamada medicina comunitária como às ideias que defendiam os chamados determinantes sociais da saúde. Estes novos setores médicos tornaram-se críticos do então sistema de saúde marcadamente privatista, ineficiente e até corrupto. Tais setores, impulsionados por ideias políticas de esquerda que procuravam uma transformação mais profunda nas relações entre Estado e sociedade no país e que almejavam desenvolver um sistema público e estatal forte, mais inclusivo e aberto à participação popular e da sociedade civil brasileira, passaram a se articular politicamente, favorecidos pelo próprio contexto de maior mobilização popular e política em razão do processo de redemocratização do país ao final dos anos 1970 e durante os anos 1980.

Em vista disso, favorecidas pela mobilização social e política do período, a fim de superar os problemas existentes na área de saúde do país, foram surgindo importantes modificações no sistema de saúde nacional através de algumas iniciativas do Estado brasileiro em associação com setores da sociedade civil que se envolveram com tal contexto social e político. Entre estas iniciativas, podem-se destacar especialmente: a VIII Conferência Nacional de Saúde, as Ações Integradas de Saúde e os Sistemas Descentralizados de Saúde, os quais em parte ecoaram sobre o processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988, a qual consagrou os princípios que conformam o atual Sistema Único de Saúde – SUS. O novo sistema de saúde criado com o SUS, embora tenha reforçado o setor público, a participação da sociedade civil e apesar de ter relativizado a anterior centralização política do setor em direção à sua municipalização, ainda manteve o setor privado fortemente organizado, de modo que passou a existir uma clara dualidade no sistema de saúde nacional entre, de um lado, um setor público mais voltado para a oferta de serviços de saúde aos brasileiros mais pobres

e, de outro lado, um setor privado direcionado à prestação de serviços aos mais ricos (Menicucci, 2007).

Além desses desenvolvimentos na área de saúde em geral, do ponto de vista das instituições do profissionalismo médico brasileiro, o período em destaque foi caracterizado pela paralela expansão tanto do sistema universitário em geral do país como pela criação de novos cursos de medicina, o que atingiu particularmente o interior paulista, de modo que um maior número de profissionais passou a se formar e buscar sua integração no mercado médico de diferentes localidades, as quais, a exemplo do município de São Carlos, estavam em processo de crescimento tanto demográfico como econômico graças ao impulso urbano-industrial que marca o mesmo período histórico. Ao lado da criação de novos cursos, um novo perfil profissional passou a caracterizar os médicos que vieram a se formar em tais cursos, ou seja, no lugar dos antigos profissionais de perfil mais generalista ou que atuavam em especialidades mais básicas e tradicionais, outros especialistas de áreas mais recentes e em franco processo de expansão dentro da medicina passaram a se formar e buscar postos de trabalho nas diferentes regiões do país que se encontravam sob o impulso do desenvolvimento econômico e industrial da época.

Foi neste contexto histórico nacional, que marcou o período entre o final dos anos 1960 e a criação do SUS, em 1988, que se estabeleceu a terceira onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos, em meio a determinados condicionantes sociais e históricos próprios ao poder local do município àquela época, os quais serão mais bem esclarecidos adiante. Dentre estes, encontram-se: a) o impulso à interiorização do desenvolvimento urbano-industrial dos anos 1970, o qual afetou o desenvolvimento econômico e político de São Carlos; b) a antes mencionada autonomização, mais evidente a partir da década de 1980, do mercado privado de assistência médica, o que através de medidas e decisões do próprio Estado brasileiro, contribuiu para o avanço de convênios médicos privados e da própria UNIMED São Carlos; c) além de outros desenvolvimentos nas instituições do profissionalismo médico brasileiro e paulista – particularmente a interiorização de cursos de medicina em diferentes regiões do país, tal como no interior do Estado de São Paulo, o que trouxe mudanças no quantitativo e no perfil de novos profissionais que se formavam em tais instituições e que passaram a buscar postos de trabalho em diferentes regiões do país, tal como no município de São Carlos.

## Capítulo 12

### **Modernização urbano-industrial e inflexões na medicina de São Carlos nos anos 1970 e 1980.**

Durante a década de 1960, a indústria do interior paulista cresceu e diversificou suas atividades, expandindo-se principalmente os setores de bens de capital e bens de consumo duráveis, entre os quais vários empreendimentos especializados na produção de bens intermediários (química, metalurgia, borracha, papel e papelão) e na fabricação de produtos da indústria mecânica. Se nos anos 1950 a participação do interior no valor da produção industrial diminuiu relativamente ao crescimento verificado na região metropolitana de São Paulo, essa participação voltou a crescer na década seguinte – tendência intensificada durante os anos 1970. Embora a participação de São Carlos ainda fosse relativamente pequena no valor da produção industrial do conjunto do Estado de São Paulo, em relação às demais cidades industriais paulistas, o mesmo município veio a ocupar relevante posição no mesmo período (Lima, 2008).

Por outro lado, como antes observado, enquanto na década de 1950 houve certa combinação entre relativo decréscimo na população total com crescimento de sua população urbana, o município de São Carlos, a partir da década seguinte, verifica significativa recuperação demográfica chegando a observar crescimento superior a outras localidades de sua região administrativa estadual e até de outras cidades. Em 1980, ao lado da recuperação econômica do conjunto do interior paulista, o eixo

rodoviário constituído pelas vias Anhanguera e Washington Luís – em que se situa São Carlos – já concentrava 48% do valor da transformação industrial do interior paulista (Lima, 2008).

Desde os anos 1960, São Carlos já assumira posição relevante como centro industrial do estado, especialmente pelo dinamismo de suas empresas mecânicas e de material elétrico – algo já estabelecido desde o período anterior. Com a nova política de desenvolvimento estadual dos anos 1970, o governo paulista promoveu o incentivo ao desenvolvimento urbano-industrial do interior através do chamado Programa de Cidades Médias, que beneficiou toda a região de São Carlos. Já em 1970, observam-se 345 estabelecimentos industriais em São Carlos, empregando 7.235 funcionários – o que aumentou consideravelmente em poucos anos, pois em 1975 a indústria local já empregava 11 mil funcionários. Neste movimento, entre 1970 e 1975 o valor da produção industrial são-carlense cresceu 253% (Lima, 2008). Considerando-se que tais funcionários eram membros de famílias com outras pessoas, logo se percebe como o desenvolvimento industrial favoreceu o crescimento demográfico do município, especialmente dentre aqueles habitantes residentes na zona urbana da localidade.

Mudança significativa que contribuiu para tal desenvolvimento foi a criação da Escola de Engenharia de São Carlos – EESC, onde veio a trabalhar qualificado quadro de professores desenvolvendo pesquisas em ciências exatas aplicadas. Em 1971, a partir das áreas de matemática, física e química, formaram-se o Instituto de Física e Química de São Carlos – IFQSC e o Instituto de Ciências Matemáticas de São Carlos – ICMSC. No ano seguinte, criou-se o primeiro campus USP de São Carlos. Ao lado disso, ainda em 1970, surgiu a Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, estabelecida por decreto federal. Na UFSCar, logo começou a funcionar o curso de licenciatura em Ciências e Engenharia de Materiais (o primeiro nesta especialização no Brasil). Em pouco tempo, esta, que era a primeira universidade federal do país no interior paulista, diversificou seus cursos, então voltados igualmente às ciências exatas e engenharias. Com isso, São Carlos passou a diferenciar-se por se transformar rapidamente em centro de pesquisas de base tecnológica, o que favoreceu seu desenvolvimento como localidade especializada na produção industrial de alta tecnologia.

Neste sentido, como comenta a Moradora 02, no desenvolvimento de São Carlos foram importantes:

“(...) a USP e a UFSCar vieram dar uma contribuição enorme, né? Para o desenvolvimento de São Carlos. Acho que realmente. Eu lembro do marco que foi. Eu lembro dos rojões, quando foi anunciado que ia ter a Universidade Federal de São Carlos. Eu lembro perfeitamente (...)” (Entrevista com a Moradora 02, professora e formada em biologia, entre 55-60 anos de idade).

Já, para a Moradora 03, igualmente foram fundamentais ao desenvolvimento local as grandes indústrias que cresceram no município: “(...) eu lembro quando eu era criança e tal, a fama que tinham (...) as Indústrias Pereira Lopez”<sup>224</sup>. E a outra ainda destaca:

“Clímax, né?” A Faber Castel, a gente tinha orgulho quando era criança que a Faber Castel era de São Carlos. Então, acho que foi mesmo, as indústrias que foram chegando, as universidades, acho que foram marcantes, né? Para esse desenvolvimento (...) aí virou polo de alta tecnologia, mas quem puxou isso foram as universidades” (Entrevista com a Moradora 02, professora e formada em biologia, entre 55-60 anos de idade).

Em realidade, apesar de se estabelecerem inicialmente desde décadas antes, as conexões entre as universidades locais e o setor industrial tornaram-se mais proeminentes nos anos 1980 e 1990, o que trouxe impactos para as relações entre as pesquisas das universidades locais, os empreendimentos industriais do município e seu desenvolvimento urbano mais amplo (Lima, 2008). Com a criação e expansão de cursos em diferentes áreas que vieram a ser constituídos nessas duas universidades, observam-se reflexos não apenas do ponto de vista do desenvolvimento da indústria local em si, mas igualmente sobre a estrutura ocupacional e demográfica do município. Como bem descreve o Morador 02, que além de nascido é também antigo morador da localidade, as duas universidades foram responsáveis, especialmente desde os anos 1970, por diferentes mudanças apresentadas pelo município:

“(...) trouxeram e trazem novos valores, novas pessoas, que vem estudar e acabam... analisando com um pouco de cuidado, tem muitas que acabam os pais mudando para São Carlos. Eu não tenho essa estatística, mas eu garanto que uma boa parte, eles vem visitar os filhos, naturalmente (...) e ficam conhecendo São Carlos e acabam gostando da cidade. Realmente, São Carlos é uma cidade atraente, né? (...) pelo crescimento que é aparente, pelo destaque, né?... é... no mercado da ação comercial e industrial. É, têm

---

<sup>224</sup> Conforme entrevista com a Moradora 03, formada em letras, aposentada, entre 60-65 anos de idade.

diversos fatores aí, inclusive as escolas. Sumamente importante, porque depois veio a USP e a Federal (...) É que uma parte se forma e acaba namorando moças aqui e casando aqui; outros os pais acabam gostando da cidade, são mais idosos, vêm para São Carlos, mudam para cá. Então a gente percebe que é um crescente contínuo (...) Eu estou admirado, esses dias dei uma volta por aí, fui ver uns bairros que eu não conhecia, até pra baixo daqui (...) porque a gente fica no miolo, no centro, dessa vez eu fui (...) com meu genro, de carro, pra conhecer a minha cidade melhor. Fiquei admirado, nunca vi tanto bairro novo, tanta gente, tanta casa (...)” (Entrevista com o Morador 02, comerciante aposentado, entre 85-90 anos de idade).

E para as Moradoras 02 e 03, esse crescimento do município e seu mais amplo desenvolvimento teriam, relativamente, influenciado outros avanços havidos na área de saúde e na medicina do município, bem como na inserção social mais ampla de médicos em São Carlos. Neste sentido, a Moradora 02 observa:

“(...) Eu acho que esses anos de desenvolvimento maior, que a gente sente, foi justamente onde começou essa parte de planos médicos que não existia. Acho que coincidiu mais ou menos. Porque não existia, ninguém tinha plano médico (...). Plano médico é uma coisa relativamente recente (...) Acho que coincidiu com esse crescimento, desenvolvimento da cidade (...) Porque, que referência a gente tinha? (...) Era a Santa Casa de São Carlos (...). Aí, depois, o hospital, que já tem muitos anos, ele até hoje é chamado de Hospital Novo (...) que é a Casa de Saúde (...)” (Entrevista com a Moradora 02, professora e formada em biologia, entre 55-60 anos de idade).

Em complementação às observações acima, a Moradora 03 ainda emenda:

“(...) acho que a vinda de tantos médicos, isso, o médico vem e traz a família, são pessoas privilegiadas, né? Socialmente falando. Então investem na cidade. E também o fato de a cidade ter certos serviços, isso também colabora (...)” (Entrevista com a Moradora 03, formada em letras, aposentada, entre 60-65 anos de idade).

Do ponto de vista demográfico, como já observado, desde os anos 1960 o município manteve expressivo crescimento, especialmente dentre os grupos sociais urbanos. Enquanto em 1960 a população local era de 62.045 habitantes e sua taxa de urbanização atingia 75,10%, em 1970 já havia 85.425 habitantes na localidade, cuja taxa de urbanização chegou aos 88,7%. Por outro lado, em 1980, São Carlos chega a 119.542 habitantes e a 92,2% em sua taxa de urbanização. Mas além do êxodo rural que marca o período e do crescimento de pessoas que vieram habitar a região da cidade para

trabalhar no setor industrial em crescimento acelerado, parte desse processo de expansão urbana e demográfica foi impulsionada pelo salto no processo migratório intermunicipal e interestadual, que atinge a municipalidade nesse mesmo período, e que, além de vir a suprir os postos de trabalho das indústrias locais, também acabou gerando um afluxo de trabalhadores para a zona rural, mas que, entretanto, vieram a habitar áreas urbanas como boias frias (Lima, 2008, p. 156-159).

Ao mesmo tempo, durante a primeira metade dos anos 1960 os bondes elétricos foram substituídos pelo transporte feito por ônibus, o que permitiu que populações localizadas mais distante do centro da cidade deslocassem-se com maior agilidade, o que conferiu maior dinamismo ao processo de urbanização do município de São Carlos. Ademais, multiplicou-se no período o número de pessoas que passaram a adotar o automóvel como meio de transporte, o que aumentou a demanda por vias mais largas. A reestruturação do sistema viário que acompanhou esse processo implicou a construção de avenidas marginais ligando o centro à região oeste da cidade e a criação da alça de acesso à rodovia Washington Luís conectando-a a zona norte da cidade, através da Avenida São Carlos (que perpassa todo o centro da cidade). Tais desenvolvimentos permitiram integrar mais as diferentes regiões da cidade e favorecer seu dinamismo econômico. Na mesma década, foram criados 14 novos loteamentos urbanos no município que, juntos, somavam 406,76 hectares. Tal expansão dirigiu-se especialmente na direção oeste da cidade. Já nos anos 1970, os loteamentos da cidade difundiram-se de maneira menos concentrada, havendo expansão também nos interstícios dos vazios da área urbana já consolidada (Lima, 2008, p. 161-171).

Acompanhando tal movimento, os setores do comércio e de serviços, que ainda em 1960 eram menos desenvolvidos – fazendo com que são-carlenses fossem suprir suas demandas por tais recursos em cidades vizinhas –, veio a se desenvolver mais efetivamente, a partir de 1970, no centro da cidade, provocando mudanças significativas no uso e ocupação dessa área (Devescovi, 1987) e gerando outras oportunidades do ponto de vista ocupacional, pois, assim, o município passou a oferecer outras formas de emprego às pessoas que se fixavam na localidade. Mesmo a agropecuária cresceu nesse período, sendo o café e a pecuária (particularmente ligada à produção de laticínios) ainda os produtos de maior destaque na localidade. Contudo, incentivada pelos esforços estaduais e federais em torno do Programa Proálcool, a produção de cana-de-açúcar também cresceu consideravelmente, o que, junto do aumento da mecanização do campo, provocou êxodo rural, além de ter trazido muitos migrantes de outros estados para



trabalharem nas lavouras são-carlenses, os quais, entretanto, passaram a residir também na cidade, ampliando a população urbana local.

Mas durante a década de 1970, além do crescimento na agropecuária e no setor terciário, o segmento econômico que mais se desenvolveu foi o setor secundário são-carlense, avançando a uma taxa de 8,4% ao ano. Enquanto os ramos industriais de alta tecnologia estruturavam-se, as empresas especializadas nos segmentos mecânico e têxtil assumiam a dianteira do processo, sendo os segmentos da indústria mecânica responsáveis por 46% da receita industrial local (Lima, 2008). Com tudo isso, e principalmente em razão do impacto da industrialização sobre o desenvolvimento urbano do município, as próprias patologias apresentadas pelos doentes foram se alterando com o tempo, transformando o cotidiano de trabalho médico na localidade.

“Foi uma mudança radical. O café acabou. Começaram a plantar cana. O que aconteceu com o plantador de café, de cana, vieram tudo para a cidade. Hoje, quanto nós temos na [zona] rural? Não chega a dez por cento. Eram vinte e cinco por cento. Então, São Carlos, vamos supor que tivesse, vamos por, setenta e cinco mil habitantes, só para... vinte e cinco mil estava [na zona rural], e cinquenta na cidade. Quando houve a industrialização, os rurais passaram para a cidade. Porque junto da industrialização, veio, eu chamo de ‘canalização’, quer dizer, a cana de açúcar, nas plantações, onde precisava de dez homens, foi precisar de um. O camarada vai colher a cana com uma máquina, ele vai trabalhar a noite inteira, ele colhe milhões de toneladas (...) Eles vieram tudo para a cidade. (...) Tanto é que acabou o FUNRURAL. (...) (...) Não estamos falando de dez pessoas. Estamos falando de um terço da população. Não de hoje, mas daquela época. Então o indivíduo veio para a cidade. Mudou completamente. Desde a patologia, sabia? As doenças dos rurais eram diferentes. Berne, você não vê mais. Eu atendia Berne todo dia. Para você ter uma ideia como as coisas mudaram. (...) você vê Berne hoje de vez em quando, mas é uma raridade. Na Santa Casa, não tinha semana que eu não tirava dez (...)” (Entrevista com o Médico 07, profissional de São Carlos, entre 80-85 anos de idade).

Ao lado disso, a política são-carlense acompanhou o processo de mudança socioeconômica e em relação aos efeitos sentidos localmente a partir da intensificação do processo de centralização política do Estado brasileiro – marcado agora pelo contexto de organização e funcionamento da ditadura militar. Dessa maneira, nota-se uma adaptação dos grupos sociopolíticos de São Carlos às novas condições do jogo político-partidário que caracterizou este novo período da história brasileira, o que, em parte, como se observará na sequência desta análise, também atingiu a medicina local, seu profissionalismo de maneira mais ampla e suas relações com grupos sociais, econômicos e políticos de dentro e de fora do poder local são-carlense.

### **12.1. A política são-carlense durante a ditadura e o processo de redemocratização até 1988.**

Depois do golpe militar de 1964, com a organização do bipartidarismo composto pela Aliança Renovadora Nacional – ARENA e pelo Movimento Democrático Brasileiro – MDB, o jogo político em São Carlos não se alterou de maneira mais radical (Leite, 2000), contudo, ainda assim, houve certos desdobramentos para a realidade local. A ARENA são-carlense foi criada por iniciativa do deputado federal e médico, doutor Ernesto Pereira Lopez (ex-UDN), e do político são-carlense Antonio Massei (ex-PTB), os quais, antes do AI-2, eram adversários políticos. Com a adoção de sublegendas, emergiu na localidade uma ARENA 01, composta por ex-políticos da UDN e liderados por Ernesto Pereira Lopez, e uma ARENA 02, sob a liderança de Antonio Massei e composta por antigos membros do PTN e do PTB. Essas duas alas da ARENA continuaram relativamente em oposição, apesar de estarem inseridas na mesma agremiação partidária. Já o MDB são-carlense, constituiu-se de elementos do PTB, PSP, PSB<sup>225</sup> e PR. Liderado pelo sindicalista Antônio Cabeça Filho, o MDB tendeu a ser apenas um partido menor em São Carlos (Pedroso Neto, 2000).

Assim, em grande parte da ditadura a disputa política local deu-se essencialmente no âmbito da própria ARENA, que, ao longo do período, embora não sem certa dificuldade, conseguiu elevar nomes de sua legenda para cargos tanto no Legislativo como no Executivo de São Carlos, o que fez com que o partido mantivesse sua posição de relativo domínio em meio à política local (Pedroso Neto, 2000, p. 61). Entre 1964 a 1979, a localidade observou os seguintes prefeitos municipais: para o mandato iniciado em 1964, Antonio Massei (PTN); para o de 1968, José Bento Carlos do Amaral (ARENA02); como interventor federal, desde 1970, Antonio Teixeira Vianna; em 1972, Mário Maffei; e no ano de 1976, novamente o político Antonio Massei, ainda da ARENA 02 (Lopes, 2000, p. 71).

Tal situação começou apenas a se alterar, gradualmente, com a chamada abertura política, em fins dos anos 1970, quando, para além da oposição entre ARENA e MDB, outros grupos políticos começaram a se organizar, o que trouxe certa multiplicação de partidos políticos (já no contexto de criação de um novo sistema multipartidário), os quais foram criados e passaram a participar da mobilização política da sociedade

---

<sup>225</sup> PSB – Partido Socialista Brasileiro.

brasileira em meio ao processo de redemocratização pós-ditadura militar. De qualquer maneira, como será analisado, o papel político exercido durante a ditadura militar e dinâmica mais extensa envolvendo a ARENA e suas lideranças políticas em São Carlos foram muito importantes para certos desenvolvimentos médicos e hospitalares no município durante a terceira onda de interiorização do profissionalismo médicos local.

Por outro lado, a partir do movimento de abertura política, dentre os partidos que emergiram nesse processo até a promulgação da Constituição de 1988 e as primeiras eleições diretas à presidente da República, em 1989, surgiram: o Partido Democrático Social – PDS (ligado à base da antiga ARENA), Partido do Movimento Democrática Brasileiro – PMDB (que veio aglutinas diferentes parcelas oposicionistas do regime ditatorial), Partido Democrático Trabalhista – PDT (constituído de grupo com pouca representatividade política na localidade), Partido Trabalhista Brasileiro – PTB (que se formou essencialmente pelo grupo político liderado pelo deputado são-carlense Vicente Botta), Partido Comunista Brasileiro – PCB e Partido Comunista do Brasil – PC do B (com determinados segmentos de esquerda) e o Partido dos Trabalhadores – PT (formado de outros segmentos políticos de esquerda que antes se situavam no MDB e que tinha relações com os movimentos estudantil e negro e com sindicatos de funcionários da USP e UFSCar). Em São Carlos, assim como em outros municípios, esses novos partidos mostraram-se muito atuantes logo nas primeiras eleições que se seguiram ao processo de criação do novo sistema pluripartidário.

Nas eleições de 1982, ainda se evidenciou a maior representatividade dos partidos com maior penetração social, ou seja, o PMDB e o PDS. João Dagnone de Melo (PMDB), embora o segundo mais votado, foi eleito prefeito municipal em São Carlos através do voto de legenda. Na Câmara de Vereadores, nenhum partido obteve a maioria. Com esta ascensão do PMDB local, São Carlos acompanhou o movimento político verificado em nível estadual e nacional. Já nas eleições de 1988, o quadro multipartidário havia se consolidado com a integração de novos partidos. As candidaturas agora poderiam ter um candidato por legenda ou coligação. O PTB lançou Vadinho de Guzzi, o qual foi o vitorioso, assumindo a prefeitura municipal.

Foi em torno de tal contexto político e em meio ao impulso sobre seu desenvolvimento industrial (antes observado) – especialmente desde os anos 1970 – que será mais bem analisada a terceira onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos, a qual, ao se conectar a tais mudanças na realidade do poder local são-carlense, assumiu especificidades históricas que serão verificadas abaixo.

## Capítulo 13

### **Assistência médica estatal, convênios particulares e o profissionalismo médico no impulso industrial dos anos 1970.**

Para se continuar a análise sobre a terceira onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos, deve-se ter em mente quais eram as condições em que se organizava a medicina e como se estruturava a área de saúde mais ampla do município (em especial no que se refere à assistência médica) pouco tempo antes das mudanças notadas desde então, da mesma maneira que se deve também observar seu percurso durante o período em destaque, de tal modo que se consiga observar quais foram e de que maneira se efetivaram tais alterações que conferiram ao profissionalismo médico são-carlense contornos distintos daqueles que marcaram a sua dinâmica anteriormente.

Embora a saúde pública atuasse cotidianamente na área de saúde são-carlense e interferisse sobre a vida dos médicos locais, da mesma maneira que em nível nacional, este setor ficou em segundo plano diante do papel assumido pela assistência médica – principalmente quanto aos recursos recebidos do próprio poder público para seu funcionamento e pagamento dos servidores previdenciários (fossem estes funcionários públicos ou prestadores privados). Se as questões e problemas relativos à saúde pública paulista serviram como estopim para a maior organização profissional da categoria médica no Estado de São Paulo e contribuíram para o inicial impulso à criação da

Sociedade Médica de São Carlos, as questões relativas à assistência médica – tanto no que se refere aos serviços previdenciários como aqueles ligados à iniciativa privada (que cresceram neste período) – apesar de já existentes relativamente desde antes, assumiram condição de importância ainda maior para a prática médica do município na terceira onda de interiorização, de modo que a análise que se realiza neste capítulo sobre os condicionantes históricos locais que influenciaram a conformação do profissionalismo médico focaliza particularmente as suas conexões com a assistência médica da época.

Em movimento paralelo, nota-se ainda uma nova conformação da assistência médico-hospitalar de São Carlos, não apenas em razão do surgimento da Casa de Saúde e Maternidade (e seus convênios com indústrias locais), mas também pela construção da nova ala da Santa Casa com seus blocos atuais, o que foi muito favorecido pela parceria que o mesmo hospital estabeleceu com a recém-criada UNIMED São Carlos. Ademais, o desenvolvimento hospitalar de São Carlos foi sustentado, igualmente, graças ao paralelo crescimento quantitativo e a diversificação do perfil dos profissionais que, desde então, foram chegando ao mercado médico local, agregando à categoria novas especialidades ligadas a áreas ainda ausentes no município o que mudou a realidade médica do município, que antes era relativamente mais fechada à chegada de novos profissionais. Como discute a Moradora 02:

“(...) no passado era uma coisa que a gente escutava muito falar (...) que a gente sabia mesmo (...). Falava que a medicina era muito fechada em São Carlos (...). A gente sempre ouviu isso, que era difícil um novo médico chegar na cidade. Vamos supor, né? No tempo da nossa adolescência, assim, quando nós éramos jovens, era muito comum se falar isso: ‘O fulano se formou, estava pensando em vir para São Carlos, mas é muito difícil. O grupo de médicos é muito fechado, né? A Santa Casa de São Carlos é muito fechada’. A gente escutava muito falar isso, né? No passado a gente escutava falar bastante isso. Agora, a gente percebe que esse leque foi abrindo, a população foi crescendo, foi necessitando. Mas eu acho que ainda deve ter um pouco disso, né? Acho que a gente percebe um pouco disso na questão da UNIMED. A UNIMED tomou conta da saúde de São Carlos (...). A gente, a gente sabe disso” (Entrevista com Moradora 02, professora e formada em biologia, entre 55-60 anos de idade).

Aliás, em relação ao mesmo período, para o Médico 03, ao lado da chegada de novos profissionais em outras especialidades, houve avanços relacionados à estrutura hospitalar de São Carlos, os quais se fazem presentes até a atualidade. Afora a criação da Casa de Saúde em si – que veio a criar um novo campo de trabalho aos médicos paralelamente àquele oferecido pela antiga Santa Casa de Misericórdia – deve-se

também mencionar a construção da nova ala da Santa Casa, que, ao lado do surgimento da Casa de Saúde veio a aumentar o número de leitos e a qualidade da assistência hospitalar em São Carlos. Por outro lado, houve importantes alterações institucionais na organização desses hospitais que influenciaram a composição do quadro clínico de ambos. Neste sentido, na condição de maior hospital do município, a Santa Casa promoveu no período significativas alterações no regimento que regulava o seu corpo médico, as quais se combinaram com a própria chegada dos novos profissionais, facilitando a inserção destes no mercado médico local:

“(…) Porque, vamos dizer, aqui, no começo de setenta, eram poucas as especialidades médicas exercidas (...). Tinha mais pediatria, clínica, cirurgia geral, ginecologia/obstetrícia (...). Praticamente, era todo mundo nisso aí. Então, aí, depois, na década de setenta, abriu-se o quadro da Santa Casa. (...) até lá o quadro vinha fechado (...) daí em diante se abriu o quadro para o médico que viesse com credenciais. Nós criamos o regimento do corpo clínico da Santa Casa. Então, todo profissional que tivesse residência médica completa, ou certificado de especialidade, podia ingressar. Então, ingressou um grande número de médicos. Porque, de trinta médicos que tinha São Carlos, nessa década deve ter ido para cento e tantos” (Entrevista com Médico 03, profissional de São Carlos, entre 75-80 anos de idade).

Expressão do impacto do processo de especialização médica que atingiu São Carlos na passagem dos anos 1960 à década seguinte, em razão da chegada de um número crescente de novos profissionais desde fora, depreende-se dos dados obtidos em entrevista com o Médico 09, pois o mesmo se recorda que, quando chegou para trabalhar em São Carlos, existiam poucos colegas que atuavam na mesma especialidade que a sua. Dentre tais médicos, havia ainda quem atuasse conjuntamente na oftalmologia e na otorrinolaringologia. Mas na época em que o Médico 09 estudou medicina, tais áreas já haviam se separado em duas distintas especialidades – situação que permanece até a atualidade<sup>226</sup>.

Desse momento até hoje, os novos profissionais passaram a constituir um corpo de profissionais muito mais numeroso e bem mais diverso em termos de especialidades. De um município que exportava pacientes na passagem dos anos 1960 para os anos 1970, São Carlos se transformou em localidade que paulatinamente pôde atender grande parte das demandas internas por assistência médica, atraindo inclusive pacientes de outros lugares de sua região, pois com: “(…) a cidade aumentando, chegando mais

---

<sup>226</sup> De acordo com o Médico 09, profissional de São Carlos, entre 65-70 anos de idade.

médicos, com coisas novas, com técnicas novas (...) trazendo comodidade, sabendo que aqui tem tudo, (...) tem bons médicos, bons laboratórios (...)”<sup>227</sup>, as pessoas do próprio município e mesmo de fora passaram a buscar os serviços médicos locais, o que diminuiu a evasão de pacientes de São Carlos. Desde o final dos anos 1960 até hoje:

“(...) a cidade dobrou de população, recurso hospitalar também aumentou do ponto de vista quantitativo. Qualitativo, vamos dizer, foi um crescimento exponencial (...). São Carlos tinha um atendimento na área de saúde meio básico, de cidade pequena. (...) não tinha área de especialidades, não tinha recursos maiores de tecnologia em saúde. (...) Ela era exportadora de pacientes, e passou a ser centro regional. Isso demandou mais profissionais. Aí foi criada a cooperativa médica. Então, acabou criando também um nicho de trabalho, onde você tem mais liberdade de explorar o paciente. Não é o tempo da medicina estatal, que falava: ‘Ah, agora esse mês não pode pedir raio-X’ (...). Então, era um tempo diferente. (...) era muito difícil. E também ficava limitado a um salário horrível. (...) Como apareceu uma área de medicina paraestatal, que pega mais de cem mil beneficiários (...) [houve] um ingresso financeiro que permite mais áreas de trabalho dentro das especialidades médicas (...) E a comunidade consome mais serviços de saúde. Com isso, vai crescendo” (Entrevista com o Médico 03, profissional, entre 75-80 anos de idade).

Tendo em vistas esta quadro mais geral que afetou, relativamente, não apenas os serviços estaduais de saúde pública – que também foram influenciados pela evolução da medicina local – mas, de maneira ainda mais significativa, a assistência médica realizada tanto pela prática médica liberal e pela medicina estatal, como ainda, o trabalho médico materializado pelos antigos e novos tipos de convênios médicos que se estruturaram em São Carlos desde a mesma época, a análise que se realiza a seguir observa, de maneira mais detida:

- a) Qual foi a dinâmica em São Carlos da assistência médica previdenciária estabelecida pelo arranjo institucional INPS/INAMPS;
- b) Que tipo de situação enfrentaram certos convênios ou contratos de trabalho médico de profissionais do município para o atendimento de funcionários de certas organizações estatais e paraestatais específicas que atuavam àquela época no município;

---

<sup>227</sup> Trecho extraído de entrevista com o Médico 05, profissional de São Carlos, entre 60-65 anos de idade.

- c) Como foi, relativamente, a participação de outras instituições que passaram a prestar assistência médica à população local através de relações com certos médicos, tais como determinadas organizações representativas de funcionários e alunos da USP São Carlos e da UFSCar, ou de outros convênios e planos de saúde privados propriamente ditos – sejam, neste caso, ou por meio da modalidade de medicina de grupo (que pouco conseguiu se efetivar no município), ou por meio de instituições que prestavam serviços de saúde a partir de esquemas de autogestão (como, particularmente, os convênios oferecidos pela CASSI e pela CABESP), ou então, através de certos convênios oferecidos por cooperativas médicas e que, como novidade na localidade, materializaram-se em razão da estruturação da UNIMED São Carlos, além de outros convênios que, em termos práticos, acabaram se configuraram quase como serviços próprios, oferecidos através das atividades da Casa de Saúde e Maternidade São Carlos, e que se voltaram ao atendimento do corpo de funcionários de determinadas indústrias locais cujos proprietários também eram sócios do mesmo hospital; e
- d) Em que medida e de que forma as referidas instituições previdenciárias e organizações da iniciativa privada, as quais atuaram no campo da assistência médica local, interferiram no mercado médico de São Carlos e em suas duas instituições hospitalares então existentes (a Santa Casa de Misericórdia e a Casa de Saúde e Maternidade), já que estas representavam os principais ambientes onde se realizava o trabalho de assistência médica na municipalidade.

Como se evidenciará abaixo, a estruturação e funcionamento da UNIMED São Carlos, que passou a oferecer novos planos de saúde, assim como a criação de outros convênios privados entre a Casa de Saúde e Maternidade São Carlos e certas indústrias locais, tornaram-se a principal modalidade de ação médica em resposta aos desafios e oportunidades existentes diante da conformação da área de saúde da época, em meio aos demais condicionantes histórico-sociais, econômicos e políticos que influenciaram –



seja a partir do plano interno, seja desde fora do poder local de São Carlos – a dinâmica da terceira onda de interiorização do profissionalismo médico nesta localidade. Em realidade, tanto a dinâmica que acompanhou o desenvolvimento dos demais convênios médicos privados existentes na localidade, como a evolução da prática médica liberal e da assistência médica estatal foram significativamente condicionadas em função do papel exercido, junto à categoria médica local, pelos novos convênios médicos da Casa de Saúde e, acima de tudo, aqueles convênios criados pela UNIMED São Carlos – a qual, inclusive, mais tarde veio também a estabelecer um convênio especial com a Casa de Saúde, interferindo mais diretamente no funcionamento e dinâmica deste hospital, seus serviços, funcionários, corpo clínico e direção.

A combinação desses e outros fatores histórico-sociais, tais como, a crescente sofisticação e o encarecimento dos recursos médicos, o crescimento demográfico e o desenvolvimento industrial de São Carlos, a paralela chegada de novos médicos especialistas – associados ao aumento dos serviços e dos problemas da assistência médica previdenciária –, permitiram o enfraquecimento da prática médica liberal (que se baseia na relação direta entre pacientes e profissionais), o crescimento e diversificação do mercado local de convênios médicos privados, favorecendo a emergência da Casa de Saúde e a criação de seus convênios industriais, assim como o surgimento da UNIMED São Carlos, a qual, por sua vez, até em razão de suas características e vantagens comparativas em relação aos demais setores da área de assistência médica de São Carlos, acabou não apenas estabelecendo contratos de prestação de serviços a indivíduos e famílias (como fez desde o seu início), mas outros contratos com coletividades e pessoas jurídicas, incorporando para si, inclusive, parte do mercado que chegou a ser controlado pelos demais esquemas de convênios médicos. Tal condição foi potencializada, dados os problemas do sistema de assistência médica previdenciária daquela época – os quais, por sua vez, foram se agravando cada vez mais até que este sistema enfrentou sua crise derradeira, desembocando, em 1988, na emergência do Sistema Único de Saúde.

### **13.1. A assistência médica previdenciária e seus problemas aos médicos de São Carlos.**

No final dos anos 1960, a medicina são-carlense dividia-se, essencialmente, entre a ainda influente (embora iniciando um processo de declínio) prática liberal de consultório e o crescente trabalho realizado nos órgão de assistência médica previdenciária, além das ações de caráter preventivo desenvolvidas nos serviços de saúde pública do governo do estado (a assistência médica privada oferecida por planos de saúde ainda não havia se efetivado como mais tarde se verificaria na localidade). Com a maior abrangência conferida à assistência médica da previdência social a partir da criação do INPS, quando a cobertura de beneficiários foi estendida a um público bem mais amplo, antigos problemas vivenciados pelos médicos de São Carlos nos serviços de assistência previdenciários rapidamente se intensificaram, provocando impactos e reações entre os colegas de profissão.

Os problemas vividos na área de saúde estatal afetavam a autonomia profissional médica (Freidson, 2009) seja do ponto de vista socioeconômico, político ou técnico, sendo em parte herdados desde antes da unificação dos institutos previdenciários, desdobrando-se em dificuldades de interferência no comando político-institucional do INPS e nas suas decisões quanto ao desenvolvimento dos trabalhos, além da falta de recursos para a realização de atividades de rotina dos médicos e em atrasos no pagamento de honorários por serviços prestados.

Em razão deste quadro, ainda em abril de 1969 os médicos em sessão ordinária da Sociedade Médica tomaram ciência sobre o encontro ocorrido entre o presidente da SMSC e o Dr. Carlos Tarso, que então representava o Conselho Regional de Medicina, a respeito da relação entre o INPS e a classe médica<sup>228</sup>. Evidenciando a continuidade dos dilemas apresentados nessa relação de trabalho entre médicos e sistema de previdência social, quase três meses depois a SMSC recebe um ofício do INPS em que este solicitava maior controle na requisição de exames complementares e internações por parte dos profissionais que lhes prestavam serviços, sendo que as cirurgias e demais internações deveriam se restringir à apenas aquelas de caráter de urgência. Na mesma reunião, os médicos são-carlenses trataram de ofício que também deveria ser

---

<sup>228</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 247ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 09 de abril de 1969. Livro Ata 03, pp. 142.

encaminhado à mesma instituição previdenciária, a fim de que fossem aumentadas as verbas em virtude da chegada de novos colegas à localidade<sup>229</sup>.

Como alternativa de ação política, a fim de influenciar mais diretamente as decisões do órgão, as quais, no entanto, não se produziam em grande medida ao nível local, mas principalmente desde o comando central do INPS em Brasília/DF, o presidente da SMSC negociou e conseguiu que, logo em dezembro de 1969, o agente local daquele órgão transferisse a responsabilidade pela escolha do ocupante do cargo de coordenado médico dos serviços do INPS à esfera de decisão da própria SMSC<sup>230</sup>. Contudo, embora se tivesse conseguido tal avanço nas negociações com o órgão, a relação entre o INPS e a Sociedade Médica era marcada por:

“(...) briga constante. Porque era... a medicina estatal era altamente limitadora. Ela corroía, como corroí até hoje. Ontem eu estava vendo o serviço de hemoterapia que o Rotary botou aí na Santa Casa. Um serviço hoje de muito boa tecnologia. E então estava, estava vendo com um membro da mesa administrativa e estavam vendo... O custo de uma bolsa de sangue para a Santa Casa é mais do que o dobro do que o SUS remunera. Não o sangue, o sangue não paga nada. Só que tem todo o instrumental paralelo, sem contar a depreciação de máquinas, etc., né? E sem contar isso aí, só o de consumo, de pessoal, bolsas, líquidos... Só isso é o dobro do que o SUS remunera. Então, desde que fundou o Banco de Sangue aí, já teve uma 50 mil transfusões. Nesse tempo, esse banco aí... Não é um banco, isso aí já é um serviço de hemoterapia, ele começou... 2009, nesse tempo, (...) veja que sangria que o SUS deu na Santa Casa, só nessa área. Então, a Sociedade Médica tem, tinha que sempre ficar brigando com isso, né? Você não tinha condição de atender a comunidade, né?” (Entrevista com o Médico 03, profissional de São Carlos, entre 75-80 anos de idade).

Na tentativa de impulsionar, em alguma medida, as condições de trabalho dos médicos, os colegas do município procuraram conseguir um meio de interferir mais incisivamente nos processos de decisão do INPS local, de modo que se lançaram na tentativa de, escolhendo o coordenador médico do instituto, ter mais força de influência sociopolítica sobre os desígnios desse órgão estatal. O mesmo Médico 03 informa que isso havia sido feito:

---

<sup>229</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 250ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 02 de julho de 1969. Livro Ata 03, pp. 144-145.

<sup>230</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 255ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 03 de dezembro de 1969. Livro Ata 03, pp. 148-149.

“Para diminuir, para ver se conseguia quebrar (...) essas dificuldades, para diminuir essas dificuldades. Quando cheguei era o, acho que era o Arsenio mesmo. Não era nada de, não, nada formal, não se recorria a Justiça... era pressão. Entendeu? Pressão. Como tinha que haver (...) tinham que colocar um diretor médico, que era membro da Sociedade Médica, então daí que a gente tentava fazer alguma coisa. Mas, com muito pouco resultado, né? Não, não se conseguia nada” (Entrevista com o Médico 03, profissional de São Carlos, entre 75-80 anos de idade).

Logo no início de suas atividades ocupando o novo cargo, o coordenador do INPS comenta com os colegas reunidos em sua associação profissional os problemas encontrado no órgão, os quais se relacionavam ao recente corte de 40% da verba para aquele ano de 1970, o que estava provocando a suspensão do atendimento cirúrgico de rotina, além dos exames laboratoriais, sendo preservados apenas os serviços ambulatoriais. Diante disso, o coordenador médico pede aos colegas colaboração até que houvesse solução do caso com o aumento das verbas. Durante a reunião também foi sugerida a criação de uma comissão para viajar a São Paulo, a fim de reivindicar junto aos representantes estaduais do INPS o almejado aumento de recursos ao trabalho desenvolvido em São Carlos, sob a justificativa de que cresceu o número de colegas que passaram a atender pacientes pelo INPS do município<sup>231</sup>.

Contudo, apesar dessas ações de mobilização para modificar o quadro de dificuldades junto à previdência social, o coordenador médico do INPS local, provocado a informar a situação das questões pendentes, esclarece, em reunião da SMSC de abril do mesmo ano, que nenhuma das promessas negociadas com o órgão previdenciário haviam se confirmado até aquela altura. Em maio, o mesmo comenta em outra reunião de sua associação profissional que a verba maior que veio a ser transferida à localidade não resultara em algo equivalente aos 20% requeridos como valor a ser dirigido ao pagamento de unidades de serviço oferecidas aos médicos que prestavam serviços ao INPS. Diante disso, o presidente da Sociedade Médica explica aos colegas que iria se manifestar junto aos jornais para esclarecer o público quanto à insuficiência das verbas para a assistência médica<sup>232</sup>.

Por outro lado, a situação dos médicos que atendiam aos pacientes previdenciários – a partir especialmente da chamada segunda tarefa (que era paralela ou posterior ao atendimento ambulatorial primário na unidade municipal do INPS em São

---

<sup>231</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 258ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 05 de março de 1970. Livro Ata 04, pp. 01.

<sup>232</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 260ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 06 de maio de 1970. Livro Ata 04, pp. 03-04.

Carlos) – junto à Santa Casa de Misericórdia de São Carlos, também sentiram naquela época as mesmas dificuldades financeiras em relação à assistência estatal, pois o referido hospital também se viu na contingência de atrasar pagamentos de honorários médicos em razão da falta de recursos repassados pela previdência social federal para cobrir honorários de atendimento a certos pacientes vinculados ao FUNRURAL. Ademais, a previdência estadual (IAMSP) também se encontrava em débito com a Santa Casa<sup>233</sup>, prejudicando a categoria médica são-carlense.

Apesar desses reveses, e em reconhecimento ao esforço do colega, em novembro de 1970 os médicos presentes à reunião ordinária da SMSC daquele mês consignam um voto de louvor ao trabalho do coordenador médico do INPS local, dada a sua contribuição para que se conseguisse o aumento nas verbas para o atendimento médico-previdenciário<sup>234</sup>. Contudo, logo em fevereiro do ano seguinte os colegas são-carlenses verificariam que os problemas em termos de recursos do sistema previdenciário ainda seguiriam interferindo negativamente no desenvolvimento dos serviços prestados na localidade.

Neste sentido, no mesmo mês o presidente da SMSC solicita que o coordenador médico local oferecesse esclarecimentos aos pares sobre as últimas medidas adotadas pelos dirigentes da autarquia previdenciária, as quais implicariam certo remanejamento de verbas. Conforme o médico coordenador, tal mudança significava que as verbas que seriam remanejadas dirigir-se-iam a apenas determinado setor, de modo que haveria melhoria em relação ao primeiro grupo de itens – relativos aos serviços ambulatoriais, exames laboratoriais e raios-X. Haveria prejuízo em relação a outros itens, tais como aos procedimentos cirúrgicos<sup>235</sup>. Em razão disso, na sessão da SMSC realizada no mês de março, os médicos presentes decidiram formar uma comissão de seis membros a fim de tratar da questão do remanejamento de verbas, especialmente quanto aos seus efeitos sobre os procedimentos cirúrgicos<sup>236</sup>.

Diante desses impasses, na sessão ordinária da SMSC de abril de 1971, o coordenador médico local informa aos colegas que era demissionário do cargo, o que provocou reações dos pares em apoio aos esforços empenhados pelo coordenador.

---

<sup>233</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 261ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 1º de julho de 1970. Livro Ata 04, pp. 04.

<sup>234</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 265ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 18 de novembro de 1970. Livro Ata 04, pp. 07-08.

<sup>235</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 268ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 10 de fevereiro de 1971. Livro Ata 04, pp. 10-11.

<sup>236</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 269ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 03 de março de 1971. Livro Ata 04, pp. 11-12.

Ademais, decidiu-se enviar um ofício ao agente do INPS de São Carlos dando conhecimento ao mesmo de que a SMSC não faria nova indicação de colega para substituir o agora ex-coordenador médico do órgão, porque a anterior indicação não havia recebido o apoio esperado desde o INPS<sup>237</sup>. Algum tempo depois, o assunto voltou para a pauta da entidade representativa dos médicos são-carlenses, quando em reunião o seu presidente discutiu com os presentes que a população do município deveria ser comunicada das questões em andamento e que os colegas que atuassem junto ao INPS não deveriam, sem que fossem aceitas certas condições, aceitar o cargo de coordenador médico desta instituição. Decidiu-se, então, encaminhar um ofício ao agente local do INPS, a fim de esclarecê-lo acerca dessas medidas<sup>238</sup>.

Entretanto, como afirma o presidente da SMSC, a resposta ao ofício enviado não deu conta das demandas expressas pela comunicação anterior, o que demonstrava como o INPS não se sentia afetado com as reclamações e a mobilização médica local<sup>239</sup>, de modo que, apesar de todos os meses de esforços dos médicos são-carlenses, os impasses junto ao INPS continuariam relativamente pendentes e sem uma solução mais definitiva, sendo que o caminho adotado de tentar influenciar ou pressionar o comando local do INPS não surtiu nenhum efeito político ou prático, o que, de certo modo, demonstrava a necessidade de se encontrar alguma alternativa diversa para contornar os problemas enfrentados.

Como o caminho através da influência e pressão junto à estrutura político-institucional do sistema previdenciário havia se evidenciado pouco eficaz, talvez as almejadas melhorias nas condições de trabalho e em termos de autonomia técnica e socioeconômica da medicina local só acontecessem por meio de outras formas de ação coletiva, ou mesmo, redirecionando os esforços para outros setores não-estatais em relação aos quais os médicos locais também prestassem seus serviços profissionais e que poderiam oferecer maior margem de ação e interferência à sua categoria. Ainda assim, tal alternativa somente poderia se viabilizar caso esta encontrasse apoio em condições sociais e históricas que se evidenciassem, pelo menos em parte, mais favoráveis.

---

<sup>237</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 270ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 14 de abril de 1971. Livro Ata 04, pp. 12-13.

<sup>238</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 271ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 05 de maio de 1971. Livro Ata 04, pp. 13.

<sup>239</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 273ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 02 de setembro de 1971. Livro Ata 03, pp. 16-17.

À época, além do trabalho junto ao INPS, as atividades médicas do município também se desdobravam em outras modalidades de assistência médica, tais como: a) na prática liberal de consultório – cuja importância, embora ainda significativa no início dos anos 1970, começava a se restringir relativamente diante do crescimento das demais modalidades de assistência médica –; b) na atuação junto aos setores de medicina de grupo (os quais, afora certas situações presentes mais no início do período em destaque, conforme discutido acima quando da segunda corrente profissional de retorno, foram praticamente inexpressivos na localidade); c) em convênios ou contratos específicos (e, portanto, com caráter mais restrito) de prestação de serviços médicos com determinadas instituições ou categorias sociais locais; e d) nos serviços de assistência médica que eram oferecidos aos beneficiários de convênios organizados em sistemas de autogestão, que se ligavam aos dois maiores bancos do município – o Banco do Brasil (CASSI) e o Banco do Estado de São Paulo (CABESP)<sup>240</sup>.

Neste caso, que representava importante segmento para as atividades médicas são-carlenses – já que, por se referir ao atendimento aos bancários e seus familiares, implicava o relacionamento com um público-alvo relativamente numeroso e com maior margem de influência social –, pode-se observar que, na passagem dos anos 1960 à década seguinte, os médicos locais também enfrentaram significativos dilemas que prejudicavam, em termos relativos, sua autonomia profissional, não apenas, mas especialmente do ponto de vista de sua dimensão socioeconômica.

Como se analisará mais tarde, defrontando-se com os problemas não apenas da antes assinalada medicina previdenciária, mas também com a prática assistencial através de convênios privados específicos e geridos por esquemas de autogestão, os profissionais são-carlenses reagiram na busca de alternativas, encontrando saída em novos convênios médicos firmados através da Casa de Saúde e Maternidade São Carlos e da UNIMED São Carlos, que passaram a atuar no início dos anos 1970. Tais alternativas representaram novas modalidades de ação médica que, em pouco tempo, puderam favorecer os interesses e demandas dos profissionais envolvidos, trazendo traços distintos ao processo de interiorização do profissionalismo médico local e sua relação com a área de saúde são-carlense.

No final dos anos 1960, bem como durante as décadas de 1970 e 1980, a medicina são-carlense verifica um considerável crescimento quantitativo de

---

<sup>240</sup> Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – CASSI e Caixa Beneficente dos Funcionários do Banco do Estado de São Paulo – CABESP.

profissionais, atuando não apenas nos serviços públicos (serviços sanitários e previdenciários), mas igualmente em consultórios particulares e nos dois hospitais que passaram a compor a rede de assistência médica do município, o que foi favorecido pela emergência de novos cursos de medicina tanto fora como dentro do Estado de São Paulo, os quais vieram a formar um número maior de médicos, agora cada vez mais especializados em segmentos novos e determinados do conhecimento médico.

Diante do crescimento demográfico e urbano de São Carlos desde 1960 (e que se intensificou relativamente nos anos seguintes) –, o qual foi responsável também por favorecer o aumento da demanda por serviços médicos –, e em razão da maior oferta e diversidade de serviços médicos proporcionados pela chegada de novos profissionais especialistas (inclusive em áreas antes ausentes na localidade), o município também percebeu significativa expansão de diferentes convênios para prestação de serviços médicos, os quais, progressivamente, passaram a incorporar contratos coletivos ou institucionais, enfraquecendo a prática médica liberal de consultório (voltada ao atendimento de pacientes individuais através de pagamentos diretos), a qual também veio a sofrer com o encarecimento dos recursos médicos e as dificuldades dos profissionais manterem sua clientela de pacientes sem contratos coletivos de prestação de serviços. Nestas condições, o cliente individual viu-se cada vez mais sem condições de arcar sozinho com os custos crescentes da medicina. Os antigos formatos de convênios médicos, acertados entre profissionais locais e determinadas instituições ou categorias sociais específicas, e que haviam existido em número bem reduzido até o início dos anos 1960, encontraram desde então condições mais favoráveis para o seu desenvolvimento. Além disso, novas modalidades de convênio para prestação de serviços médicos, que ainda não haviam surgido no mercado médico do município, passaram a coexistir com os formatos anteriores.

Certos convênios de prestação de serviços médicos anteriores e novos, produzidos entre, de um lado, profissionais locais e, de outro, determinadas instituições ou categorias sociais do próprio município, tais como com os funcionários da Câmara de Vereadores de São Carlos, a Guarda Civil, a Força Pública, o Corpo de Bombeiros, o SESI, o SESC, o SENAI e, mais tarde, funcionários da Telecomunicações São Paulo S/A – TELESP, começaram a ser mais demandados junto à categoria médica, permanecendo, como já era praxe, mediados e regulados pela SMSC. Diferentemente da relação dos médicos do município com os serviços oferecidos pelo INPS, estes contratos ou convênios ofereciam certa margem de negociação e barganha para os



profissionais, sendo que estes procuravam garantir condições mínimas em termos da preservação de seus ganhos econômicos e de sua autonomia técnica.

Havia ainda outros convênios médicos, os quais foram estabelecidos entre, de um lado, profissionais locais e, de outro, instituições comandadas por esquemas de autogestão, que ofereciam serviços médicos através de caixas beneficentes para funcionários de agências bancárias existentes no município, as quais se vinculavam à agência do Banco do Brasil (CASSI) e do Banco do Estado de São Paulo (CABESP). Ao contrário do que geralmente acontecia em relação aos convênios assinalados no parágrafo anterior, no caso dos convênios geridos por esquemas de autogestão, os profissionais são-carlenses tinham de lidar, frequentemente, com problemas relativos a pagamentos de honorários abaixo do que desejavam, ou mesmo (em certos casos), com atrasos quanto ao que era devido pelas partes envolvidas, sendo que a Sociedade Médica também era acionada para mediar tais relações e garantir as posições conquistadas ou almejadas pela categoria médica local.

Inicialmente, os diferentes contratos ou convênios eram acordados em bases específicas a depender de cada caso tratado. Mais tarde, no entanto, com o crescimento do setor de convênios médicos no país inteiro, a Associação Médica Brasileira começou a propor parâmetros mínimos que poderiam servir de base para o estabelecimento de convênios em qualquer região ou localidade brasileira, o que, ao lado da criação e expansão de cooperativas médicas em diferentes partes do Brasil (em reação, no princípio, aos problemas relativos ao crescimento da chamada medicina de grupo), trouxe maior fortalecimento aos colegas de profissão em relação aos processos de negociação e garantia de termos favoráveis, quando do credenciamento de colegas a diferentes formatos de convênios.

Dentre os convênios surgidos ou mantidos neste contexto, podem se observar em São Carlos, a existência, entre 1970 e 1988, não apenas de convênios oferecidos pela cooperativa médica UNIMED, mas de outros convênios específicos com instituições ou categorias sociais determinadas, além de convênios com segmentos inseridos em esquemas de autogestão (CABESP e CASSI) e convênios desenvolvidos entre os serviços da Casa de Saúde e Maternidade São Carlos e indústrias do município, em modelagem que praticamente se poderiam caracterizar, em quase todos os casos, como serviços próprios, já que, dentre os sócios proprietários da Casa de Saúde, também havia proprietários das indústrias com as quais se firmaram tais convênios.

Entretanto, no mesmo período, outros convênios médicos, organizados por empresas privadas de medicina de grupo, não encontraram espaço algum no mercado médico são-carlense, dada a própria resistência da categoria médica em permitir a entrada desses segmentos no mercado são-carlense – um movimento em relativa congruência às resistências médicas no país em geral diante desta modalidade de assistência médica, a qual era associada pela categoria médica (inclusive pelos médicos da APM e da AMB) aos efeitos negativos da mercantilização da medicina<sup>241</sup>. Por conta dessas resistências e da organização médica brasileira em defesa dos interesses da categoria contra tal mercantilização, foi organizada, em junho de 1975, uma comissão de colegas da SMSC para tratar dessa questão<sup>242</sup>.

Ainda assim, dentre os dados apurados, verificou-se tentativas de penetração de serviços de setores de medicina de grupo, os quais, frequentemente desde fora de São Carlos, procuravam estabelecer vínculos com médicos locais. Contudo, tais ações nunca prosperaram efetivamente. Ademais, houve certos esforços para se desenvolver empresas de medicina de grupo em São Carlos, mas que igualmente não evoluíram. Em 1984, um médico local tentou criar uma empresa, reconhecida então por seus pares como tipicamente de medicina de grupo, que prestaria assistência médica pediátrica a crianças de São Carlos mediante a assinatura de planos individuais com famílias do município. Contudo, a Pinhal Médica Ltda. foi rapidamente contestada pelos pediatras e demais médicos são-carlenses, que a reconheciam como uma iniciativa equivocada de seu criador, sendo impedida de desenvolver-se como inicialmente planejada<sup>243</sup>. Por sua

---

<sup>241</sup> Como se pode observar na mobilização, contrária à questão da mercantilização, que a categoria médica paulista durante este período empreendeu através da rede institucional formada pela APM, suas filiadas e, em nível nacional, a AMB. Através de certos incentivos do próprio poder público, surgiram empresas privadas voltadas à prestação de serviços médicos, que acabaram firmando parcerias com hospitais, implantando infraestrutura ambulatorial e contratando profissionais de diferentes especialidades para constituir seus corpos clínicos: “(...) essas empresas não apenas ‘proletarizavam’, como também impunham normas de atendimento, definiam metas quantitativas, limitavam procedimentos. Com isso, não apenas cerceavam o pleno exercício da profissão como – no dizer da classe já naquele tempo – ‘mercantilizavam’ a prática da medicina em busca do lucro, ferindo o principal pilar de seu código de ética” (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. “Novas Políticas de Saúde”. In: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. *Conquistas e desafios – 80 anos da Associação Paulista de Medicina*. São Paulo, SMS EDITORA LTDA, 2011, pp.85).

<sup>242</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 299ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 02 de julho de 1975. Livro Ata 04, pp. 44-45.

<sup>243</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 367ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 04 de janeiro de 1984. Livro Ata 05, p. 13; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 368ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 08 de fevereiro de 1984. Livro Ata 05, pp. 13-14; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 369ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 22 de fevereiro de 1984. Livro Ata 05, pp. 14-15; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 371ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 13 de junho de

vez, sem sucesso também, a Golden Cross até tentou iniciar um processo de negociação com médicos em São Carlos no final de 1985, mas foi rejeitada pelos membros da SMSC<sup>244</sup>.

Em realidade, as tensões em relação aos convênios oferecidos pelas chamadas empresas de medicina de grupo talvez tenham mais reduzidas em São Carlos, considerando o que se observou em outras partes do país, sendo que tais resistências eram fundamentadas no fato de que, em tese, esses convênios:

“(…) tinham o objetivo de lucro. Então, isso contrariava o que a classe médica queria. A classe médica queria que houvesse mais dinheiro para a assistência médica. (...) Então, vamos dizer, o que tinha prosperado eram os conhecidos, as conhecidas medicinas de grupo. Um grupo qualquer criava um tipo de assistência médica para gerar lucro. Como o Estado não tinha qualidade de assistência médica, esses grupos prosperaram. Então, as tensões (...) em São Carlos foram até em (...) [maior] proporção do que no resto do país. Aqui até os bancos puseram, puseram grupos, criaram medicina de grupo, etc., mas não prosperou. E hoje, também esse tipo de medicina é difícil prosperar, né? Porque a assistência à saúde, ela cresce, em custos, exponencialmente. A população não tem crescimento de poder aquisitivo nessa proporção. Então, restam esses, por exemplo, resta a cooperativa médica porque não tem, porque não tem objetivo de lucro. Até onde vai ficar a cooperativa médica, não sei... porque diminui a renda per capita do povo, as empresas estão capengas. Entendeu?” (Entrevista com o Médico 03, profissional de São Carlos, entre 75-80 anos de idade).

### **13.2. Os convênios de prestação de serviços para determinadas instituições ou grupos sociais e outros com os bancos do Brasil e do Estado de São Paulo.**

No período em questão, as relações para a prestação de serviços médicos entre profissionais da área e determinadas instituições ou organizações representativas de categorias sociais do município de São Carlos desdobraram-se em, pelo menos, duas modalidades ou formas de relações de trabalho. De um lado, estas relações se estabeleceram entre certos profissionais individuais atuando em seus consultórios privados e pacientes individuais ou seus familiares, cujos pagamentos eram realizados caso a caso pelas entidades representativas de grupos sociais específicos; de outro lado,

---

1984. Livro Ata 05, p. 17; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 373ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 21 de novembro de 1984. Livro Ata 05, pp. 17-18.

<sup>244</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 378ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 07 de novembro de 1985. Livro Ata 05, pp. 21-23.

estabeleciam-se convênios de caráter mais global, mediados pela Sociedade Médica de São Carlos, entre certas entidades representativas de categorias sociais específicas e médicos de São Carlos em geral, cujos valores pagos eram acertados coletivamente pela associação médica local. A dinâmica de ambas as modalidades de relações de trabalho variou relativamente ao longo do período em estudo.

O primeiro tipo de relação entre médicos e categorias sociais determinadas pode ser exemplificado, como comenta um dos médicos entrevistados, pela prestação de serviços médicos de profissionais são-carlenses aos funcionários e alunos da USP São Carlos e da UFSCar, que organizaram esquemas de assistência médica geridos internamente por órgãos específicos de cada uma das duas universidades do município. Neste caso, como tais relações geralmente envolviam a participação de um número mais reduzido de profissionais, frequentemente não se tinha a presença da Sociedade Médica de São Carlos participando como mediadora entre as partes. Tal realidade pode ser mais bem compreendida através de informações oferecidas pelo Médico 08 a respeito da prestação de seus serviços profissionais aos pacientes (alunos e famílias) ligados à USP São Carlos através da Coordenadoria de Assistência Social – COSEAS/USP, órgão então responsável por gerir esse esquema de serviços de assistência médica:

“(...) tinha um ambulatório do COSEAS, que era um órgão que dava assistência médica, consultas. (...) COSEAS era o nome do organismo lá da USP que dava assistência aqui em São Carlos para os alunos da USP. (...) Não era bem um convênio, eles pagavam por consulta feita. (...) eu também atendia alunos da COSEAS, filhos de alunos. E vinha uma guia [um médico local responsável pela intermediação entre as partes envolvidas] (...) e no fim do mês você mandava para o órgão competente” (Entrevista com o Médico 08, profissional de São Carlos entre 70-75 anos de idade).

Como se observa mais adiante, tais relações – que geralmente se materializavam no plano dos consultórios particulares de cada profissional (assim como relativamente no período anterior), ainda no início dos anos 1970 implicavam relações menos representativas diante do conjunto dos atendimentos médicos promovidos pelos colegas do município como um todo. Entretanto, com o tempo vieram a se multiplicar mais intensamente, não sendo mais estabelecidas de maneira tão aberta e individualizada, passando a ser formalmente instrumentalizadas por contratos de convênios – o que impulsionou a direção da Sociedade Médica no sentido de interferir mais diretamente nessas relações, a fim de manter certo equilíbrio e estabilidade, tanto dos colegas

médicos entre si como entre estes, os pacientes beneficiários e as entidades que os representavam.

Por outro lado, no que se refere aos convênios que eram estabelecidos mais globalmente entre a coletividade médica e instituições ou categorias sociais determinadas do município de São Carlos, pode-se perceber que, ainda em maio de 1969 os colegas reunidos na SMSC receberam e discutiram um ofício encaminhado pelo Corpo de Bombeiros local propondo a assinatura de convênio para prestação de serviços médicos baseados na tabela de preços do INPS, o que foi rejeitado, pois tais valores eram inferiores ao que já se havia acordado entre os médicos e a subdivisão da Guarda Civil do município. Neste sentido, sugeriu-se que se adotassem os valores aprovados pela SMSC para os funcionários da Guarda Civil<sup>245</sup>. Contudo, o valor acordado para os servidores desta força policial também chegou a ser objeto de discordância entre as partes: em setembro do mesmo ano, a SMSC debateu proposição do Hospital e Maternidade da Caixa Beneficente da Guarda Civil de São Paulo, no sentido de que se fixassem os preços de consultas de seus beneficiários na base de 2/3 dos preços praticados pela Associação Médica Brasileira – AMB, o que foi recusado pelos colegas de São Carlos, mantendo-se os preços mais favoráveis antes estipulados para os guardas-civis e seus familiares<sup>246</sup>. Mas, quanto à prestação de serviços médicos para o Corpo de Bombeiros, já em novembro de 1970, o presidente da SMSC informa aos colegas que havia se reunido com a referida corporação, tendo sido proposta a tabela da AMB para o atendimento tanto dos próprios bombeiros como de seus familiares, o que ia de encontro aos interesses dos colegas de profissão<sup>247</sup>.

Por sua vez, a Escola SENAI também encaminhou um ofício, ainda no mês de junho de 1969, requerendo dos colegas da SMSC atendimento médico aos seus funcionários na base de duas vezes e meia o valor designado pela tabela do INPS, o que foi aceito pela categoria médica sem nenhuma discordância<sup>248</sup>. Já em setembro, por sugestão de um colega, foi decidido, no âmbito da SMSC, o envio de comunicado ao

---

<sup>245</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 248ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 07 de maio de 1969. Livro Ata 03, p. 143.

<sup>246</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 252ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 03 de setembro de 1969. Livro Ara 03, pp. 146-147.

<sup>247</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 265ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 18 de novembro de 1970. Livro Ata 04, pp. 07-08; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 266ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 02 de dezembro de 1970. Livro Ata 04, pp. 08-09.

<sup>248</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 249ª reunião da Sociedade Médica de São Carlos, de 04 de junho de 1969. Livro Ata 03, pp. 143-144.

SESI São Carlos, a fim de que fosse majorado o preço das consultas médicas realizada com seus beneficiários, saltando o valor de doze para quinze cruzeiros<sup>249</sup>. Mais tarde, em outubro de 1970, o convênio com o SESI e a possibilidade de alteração de valores volta à pauta das reuniões da entidade médica são-carlense, ficando decidido, entretanto, manter-se aquilo que se havia sugerido antes, ou seja, que todos os colegas iriam cobrar diferença para complementar o preço das consultas, mantendo-se então o preço estipulado de 15 cruzeiros<sup>250</sup>.

Ainda quanto aos diferentes convênios com entidades e categorias sociais específicas, no início do segundo semestre de 1969 a CABESP, enviou comunicado à SMSC para que fosse estabelecido convênio com médicos de São Carlos na base de valores conforme a tabela da Associação Médica Brasileira – AMB<sup>251</sup>, o que também parece ter atendido aos anseios dos profissionais são-carlenses. Já o Serviço de Assistência e Seguro dos Economiários, ligado aos funcionários de agências bancárias da Caixa Econômica Federal, solicitou, em outubro de 1970, que seus beneficiários fossem atendidos por médicos da SMSC através de convênios à parte, sendo que as bases desse possível acordo deveriam seguir as referências de preços do INPS, o que foi rejeitado pela categoria médica local<sup>252</sup>. Por sua vez, os funcionários do Banco do Brasil, através de sua caixa beneficente (CASSI), entraram em acordo com os médicos da SMSC no sentido que os serviços médicos prestados por estes acontecessem mediante pagamentos estabelecidos na base dos valores estipulados pela AMB<sup>253</sup>, o que vigorou por certo tempo.

Contudo, ao lado desses acordos e negociações entre médicos da SMSC e outras entidades e instituições são-carlenses (a fim de se estabelecerem convênios de prestação de serviços médicos), os colegas de São Carlos também foram paulatinamente alterando os preços mínimos de consultas particulares, que ainda permaneciam como forma alternativa de prestação de serviços, embora cada vez mais fragilizada diante dos

---

<sup>249</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 252ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 03 de setembro de 1969. Livro Ata 03, pp. 146-147.

<sup>250</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 264ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 07 de outubro de 1970. Livro Ata 04, pp. 06-07.

<sup>251</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 251ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 13 de agosto de 1969. Livro Ata 03, pp. 145-146.

<sup>252</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 263ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 02 de outubro de 1970. Livro Ata 04, pp. 05-06.

<sup>253</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 265ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 18 de novembro de 1970. Livro Ata 04, pp. 07-08; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 266ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 02 de dezembro de 1970. Livro Ata 04, pp. 08-09.

convênios coletivos em expansão<sup>254</sup>. Com o tempo, tal aumento de preços nas consultas particulares foi superando os diferentes valores estipulados para cada um dos convênios antes estabelecidos entre os sócios da SMSC e aquelas entidades mencionadas anteriormente, o que levou os médicos a tomarem outra decisão que veio a afetar todos esses convênios indistintamente. Em junho de 1972, os presentes à reunião da SMSC decidiram que os profissionais estariam livres para cobrar a diferença quanto ao preço das consultas médicas entre os valores inferiores dos convênios previamente existentes e o novo valor acordado para consultas particulares, uma vez que, desde esta reunião, estas passariam a ocorrer mediante pagamento de cinquenta cruzeiros<sup>255</sup>.

Mas esta medida de alterar todos os convênios antes estabelecidos tinha consequências que geraram preocupações entre os médicos e reações das instituições e categorias sociais por ela afetadas. Em vista disso, na reunião extraordinária de 23 de junho de 1972, convocada especialmente para debater o assunto, os médicos da SMSC trataram da possibilidade de denúncia de todos os mencionados convênios. Posicionando-se acerca do tema, o presidente da associação médica local lembrou que tal denúncia poderia motivar a realização de convênios similares com outros grupos assistenciais da cidade e de fora, que não a própria SMSC, prejudicando a maioria dos colegas. Outro colega argumentou em contrário, salientando que aquelas entidades poderiam firmar convênios com a recém-criada UNIMED São Carlos. Por sua vez, um dos médicos presentes, representando a Casa de Saúde e Maternidade São Carlos, esclareceu que este hospital não tinha interesse em firmar nenhum novo convênio além dos já existentes.

Outros médicos presentes também teceram considerações sobre o assunto, já que a decisão interferia no trabalho de todos os médicos do município. Finalmente, decidiu-se enviar ofícios a cada uma das entidades afetadas pela decisão sobre a denúncia dos convênios existentes, sendo ainda constituída uma comissão de três sócios da SMSC a fim de realizar um estudo mais aprofundado da questão em pauta<sup>256</sup>. Na reunião seguinte, os colegas presentes na sede da SMSC confirmaram a manutenção da decisão

---

<sup>254</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 271ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 04 de junho de 1969. Livro Ata 03, pp. 143-144; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 271ª reunião da Sociedade Médica de São Carlos, de 01º de julho de 1970. Livro Ata 04, p. 04; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 271ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 05 de maio de 1971. Livro Ata 04, p. 13.

<sup>255</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 279ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 07 de junho de 1972. Livro Ata 04, p. 21.

<sup>256</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata de reunião extraordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 23 de junho de 1972. Livro Ata 04, p. 22.

de se cobrar diferença entre o preço mínimo estipulado para consultas particulares e aqueles oferecidos através de diferentes guias dos convênios existentes<sup>257</sup>.

Após a decisão tomada pela coletividade médica de São Carlos e, como será mais bem discutido adiante, também em razão da existência do alternativo convênio da UNIMED São Carlos, outra realidade foi tomando forma na organização do trabalho médico do município, especialmente em relação à área de assistência médica, já que vários colegas de profissão passaram, paulatinamente, a requerer seu descredenciamento de convênios para os quais vinham prestando seus serviços profissionais<sup>258</sup>.

Com o mesmo teor, a reunião da SMSC de novembro dedicou-se a discussão do descredenciamento de vários colegas do convênio com o Banco do Brasil (CASSI), o que levou o presidente da entidade médica a sugerir a denúncia do convênio por todos os colegas do município. Diferentes sócios presentes a mesma reunião debateram a medida. Dentre eles, houve a sugestão de que fosse enviado ofício, assinados por todos os colegas, denunciando o convênio em questão. Em apoio à medida, foi destacado que a oferta do convênio do Banco do Brasil (que assim procurava solucionar a questão), estava em inferioridade até em relação ao que já havia sido proposto anteriormente pela Guarda Civil, de modo que, diante disso, sugeriu-se que se enviasse o referido ofício incluindo ainda esta informação. Enfim, o ofício acabou sendo enviado nestes termos, dando conta, igualmente, de que os pacientes ligados ao convênio CASSI poderiam continuar sendo atendidos ou como particulares ou como beneficiários do INPS<sup>259</sup>.

Consolidada a denúncia coletiva do convênio CASSI, o assunto ainda rendeu certa polêmica, pois em dezembro do mesmo ano, um dos colegas comentou com os pares da SMSC que, indo até a agência do Banco do Brasil, fora abordado por funcionário da instituição, o qual disse ter acertado com quatro colegas o oferecimento de assistência aos outros bancários de sua agência. Ademais, o mesmo relatou que informara o ocorrido ao gerente da mesma instituição, o qual lhe respondeu dizendo estranhar o assunto e que, caso isso tivesse ocorrido, teria sido a sua revelia. Por fim, foi pedido que se constasse em ata um voto de protesto ao subgerente da mesma agência

---

<sup>257</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 280ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 12 de julho de 1972. Livro Ata 04, pp. 22-23.

<sup>258</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 280ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 12 de julho de 1972. Livro Ata 04, pp. 22-23.

<sup>259</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 283ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 16 de novembro de 1972. Livro Ata 04, pp. 24-25.



bancária, pois quando da entrega do ofício tratando da denúncia do convênio CASSI, aquele chegou a insinuar que esta decisão não havia sido referendada em reunião<sup>260</sup>.

Entretanto, ao que se extrai da análise dos dados, essa denúncia ao convênio CASSI não extinguiu a possibilidade de que um novo acordo fosse estabelecido entre as partes, permanecendo o assunto ainda relativamente em aberto, mesmo após a denúncia anteriormente assinalada. Não por acaso, dois anos depois os médicos são-carlenses voltaram a discutir e reclamar dos novos valores então oferecidos pelo Banco do Brasil, segundo os quais, apesar de prometido pela CASSI, não teriam sido majorados proporcionalmente aos aumentos nos vencimentos dos funcionários do banco. Diante disso, os médicos da Sociedade Médica decidiram oferecer um prazo até o dia 01º de dezembro de 1974 para que o Banco do Brasil reformulasse sua tabela ou então haveria quebra de relação entre as partes<sup>261</sup>.

Em resposta, o Banco do Brasil encaminhou correspondência informando a impossibilidade de atender à demanda da SMSC. Com isso, em reunião da entidade um dos sócios propôs a suspensão, por parte de médicos da cidade, da realização de convênios até que fossem atendidas as exigências da categoria. Em consenso, no entanto, os colegas são-carlenses resolveram manter o prazo até 31 de janeiro do ano seguinte. Caso o acordo não acontecesse, propôs-se, pois, alternativamente, que se apresentasse a tabela da AMB, tanto para os atendimentos clínicos como para os procedimentos cirúrgicos<sup>262</sup>. Ao que se conclui das atas da SMSC, apesar das medidas tomadas, novamente não se chegou a um acordo, assim como, por outro lado, não houve igualmente um rompimento definitivo entre as partes. No início de 1975, o assunto voltou à pauta da SMSC, quando se considerou o convênio efetivamente extinto<sup>263</sup>. Contudo, logo em 19 de fevereiro, a SMSC acusa o recebimento de ofício do Banco do Brasil no qual este oferecia valores mais vantajosos, o que acaba sendo aceito pela instituição médica, retomando os colegas são-carlenses o atendimento de pacientes daquela instituição bancária<sup>264</sup>.

---

<sup>260</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 284ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 06 de dezembro de 1972. Livro Ata 04, pp. 25-26.

<sup>261</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 293ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 06 de outubro de 1974. Livro Ata 04, pp. 38-39.

<sup>262</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 294ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 04 de dezembro de 1974. Livro Ata 04, pp. 39-40.

<sup>263</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 295ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 03 de fevereiro de 1975. Livro Ata 04, pp. 40-41.

<sup>264</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 296ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 19 de fevereiro de 1974. Livro Ata 04, pp. 41.

Quanto ao convênio entre médicos de São Carlos e a Caixa Beneficente do Banco do Estado (CABESP), ainda ao final de 1972, um dos médicos de São Carlos comunicou aos colegas que também denunciara particularmente este convênio, em vista da grande perda notada no número de consultas. Ademais, o mesmo tratou do fato de que pacientes ligados à CABESP estavam sendo atendidos, alternativamente, pela UNIMED Ribeirão Preto, pois lá existiria convênio entre as duas instituições. Diante disso, sugeriu-se, pois, que se interpelasse a Federação UNIMED para saber outros detalhes acerca disso<sup>265</sup>. Mais tarde, afora o problema relativo aos valores propostos pela CABESP, em reunião da SMSC de outubro de 1974, os colegas presentes tomam ciência sobre atrasos sofridos no pagamento de contas e o conseqüente desprestígio à classe médica local<sup>266</sup>.

Em continuação as discussões e medidas relativas a ambos os convênios – do Banco do Brasil e da CABESP –, após considerações de diferentes colegas, a SMSC deliberou, apesar das questões e dilemas enfrentados, no sentido de se permitir o estabelecimento de contratos com os dois esquemas de autogestão, de modo que foram enviados ofícios às duas caixas beneficentes informando-as da decisão tomada e a fim de tornar efetiva, desde então, a tabela de honorários da AMB, de modo a que os atendimentos médicos a ambas fossem pagos conforme esta tabela. Ao mesmo tempo, a comunicação estabelecia a desvinculação dos honorários profissionais das contas hospitalares<sup>267</sup>, o que também ia de encontro aos interesses da categoria médica local.

Já no mês de dezembro do mesmo ano, entretanto, a Sociedade Médica decidiu novamente pela denúncia do convênio CASSI, que assim deixava de ser mantido para o conjunto da categoria médica local, embora se tenha permitido o estabelecimento e manutenção de credenciamentos em caráter individual, responsabilizando-se cada médico pelas questões éticas envolvendo seus contratos de prestação de serviços<sup>268</sup>. Ao lado disso, em fevereiro de 1979 o convênio CABESP foi discutido novamente em razão do envio aos médicos da cidade de uma nova tabela de honorários, o que levou os médicos a realizar consulta junto à APM e ao Sindicato Médico de São Paulo sobre a

---

<sup>265</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 284ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 06 de dezembro de 1972. Livro Ata 04, pp. 25-26.

<sup>266</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 284ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 06 de outubro de 1974. Livro Ata 04, pp. 38-39.

<sup>267</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 325ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 04 de outubro de 1978. Livro Ata 04, pp. 67-68.

<sup>268</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 328ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 06 de dezembro de 1978. Livro Ata 04, pp. 68-69.

aceitação de tabelas impostas por convênios como o citado acima<sup>269</sup>. Por sua vez, a APM respondeu que os convênios a serem firmados ou renovados deveriam seguir a tabela de honorários proposta pela AMB – exceção feita apenas aos atendimentos realizados pelo INAMPS, pelo Banco do Brasil e pela UNIMED.

Além disso, ainda no início de fevereiro de 1978, outro convênio foi debatido na SMSC, sendo que, apesar de posição crítica de um dos presentes – o qual entendeu que a medida desprestigiava a cooperativa UNIMED São Carlos –, os médicos resolveram que também fosse autorizada, oficialmente, a realização de convênios individuais entre os profissionais do município e a unidade local da companhia telefônica do Estado de São Paulo, a Telecomunicações de São Paulo – TELESP, para o atendimento de seus funcionários<sup>270</sup>. Dessa forma, esta companhia e seus funcionários também se agregaram ao mercado de convênios médicos em crescimento em São Carlos.

No início dos anos 1980, tais convênios individuais cresceram de maneira ainda mais incisiva, o que provocou a convocação de uma assembleia geral ordinária no âmbito da Sociedade Médica de São Carlos, a fim de discutir a questão. Nesta assembleia, debateu-se o caráter ético dos convênios individuais estabelecidos em nível de consultório, além de se ter tratado da possibilidade de, ou repassar tais convênios para a UNIMED São Carlos, ou se enquadrá-los nos moldes e padrões da AMB. Por fim, como não se chegou a um consenso, a assembleia resolveu criar uma comissão, a fim de estudar o assunto com maior profundidade e retornar com seus resultados em uma próxima reunião<sup>271</sup>, sendo que o assunto foi novamente tratado e debatido posteriormente<sup>272</sup>. Enfim, os debates chegaram a um consenso, sendo deliberado que todos os convênios deveriam ser referendados pela SMSC e baseados ou na tabela da AMB ou nos moldes da UNIMED, podendo ainda a associação médica local punir aqueles que agissem de maneira divergente<sup>273</sup>.

---

<sup>269</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 327ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 07 de fevereiro de 1979. Livro Ata 04, pp. 69-70.

<sup>270</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 319ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 01º de fevereiro de 1978. Livro Ata 04, pp. 64-65.

<sup>271</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 357ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 29 de agosto de 1982. Livro Ata 05, pp. 02-03; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 358ª reunião da Sociedade Médica de São Carlos..., em caráter de assembleia geral ordinária..., de 01º de fevereiro de 1978. Livro Ata 05, p. 03.

<sup>272</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 360ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 23 de fevereiro de 1983. Livro Ata 05, p. 05.

<sup>273</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 361ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 23 de março de 1983. Livro Ata 05, pp. 06-07.

Mas, apesar desses esforços, debates e negociações, a decisão anteriormente não durou sem polêmica, sendo que já na reunião seguinte os sócios da SMSC discutiram o fato de que algumas das citadas entidades que mantêm convênios na localidade não tinham autonomia para promover as alterações demandadas, fossem nos moldes da AMB ou da UNIMED São Carlos, o que havia levado as representações locais das referidas entidades pedirem que fosse oferecido um prazo especialmente estipulado para que elas se dirigissem às suas direções superiores em busca de solução para o caso. Em meio a tais movimentos, a diretoria da SMSC reuniu-se com representantes da APM e da UNIMED, em que a primeira informou estar limitando a reformulação de tais convênios, em nível estadual, e a AMB, em nível federal. Sendo assim, a diretoria da SMSC posicionou-se pelo oferecimento de prazo até o dia 10 de junho daquele ano, necessário para que os convênios pudessem se adequar aos moldes da AMB ou se integrar à UNIMED. Além disso, ainda em maio de 1983, como a situação estava complicada, tanto a direção da SMSC como seus associados individualmente enviaram cartas às entidades dos referidos convênios rompendo relações com os mesmos<sup>274</sup>.

Isso posto, na reunião de agosto do mesmo ano os médicos de São Carlos tomam ciência de outro fato relacionado à questão dos convênios médicos, ou seja, a AMB teria estipulado e divulgado uma nova tabela de preços, cujos valores em relação às consultas-padrão estariam reduzidos. Em vista dessa nova realidade, os colegas são-carlenses deliberaram no sentido de se promover outra assembleia especificamente organizada para a discussão sobre o tema<sup>275</sup>. Com a nova tabela da AMB, convênios como CABESP e CASSI passaram a preencher as exigências e padrões mais recentemente estabelecidos. Contudo, como a secretaria da AMB informou que havia cancelado a nova tabela, os médicos de São Carlos decidiram manter a decisão anterior de denúncia dos convênios que não cumprissem com os padrões relativos à tabela anterior da AMB ou que não se adequassem às exigências da UNIMED São Carlos<sup>276</sup>.

Demonstrando o dinamismo do mercado de convênios médicos em São Carlos, aproximadamente dois anos mais tarde, tanto o convênio CABESP como o do Banco do Brasil tornaram a ser discutidos pelos colegas são-carlenses, pois já estariam relativamente adequados conforme os padrões ou da AMB ou da UNIMED São

---

<sup>274</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 362ª assembleia da Sociedade Médica de São Carlos, de 11 de maio de 1983. Livro Ata 05, pp. 06-07.

<sup>275</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 360ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 25 de agosto de 1983. Livro Ata 05, pp. 07-08.

<sup>276</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 366ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 15 de dezembro de 1983. Livro Ata 05, pp. 11-12.

Carlos<sup>277</sup>. Em reunião da SMSC de julho de 1985, um dos presentes informa aos colegas que voltaria a atender aos pacientes de ambos, visto que, diante dos valores então pagos pela UNIMED São Carlos, quaisquer dos convênios existentes poderiam ser considerados éticos<sup>278</sup>. Por outro lado, em março de 1986, como os valores de consultas e cirurgias do convênio CASSI passaram a atender aos parâmetros da AMB, o convênio foi votado e aprovado pelos sócios da SMSC, permanecendo apenas a restrição parcial relativa à dependência de acerto de anestésias para os casos cirúrgicos, já que os valores pagos às mesmas não atendiam aos requisitos da tabela da AMB<sup>279</sup>.

Por outro lado, ainda ao final do mês de novembro de 1984, em face de carta enviada pela Câmara Municipal de São Carlos questionando os médicos da SMSC a respeito de sua recusa de atendimento ao convênio Cruz Azul, os médicos são-carlenses decidiram, em resposta, encaminhar outra carta àquela instituição para informar que a entidade médica não celebra, ela própria, convênios, sendo que também respeita as decisões de sua coirmã AMB no que se referia aos honorários médicos. Com teor relativamente distinto, os médicos da SMSC também receberam, ainda ao final do mesmo mês, uma carta da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária – EMBRAPA solicitando, no entanto, não que a SMSC celebrasse convênio, mas sim autorizasse a celebração de convênios entre aquele instituto de pesquisa e médicos de São Carlos, face ao que a SMSC decidiu aguardar a definição da AMB a respeito de sua tabela de honorários médicos<sup>280</sup>.

Como se pode perceber, os diferentes convênios entre médicos e instituições ou categorias sociais determinadas, bem como os contratos com segmentos organizados em regime de autogestão, embora tenham permanecido naquela época com certo espaço dentro do mercado médico local e até se diversificado, considerando as resistências e recusas frequentes dos médicos diante de termos oferecidos pelas mesmas entidades ou categorias, pode-se concluir que estas partes, envolvidas em contratos com os médicos locais, atravessaram o período em questão em posição relativamente fragilizada,

---

<sup>277</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 375ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 24 de julho de 1985. Livro Ata 05, p. 19; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 380ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 28 de janeiro de 1986. Livro Ata 05, pp. 23-24; SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 381ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 05 de fevereiro de 1986. Livro Ata 05, pp. 24-25.

<sup>278</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 375ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 24 de julho de 1985. Livro Ata 05, p. 19.

<sup>279</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 383ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 05 de março de 1986. Livro Ata 05, pp. 25-26.

<sup>280</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 374ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, 28 de novembro de 1984. Livro Ata 05, p. 18.

precisando se adequar, em diversas situações, às exigências dos profissionais do município.

Apesar dos mais sérios problemas enfrentados pelos médicos são-carlenses diante do poder público e, em especial, quanto à assistência médica previdenciária, ainda assim os mesmos se reconheciam em condições de barganhar termos e condições favoráveis junto aos convênios tratados acima, o que se compreende melhor ao se analisar com cuidado o papel transformador e o espaço ocupado pelos outros convênios que os médicos de São Carlos acabaram criando através dos serviços da Casa de Saúde e Maternidade São Carlos e da UNIMED São Carlos, o desde o início dos anos 1970, reorganizou a área da saúde de maneira significativa e deu nova feição ao profissionalismo médico local, que assim entrou em nova fase histórica.

Em realidade, tanto a dinâmica envolvendo os anteriores convênios médicos (analisados em detalhes acima) como outros avanços verificados na assistência médico-hospitalar de São Carlos a partir de 1970, ou ainda, o destino, desde então, da prática médica liberal mais tradicional, somente são mais bem compreendidos tendo-se em vista as mudanças produzidas pela combinação entre: de um lado, a própria emergência dos citados convênios da Casa de Saúde e da UNIMED local e, de outro lado, certos fatores ligados ao novo impulso no desenvolvimento urbano-industrial de São Carlos, os quais, como indicado em capítulo anterior, passaram a interferir na realidade do município neste mesmo período, contribuindo para o surgimento de distintos traços ao que veio a se configurar como a terceira onda de interiorização do profissionalismo médico no município.

Dessa maneira, as bases das mudanças verificadas não apenas, mas particularmente no âmbito dos convênios médicos e, a partir destes, em toda a área médica e de saúde são-carlense, estabelecem raízes mais fundas na emergência da Casa de Saúde e de seus planos de saúde, assim como, em grau ainda mais importante, no desenvolvimento da UNIMED São Carlos, que encontraram, em meio ao novo ciclo de desenvolvimento industrial do município nos anos 1970, condições sociais, econômicas e políticas favoráveis ao seu crescimento e consolidação.

### **13.3. A Casa de Saúde e a UNIMED diante do novo ciclo expansivo da indústria local: avanços no profissionalismo médico e na área de saúde em geral.**

Como se observou anteriormente, com o crescimento urbano e o êxodo rural, que foram favorecidos pela expansão das indústrias e por mudanças no setor agrário do município, São Carlos verificou alterações importantes em sua estrutura social, as quais se combinaram a outras mudanças havidas especificamente no mercado médico local. Tais condições permitiram que, relativamente, novas formas de ação e organização profissionais encontrassem espaço direcionando os médicos são-carlenses a estabelecer uma nova conformação ao seu profissionalismo. Este contexto contribuiu para avanços especialmente em relação à criação e funcionamento da Casa de Saúde e Maternidade São Carlos, a construção dos novos blocos da Santa Casa de Misericórdia e a criação e expansão da UNIMED local, sendo que tais desenvolvimentos também se conectaram e foram em parte impulsionados em razão do importante crescimento, no mesmo período, do setor de convênios médicos – o qual também se beneficiou do mesmo contexto socioeconômico ligado ao novo ciclo da industrialização de São Carlos.

Dessa maneira, vários destes convênios, embora já existissem relativamente desde antes dos anos 1970, frequentemente ocupavam, antes dessa década, um espaço quase insignificante diante da ainda vigorosa prática médica liberal e da crescente atuação dos colegas médicos nos serviços públicos de saúde (não apenas na saúde pública como, especialmente, na assistência médica previdenciária). A mudança de posição entre estes três segmentos da atividade médica de São Carlos aconteceu, decisivamente, na passagem da década de 1960 à década seguinte e durante a primeira metade desta última, quando o setor de convênios médicos avançou e ultrapassou a posição de mercado tanto da prática liberal de consultório como da medicina estatal.

Mas dentro da esfera dos convênios médicos, além de certos contratos de prestação de serviços a categorias/instituições sociais determinadas e outros com determinados segmentos de autogestão (CASSI/CABESP), São Carlos também observou dois outros tipos convênios, os quais assumiram importância maior dentro do setor de assistência médica prestada mediante o estabelecimento de convênios privados, quais sejam: a) aqueles estabelecidos entre a Casa de Saúde e empresas industriais ligadas principalmente ao poderoso grupo IPL, que, por pertencer a sócios comuns ao próprio hospital, passou a oferecer atendimentos médicos quase como serviços próprios em sentido estrito; e b) o ramo de cooperativas médicas, cuja expressão local foi

materializada através de um novo empreendimento privado – a citada UNIMED São Carlos – que, inicialmente, passou a disponibilizar planos de saúde individuais e às famílias de São Carlos e, mais tarde, também planos coletivos às empresas, conseguindo considerável crescimento que dura até a atualidade. Este quadro distinto do mercado médico são-carlense veio a conferir nova face aos serviços prestados pelos profissionais e ao profissionalismo mais extenso dos médicos, da mesma maneira que gerou outros desdobramentos à própria área de saúde como um todo.

Depois de criada, em 1970, a UNIMED São Carlos, no prazo de alguns anos durante o período em discussão, tornou-se líder não apenas dentre os demais arranjos de convênios médicos privados existentes no município, como ainda superou, com o tempo e relativamente, os setores estatal e da prática médica liberal – a qual até o início da década de 1970 ainda atendia pacientes individuais mediante pagamentos diretos. Diante das novas condições da área de saúde em geral e, em particular, do mercado médico local, a partir dos anos 1970 a medicina liberal realizou, paulatinamente, um movimento de declínio que acompanhou paralelamente o crescimento do setor de convênios e, dentre estes, o considerável avanço dos convênios oferecidos pela Casa de Saúde e Maternidade São Carlos e, de maneira ainda mais importante, aqueles estabelecidos pela própria UNIMED São Carlos.

Por conta disso, o mercado privado de assistência médica de São Carlos rapidamente assumiu uma nova configuração, trilhando um caminho cada vez mais independente do setor estatal. Em realidade, os convênios médicos acabaram se evidenciando fundamentais não apenas para a carreira médica propriamente dita, mas também para a rede hospitalar local, influenciando desenvolvimentos na Santa Casa – através principalmente da UNIMED – e na Casa de Saúde – em função, inicialmente, de seus serviços prestados a convênios com indústrias locais e, mais tarde, com contrato especial estabelecido também com a UNIMED do município.

### **13.3.1. O surgimento da Casa de Saúde, sua relação com os médicos e a rede hospitalar local e o desenvolvimento de convênios com as indústrias são-carlenses.**

O projeto da Casa de Saúde derivou de um debate entre os médicos do município, realizado inclusive em reuniões da Sociedade Médica de São Carlos, os quais, ainda ao final dos anos 1950, já trabalhavam com a ideia de construir um hospital



privado alternativo à Santa Casa de Misericórdia local. Contudo, foi apenas no início da década seguinte que os médicos da cidade encontraram possibilidade de iniciar as obras do almejado hospital. Talvez a ideia de um segundo hospital para atendimento exclusivamente privado, tal como veio a ser inicialmente a Casa de Saúde e Maternidade São Carlos nunca tivesse deixado de frequentar as discussões entre os colegas são-carlenses, os quais, como apontado anteriormente, ainda na Primeira República já haviam esboçado um esforço de construção de uma Casa de Saúde. Entretanto, como já analisado, por falta de condições sociais, econômicas e políticas no período relativo à primeira corrente profissional de retorno para a medicina são-carlense, ainda entre o final da Primeira República e o término da Era Vargas, este empreendimento acabou não se efetivando.

Apesar desse revés várias décadas antes, e embora o grupo médico local já tivesse se alterado bastantes desde então, ao final da década de 1950, no âmbito da Sociedade Médica de São Carlos, a questão relativa à construção de uma Casa de Saúde para atendimento à apenas pacientes particulares voltou a movimentar os colegas são-carlenses, quando, além de problemas quanto à estrutura e aos serviços oferecidos pela até então solitária Santa Casa de Misericórdia, São Carlos já verificava novo movimento de crescimento demográfico – impulsionado, como observado antes, pela ascensão de outro ciclo de desenvolvimento industrial para a localidade, o que dava margem aos colegas são-carlenses recolocarem a questão de criação de um segundo hospital para a localidade. Dessa maneira, na reunião de 04 de junho de 1958, os médicos da SMSC discutiram a possibilidade criarem tal unidade hospitalar. Para tanto, o caminho aventado, mas ainda não definitivamente escolhido, foi o de se buscar recursos ou com a Caixa Econômica do Estado ou com outra entidade estatal dessa natureza<sup>281</sup>.

Depois de alguns anos, no princípio de 1963, a estratégia para a criação da Casa de Saúde toma outra forma, sendo que agora os médicos resolveram realizar o lançamento de ações beneficiárias do referido hospital e se cotizarem para angariar fundos para a mesma finalidade<sup>282</sup>. Em abril do mesmo ano, os colegas reunidos na SMSC decidiram a modalidade de pagamento das prestações devidas para o pagamento

---

<sup>281</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 116ª reunião ordinária, de 04 de junho de 1958. Livro Ata 02, pp. 74-75.

<sup>282</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 172ª reunião ordinária, de 06 de fevereiro de 1963. Livro Ata 03, pp. 59-60.

dos cotistas que se associaram ao esforço de construção do hospital<sup>283</sup>. Contudo, antes de se iniciarem as obras, os médicos tiveram de definir a localização do hospital e adquirir um terreno adequado.

Para que se obtivesse este terreno, os médicos envolvidos lançaram mão de sua influência sociopolítica e os contatos com os poderes locais, de modo que, após negociações com a prefeitura municipal, os médicos da cidade conseguiram que esta cedesse um terreno localizado na Vila Nery, onde o hospital foi construído. Como o terreno cedido para a construção da Casa de Saúde havia sido passado pela prefeitura de São Carlos sob a condição de que o hospital entrasse em funcionamento para o atendimento da comunidade, até que os trabalhos médicos começassem certos atritos entre o governo municipal e os médicos da Casa de Saúde aconteceram. Na transferência do terreno, estipulou-se, ao mesmo tempo, um prazo para que o hospital entrasse em funcionamento. Mas dadas as dificuldades em se dar andamento às obras, foi necessário que os médicos solicitassem à câmara municipal a prorrogação deste prazo<sup>284</sup>, o que levou o poder público municipal a imprimir certa pressão para que se iniciassem as atividades ambulatoriais e de pronto-socorro o quanto antes<sup>285</sup>.

Ainda sem um maior aporte financeiro, pois o acerto com instituições financeiras acabou acontecendo somente depois, o primeiro piso do hospital começou a ser erguido em 1962, concluindo-se no interregno de 1968-1969, quando então foi possível dar início às atividades de atendimento médico – de fato, o chamado hospital novo (denominação pela qual a Casa de Saúde ficou popularmente conhecida), teve o início de suas atividades, ainda que parcialmente, em abril de 1968<sup>286</sup>, expandindo paulatinamente suas funções nos anos subsequentes. Até assumir sua estrutura física atual, foram necessárias duas etapas para a realização do trabalho de construção, separadas pelo intervalo de alguns anos. Se em 1969 o piso térreo já estava acabado, foi apenas entre 1973-1975 que se ergueu o primeiro e o segundo andares – os quais, juntamente com o piso térreo, representam até hoje a estrutura física da Casa de Saúde.

Conforme o Médico 05, o projeto original de construção da Casa de Saúde foi concebido por um arquiteto de São Paulo que:

---

<sup>283</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 173ª reunião ordinária, de 06 de março de 1963. Livro Ata 02, pp. 60-61.

<sup>284</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 208ª reunião ordinária, de 06 de abril de 1966. Livro Ata 03, pp. 115-116.

<sup>285</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 209ª reunião ordinária, de 04 de maio de 1966. Livro Ata 03, pp. 117-118.

<sup>286</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 238ª reunião ordinária, de 03 de abril de 1968. Livro Ata 03, p. 134.

“(…) só mexia com hospitais (…) ele idealizou este hospital em oito andares. Para cinquenta leitos. Você imagina o que era: tinha cinema, anfiteatro... anfiteatro não (...) para show mesmo, para fazer teatro (...) tinha restaurante, era todo de vidro... A planta era uma coisa de louco. Eles modificaram. (...) Quer dizer, dentro da planta, porque era inviável. Então foi modificado o projeto original dele, né? Mas a concepção dele era chique! Foi a necessidade da época (...). Então, quer dizer, na época nós precisávamos de quartos, não precisávamos de anfiteatro, não precisávamos de cinema. Então começou com uma laje só. Então foi feito, hoje estamos lá com cinco lajes. Mas ele é para oito andares. (...) Foi na raça mesmo” (Entrevista com o Médico 05, profissional de São Carlos, entre 60-65 anos de idade).

Desde o seu surgimento até hoje, o hospital evoluiu, sendo que hoje o mesmo se estrutura como:

“(…) um hospital geral. Tem maternidade. Tem a UTI Infantil. Tem a Neonatal. É um hotel geral completo. Tem UTI adulto. (...) centro cirúrgico. Então tem a ala de cirurgia. Tem a ala de clínica médica. (...) Está com oitenta e tantos leitos, no total. (...) ele tem os compradores de serviço, né? Os convênios, [atende paciente] particular (...). Nós temos um ambulatório (...) que além de atender os convênios, atende particular. Temos médicos lá (...) com hora marcada, com tudo (...) tem todas as especialidades (...) os exames são todos subsidiados, a preço acessível para aquele que não quer cair no [atual] SUS e não tem condição de ter uma UNIMED (...)” (Entrevista com o Médico 05, profissional de São Carlos, entre 60-65 anos de idade).

Com as atividades já em andamento depois de se ter estabelecido a primeira etapa da construção, para que não se interrompesse, mas fosse dada sequência a esse processo, os médicos ligados à Casa de Saúde realizaram tratativas tanto com a Caixa Econômica Federal e a Caixa Econômica do Estado como também com deputados ligados aos colegas são-carlenses para viabilizar recursos alternativos, pois os profissionais da Casa de Saúde não tinham condições de avançar por si mesmos com os custos do empreendimento em curso sem a ajuda de instituições bancárias ou do poder público<sup>287</sup>. Na realidade, constituída como empresa privada com fins lucrativos a partir de uma associação de médicos da cidade, a Casa de Saúde foi inicialmente estabelecida por dezoito sócios com cinco por cento cada um, e depois, por outros dez cotistas (com um por cento cada). De acordo com o Médico 07, a Casa de Saúde foi criada:

“Primeiro, porque tinha um hospital só na cidade. Só tinha a Santa Casa. (...) A ideia foi criar outro hospital. (...) Juntamos todos os médicos da época. (...)”

---

<sup>287</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 199ª reunião ordinária, de 12 de maio de 1965. Livro Ata 03, pp. 101-102.

E metade achou que valia a pena. Então a ideia foi fazer um hospital moderno para a época, né? (...) Foi fazer um hospital moderno para melhorar a assistência da cidade e para você ter um campo de trabalho seu. Porque a Santa Casa não é sua, né? Então a ideia era fazer um pequeno hospital onde nós pudéssemos trabalhar. Para não depender exclusivamente de um ponto só. Essa foi a ideia. (...) A ideia era fazer uma coisa diferente de Santa Casa. (...) A Santa Casa era fisicamente velha. Hoje não. Foi feito uma ala nova. Mas aquela ala velha, você entrava lá, tinha os porões. Então, a ideia era fazer uma coisa nova, moderna (...) melhorar para você ter um campo de trabalho (...) A ideia inicial era montar os consultórios, e você tinha os consultórios no primeiro andar, por exemplo. No segundo andar, você fazia a clínica. E no terceiro você fazia a cirurgia. Ou seja, você ficaria o dia inteiro lá dentro. Você não tinha de trabalhar lá num lugar e sair, entendeu? (...). Você centralizava num lugar só. (...) Atendia o INPS. Atendia aqueles de medicina de grupo que existia na época. Não tinha UNIMED ainda. A UNIMED é posterior. Atendia os antigos convênios com a CBT [Companhia Brasileira de Tratores], IPL (que eram as Indústrias Pereira Lopez). (...) Ou seja, todos os serviços que a cidade tinha nós atendíamos. (...) Era um hospital aberto, geral. (...) A ideia funcionou por uns tempos (...)" (Entrevista com o Médico 07, profissional de São Carlos, entre 80-85 anos de idade).

E o Médico 06 ainda acrescenta que:

"Então, deixaria a Santa Casa para atender os pacientes pertencentes aos chamados grupos previdenciários ou indigentes (...). A Casa de Saúde começou a funcionar, a rigor, no fim de 68, começo de 69 (...) muita dificuldade no começo, (...) os médicos, afinal de contas, eram um pouco limitados, então esse tempo (...) entre a ideia e até ela poder funcionar, em 1968, 69, também transcorreu um período longo de tempo. Mas, em 69, ela já estava funcionando, com dois andares apenas, (...) térreo e o primeiro andar; o segundo e o terceiro foram construídos posteriormente, aí por volta de 73, 74. (...) [Conseguiu-se] um empréstimo da Caixa Econômica Federal, que tinha fundos pra isso. Era um empréstimo a longo prazo, (...) com juros privilegiados, digamos assim, e foi possível, então, através desse empréstimo, concluir os outros dois andares e a Casa de Saúde ficou, então, com uma dívida que foi pagando ao longo do tempo com a Caixa Econômica Federal. Isso permitiu a conclusão do hospital (...) isso permitiu a esse grupo de 23 médicos assumirem, solidariamente, um empréstimo junto à Caixa Econômica Federal, e concluir o hospital e ampliar o hospital nesse espaço de tempo, até 1973, 74, 75, por aí, já tinha essa conformação atual. Mas, diferentemente do que se imaginava inicialmente, a cidade não tinha – eu acho que ainda não tem, hein? – um número suficiente de habitantes que permitisse o funcionamento de um hospital exclusivamente (...) particular, no sentido de que atendesse, no sentido de que seus pacientes seriam completamente ou totalmente particulares. Então, logo a própria Casa de Saúde agregou-se a esse sistema de convênios (...) com o INPS, o INAMPS, certo? E passou a atender da mesma forma que a Santa Casa, o mesmo tipo de pacientes, quer dizer, o habitante da cidade de um modo geral. Isso se estendeu até (...) Em 94, a Casa de Saúde abandonou o sistema [público] e voltou a ser exclusivamente privada. Mas aí a situação já era outra" (Entrevista com o Médico 06, profissional de São Carlos, entre 70-75 anos de idade).

O mesmo médico também lembra que, em pouco tempo, no âmbito da Casa de Saúde:

“(...) [Começou-se] a fazer convênios com empresas locais, com as maiores empresas de São Carlos, que eram na ocasião: as Indústrias Pereira Lopes, que tinham uma fábrica de geladeira, a CLÍMAX, com a Companhia Brasileira de Tratores, que fabricava tratores aqui. (...) Depois houve um desmembramento da fábrica de geladeiras, que foi o embrião, chamava-se SICOM, que é o nome anterior da hoje conhecida por TECUMSEH. Com a Fábrica de Tapetes... Nós tivemos, enfim, convênios com várias empresas, grandes empresas locais, que era o mesmo sistema de pré-pagamento: a empresa pagava (...) pela assistência médica aos seus funcionários, e eles eram atendidos, no caso dos convênios da Casa de Saúde, eram atendidos por médicos do corpo clínico da Casa de Saúde. (...) 20 ou 25 mil pessoas, porque eram funcionário e familiares, não é? (...) A Casa de Saúde – no caso de São Carlos, vamos falar do caso de São Carlos – ficaria atendendo convênios com empresas, e a UNIMED atendendo empresa com pessoas ou famílias, não é? Uma coisa completamente diferente. Na evolução, evidentemente, isso funcionou assim, durante muito tempo, depois (...) com o tempo, a UNIMED resolveu avançar também junto às empresas, às empresas e conseguiu os convênios com as empresas, como nós fazíamos aqui com a IPL, com a CBT, com a... SICOM, da mesma forma. Então, assim, estabeleceram um divisor de águas. Com os anos, com o passar do tempo, esse divisor de águas acabou desaparecendo, a Casa de Saúde acabou se desinteressando... pelos convênios com empresas, que passavam a ser cada vez mais exigentes – e você imagina que essa exigência tinha uma razão de ser: a UNIMED tinha um corpo clínico muito maior do que aquele, do que aquele da Casa de Saúde. Então, para os pacientes, para as próprias empresas, as opções de atendimento não eram com um grupo reduzido de médicos, proprietários ou não, gente que trabalhava dentro da Casa de Saúde (...). Na medida em que a cidade foi crescendo, que o número de médicos foi aumentando na cidade, foram chegando mais especialidades, muitos deles não se agregaram à Casa de Saúde, mas sim à Santa Casa, então, isso permitiu à Santa Casa, permitiu à UNIMED ir buscar novos cooperados entre esse grupo de médicos que estavam chegando anualmente. Isso, evidentemente, foi um fator importante, que determinou com que essas empresas, afinal de contas, optassem, num momento ou noutro, pela a UNIMED. Não foi o caso da CBT, não foi o caso nem da fábrica de geladeiras; na verdade, isso foi um período que essas fábricas, essas indústrias passaram por uma crise muito grande e acabaram tendo que cortar gorduras, e uma das gorduras que cortou foi o convênio oferecido aos empregados. Enfim, mas a UNIMED (...) avançou a ideia original não só fazendo convênios com pessoas ou famílias, mas também convênios com pessoas jurídicas de qualquer tipo. Isso permitiu, evidentemente, à UNIMED, um avanço tremendo. Hoje, a UNIMED tem 120 mil pessoas, 120 mil vidas, digamos assim, um pouco mais. Durante muito tempo ela operou absolutamente sem concorrência, não entravam outras empresas de convênio médico, de seguro de saúde em São Carlos. Agora, nesses últimos... nesse último ano, é que estão começando a surgir algumas empresas desse tipo, que estão começando a oferecer planos, além... uma alternativa para a UNIMED” (Entrevista com o Médico 06, profissional de São Carlos, entre 70-75 anos de idade).

A Casa de Saúde ainda desenvolveu alguns serviços necessários ao funcionamento do próprio hospital, tais como serviços laboratoriais e de exames por radio-imagem e de imagem em geral, além de serviços de endoscopia, os quais foram criados e desenvolvidos graças à participação de médicos sócios ou integrantes do corpo clínico da própria. Na atualidade, filhos dos doutores Romeu Santini e Eddie Maricondi (fundadores da Casa de Saúde e iniciadores, respectivamente, dos serviços de imagem e de laboratório), os quais também se especializaram nas áreas em que seus pais haviam construídos suas carreiras, comandam os empreendimentos criados pelos dois médicos já falecidos, dando continuidade aos serviços prestados à Casa de Saúde e à comunidade local em geral. Tais serviços de apoio para exames de diferentes tipos encontram-se até hoje vinculados ao funcionamento do mesmo hospital e também em consultórios ou institutos e laboratórios existentes fora da Casa de Saúde, tendo se estruturado e crescido a ponto de terem se tornado referência para toda a comunidade, respondendo a demandas de pessoas e médicos que não se utilizam diretamente dos serviços internos da Casa de Saúde.

O Médico 04 lembra que os serviços laboratoriais ligados ao doutor Maricondi representam os mais antigos serviços deste tipo existentes ainda hoje em São Carlos. Depois, tais serviços foram acompanhados pelos novos serviços criados através da unidade local do Instituto Adolfo Lutz, localizado, à época, no centro de São Carlos (onde também funcionou o antigo Centro de Saúde do município). Mais tarde, com a chegada do biomédico Paulo Sergio Werneck, o trabalho antes concentrado nas mãos do doutor Maricondi passou a ser mais dividido na cidade, sendo que o doutor Paulo Sérgio passou a prestar tais serviços junto à Santa Casa de Misericórdia. Com o crescimento da cidade e a melhoria dos serviços médicos e de saúde em geral, outros laboratórios também emergiram em São Carlos diversificando o mercado de serviços para exames e diagnósticos na área de patologia clínica<sup>288</sup>.

Por sua vez, o Médico 05 destaca que, em São Carlos, quanto aos serviços de radiologia e de diagnóstico por imagem em geral, inicialmente surgiram apenas os serviços de raios-X oferecidos pelo primeiro aparelho desta natureza, que foi então trazido ao município pelo doutor Ernesto Pereira Lopez:

---

<sup>288</sup> Entrevista com o Médico 04, profissional de São Carlos, entre 80-85 anos de idade.

“(...) era um raio-X com, a gente fala assim, ampola linha aberta (...) era do doutor Ernesto Pereira Lopez. Ele era médico aqui. E ele tinha um aparelho que fazia radiografia, mas era em linha aberta. Então era um aparelho louco, coisa de louco, a ampola ficava na parede. Onde você pusesse o filme, saía a radiografia. E vazava radiação para tudo que era lado. Como o doutor Ernesto parou de clinicar aqui e mudou para São Paulo, ele largou a clínica dele para o meu pai [doutor Romeu Santini]. Foi aí que meu pai se interessou pela radiologia, tudo, ele tinha feito um pouco no Rio de Janeiro também. E então, daí para frente ele tocou. Aí, depois de uns anos, ele vendeu esse aparelho de raio-X de linha aberta e comprou esse preto que está aqui exposto [em sala do Instituto Radiológico Romeu Santini – centro de São Carlos] e aí foi, continuou (...)” (Entrevista com o Médico 05, profissional de São Carlos, entre 60-65 anos de idade).

E tanto o doutor Ernesto como o doutor Romeu Santini não eram radiologistas propriamente, mas médicos com conhecimento clínico, de modo que as imagens de raio-X eram associadas ao exame clínico, sem o qual não conseguiam chegar a um diagnóstico. Eles, naquela época, com os recursos de que dispunham só utilizavam o raio X apenas para examinar:

“(...) osso, para ver se estava quebrado ou não estava. Não tinha muito diagnóstico. Era um aparelho limitado. Não fazia diagnóstico (...) tirava pulmão, abdômen, mas não fazia, não tinha (...) a imagem era horrível, era revelado à mão. Então, foi um começo duro. Tanto é que [o doutor Romeu Santini] tinha um consultório na frente dessa casa [do mesmo doutor Romeu, na Av. São Carlos] e, depois que ele casou (...), ele morava no fundo. Então [sua mulher e sem formação específica] revelava o filme (...) e o [doutor Romeu] consultava na frente de casa” (Entrevista com o Médico 05, profissional de São Carlos, entre 60-65 anos de idade).

Após a incorporação de ambos os serviços para exames e diagnósticos junto à Casa de Saúde, este hospital verificou, mais tarde, outros serviços desenvolvidos por iniciativa de outros médicos vinculados à mesma instituição, sendo que tais desenvolvimentos foram desdobrados em avanços em serviços fora da própria Casa de Saúde. Como avalia o Médico 06:

“O doutor Romeu Santini, que foi um dos criadores da Casa de Saúde, junto com o doutor Maricondi, com o doutor Sílvio Vilari, que era cirurgião (já falecido), e outros vinte colegas (...) foi um dos primeiros radiologistas de São Carlos. Não foi o primeiro, porque, na verdade, o primeiro foi o doutor Ernesto Pereira Lopes, que trouxe de São Paulo um aparelho de raios-X. Depois o doutor Ernesto, com a atividade política, acabou, digamos assim, deixando esse serviço para o doutor Romeu, que foi ampliando, crescendo, etc. e tal. (...) o doutor Santini atendia não só no consultório dele, que era na

Av. São Carlos (lá ele tinha um aparelho de raios-X), mas tinha também um aparelho de raio-x que funcionava na Santa Casa, e ele era o responsável. Quando foi criada a Casa de Saúde, (...) foi colocado mais equipamentos de raio-x, entendeu? Então, o Instituto Romeu Santini acabou surgindo muitos anos depois, eu não posso nem te precisar hoje, é... quando é que ele foi criado; mas, vamos dizer assim, ele agregou o serviço existente do doutor Romeu Santini dentro da Casa de Saúde e aquele que ele tinha fora da Casa de Saúde, em consultório privado. E continua assim até hoje. Na Santa Casa, não. Houve o desligamento do doutor Romeu, mas não porque ele quisesse se desligar, porque outros radiologistas foram chegando e assumiram o serviço na Santa Casa, que, para o doutor Romeu, naquela altura do campeonato, era importante, porque ele não conseguia dar cobertura para tudo isso, entendeu? Então, o serviço lá continuou, ficou, se separou completamente do Instituto Radiológico. No caso do Laboratório Maricondi, é um pouco diferente. O doutor Maricondi tinha um muito bom laboratório na cidade. E, como ele era um dos sócios da Casa de Saúde, é evidente que ele ficou com o serviço gerado dentro da Casa de Saúde. Você pode dizer até que isso seria uma espécie de reserva de mercado, e era, em termos, vamos dizer assim, absolutos, era isso mesmo, entendeu? Existia outro laboratório na cidade, que prestava serviço para a Santa Casa – infelizmente o titular desse laboratório já é falecido, etc. e tal (...) Não, não existe mais, não existe mais, era do Paulo Sérgio Werneck, que não era médico, era um biomédico; e que atendia aos serviços da Santa Casa. O doutor Maricondi também atendia, mas (...) quem atendia mais era esse outro laboratório. Evidentemente, o doutor Maricondi ampliou muito o serviço dele na cidade, melhorou muito, hoje é um laboratório de ponta, hoje ele é tocado pelo doutor Wagner, que é filho do doutor Maricondi, já falecido, não é? Enfim, e... o que houve, em termos de consequência geral, digamos assim, é que essas – vamos chamar de, por enquanto, chamar de outro nome, de reserva de mercado – assegurou a esses laboratórios, a esses serviços, um avanço tecnológico. Porque na medida em que você tem um serviço mais ou menos garantido, você pode planejar um pouquinho o seu futuro, planejar os seus investimentos, etc. e tal. Então, isso foi bom, foi uma reserva de mercado que eu acho que foi muito boa, porque ela permitiu o avanço tecnológico um pouco mais seguro. Dificilmente alguém vai comprar um equipamento novo, mais caro, mais sofisticado, se não tiver um mínimo de garantia de retorno em relação a esse investimento. Então, eu acho que isso... a forma pela qual esses serviços se desenvolveram com uma reserva de mercado foi importante, importante pra cidade, entendeu? Com o advento da UNIMED, ela já tornou as coisas um pouco diferentes, ela credenciou todos os laboratórios que existiam na cidade, porque, ao longo desses anos, foram surgindo outros serviços – pequenos, etc. e tal – mas que foram, também, credenciados pela UNIMED, e que foram se desenvolvendo. Até que a UNIMED criou o seu próprio serviço, não é? Hoje a UNIMED tem um laboratório próprio. Mas, apesar disso, ela continua pagando prestadores de serviços que não sejam... que façam exames em outros laboratórios credenciados. Mas isso eu acho que também... isso é uma característica de desenvolvimento importante, quer dizer, não se tolhiam nada, pelo contrário, eu acho que essas reservas de mercado, digamos assim, permitiram até um avanço importante do ponto de vista tecnológico, enfim, é isso que eu quero dizer. Esse é o papel. Você me perguntou do papel, principalmente do Instituto Radiológico, que eu confundo muito com o nome do... aliás, eles chamam Instituto Radiológico Dr. Romeu Santini – [que] era um visionário, um sonhador... uma pessoa que sempre acreditou que tudo pudesse ser ampliado e melhorado. Nunca aceitou a estagnação, (...) estava sempre com uma ideia nova, querendo fazer uma... assim também o doutor Maricondi. Eu acho que esse era o mérito dessas duas pessoas, foram extremamente importantes para esse desenvolvimento, entendeu? Essa não é uma característica muito comum em médicos. Os médicos tendem a ser um sujeito mais conservador, o médico tende a arriscar muito pouco do seu capital na sua atividade – essa é outra característica na profissão... Então,



poucos são aqueles médicos que têm essa visão mais ampla do investimento, da melhoria do serviço tecnológico, etc. etc. etc. Claro, sempre tendo a perspectiva de retorno, mas, antes dessa perspectiva, eles são sonhadores. Eu me lembro bem que eu havia chegado de São Paulo (...) e naquela ocasião (...) [resolveu-se criar,] com um grupo de colegas, as UTI's; não existiam UTI's em São Carlos. E... nas UTI's era importante, uma das coisas importantes que existe em UTI é a chamada (...) ventilação assistida, essa coisa toda, assistência ventilatória, respiratória... Aqueles caras que você vê entubado. Mas aquilo envolve um controle das condições hidroeletrólíticas e acidobásicas do paciente importante, e pra isso você tem que ter equipamento, pra medir PH e isso e aquilo, bicarbonato (...) enfim, para esse equilíbrio, é preciso que você faça, com muita frequência – às vezes duas, três ou quatro vezes por dia – um exame chamado gasometria arterial, em que se mede a pressão parcial de oxigênio, pressão parcial de gás carbônico, PH, etc. etc. Esse (...) era um equipamento caro. Então, eu me lembro bem que eu tive que falar com o doutor Mariconi: 'Ô Mariconi, nós precisamos comprar esse treco, aqui'. 'Tá bom, vamos comprar, se é fundamental', eu falei: 'É absolutamente fundamental, nós não podemos usar um ventilador, (...) um respirador, se nós não tivermos gasometria. É impossível'. 'Perfeitamente', ele imediatamente comprou equipamentos, trouxe pra cá. Mas, naquela ocasião, eram poucos os pacientes para a UTI. Os próprios médicos relutavam muito em mandar pacientes para a UTI. Ah... e, havia, há um determinado componente, ou havia, nesse equipamento, nos aparelhos de gasometria, que era uma membrana, uma membrana que filtrava gás, etc. e tal, não importa. E essa membrana vencia não em função do número de exames realizados, mas com o tempo em que ela tinha sido colocada no aparelho. O Maricondi ficava muito bravo, ele dizia: 'Bom, você me fez comprar esse troço aí, ainda não fez um número exames sequer... não deu para pagar a membrana, já tem que trocar! Precisa aumentar o número de pedidos dos exames!'. Então, mas era gente, é isso que eu quero dizer, que acreditava fundamentalmente no avanço, na modernização, nas novas tecnologias, entendeu? Claro que reclamava, 'pô, esse negócio não dá', entendeu? Mas como reclamaram também dos tomógrafos, quando surgiram os primeiros tomógrafos; eu me lembro quando surgiu junto com o doutor Romeu Santini, (...) ele queria colocar um tomógrafo (...) na Casa de Saúde. (...) e num primeiro momento era totalmente inviável. Quer dizer, o que aquilo geraria de faturamento não pagaria esse aparelho de jeito nenhum. Independentemente disso, o doutor Romeu fincou o pé e falou: 'Não importa, isso é uma coisa fundamental e nós vamos comprar, depois nós damos um jeito'. Entendeu? Então, o que eu digo é que isso não é muito comum em médico, não é? Esses visionários na área médica são muito poucos (...). Hoje são coisas comuns, né? Por exemplo, endoscopia digestiva, essa coisa toda. Para comprar o primeiro endoscópio aqui foi um carnaval que você não faz a menor ideia, entendeu? 'Mas esse treco não vai se pagar nunca, pô!', entendeu? Mas na medida em que você coloca o serviço, evidentemente logo aparece a demanda do serviço, não existia demanda porque não tinha o serviço. Na medida em que você tem o serviço, aparece a demanda. (...) eu tenho impressão que foi o doutor Hérico, junto com um grupo de cirurgiões daqui, doutor Francisco... quem mais, o doutor Vicente Ciarrochi, enfim, eles resolveram um belo dia que tinha que comprar um endoscópio. E... o doutor Hérico trouxe, afinal, esse endoscópio para cá, e começou a fazer as endoscopias aqui, que ajudou muito num primeiro momento. Evidentemente, já eram endoscópios de fibra ótica, já era outro tipo de tecnologia que estava se usando. Eram aparelhos caros – ainda são! Mas de qualquer forma, hoje, em qualquer unidade de bairro de saúde que você entra um paciente, por mais humilde que seja, ele já sabe que existe... "Doutor, será que não é melhor fazer uma endoscopia?" (Entrevista com o Médico 06, profissional de São Carlos, entre 70-75 anos de idade).

Após a sua criação e com o desenvolvimento de seus serviços junto à população de São Carlos, a Casa de Saúde passou a relativamente dividir o mercado de assistência médico-hospitalar com a antiga Santa Casa de Misericórdia, imprimindo certa segmentação junto à categoria médica local, que passou ter dois locais de trabalho independentes, começando a se formar dois grupos de médicos relativamente separados, cada qual ligado, com frequência, a apenas um dos dois hospitais, o que em parte era condicionado pelo fato de que os médicos vislumbravam mais facilidades ou vantagens em concentrar seus esforços profissionais em apenas uma das instituições, de modo que, em algumas situações, certas rivalidades começaram a aparecer entre médicos vinculados a cada um dos dois hospitais. Quando o Médico 09 chegou em São Carlos no início dos anos 1970, ambos os hospitais já funcionavam normalmente, sendo que:

“Tinha um grupo da Santa Casa, tinha um grupo da Casa de Saúde. Eram bem divididos naquela época. Tinha uma divisão: uns operavam mais lá, outros mais aqui, tinha um ou outro que fazia as duas coisas, não é? Mas geralmente médico de lá que ia para a Santa Casa. Ali era um grupo fechado. Era difícil de entrar, né? (...) A Casa de Saúde (...) Os médicos já estavam todos, eles já, quando eu entrei, praticamente só fui para a Santa Casa (...)” (Entrevista com o Médico 09, profissional de São Carlos, entre 65-70 anos de idade).

Refletindo sobre as relações entre os dois hospitais e seus respectivos grupos médicos, o Médico 06 enfatiza que:

Em qualquer lugar do mundo, existe sempre rivalidade entre médicos, não é? Principalmente entre grupos. Evidentemente, essa rivalidade, essa divisão, ela se manifestou algumas vezes, mas de uma forma muito tênue, porque, na verdade, (...) o convívio diário, seja de um grupo, seja de outro grupo, acaba sendo junto, em algum momento, em algum tempo, em algum lugar. Então essa rivalidade nunca chegou a ser uma coisa absurda, entendeu? Mas, evidentemente, aqueles que estavam primordialmente ligados à Santa Casa evidentemente que tendiam a puxar o serviço todo para a Santa Casa, até por uma questão de facilidade de trabalho, entendeu? E aqueles que estavam ligados à Casa de Saúde, puxar o serviço pra cá. Isso é uma coisa normal, mas a rivalidade não chegou a ser de forma, enfim, não foi nunca, nós nunca poderíamos dizer que foi uma grande rivalidade, havia certos, certas reservas, de alguns indivíduos, eu diria que eram mais atitudes pessoais do que propriamente de grupos, entendeu? (...) por exemplo: internava alguém aqui na Casa de Saúde, que precisava de um especialista que só trabalhava na Santa Casa – “Chama o fulano, pede para ele...”, “Ah, na Casa de Saúde eu não vou, transfere para a Santa Casa!”, entendeu? Isso era raro, mas chegou a acontecer sem dúvida nenhuma. Ou então, o contrário, médicos que, por exemplo – eu assisti um, uma cena aqui que eu jamais vou esquecer, um desses jovens médicos – não tão jovem, porque ele tem praticamente a minha

idade – cirurgião, marcava suas cirurgias muito cedo aqui na Casa de Saúde, às sete horas da manhã, e, de repente, chegou um colega nosso, que também era cirurgião, que ia operar, e encontrou a sala que ele gostaria de operar – era uma sala grande, uma das cinco, seis salas de cirurgia aqui da Casa de Saúde – quando ele chegou ele encontrou a sala ocupada por esse jovem médico que estava operando alguém, e ele foi muito grosseiro na ocasião, ele falou: “Pô, a gente constrói um hospital afinal de contas pra vir qualquer um da rua operar aqui?!”. E eu me lembro perfeitamente que esse colega, que é muito querido hoje por todos nós, jamais pôs o pé outra vez na Casa de Saúde (...) nós estávamos sempre juntos, em jantares, em festas, isso e aquilo, reuniões da Sociedade Médica (...) tudo igual, mas aqui ele não entrou mais” (Entrevista com o Médico 06, profissional de São Carlos, entre 70-75 anos de idade).

Embora se verifiquem nos dados versões que relativizem a existência de conflitos e divisões mais profundas entre os colegas, ainda assim, ao longo do tempo, surgiram certos atritos que movimentaram a medicina são-carlense, inclusive no âmbito da SMSC, cuja função institucional sempre foi a promoção da coesão e dos interesses coletivos que unissem a categoria médica em nível local. Expressão dessas tensões que atingiram o convívio interno da SMSC foi quando a Casa de Saúde resolveu estender seus iniciais convênios particulares com empresas locais para além daqueles antes estabelecidos com a fábrica de geladeira (CLÍMAX) e a Companhia de Tratores (CBT). No ano de 1973, os médicos ligados à Casa de Saúde firmaram novos contratos de prestação de serviços médicos (igualmente através de modalidades de pré-pagamento), tanto com a SICOM como com a Fábrica de Tapetes São Carlos, o que levou os médicos ligados da SMSC propor uma reunião especialmente constituída para discutir tal situação, já que esses novos convênios criaram certo descontentamento entre alguns colegas. A essa altura, a UNIMED São Carlos já havia iniciado suas atividades, o que representou um ingrediente extra em meio aos debates então realizados.

Ainda em outubro do mesmo ano, um dos sócios da entidade requereu à mesa diretora da SMSC, que a ela interpelasse a presidência da Casa de Saúde e Maternidade São Carlos sobre a realização dos novos convênios, já que em reunião anterior aquela instituição havia se manifestado no sentido de que novos convênios não seriam promovidos. Em resposta, na reunião da SMSC do mês seguinte, o representante da Casa de Saúde afirmou que aquele hospital não estava interessado em novos convênios, mas que, por contingência e necessidade, teve de rever sua posição estabelecida há dois anos, promovendo os citados convênios, além de outro, que também se havia firmado entre o hospital e a prefeitura municipal, a fim de que servidores municipais igualmente

recebessem assistência médica da Casa de Saúde. Diante disso, um dos presentes pediu a palavra lembrando que alguns colegas tinham apontado a questão de que, dessa forma, a Santa Casa deveria ter sido informada ou consultada, já que os atendimentos desta – assim como aqueles através da UNIMED – poderiam ser afetados. Outro representante da Casa de Saúde afirmou que este hospital estava aberto a que profissionais não-sócios ou não-pertencentes ao seu corpo clínico, os quais poderiam atender normalmente aos seus pacientes na Casa de Saúde<sup>289</sup>.

Contudo, o mesmo médico afirmou que a Casa de Saúde necessitava de uma renda fixa mensal para fazer frente a compromissos assumidos com a compra de novos equipamentos hospitalares. Um dos colegas presente discordou, dizendo ser possível obter renda alternativa por meio de uma melhor gestão das internações particulares e do INPS. Ainda assim, a representação da Casa de Saúde explicou que os novos convênios se faziam necessários para a sobrevivência do hospital. Por sua vez, outro colega insatisfeito argumentou que médicos não pertencentes aos citados convênios estariam enfrentando barreiras para serem livremente escolhidos por seus clientes. E ainda, lembrou entender que seria mais vantajoso a modalidade de convênios proposta pela UNIMED São Carlos, já que, neste caso, as consultas eram pagas per capita, com o atendimento em consultório e por meio do regime de livre escolha entre todos os colegas da cidade. Diante disso, indagou-se aos representantes do hospital em questão se a Casa de Saúde não poderia abrir seu capital aos médicos não sócios da mesma. Ademais, também se destacou que, na realidade, a discussão sobre os atendimentos hospitalares em São Carlos defrontava-se com uma situação de déficit e não de excesso de leitos, não existindo leitos ociosos no município àquela época.

Enfim, um dos presentes encaminhou um requerimento à mesa diretora da SMSC para que aquela reunião ordinária continuasse na condição de sessão permanente, constituindo-se, também uma comissão de médicos, a fim de que se estudasse o caso e encontrasse uma solução para a questão<sup>290</sup>. A comissão trazia representantes de colegas dos dois hospitais locais, bem como colegas que participavam não apenas dos convênios da própria Casa de Saúde, mas, igualmente, certos profissionais que se vinculavam a outros convênios, especialmente os da UNIMED São Carlos. Ao encerrar seus trabalhos, a comissão apontou a necessidade de preservação da harmonia entre os

---

<sup>289</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 288ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 07 de novembro de 1973. Livro Ata 04, pp. 29-32.

<sup>290</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 288ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 07 de novembro de 1973. Livro Ata 04, pp. 29-32.

colegas, o cuidado dos profissionais são-carlenses em relação aos atendimentos médicos oferecidos a pacientes previdenciários não incluídos nos convênios discutidos, devendo haver nas instituições hospitalares do município discriminação de acomodações aos pacientes atendidos nos serviços públicos. Além disso, a comissão orientava a Casa de Saúde que abrisse mão dos convênios recentemente firmados com a SICOM e a Tapetes São Carlos e, juntamente com a diretoria da Sociedade Médica e a UNIMED, dirigisse-se às empresas interessadas para que seus pacientes fossem transferidos ou para o próprio INPS ou para a UNIMED São Carlos, permanecendo todos esses contratos de prestação de serviços sob o arbítrio da direção da Sociedade Médica<sup>291</sup>. Em meio às discussões e tensões, o presidente eleito para assumir o cargo junto à SMSC no mandato subsequente chegou a ameaçar renunciar ao cargo, desistindo disso, no entanto, pouco depois<sup>292</sup>.

Depois da decisão inicialmente proposta em novembro pela comissão especial que tratou da questão dos novos convênios da Casa de Saúde, o assunto veio à tona outra vez na SMSC durante a reunião do mês seguinte, quando se apresentou novo requerimento à mesa diretora solicitando dos colegas presentes, e diante de certas considerações sobre a fragilidade da decisão anteriormente tomada, que esta reunião anterior fosse aceita sem efeito, recomendando aos interessados que procurassem resolver a questão entre si, recorrendo até ao CRM em seu próprio nome, deixando a Sociedade Médica neutra para que se preservasse sua condição de promotora da união da classe. Colocado o requerimento em votação, a maioria decidiu pela sua aceitação. Ademais, aprovou-se, em complementação, que a SMSC constituiria uma nova comissão especial, a fim de tratar do conagraçamento da categoria em São Carlos e propor soluções viáveis a favor da união da classe, devendo seus integrantes promover ainda encontros frequentes para tratar dos assuntos pertinentes<sup>293</sup>. Apesar das tensões verificadas, o Médico 03 avalia que, entretanto, as resistências locais aos convênios da Casa de Saúde sempre foram menores do que em outros lugares:

“As resistências do corpo médico, dos médicos em geral, eram menores, porque isso não se intitulava medicina de grupo. Isso se intitulava serviço

---

<sup>291</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 288ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 07 de novembro de 1973. Livro Ata 04, pp. 29-32.

<sup>292</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 289ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 12 de dezembro de 1973. Livro Ata 04, pp. 32-34.

<sup>293</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 290ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 14 de janeiro de 1974. Livro Ata 04, pp. 34-35.

próprio. Não era, por exemplo, (...) o serviço Pereira Lopes daqui e contrata os terceiros de prestadores do outro lado. Isso era medicina de grupo. Esses não, eles vinham direto e faziam o acerto com o hospital. Então, aí, não tinha muito embate, entendeu? O que havia era que quando esse hospital não tinha as especialidades que eles se propunham a ter, quando ele ia contratar algum outro profissional, aí tinha. ‘Bom, tudo bem, eu faço, mas o parâmetro básico é a tabela da UNIMED’ (...) Aí tinha alguns desencontros. Mas, vamos dizer, os serviços próprios empresariais não proporcionavam muito conflito, não” (Entrevista com o Médico 03, profissional de São Carlos, entre 75-80 anos de idade).

Em meio a este quadro em relação aos convênios estabelecidos na condição de serviços próprios através de contratos com empresas determinadas, e tendo sido superadas as discussões no âmbito da Sociedade Médica acerca dos novos convênios da Casa de Saúde e Maternidade São Carlos, estes foram mantidos sem novos questionamentos ou reservas públicas da parte dos colegas médicos que não eram nem proprietários ou integrantes do corpo clínico do mesmo hospital.

Anos mais tarde, quando da crise interna das grandes empresas industriais que antes haviam estabelecido convênios com a Casa de Saúde, e em um contexto no qual a UNIMED já havia se consolidado, tendo também esta iniciado novos convênios com certas empresas industriais e comerciais locais, a Casa de Saúde, passando por dificuldades econômicas, estabeleceu um novo convênio com a própria UNIMED, a fim de que os beneficiários desta pudessem utilizar as estruturas e serviços existentes naquele hospital. Tal convênio foi mantido por vários anos, sendo encerrado apenas recentemente. Essa trajetória das relações entre a Casa de Saúde, seus convênios, a Santa Casa, os médicos locais e a UNIMED São Carlos representa mais um indicador do processo de crescimento desta cooperativa médica ao longo dos anos 1970 e 1980 – o que conferiu novos traços à área de saúde e ao profissionalismo médico do município.

### **13.3.2. A UNIMED São Carlos: origem, características, crescimento, aliança com a Santa Casa e sua relação com o grupo médico e a área de saúde local.**

O movimento de emergência e desenvolvimento de cooperativas médicas teve início no país na segunda metade da década de 1960. Começou por iniciativa de colegas médicos de Santos, no litoral paulista, como resposta às ameaças à categoria – especialmente em relação à prática médica liberal, que então sofria revezes com o

crescimento dos segmentos empresariais conhecidos como medicina de grupo. Os médicos não se sentiam satisfeitos com a condição de exploração diante dos donos dessas empresas prestadoras de serviços médicos. A UNIMED, já que implicava uma cooperativa de trabalho constituída por médicos, permitia aos colegas de profissão gerir o próprio trabalho, sem intermediários ou patrões, ao mesmo tempo em que possibilitava preservar as atividades médicas ao nível dos consultórios individuais. Por sua vez, ao lado da medicina de grupo ou empresarial, a medicina estatal previdenciária também não oferecia, à época, condições de trabalho que correspondessem aos anseios da categoria médica, o que também incomodava a categoria. Foi desse movimento de reação a um quadro profissional considerado desfavorável, que surgiu a mobilização em torno do cooperativismo e da UNIMED, a qual, inicialmente, desenvolveu-se no Estado de São Paulo, sendo depois criada também em outras localidades e regiões de praticamente todo o país.

A implantação do polo petroquímico e siderúrgico de Cubatão atraiu considerável contingente de trabalhadores, que passaram a demandar diferentes tipos de serviços, tais como serviços médicos de melhor qualidade, o que impulsionou o rápido crescimento da chamada medicina de grupo na Baixada Santista. Este foi um processo similar ao observado na região do ABC paulista – onde, desde a década de 1950, a indústria automobilística já vinha crescendo, o que também havia impulsionado o desenvolvimento de segmentos que exploravam lucrativamente a prestação de serviços médicos. Sob o apoio da APM, da AMB e de outras entidades locais, e após anos de mobilização entre os colegas de profissão, os médicos de Santos, liderados pelo doutor Edmundo Castilho, iniciaram um expressivo movimento cooperativista, que resultou na criação da primeira UNIMED, em 1967, no próprio município de Santos.

Para este intento, os médicos santistas contrataram uma empresa especializada em planejamento de negócios, que traçou as bases da desejada cooperativa – criada, assim, como uma sociedade civil, sem fins lucrativos, que deveria funcionar em função da livre escolha dos médicos e a partir do oferecimento de atendimentos médico-assistenciais em consultórios, clínicas e hospitais. Anos depois, na década de 1980, o conjunto das diferentes UNIMED's já representava, em todo o país, um grande

complexo empresarial ocupando posição de grande vantagem não apenas em relação ao campo das experiências cooperativistas<sup>294</sup>.

Por conta deste avanço, em pouco tempo surgiram outras cooperativas UNIMED em diferentes localidades do Estado de São Paulo: em 1970, em Piracicaba e Campinas; no ano seguinte, em São José dos Campos. Mais tarde, outros grupos cooperados foram emergindo em outros municípios paulista e também de distintos estados brasileiros, levando a criação de federações estaduais e de uma confederação nacional das UNIMED's. No âmbito da APM, criou-se, em 1973, a “campanha de integração médica”, favorável à criação de cooperativas UNIMED em todo o Estado de São Paulo, a fim de garantir, através desta estratégia de organização do trabalho médico, condições consideradas mínimas para as atividades dos profissionais da categoria<sup>295</sup>.

A partir de um esforço coordenado pelo comando central da Associação Paulista de Medicina, várias UNIMED's locais surgiram impulsionadas pelas diferentes regionais da APM espalhadas em todo o interior do estado, as quais, no início, compartilhavam inclusive as suas sedes com as novas unidades da UNIMED que então ajudavam a criar. Neste contexto, até a UNIMED Paulistana surgiu em função de uma iniciativa direta do comando central da APM em São Paulo que, dessa maneira (assim como faziam suas filiais e regionais do interior), lutava contra os problemas reconhecidos pelos médicos de todo o Estado de São Paulo, os quais reclamavam das dificuldades enfrentadas com: a) a chamada mercantilização da medicina – então materializada principalmente em razão do avanço de setores de medicina de grupo; e b) a estatização da medicina – ligada, basicamente (dada a importância do setor de assistência médica estatal para o existente sistema nacional de saúde), aos problemas de financiamento e organização do INPS, os quais afetavam o trabalho médico e prejudicavam, segundo os médicos, sua autonomia profissional<sup>296</sup>.

De certo modo, a medicina são-carlense envolveu-se com tal contexto de mobilização médica em todo o Estado de São Paulo e no país em geral, sendo que foi a décima quinta localidade a aderir ao movimento cooperativista daquela época, criando

---

<sup>294</sup> ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. “Capítulo 8 – Novas políticas de saúde”. In: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. *Conquistas e desafios – 80 anos da Associação Paulista de Medicina*. São Paulo, SMS EDITORA, 2011, pp. 79-91.

<sup>295</sup> ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. “Capítulo 8 – Novas políticas de saúde”. In: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. *Conquistas e desafios – 80 anos da Associação Paulista de Medicina*. São Paulo, SMS EDITORA, 2011, pp. 79-91.

<sup>296</sup> ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. “Capítulo 8 – Novas políticas de saúde”. In: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. *Conquistas e desafios – 80 anos da Associação Paulista de Medicina*. São Paulo, SMS EDITORA, 2011, pp. 79-91.



segundo o Médico 08, a UNIMED São Carlos ainda em 1971<sup>297</sup>. Em realidade, ainda em maio do mesmo ano, os médicos reunidos em sessão da SMSC discutiram entre si correspondência recebida da APM sobre as cooperativas médicas, incentivando os colegas de São Carlos a não se demorem no intento de criar uma organização similar na localidade, destacando o funcionamento de cooperativas de mesmo tipo em Santos, Campinas, São José dos Campos e Piracicaba. No mesmo encontro, o presidente da SMSC da época comenta com os presentes que já havia contatado colegas de Ribeirão Preto para tratar do assunto, sendo que os médicos desta localidade também acabariam criando a sua UNIMED própria<sup>298</sup>.

Com efeito, como discute o Médico 07 em entrevista já citada, ao lado desse contexto de mobilização médica no Estado de São Paulo e no país em geral, os médicos de São Carlos também experimentavam o que consideravam ser uma considerável piora nos serviços de saúde local, que então se relacionava a uma determinada combinação de fatores históricos que marcaram a realidade são-carlense daquela época. De um lado, o período foi caracterizado pela maior industrialização do município, importante movimento de êxodo rural, provocado por mudanças na agropecuária local e pelo decorrente crescimento demográfico das populações urbanas de São Carlos. De outro lado, houve a expansão da cobertura médica aos beneficiários dos antigos institutos de aposentadoria e pensões, os quais agora haviam se unificado junto à estrutura do INPS, de tal modo que o número de usuários dos serviços previdenciários aumentou.

Esta combinação de fatores agravou os problemas pré-existentes de financiamento e prestação de serviços médico-assistenciais pelo sistema previdenciário, com impactos também em relação aos ganhos financeiros dos médicos inseridos nesse sistema. Como boa parte dos médicos de São Carlos ou haviam se tornado funcionários do INPS ou passaram a prestar assistência médica a pacientes previdenciários nos hospitais locais, eles acabaram sentindo de maneira compartilhada os problemas ligados à previdência social do país, levando-os a procurar formas alternativas para contornar tal situação<sup>299</sup>.

Para o Médico 07, com tais problemas da previdência, a classe média de São Carlos também teria ficado diante de uma situação mais difícil, porque:

---

<sup>297</sup> Conforme entrevista com o Médico 08, profissional de São Carlos, entre 70-75 anos de idade.

<sup>298</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 271ª reunião ordinária da Sociedade Médica de São Carlos, de 05 de maio de 1971. Livro Ata 04, p. 13.

<sup>299</sup> Conforme entrevista com o Médico 07, profissional de São Carlos, entre 80-85 anos de idade.

“(…) aquele indivíduo que sempre ganhou um salário mínimo ou parecido, (...) o que é que ele tinha que fazer. Ele não tinha como pagar, tinha? Ele tinha que ser socorrido pelo sistema (...). O que é rico, também, está nem aí, por quê? Amanhã você vai para São Paulo com o doutor (...) paga lá mil reais a consulta dele e... Quem que ficou sofrendo? Nós. Quem somos nós? Classe média. Porque você não ganha salário mínimo, mas também não ganha... Você, por exemplo, não se contentava, você não podia pagar uma coisa muito alta, mas também não ficava satisfeito em entrar em uma fila de quinze dias para fazer uma consulta. O que é que aconteceu? Surgiu a UNIMED. Que é que foi a UNIMED? (...) Nada mais do que um plano de saúde que na teoria e na prática também (...) é governado por médicos, atendido por médicos e teoricamente (não é bem assim), mas não era para ter ninguém de fora da medicina dentro da UNIMED, mas tem. É lógico, o camarada que vai mexer na informática não pode ser médico. (...) Essa foi uma das razões de um plano de saúde. (...) O que aconteceu? Esse indivíduo da UNIMED, quem é? É a classe média (...) e a classe industrial. Porque? Temos dois planos na UNIMED. O plano que você vai como eu (...), nós pagamos um X para ter atendimento. Nós somos classe média. Quanto você paga? Um X de acordo com o seu salário. Qual plano você tem? Aquele que você pode pagar. Então você vê: a industrialização trouxe número de gente, as indústrias fizeram um convênio com a UNIMED e dão assistência aos seus segurados, por quê? Porque eles são bonzinhos? Não. Porque eles não tem responsabilidade de saúde. (...) quando não tinha isso, no fim o dono acabava... não é responsável, mas sobrava alguma coisa para ele. Hoje não, ele paga a UNIMED para ele ter um sossego. Ele não é obrigado a pagar. (...) Agora, um indivíduo em uma indústria que tem UNIMED prefere trabalhar lá do que em uma que não tem, né?” (Entrevista com o Médico 07, profissional de São Carlos, entre 80-85 anos de idade).

Então, para os médicos são-carlenses a organização da UNIMED implicava uma saída alternativa, já que:

“(…) a medicina estava encarecendo e estava difícil a medicina particular. Então, existia o INPS e o particular. E a UNIMED ficou no meio. (...) Era um meio entre o INPS, que pagava muito pouco [e o] particular, que poucos conseguiam pagar – pagavam consulta, mas a hora que ia para o hospital e os exames (...) poucos podiam (...)” (Entrevista com o Médico 08, profissional de São Carlos, entre 70-75 anos de idade).

Tendo surgido em Santos neste contexto, o movimento das UNIMED's chega a São Carlos, onde os colegas de profissão decidiram discutir o assunto. Então:

“(…) se fez uma reunião dentro da Sociedade Médica (...) ‘Vamos criar a mesma coisa que tem lá? Vamos. Tá bom, e como é que é isso?’ Ninguém sabe. Cooperativa de trabalho médico, não tem isso. Não está escrito no mundo. Não tem como. Tinha alguma coisa de cooperativa nos Estados Unidos, mas um outro tipo de relacionamento. Cooperativa de trabalho médico, não existia. Então, aí vieram os criadores lá de Santos. Vieram aqui, nós fizemos uma reunião na Sociedade Médica, aí criamos a UNIMED. (...)”

copiamos a de lá. Conversamos com os empresários daqui. Um dos empresários e um aposentado bancário foram à Santos para ver como é que funcionava. (...) [eles] tinham... bom relacionamento na cidade, que era o Dário Rodrigues e o Zé Pelegrino<sup>300</sup>, aí eles foram convencendo os empresários que era interessante ter uma estrutura dessa, pra melhorar o padrão assistencial, e aí começou a UNIMED. Nós nos cotizamos, os médicos. Eles ficaram lá uns dias, e praticamente eles fizeram a base administrativa do início da cooperativa. Aí a cooperativa pegou umas salas da Sociedade Médica, lá da [rua] São Sebastião, e daí começou a cooperativa médica assim. (...) Então, empresas aí, como a DISSOLTEX, a Hece MÁQUINAS, a agência da VOLKS<sup>301</sup>, etc. começaram, acreditaram no projeto da UNIMED e aí... a coisa foi crescendo. (...) Então, um contratinho aqui, um contratinho ali, demorou aí uns quatro, cinco anos para chegar a cinco mil beneficiários. Daí foi explodindo, né?” (Entrevista com o Médico 03, profissional de São Carlos, entre 75-80 anos de idade).

Como o Médico 08 (entrevista já citada) enfatiza, pelo menos até o ano de 1973, afora os atendimentos realizados através da assistência médica previdenciária (que, entretanto, tornava-se cada vez mais problemática tanto para os médicos como para os pacientes), as consultas particulares ainda permitiam que os profissionais resistissem a aderir em maior número aos diferentes formatos de convênios médicos e à própria UNIMED São Carlos, o que desde então, paulatinamente, deixou de ocorrer, já que as consultas, os demais atendimentos e procedimentos médicos continuaram a se encarecer, impossibilitando a maior parte dos pacientes individuais de pagarem diretamente pelos serviços prestados. Nessas condições, a intermediação de planos de saúde foi se tornando cada vez mais necessária, tanto para os indivíduos e famílias como para as empresas e seus empregados, fortalecendo os atendimentos médicos oferecidos através de convênios privados, tais como, principalmente, aqueles da UNIMED São Carlos.

Mas além dessa vantagem dos planos de saúde em geral para os pacientes que poderiam arcar com certo patamar de gastos envolvidos em tais contratos de prestação de serviços – o que em si contribuiu para o crescimento de indivíduos e famílias com convênios médicos em geral –, especificamente em relação aos modelos de contratos oferecidos pela UNIMED, podem-se observar outros importantes pontos positivos, pelo menos do ponto de vista dos médicos que foram se envolvendo com a cooperativa.

---

<sup>300</sup> Ambos já faleceram, mas foram contemporâneos e membros do Rotary São Carlos – instituição que, conforme apurado nas entrevistas, também se envolveu no processo de criação da UNIMED São Carlos. O senhor Dário Rodrigues, inclusive, foi presidente do Rotary São Carlos. Conforme: ROTARY CLUB DE SÃO CARLOS. *Indicador rotário* –2015/2016. São Carlos, 2015.

<sup>301</sup> DISSOLTEX – fabricante de tintas; Hece MÁQUINAS – indústria produtora de ferramentas e dispositivo para máquinas; agência Volks – agência concessionária de veículos da Volkswagen em São Carlos.

Novos profissionais da medicina são-carlense, de certo modo, foram atraídos para o mercado de convênios e para a própria UNIMED São Carlos em busca de clientes para seus serviços profissionais, o que veio a impulsionar o crescimento da UNIMED. Assim, além dos pacientes conveniados em si, os quais, cada vez mais, representavam uma importante base para a formação da clientela dos médicos são-carlenses, a UNIMED trouxe outra vantagem comparativa em relação aos demais convênios privados com os quais os profissionais da cidade lidavam àquela época, pois os valores que a UNIMED pagava pelos serviços prestados tornaram-se rapidamente mais interessantes que os praticados pelas demais modalidades de convênios existentes no município<sup>302</sup> – isso sem considerar que, na UNIMED, o médico cooperado não se tornava propriamente empregado de ninguém, além de poder permanecer atendendo em seu consultório particular sem maiores problemas.

Em termos de sua organização e funcionamento internos, a cooperativa UNIMED é constituída de uma diretoria – cujo ápice hierárquico-administrativo é o cargo de presidente. Ademais, existem outros setores que compõem os quadros que dão suporte administrativo, um conselho de ética e a assembleia da entidade – que se reúne regularmente para tratar de assuntos pertinentes quanto aos serviços prestados pela entidade, os planos de saúde que esta oferece a seus clientes, questões relativas ao trabalho e aos ganhos compartilhados e divididos entre seus cooperados, sobre investimentos que por ventura a cooperativa possa realizar, etc.

Com o tempo, as assembleias da UNIMED São Carlos assumiram caráter de grande importância para a categoria médica local, na medida em que a entidade passou a reunir a grande maioria dos profissionais que atuavam no município e grande número de vidas ou clientes conveniados, ocupando um considerável espaço no mercado médicos local. Neste sentido, se antes, de certo modo, a Sociedade Médica de São Carlos exercia relativo papel como protagonista no que se refere às decisões da categoria médica local em termos das questões que envolviam relações de trabalho e ganhos econômicos dos colegas são-carlenses, paulatinamente este papel foi sendo substituído pela nova função que as assembleias da UNIMED São Carlos foram assumindo para o conjunto dos médicos do município.

Em realidade, ao lado do papel que assumiu, com o tempo, a Associação Médica Brasileira, quanto à regulação de condições de trabalho e aos valores cobrados pelos

---

<sup>302</sup> De acordo com entrevista com o Médico 08, profissional de São Carlos, entre 70-75 anos de idade.

serviços médicos no país como um todo, a UNIMED São Carlos – assim como suas congêneres espalhadas em outras localidades do Brasil – também passou a representar referência fundamental a balizar tais questões no mercado médico são-carlense. Segundo o Médico 03 (entrevista já citada), como os convênios foram tomando grande parte do setor privado do mercado médico local, e como a UNIMED foi se tornando líder desse segmento de mercado, subsumindo, nesse movimento, o espaço antes ocupado pelas consultas particulares realizadas sem a intermediação de planos de saúde, a UNIMED São Carlos e as decisões de suas assembleias, no que se refere a questões trabalhistas e financeiras, tomaram, em grande parte e rapidamente, o espaço antes ocupado pela Sociedade Médica e suas decisões quanto às mesmas questões.

Inclusive, os anteriores e frequentes acordos, entre os sócios da SMSC, quanto a valores cobrados para consultas particulares, foram se tornando cada vez mais raros, até que, na atualidade, deixaram de fazer parte do rol de questões tratada no âmbito da SMSC. Neste sentido, a categoria médica são-carlense, desde há alguns anos, passou a ter como principal parâmetro os valores pagos para consultas médicas conforme o que estabelece a própria UNIMED em suas assembleias e em função dos tipos específicos de cálculos que esta estabelece para tanto<sup>303</sup>. Durante o período em análise, as últimas reuniões da Sociedade Médica de São Carlos em que se procurou definir valores determinados para consultas médicas particulares aconteceram ainda na primeira metade dos anos 1970<sup>304</sup>, tendo ocorrido a última reunião desta natureza em fevereiro de 1975<sup>305</sup> – momento em que, depois certas dificuldades iniciais, a UNIMED São Carlos começava a crescer com maior intensidade. Depois disso, não houve mais registros neste sentido nas atas da entidade que foram pesquisadas.

Ademais, como antes observado, as tabelas de valores da UNIMED, então utilizadas para servir de parâmetro às consultas e demais procedimentos médicos realizados, passaram, com o tempo, a servir de base aos médicos locais para a aceitação (ou não), de termos presentes em outros convênios que também atuavam no município àquela época, o que imprimiu nova realidade e dinâmica ao profissionalismo médico e à área de saúde mais ampla de São Carlos. Nestas condições, o Médico 07 comenta que,

---

<sup>303</sup> Entrevista realizada com o Médico 03, profissional de São Carlos, entre 75-80 anos de idade.

<sup>304</sup> Foi o que aconteceu em de maio de 1971 e em junho de 1972, nas reuniões da SMSC cujas atas foram registradas, respectivamente, como constam a seguir: a) SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 271ª reunião da Sociedade Médica de São Carlos, de 05 de maio de 1971. Livro Ata 04, p. 13; e b) SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 279ª reunião da Sociedade Médica de São Carlos, de 07 de junho de 1972. Livro Ata 04, p. 21.

<sup>305</sup> SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Ata da 295ª reunião da Sociedade Médica de São Carlos, de 03 de fevereiro de 1975. Livro Ata 04, p. 40.

em relação ao sistema de estabelecimento de valores para consultas e demais procedimentos médicos, bem como quanto à divisão de recursos gerados através dos planos de saúde entre os colegas cooperados, a UNIMED São Carlos adotou um modelo de cálculo organizado, relativamente, nos seguintes termos:

“(...) Você pagou um plano seu, ele tem o custo operacional (...) tirou o custo operacional, sobrou X. Então, eles dividem. Por exemplo, um médico fez cem consultas e o outro fez vinte. Eles calculam, pelo que sobrou líquido, quanto vale cada consulta. (...) foram feitas mil consultas no mês, sobrou mil reais, cada consulta vale um real. Você fez cem consultas, você ganha cem reais, se você fez cinquenta, cinquenta reais. Ou seja, uma coisa justa e honesta (...)” (Entrevista com o Médico 07, profissional de São Carlos, entre 80-85 anos de idade).

Ainda em relação aos demais procedimentos médicos, o mesmo profissional explica que ocorre um tipo de cálculo relativamente similar, contudo, neste caso:

“(...) Eles fazem uma unidade. Então, por exemplo, consulta vale uma unidade. Operar um dedinho vale duas. Então, você recebe duas consultas. (...) Mais ou menos, não é bem, mas é isso daí. (...) Tem uma tabela. Catarata vale cinquenta. Operar apêndice vale quarenta. Entendeu? Quarenta unidades. Quanto é a unidade? A unidade... É o rateio. É isso aí” (Entrevista com o Médico 07, profissional de São Carlos, entre 80-85 anos de idade).

Apesar da resistência de certos colegas médicos que, no princípio de existência da UNIMED São Carlos, ainda insistiam em manter o foco sobre a prática liberal de consultório privado, sem intermediação de planos de saúde, e apesar da concorrência inicial de outros convênios existentes na localidade – e, principalmente, daqueles oferecidos pela Casa de Saúde a grandes indústrias de São Carlos –, os fatores supramencionados, somados ainda aos problemas relativos à assistência médica previdenciária, contribuíram para o crescimento cada vez maior da UNIMED local, tanto no que se refere ao número de vidas ou pacientes conveniados como em relação ao quantitativo de profissionais cooperados que passaram a prestar serviços para a instituição.

Se, inicialmente, dentre os convênios estabelecidos pela UNIMED, predominavam aqueles formalizados diretamente com indivíduos e famílias, depois a cooperativa médica conseguiu estender seus contratos de planos de saúde também ao

universo empresarial das indústrias e do setor comercial de São Carlos – oferecendo a estes, planos coletivos ou executivos – de tal modo que, no espaço de alguns anos, a cooperativa conseguiu superar inclusive, nesse nicho de mercado, o espaço antes ocupado pela Casa de Saúde e seus convênios com indústrias do município<sup>306</sup>. Já na década de 1990, quando faliram ou enfrentaram dificuldades financeiras mais graves as empresas com as quais a Casa de Saúde mantinha convênios médicos, esta, para superar as dificuldades que tal situação trouxe ao hospital, veio a também estabelecer um novo contrato com a UNIMED São Carlos, que tomou parte da carteira de clientes que antes pertencia à própria Casa de Saúde, passando também a dispor de novos leitos deste hospital para atender seus beneficiários.

Com esse sucesso, ao longo dos anos a UNIMED São Carlos pôde estabelecer uma melhor organização às suas atividades e em termos da administração dos dividendos obtidos a partir da venda e manutenção de seus planos de saúde, o que facilitou o acúmulo de recursos que puderam ser mais bem gastos ou investidos mediante certo planejamento racionalmente concebido. Assim, a cooperativa ampliou não apenas seu quadro de conveniados e médicos cooperados, mas também seu pessoal de apoio paramédico, de funcionários administrativos e seu patrimônio em geral, modernizando ainda seus parâmetros e mecanismos de gestão, tais como através da incorporação de novos sistemas informatizados para o melhor funcionamento administrativo da entidade. Na opinião do Médico 09, a UNIMED trouxe melhorias que modificaram e ampliaram a estrutura de assistência médica local, pois, entre outros aspectos, permitiu a incorporação de:

(...) pessoal mais dentro, entendeu? Um pessoal que não tinha um atendimento bom (...) e depois que ela entrou, ela ajudou a vim muita coisa nova em toda a área da medicina. Os aparelhos mais novos, ela ajudava a Santa Casa a colocar tudo, né? E como tinha plano, você tinha aquela quantidade, você podia calcular onde podia investir para melhorar (...). Eu acho que a UNIMED teve um papel relevante nessa parte de modernização da medicina. (...) E na parte lá na época que reformaram a Santa Casa (...)" (Entrevista com o Médico 09, profissional de São Carlos, entre 65-70 anos de idade).

Na realidade, o empreendimento de ampliação e construção da nova ala da Santa Casa de Misericórdia resultou da articulação entre diferentes fatores sociais e tendências

---

<sup>306</sup> De acordo com a mesma entrevista, citada na nota de rodapé anterior, realizada com o Médico 08, bem como com as entrevistas á citadas e obtidas com o Médico 03 e com o Médico 06.

históricas que emergiram e acompanharam o período desta terceira onda de interiorização do profissionalismo médico local, as quais implicaram, do ponto de vista médico, distintos elementos socioeconômicos, técnicos, organizacionais e mesmo políticos que vieram a influenciar a nova conformação da autonomia profissional da medicina são-carlense, imprimindo nova realidade também à área de saúde mais ampla do município de São Carlos.

Como conta o Morador 03, que foi próximo do antigo provedor da Santa Casa, o senhor Carmine Botta:

“(...) o sonho do seu Carmine era construir uma nova, porque a Santa Casa já estava deficiente, já não... Então, ele conseguiu, através de um são-carlense, localizar o neto do fundador da cidade, que era [neto] do Jesuíno de Arruda (...). E aí nós fomos numa delegação conversar com ele, ele já era um velho mais ou menos de mais de 85 [anos de idade] (...) José Soares de Arruda, deve ser bem esse (...). Bom, eu acompanhei todo esse desenrolar. Aí o seu Carmine conseguiu o endereço dele em São Paulo, e trouxe ele aqui (...) e mostrou o projeto (...) Ele falou assim: ‘Olha, é o seguinte: enquanto eu for vivo, o senhor pode começar’ (...) o hospital estava orçado, na época, na ordem de uns 45 milhões, mas o que o Seu Carmine queria era começar o hospital, fazer aquele... fazer aqueles módulos (...) acabando pouco a pouco né? E ele [José Soares de Arruda] garantiu, enquanto vivo, (...) faria a doação de 100 a 200 mil mensais. Ele tinha vários prédios em São Paulo e ele queria... como é que é... relembrar o avô que foi fundador da cidade... e assim foi, começou. Eu lembro que o primeiro mês ele deu 150 mil, o segundo mês ele deu cem, e assim foi. Seis meses depois, ele veio a falecer, veio a óbito. Aí nós fomos no enterro dele em São Paulo, e a esposa dele, Dona Elza, nos chamou e falou assim: ‘O desejo do meu esposo eu vou cumprir, eu continuo a doar para vocês enquanto viva’. E aí, nós recebemos mais seis ou sete meses. Olha bem a situação! As doações da viúva... ela veio a óbito. E o Seu Carmine tinha assumido uma dívida já na ordem de 400 mil (...), ele já tinha praticamente feito todos os [blocos], não acabados, né? E nós tínhamos uma dívida de 400 mil (...) a ser paga nos próximos meses (...). E aí, nós vamos no enterro dela, e aí fomos... reunimos com a família. Aí tinha os netos dele, tudo lá... ‘O quê?! Ajudar vocês?! Nada disso! Nós vamos dividir todos os bens, isso não consta em nada, nós não vamos ajudar mais, vocês podem...’, ‘Não, mas nós assumimos...’, ‘Vocês se viram’ (...)” (Entrevista com o Morador 03, formado em direito, que se envolveu em diversas atividades profissionais, entre 75-80 anos de idade).

Algum tempo depois, como conta o Médico 03:

“(...) eu lembro que, em 71, o Seu Carmine Botta, que era um empreendedor nato, né? (...) ele tinha encontrado um doador e já tinha feito o projeto estrutural de um prédio novo para Santa Casa. (...) o nosso prédio é do... do século XIX (...) O prédio velho... então... se a Medicina dobra o conhecimento cada cinco anos, imagina quanto ela estava atrasada. Então, já



tinha um projeto estrutural que estava parado. (...) quando eu fui conversar com ele (...). E aí, falei para ele: ‘Olha, estamos aí, temos que fazer, tem algumas coisas urgentes (...). Eu falei: ‘Valeria também a gente providenciar a estrutura nova, ver o que consegue trabalhar para sair um hospital (...) aqui já tem estrutura, o governo precisa dela, a Casa de Saúde é um hospital pequeno (...)’. Ele falou: ‘Ah, está bom, então vamos mexer com as estruturas aí’. Aí ele pegou o Luis Paulilo [que era presidente da Associação Comercial], a mulher do Luis Paulilo, agendou uma... ele tinha amizade com o governador, que era o Laudo Natel... Aí nós fomos para o Laudo Natel, por influência deles” (Entrevista com o Médico 03, profissional de São Carlos, entre 75-80 anos de idade).

E o Morador 03 ainda lembra que, depois desse contato com o Luís Paulilo e sua esposa, constituiu-se:

“(...) uma delegação ao Palácio dos Bandeirantes de chapéu na mão para que o governador pelo menos nos ajudasse a pagar as dívidas (...) e aí a Santa Casa foi tocando a obra, já bem, com a ajuda da população, com campanhas... Fizemos uma rifa e aí a rifa foi [apreendida], porque não podia... Enfim, e aí a Santa Casa já tinha uma estrutura para um hospital regional, né? Ela já estava montada, aí o governo, os governos que vieram ajudaram, e a população da cidade, evidentemente. Aí conseguiu-se terminar esse hospital (...), quer dizer, se o neto do fundador da cidade não morre e a mulher dele também não morre, nós teríamos acabado o hospital bem antes, né?” (Entrevista com o Morador 03, formado em direito, que se envolveu em diversas atividades profissionais, entre 75-80 anos de idade).

Por outro lado, conforme o Médico 03, quanto ao projeto arquitetônico, concebido para a nova ala da Santa Casa, e sobre as pessoas que se envolveram mais diretamente com o esforço de realização da obra em si, bem como acerca do papel da UNIMED São Carlos nesse processo e em outros melhoramentos estruturais e em termos de pessoal para o trabalho no mesmo hospital, tem-se que:

O projeto arquitetônico da Santa Casa é um projeto avançado. (...) porque ele é dendrítico (...). Então, com isso, o que o arquiteto queria? Não cruzar moléstias com doentes diferentes, nem adultos nem infantis, entendeu? Então, abrigava cada um em lugares diferentes (...) ele tem praticamente cinco blocos de três andares cada um e uma frente que (...) o arquiteto chamava-se Hoover Américo Sampaio, (...) e ele tinha um feito um projeto para ficar em cima dessa Santa Casa [antiga estrutura]. Então, à medida que fosse construindo, ia demolindo essa aqui. Aí, depois, a mesa administrativa resolveu fazer para lá. O terreno era outro, acabou fazendo mais um degrau. Então, por isso que tem a rampa de entrada e tem a parte de baixo também,

que é onde é a assistência de urgência (...) é uma estrutura muito boa, que foi calculada pelo professor Stamato, aí da USP, que dá nome inclusive para o Departamento de Estruturas aí, né? Então, e aí começou, começou meio devagarzinho, (...) depois apareceu a UNIMED, como empresa. Para a UNIMED também interessava ter um hospital de qualidade pra ela comercializar isso com os clientes. Ela entrou em parceria com a Santa Casa, investia na construção e depois recebia em serviços da Santa Casa, (...) quer dizer, (...) então, a UNIMED investiu no próprio desenvolvimento estrutural da Santa Casa (...). Investiu bastante. Depois,... por exemplo, investia um milhão. Então, ficava em haver em um milhão. Trazia os doentes (...) via quanto custava isso aí e a Santa Casa ia ressarcindo aos poucos, entendeu? (...) Daí que apareceu essa Santa Casa nova, foi uma coisa espetacular, no final do século passado, 1997 a Santa Casa foi considerada o terceiro hospital em qualidade da nossa região. Aqui pegava desde o Rio Grande até Campinas, entendeu? Então, (...) foi um salto... porque em 60 era de conceito muito baixo, já em 90 chegou a ser terceiro hospital em qualidade, né? Então, foi muito bom...” (Entrevista com o Médico 03, profissional de São Carlos, entre 75-80 anos de idade).

E quanto às relações entre tais mudanças na Santa Casa de Misericórdia e as universidades locais, o mesmo médico acrescenta que, quanto à USP São Carlos e à UFSCar, foram importantes certos fatos e determinadas pessoas que se envolveram com tais processos de mudança. Quanto ao que se refere à primeira instituição universitária, nesta teria exercido um papel relevante o:

“(...) professor Stamato<sup>307</sup> da área de estrutura, né? Aí, depois, tinha o Luis... [Luis Duarte] que era da Física, (...) ele trouxe um... da área de Materiais, Engenharia de Materiais, é... ele começou a trabalhar em materiais para próteses. (...) então, ele fez um grande trabalho de... de ligas metálicas para próteses, né? Então, ele vivia aí dentro da Santa Casa, muito ligado com a gente, com a radiologia, com a traumatologia, né? Ficou assim<sup>308</sup>. E a gente

---

<sup>307</sup> O professor Miguel Carlos Stamato, graduado em engenharia civil pela Escola Politécnica da Universidade de São Paulo (1951), tem doutorado (1956) na Escola de Engenharia de São Carlos onde assumiu o cargo de instrutor (1954) junto à cadeira de física geral e experimental. Foi chefe do Departamento de Estruturas e Arquitetura. Obteve o título de livre-docente (1965) e realizou estágio na Universidade de Southampton, Grã-Bretanha (1967). Tornou-se professor titular do Departamento de Estruturas da Escola de Engenharia de São Carlos da Universidade de São Paulo (1971). Faleceu em 1973. Tais informações foram obtidas em consulta em 07/04/2016, no seguinte endereço eletrônico da USP: <http://www.set.eesc.usp.br/portal/pt/docentes/54-outros-docente/333-miguel-carlos-stamato>.

<sup>308</sup> O professor Luiz Duarte iniciou sua pesquisa em conjunto com a Santa Casa de São Carlos aplicando a engenharia na área da medicina, a partir do uso de ligas metálicas para próteses ortopédicas e em pesquisas sobre consolidação de fraturas ósseas usando ultra-som de baixa intensidade, uma tecnologia original e internacionalmente reconhecida. Em 1979, implantou na EESC um serviço que atenderia pacientes da cidade e região de São Carlos cujas consolidações ósseas não eram obtidas pelos meios tradicionais. Posteriormente, a aparelhagem foi levada para Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Duarte foi docente no Departamento de Materiais quando criou a área de pós-graduação de

trouxe... por exemplo, a primeira enfermeira, aí... tinha passado uma enfermeira um tempo aí que não conseguiu ficar. E a primeira enfermeira que veio para São Carlos – foi no ano 72, ou final de setenta e... 1971 – ela está aí, inclusive trabalhando – (...) era esposa de um urologista de Araraquara. (...) Então, ela que veio chefiar a enfermagem aqui. Só um parênteses: para você ter uma ideia, não tinha auxiliares com formação acadêmica, então, depois de um mês que ela estava aí, ela falou: ‘Não dá pra tocar. (...) eu preciso de duas pessoas formadas’ (...) tem técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem, né? (...) ‘Então, eu preciso de dois para me auxiliarem’. Fui lá falar com seu Carmine: ‘Seu Carmine, acontece assim...’, ele falou: ‘Manda bala’ (...). Ela trouxe duas jovens recém-formadas. Vieram com ela. Uma ainda mora aqui em São Carlos, aí, essa que mora em São Carlos veio, casou aqui, é a mamãe do Nenê, aquele que joga basquete lá nos Estados Unidos (...). É a Carmem, é. Ela ficou aí. Então, vamos dizer, daí se criou uma estrutura de enfermagem. Mas aí tinha pouco profissional, então a gente falou: ‘Bom, vamos nos aproximar de... das universidades e ver se a gente consegue criar lá cursos que apoiem aqui né?’. Aí, a gente se aproximou. Naquele tempo, era conselheiro da Universidade Federal o doutor Ernesto Pereira Lopes, que era deputado federal. Então, a gente usou o Rotary para se aproximar da Federal e solicitamos que ele criasse lá em Brasília o curso de enfermagem da Federal, porque já tinham as carreiras biológicas da Federal, então não era muito dispendioso para Universidade Federal criar mais esse aí. Aí se criou, na Universidade Federal, (...) e o campo de trabalho da Universidade Federal passou a ser a Santa Casa, né? E aí, vamos dizer, [foi-se] (...) um corpo auxiliar de bom padrão” (Entrevista com o Médico 03, profissional de São Carlos, entre 75-80 anos de idade).

Mais tarde, apesar das dificuldades que o hospital vivenciou no período por conta de suas problemáticas relações com a assistência médica estatal – e na esteira das mudanças (em parte ligadas ao apoio da UNIMED São Carlos) que desembocaram na construção dos novos blocos, nos avanços em relação à enfermagem da Santa Casa e à criação do curso dessa especialização na UFSCar – vieram depois outras áreas de atuação e serviços mais especializados que também se integraram à Santa Casa. Ligado aos mesmos avanços e processos, emergiram os atuais cursos técnicos de São Carlos na área de saúde, então vinculados ao chamado “sistema S” (que inclui, entre outras instituições, o SESI, o SENAI, o SENAC, etc.). Desse modo,

“(...) vamos dizer, [para] todos esses cursos que saíram dos ‘S’ [Sistema ‘S’] (...) o campo de formação desse pessoal era a Santa Casa. (...) Esse foi o grande salto. O pessoal auxiliar foi o grande salto. E como se abriu o corpo médico, e também, logo na sequência, se criou a UNIMED, então... (...) Naquele tempo, quem fazia a saúde era o INPS, que era misturado com previdência, entendeu? Fazia tudo isso aí. Só que também sem orçamento.

Então, quando não tinha dinheiro, o cliente não podia fazer exame, até aparecer dinheiro. Então, era muito difícil para quem vinha, por exemplo, com residências médicas, com títulos, tudo, fazer um padrão de medicina razoável, muito difícil. E a UNIMED veio proporcionar isso, porque as empresas pagavam, entendeu? Então, daí você tinha uma receita que conseguia... Então, deu um salto (...) uma evolução muito importante, porque aí a população começou [a ser] atendida com um padrão bem melhor, a Santa Casa também já apareceu com um padrão muito melhor. Uma UTI que não existia, já passou a existir, então... aí, com chances de você fazer processos intervencionistas mais agressivos, mais amplos, etc.; e aí foi embora... Aí vivemos 20 anos... relativamente uma época de ouro da saúde, se chegou a tanto. (...) Depois, dificuldades, né? Porque cada vez mais o Estado intervindo e cada vez mais fingindo que pagava, e aí, nesse século, a Santa Casa foi (...) a Santa Casa sofreu uma descapitalização fantástica. (...) E aí, nem os convênios (...) do Banco do Brasil, da CABESP, a UNIMED... nem isso aí e nem as doações conseguiam cobrir. (...) um déficit mensal que veio durando até agora (Entrevista com o Médico 03, profissional de São Carlos, entre 75-80 anos de idade).

Com o tempo, outros cursos superiores na área de saúde também foram emergindo na UFSCar e no outro centro universitário criado também no município mais tarde, ou seja, a UNICEP. Estes cursos também passaram a utilizar a Santa Casa como campo de treinamento e formação para seus estudantes, os quais, em parte, depois de graduados, também acabavam (assim como na atualidade) servindo como mão de obra especializada para os postos de trabalho na área de saúde em geral, empregando-se com frequência na própria Santa Casa, na Casa de Saúde (que agora encerrou suas atividades) e na UNIMED São Carlos.

#### **13.4. Considerações gerais sobre a terceira onda de interiorização do profissionalismo médico.**

Diante da terceira onda de interiorização do profissionalismo médico, os profissionais de São Carlos enfrentaram certos desafios sociais e históricos relacionados a mais uma etapa do processo de centralização política do Estado brasileiro em sua intervenção sobre o setor de saúde, quando o município de São Carlos verifica seu definitivo movimento em direção à consolidação de seu desenvolvimento urbano-industrial, em meio a significativo avanço da interiorização do processo de industrialização no Estado de São Paulo e em outras partes do país.

Combinado ao avanço da produção agrícola de determinados gêneros (principalmente a cana de açúcar), que passaram a ser manipulados tecnicamente

através de recursos mais modernos e mecanizados, esta nova etapa da industrialização de São Carlos foi seguida por considerável êxodo rural e a chegada de migrantes que vieram trabalhar no campo, mas que, agora, passaram a residir nas áreas urbanas, o que fez crescer a população do município, especialmente as urbanas. Em tais condições, houve aumento da demanda local por serviços médicos, ao mesmo tempo em que se alterou relativamente o perfil dos pacientes atendidos pelos profissionais são-carlenses e até, como se viu acima, os tipos de patologias que estes apresentavam aos médicos.

Ao lado disso, a medicina em geral foi se tornando cada vez mais sofisticada e cara, dificultando muito, por parte dos pacientes individuais, o pagamento dos custos médicos crescentes, o que favoreceu a expansão de esquemas de planos de saúde e convênios médicos, através dos quais se conseguia fracionar os custos dos serviços médicos dentre os diferentes pacientes que adotassem os mesmos tipos de convênios e planos de saúde. Somado às facilidades então oferecidas pelo poder público para o crescimento do mercado de convênios médicos privados, bem como considerando os problemas enfrentados pelos pacientes e profissionais do setor quanto aos serviços estatais de assistência médica, criou-se um quadro que contribuiu para o desenvolvimento de segmentos econômicos voltados ao mercado de convênios médicos.

A conseqüente capitalização desse segmento de mercado gerou problemas aos médicos, que assim passaram a se submeter (muitas vezes na condição de assalariados), a condições muito desfavoráveis nas relações de trabalho que mantinham com as empresas desse setor. Principalmente quanto aos segmentos conhecidos como de medicina de grupo, frequentemente os médicos encontraram condições de trabalho consideradas muito ruins. Estes perceberam que, diante de tais bases, sua autonomia técnica e socioeconômica era muito prejudicada – especialmente em comparação ao que os médicos verificavam anteriormente em relação à prática médica liberal de consultório, cujo espaço de mercado, no entanto, restringiu-se muito a partir dos anos 1960 e 1970, dadas as novas condições históricas que passaram a influenciar a organização do trabalho médico no país.

A específica realidade dos médicos de São Carlos esteve envolvida por esse mesmo contexto mais amplo da medicina brasileira, de maneira que eles aqui também procuraram se adequar e reagir às novas condições do período. Como o movimento das cooperativas médicas já havia surgido, com sucesso, em outras partes do Estado de São Paulo, os médicos são-carlenses rapidamente aderiram a este esforço da categoria médica paulista e desenvolveram sua própria UNIMED São Carlos, o que foi

impulsionado dado o desenvolvimento industrial e urbano do município, posto que este favoreceu o crescimento de uma clientela mais interessada em aderir aos sistemas de convênios médicos da época. Dentre os segmentos sociais que aumentaram a clientela dos novos convênios, podem-se notar, em São Carlos, os grupos de classes médicas urbanas e os setores sociais empregados nas indústrias são-carlenses em expansão.

Com o surgimento e crescimento da UNIMED São Carlos (facilitado pelo citado impulso no desenvolvimento urbano-industrial do município), e ao lado da associação da Casa de Saúde e de seus médicos com empresas industriais locais, os quais estabelecerem convênios para a prestação de serviços médicos, os colegas do município conseguiram criar condições mais favoráveis, a fim de se protegerem diante dos problemas tanto da medicina estatal previdenciária como dos segmentos de convênios médicos privados que os preocupavam (medicina de grupo e segmentos de autogestão), garantindo uma situação mais interessante à sua autonomia profissional, especialmente em termos técnicos e socioeconômicos.

Tais desenvolvimentos para a medicina são-carlense, os quais se refletiram sobre as dimensões técnica e socioeconômica de sua autonomia profissional, foram condicionados igualmente por outros fatores históricos, que então se evidenciaram influentes sobre o poder local e que interferiram na conformação da autonomia médico-profissional do município especialmente através de sua dimensão política. É o que se pode observar em relação ao modo, politicamente orientado, como os médicos de São Carlos aproveitaram suas conexões com determinados setores, indivíduos e instituições sociais influentes no município. Dentre tais circunstâncias, encontram-se: a) de um lado, a articulação entre políticos e médicos para a criação da Casa de Saúde (através do apoio da família Pereira Lopez) e as conexões entre empresários e médicos – através de elos comuns com o Rotary Club – para o impulso inicial da UNIMED São Carlos; e b) de outro lado, as ligações entre políticos e médicos do município, mobilizadas tanto para a construção da nova ala da Santa Casa (e que foram estabelecidas entre médicos e provedoria da Santa Casa com o governador do Estado, através do influente casal Luís e Laines Paulilo) como para a criação do curso de enfermagem na UFSCar (através, novamente, do Rotary, além de um deputado federal, o próprio doutor Ernesto Pereira Lopez).

Através da combinação de todos os fatores históricos, a medicina são-carlense verificou considerável abertura e dinamização de seu mercado profissional, com crescimento do número de médicos e maior especialização da categoria. Desde um

grupo relativamente fechado, menor e permeado por certos laços profissionais e pessoais mais antigos, o grupo médico são-carlense foi se tornando mais numeroso, diverso e aberto. Se na primeira onda de interiorização predominou a absorção de novos médicos originados de outras localidades de fora de São Carlos e que haviam se formado pelas primeiras faculdades médicas do país (Rio de Janeiro e Bahia), e se, durante a segunda onda, predominou a chegada de novos profissionais que, no entanto, tinham ligações pessoais e familiares com São Carlos e que ainda haviam se formado em faculdades tradicionais dos grandes centros brasileiros, nesta terceira onda, vários dos colegas médicos que iniciaram suas carreiras eram originários de outras localidades de fora de São Carlos, sendo agora formados, em diversos casos, por novos cursos de medicina, criados em novos centros acadêmicos do interior do país e do Estado de São Paulo.

Por outro lado, a medicina local, que desde o final do século XIX havia se caracterizado pela forte presença da prática médica liberal, verifica, nesta terceira onda de interiorização, um importante e rápido declínio desta, dado o avanço da assistência médica intermediada por convênios médicos privados, que passaram a dividir espaço com a já existente assistência médica previdenciária. Com as restrições financeiras da medicina estatal, além dos impasses vividos pela prática liberal diante do encarecimento da medicina, os convênios privados acabaram crescendo fortemente e influenciando esta terceira onda de interiorização do profissionalismo médico local.

Enfim, dada a maneira como a assistência médica por convênios evoluiu na localidade, a UNIMED São Carlos tornou-se, em alguns anos, a maior força do setor, assumindo, em parte, o espaço anterior da assistência médica estatal, o que imprimiu contornos específicos à dinâmica do profissionalismo médico local.

## **Considerações finais.**

Este trabalho analisou as conexões entre o fenômeno do profissionalismo médico e o desenvolvimento urbano-industrial, em meio à modernização mais abrangente da sociedade brasileira. Tal conexão foi igualmente impulsionada pelo paralelo processo de centralização política do poder de Estado do país. Neste contexto, a presente análise observou as especificidades dessas relações em um contexto social particular, relativo ao município de São Carlos. O estudo observou de que maneira esses processos sociais condicionaram específicas ondas de interiorização do profissionalismo médico no município de São Carlos, assim como certas correntes profissionais de retorno, as quais foram, assim, enfrentadas por determinados grupos médicos atuantes na mesma localidade, tendo em vista as relações entre, de um lado, a interiorização do desenvolvimento e, de outro lado, a interiorização do profissionalismo médico.

Este estudo estruturou-se a partir de uma determinada periodização sobre a ocorrência do processo de interiorização do profissionalismo médico local, segundo a qual, este processo (considerado como um processo social de longa duração), foi segmentado a partir de específicas ondas de interiorização do profissionalismo médico, as quais, em cada caso, oferecem alternativos desafios e oportunidades aos grupos profissionais no sentido da organização, promoção ou manutenção de sua autonomia profissional.

O foco deste trabalho dirigiu-se especificamente para o estudo da interiorização do profissionalismo médico em São Carlos entre os anos de 1889 e 1988. Nesse longo período de tempo, verificaram-se três ondas de interiorização do profissionalismo médico local, as quais foram reconhecidas e enfrentadas diferentemente pelos profissionais da medicina local. Cada uma dessas ondas sociais caracterizou-se por certa combinação peculiar de fatores, atores e instituições sociais e históricos, bem como por determinadas modalidades de ação e organização do grupo médico local, a fim de enfrentá-las.



A primeira onda, que se estendeu entre 1889-1930, aconteceu em meio ao início da República, à relativa descentralização do sistema político nacional, ao coronelismo e ao paralelo crescimento do mercado econômico capitalista brasileiro, favorecido então pelo avanço da economia cafeeira, tanto no país em geral como especialmente no Estado de São Paulo e, em particular, por sua pujança no município de São Carlos. Ao mesmo tempo, este momento histórico é acompanhado pelo primeiro impulso da economia urbana local, pela criação dos primeiros serviços de saúde pública e assistência médica e pelo estabelecimento de um inicial, mas efetivo mercado médico no município.

O profissionalismo médico desta primeira onda de interiorização poderia ser identificado, assim, como um profissionalismo médico emergente, caracterizado pela chegada dos primeiros profissionais, desde fora de São Carlos, os quais se formaram, basicamente, pelas duas mais antigas faculdades médica do país (Rio de Janeiro e Bahia) apresentando perfil essencialmente generalista, e que logo se inseriram nas redes de relações que permeavam os segmentos médios e de elite locais, conectando, relativamente, médicos, classes médias, outros segmentos de elite e cafeicultores, de tal modo que a pesquisa pôde observar os nexos entre o profissionalismo médico e o coronelismo local. Tal situação foi responsável por constituir certas bases iniciais de inserção da categoria médica no sistema ocupacional e na estratificação social locais, permitindo o primeiro avanço histórico no desenvolvimento da medicina são-carlense. Afora o trabalho de saúde pública do delegado de saúde local, predominou aqui a atividade médica liberal de consultórios privados (muitas vezes localizados nas residências dos profissionais), bem como atividades junto à Santa Casa de Misericórdia local, prevalecendo relações diretas entre profissionais e clientes.

Já a segunda onda, que transcorre entre 1948-1966, foi em parte caracterizada pelo inicial e ainda incipiente avanço (intensificado mais tarde) da medicina tecnológica, que atinge relativamente o município favorecida e financiada pelo crescimento da assistência médica estatal do período, que veio a se apoiar na contratação de atividades de segmentos da iniciativa privada – integrando relativamente a indústria farmacêutica e de insumos médico-hospitalares aos hospitais e às atividades médicas em si. Ademais, o período foi especialmente caracterizado pelo processo mais abrangente de centralização política do Estado brasileiro e seu papel no desenvolvimento urbano-industrial do país, o que foi, ao mesmo tempo, acompanhado por considerável centralização do sistema de saúde nacional, a fim de responder às novas demandas urbanas no que se refere aos

serviços de saúde, e pela chegada de algumas novas instituições de saúde estatais em São Carlos em consequência a esse mesmo processo de centralização e da chamada socialização da medicina.

Diante dessas mudanças, as anteriores relações de aliança dos médicos com, especialmente, a elite agrária local, deixaram de ser tão decisivas, já que o poder de Estado central passou, em parte, a rivalizar politicamente com o poder das tradicionais elites locais e estaduais do interior do país, sendo que, em vista disso, o período também é marcado pela reação médica, de natureza institucional e política, à chamada socialização da medicina. Apesar de se ainda observar, nesta segunda onda de interiorização, alguns elos de contato e influência de médicos locais com outras esferas e instituições de poder político-estatal (estadual e federal), percebe-se uma clara inversão de forças entre o poder local, o governo estadual e o governo federal, o que afeta a carreira médica são-carlense e seu profissionalismo.

Este é o momento de criação, no Estado de São Paulo, de importantes associações e órgãos médicos (APM e CREMESP). Em nível nacional, surge também a AMB, ao passo que, em São Carlos, e de modo conectado a tais movimentos, emerge a SMSC, a qual se torna recurso institucional da medicina local em sua inserção social interna e externa ao poder local, bem como para o enfrentamento dos desafios profissionais do período. Todo este movimento institucional da medicina brasileira significava uma reação à centralização do Estado brasileiro e sua maior participação na prestação de serviços de saúde, o que fez emergir um novo profissionalismo médico no país e no município de São Carlos, conferindo um novo traço sociológico a esta segunda onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos. Neste contexto, ao lado da ainda importante prática liberal, a categoria médica são-carlense também passou a atuar na prestação de serviços aos órgãos estatais de saúde pública e (principalmente) de assistência médica, expandindo o assalariamento entre os pares de profissão, que vieram a se empregar junto aos novos órgãos estatais.

Se no período anterior, os médicos locais tiveram sua origem social frequentemente ligada a outras localidades e regiões do país, formando-se ou no Rio de Janeiro ou na Bahia e atuando em São Carlos como médicos generalistas, nesta segunda onda, os novos profissionais que vieram trabalhar no município caracterizaram-se pelo movimento importante de filhos de famílias são-carlenses que saíram do município para

estudar fora, principalmente no Rio de Janeiro e em São Paulo, voltando a São Carlos depois para desenvolverem suas carreiras. Apesar de certos desenvolvimentos técnicos já terem emergido na medicina brasileira, como o processo de especialização técnica ainda não avançou tanto neste período, os profissionais continuam a apresentar aqui o predomínio do perfil generalista, havendo apenas, em parte (como já acontecia antes), uma relativa especialização de caráter informal, já que os médicos chegavam concentrar seus esforços em determinadas técnicas ou procedimentos em relação aos quais tinham maior familiaridade, sem, no entanto, terem aprofundado sua formação em cursos de especialização formais.

Enfim, na terceira onda (1970-1988), tem-se que, no plano do poder local de São Carlos, verificou-se a emergência de um novo profissionalismo médico, decorrente, em parte, da reação médica frente aos problemas do novo modelo de assistência médica previdenciária do período (INPS/INAMPS). Ademais, este período foi marcado pelo processo de construção (iniciado desde um pouco antes, em 1962) e, posteriormente, pela efetiva inauguração e atuação, da Casa de Saúde e Maternidade São Carlos (1968), bem como de seus novos convênios médicos com indústrias locais, assim como pela ampliação da Santa Casa de Misericórdia, já na década de 1970, em meio a um novo contexto socioeconômico e político de maior desenvolvimento urbano-industrial e de crescimento demográfico de São Carlos, com ampliação especialmente de setores operários e de classes médias cidadinas.

Tal contexto alterou e favoreceu o mercado médico local, impulsionando o crescimento quantitativo do corpo médico são-carlense – em um movimento favorecido pelo processo de interiorização de cursos de medicina no Estado de São Paulo. Se até o início dos anos 1970, o mercado médico local não era tão grande nem mais aberto, a partir de então, graças ao próprio crescimento da demanda local por serviços médicos e de saúde que acompanha o crescimento da população do município, verifica-se uma maior abertura à chegada de novos profissionais, não mais generalistas, e sim especialistas em áreas do conhecimento médico que, inclusive, nem existiam até então no município. De um mercado relativamente menor e mais fechado, com profissionais que mantinham, em grande parte, vínculos mais antigos e informais com as redes de poder do próprio município, e que assim, controlavam mais rigidamente a entrada de novos colegas, São Carlos tornou-se polo de atração de novos profissionais, assumindo,

relativamente, certa posição como centro regional no que se refere à oferta de serviços médicos e de saúde em geral.

Além disso, com o maior desenvolvimento urbano-industrial e hospitalar que o município verifica neste período, de localidade, ao longo dos anos 1960, relativamente exportadora de pacientes para centros urbanos de maior desenvolvimento econômico e com melhores condições em termos de serviços de saúde, São Carlos se torna um polo que não apenas responde à maior parte da demanda local como ainda passa a atender certa demanda de pacientes que saem de outras localidades de sua região.

Isso posto, esse mesmo contexto de avanços socioeconômicos e médicos impulsionou esforços, entre os colegas médicos do município, de criação e expansão, desde o início dos anos 1970, da UNIMED São Carlos, que emergiu em resposta ao crescimento da demanda por serviços médicos locais, à crescente crise da assistência médica previdenciária do país e às pressões que os profissionais já sentiam, especialmente desde fora de São Carlos, em função do crescimento da chamada medicina de grupo. Este ainda foi um momento em que, além do crescimento numérico de profissionais atuando no município, verificou-se considerável diversificação interna da categoria médica local, com a multiplicação de diferentes especialidades, o que também favoreceu o crescimento do mercado de serviços médicos oferecidos à população de São Carlos e, dessa maneira, contribuiu para o desenvolvimento da UNIMED.

Com a adesão de novos colegas de diferentes perfis profissionais, a cooperativa médica pôde oferecer serviços médicos mais variados, contribuindo para o seu relativo crescimento diante de outros segmentos de convênios médicos e com a própria prática liberal mais tradicional. Em realidade, o crescimento da UNIMED acontece em paralelo ao crescimento de todo o setor de convênios médicos privados, que ocorre não apenas em São Carlos como em outras partes do Estado de São Paulo e do país como um todo. Contudo, a UNIMED São Carlos torna-se uma organização mais forte do que demais segmentos do setor, tais como os de autogestão, o de serviços próprios e o de medicina de grupo.

Enquanto na segunda onda houve um movimento importante de filhos de famílias são-carlenses que saíram do município para estudar medicina em cursos localizados em grandes centros mais tradicionais, retornando depois para exercer sua

nova profissão no município, ao longo da terceira onda verifica-se outro movimento igualmente importante, qual seja: a de chegada de novos profissionais, os quais são, em quantidade considerável, originários de outras localidades e que, por vezes, estudaram não apenas em tradicionais grandes centros, mas em novos cursos médicos de outras localidades (inclusive do interior), apresentando crescentemente não mais o perfil generalista de seus colegas mais antigos de São Carlos. Em vez disso, muitos dos novos profissionais que se inseriam no mercado médico de São Carlos passaram a apresentar o perfil eminentemente de especialistas, surgindo, inclusive, outras especialidades mais recentes.

Houve ainda a criação da Universidade Federal de São Carlos e do curso de enfermagem (também na UFSCar), bem como a consolidação desta e do campus local da Universidade de São Paulo – USP. Tal desenvolvimento universitário articulou-se com o paralelo crescimento econômico-industrial e urbano do município, além de ambos os campus universitários terem se envolvido com certos avanços no profissionalismo médico e no sistema hospitalar são-carlense daquela época, o que foi favorecido, como se verificou acima, em razão de contatos de médicos são-carlenses com políticos locais e de fora do município, bem como com outros setores e instituições sociais influentes em São Carlos (como o próprio Rotary Club).

Em conexão a movimentos também ocorridos em outras localidades paulistas e de fora do Estado de São Paulo, a medicina são-carlense envolveu-se no movimento de expansão do mercado privado de convênios médicos (tais como, especialmente, os de autogestão, aqueles estabelecidos como serviços próprios de empresas determinadas e outros oferecidos por cooperativas médicas), conferindo nova dinâmica e diferentes traços à terceira onda de interiorização do profissionalismo médico de São Carlos. Se durante a primeira onda, predominou a prática médica liberal, e na segunda, esta e as atividades nos órgãos públicos de saúde, no terceiro período, tem-se outra situação: verifica-se, ainda, a presença da prática médica nos órgãos públicos, mas agora acompanhada de um maior envolvimento dos colegas de profissão com os convênios médicos privados, que, por sua vez, aconteceu ao lado de uma queda bem acentuada da tradicional prática liberal.

Isso posto, entre a primeira e a segunda ondas de interiorização, assim como entre a segunda e a terceira, observou-se a ocorrência de determinados fatores históricos

que, enquanto contra processos sociais, arrefeceram, relativamente, certas condições históricas que haviam caracterizado cada prévio movimento de onda de interiorização, favorecendo mudanças que, em cada caso, desembocaram em uma nova onda de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos. Tais movimentos, ligados a contra processos sociais que arrefeceram as citadas ondas de interiorização, foram denominadas, nesta pesquisa, como correntes profissionais de retorno, as quais foram enfrentadas pelos grupos profissionais para se reposicionarem diante dos processos sociais de mudança que emergiam em cada caso.

Se, de um lado, durante a primeira corrente profissional de retorno, havida desde o final da primeira onda de interiorização, os médicos de São Carlos sentiram reduzidas as possibilidades de crescimento e diversificação de seu mercado médico, em meio à crise socioeconômica e política do período entre o final da Primeira República e o final da Era Vargas, quando, por isso mesmo, sentiram restrições em termos de crescimento do número de profissionais, não conseguindo igualmente criar um novo hospital privado voltado a pacientes mais abastados; de outro lado, na segunda corrente profissional de retorno, tais médicos verificaram impasses muito significativos em relação à medicina estatal e, mais especificamente, quanto à área de assistência médica previdenciária, o que prejudicava sua autonomia técnica, socioeconômica e política, já que em relação aos serviços públicos os médicos tinham pouca margem de interferência para favorecer sua autonomia e seus interesses.

Os problemas vividos ao final da primeira onda, que, como analisado antes, relacionaram-se ao processo mais abrangente de centralização política do Estado brasileiro, levaram a uma determinada reação da medicina local no sentido de encontrar uma alternativa para que seu grupo se posicionasse diante da ascensão da medicina estatal e da socialização da medicina, o que fez os colegas do município criarem a Sociedade Médica de São Carlos, integrando-a em um movimento mais amplo, tanto estadual e nacional, de organização da categoria médica no país inteiro. Com resultados nem sempre favoráveis, esta alternativa de organização da categoria permitiu que os médicos reforçassem suas condições de inserção no poder local de São Carlos e encontrassem um instrumento para lidar com as questões emergentes a partir da centralização política, da integração nacional e da chamada socialização da medicina.

Já ao término da segunda onda de interiorização, os problemas relativos à nova etapa do processo de centralização do sistema nacional de saúde (que, como observado acima, materializou-se com a criação do sistema INPS/INAMPS), bem como as emergentes questões vinculadas ao crescimento do mercado privado de convênios médicos – que nem sempre se evidenciou favorável aos interesses dos médicos do país – indicaram aos colegas de São Carlos um novo momento para o seu profissionalismo e para a sua organização coletiva, o que demandava uma alternativa modalidade de ação, organização e reação para enfrentamento dos desafios então colocados. O caminho observado como alternativa foi, desde exemplos ocorridos em outras localidades paulistas, a criação de uma organização médica que trouxesse uma melhor inserção da categoria no ascendente setor de convênios médicos privados. Dentre as opções em termos de organização coletiva aos médicos da época, além da criação da Casa de Saúde e de seus convênios com indústrias locais, a opção que trouxe melhores resultados, não a uma parte, mas ao conjunto dos colegas de São Carlos (inclusive da própria Casa de Saúde) foi o desenvolvimento de uma cooperativa médica com abrangência municipal, o que resultou na criação da UNIMED São Carlos. Logo esta se tornou líder de mercado, ocupando parte do espaço da medicina estatal e substituindo, rapidamente, o espaço antes ocupado pela medicina liberal.

Diante desses elementos discutidos acima acerca das três ondas de interiorização do profissionalismo médico e as duas correntes profissionais de retorno, pode-se observar como, constantemente, mas de maneira distinta em cada período histórico, interconectaram-se os diferentes processos sociais que atuaram como vetores que influenciaram a variação do processo de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos: por vezes, agindo como vetores que afetaram o profissionalismo desde dentro; e, em outros casos, mudando esta condição para influenciar o mesmo profissionalismo desde fora.

Se, durante a Primeira República, os médicos de São Carlos souberam como se aproveitar das condições de mercado mais favoráveis que existiam então, a partir da crise dos anos 1920, do aprofundamento da centralização do Estado brasileiro e da chamada socialização da medicina, essa situação alterou-se, o que somente foi contornado, relativamente, desde o movimento institucional e político-profissional que desembocou na criação da Sociedade Médica de São Carlos. Já em meio à segunda corrente profissional de retorno, os médicos locais se depararam com um novo impasse

diante de forças externas que interferiam negativamente sua realidade no município, algo superado através de uma melhor inserção no então crescente mercado privado de convênios médicos e, mais completamente, a partir da criação da cooperativa de trabalho médico UNIMED São Carlos.

Por outro lado, mais ao final da terceira onda de interiorização nota-se ainda o crescimento dos convênios médicos e da UNIMED, bem como o acirramento da crise da assistência médica estatal, além de movimentos de reivindicação trabalhista dos médicos brasileiros (com participação inclusive de médicos de São Carlos), além de movimentos de grupos médicos e de outros intelectuais que buscavam a reforma do sistema nacional de saúde, os quais, no contexto de redemocratização pós-ditadura militar, e em meio à emergência de setores ligados à saúde coletiva (Nunes, 1994, 1998), desembocaram na criação do SUS a partir do processo constituinte e da promulgação da Constituição de 1988.

Ademais, ao final do período em estudo nesta tese, afora um crescente movimento no sentido de uma nova conjugação institucional entre serviços de saúde pública e atividades de assistência médica estatal, houve relativa inversão do anterior processo de centralização do sistema de saúde e do poder de Estado mais amplo do país (rumo a uma maior municipalização política e administrativa). Tal quadro combinou-se ainda a outro momento no que se refere aos caminhos seguidos para o desenvolvimento econômico do Brasil, em que o processo de industrialização deixou de ter a mesma centralidade que tivera até o final dos anos 1980, o que também se refletiu sobre a realidade de São Carlos, sendo que, desde então, observa-se um maior crescimento, em termos relativos, dos setores do comércio e, em especial, de serviços (inclusive o de serviços educacionais). Por outro lado, já no período pós-1988 observa-se a expansão de outras profissões e ocupações da área de saúde, o que acontece em congruência ao crescimento de cursos superiores e técnicos nessas mesmas áreas, algo que, especialmente para o caso de São Carlos, não se constatou com a mesma força na análise do período anterior. Além disso, verifica-se, desde então, certo crescimento, na busca de diferentes setores sociais, pelas chamadas medicinas alternativas e complementares – que hoje estão inseridas também no SUS (Tesser & Barros, 2008). Enfim, o período pós-1988 foi acompanhado da emergência de novos processos eleitorais diretos – os quais haviam sido restringidos em razão da ditadura militar – e do surgimento de novos grupos políticos e partidários em São Carlos.



Tais emergentes condições históricas, acredita-se, trouxeram outros elementos para a conformação do profissionalismo médico local. Como esta pesquisa voltou-se à análise da relação entre a interiorização do profissionalismo médico e a interiorização do desenvolvimento urbano-industrial, que foi acompanhada e condicionada, até os anos 1980, pelo processo de centralização política do Estado nacional brasileiro, a análise sobre este outro momento da realidade são-carlense e do profissionalismo médico local, que se refere à outra combinação de fatores e processos sociais e históricos, não foi objeto do esforço de pesquisa desta tese de doutorado.

Apesar disso, o presente estudo sobre as ondas de interiorização do profissionalismo médico em São Carlos procurou oferecer avanços no que se refere ao conhecimento das relações entre, de um lado, desenvolvimento econômico e político e, de outro lado, o profissionalismo médico – em especial, quanto às relações entre o processo de interiorização do profissionalismo médico e a interiorização do desenvolvimento socioeconômico e político de natureza urbano-industrial. Como antes assinalado, no caso das análises sobre a medicina brasileira, podem-se observar estudos que se voltaram à investigação sobre mudanças no desenvolvimento do capitalismo e no papel do poder de Estado brasileiro (especialmente na área de assistência médica previdenciária e de saúde pública), as quais são observadas relativamente em suas conexões com a profissão médica.

Dentre tais trabalhos, como visto anteriormente, devem-se citar as pesquisas de Donnangelo (1975), Luz (1978), Schraiber (1993), Hochman (1998) e Menicucci (2007). Contudo, nestes casos a profissão médica foi estudada relacionando-a ou à dinâmica e desenvolvimento da estrutura produtiva capitalista e dos conflitos entre classes sociais, ou mesmo, em termos de sua participação em mecanismos de dominação de classe, ou foi tratada mais como um grupo que se envolveu com demais mecanismos que ligam diferentes grupos de elite, ou então, como partícipe de processos mais abrangentes que conduzem diferentes desenvolvimentos sobre as políticas públicas de saúde do país, não se considerando outros aspectos da dinâmica do profissionalismo, os quais não se deduzem nem da dinâmica de relações entre classe sociais ou das conexões entre médicos e diferentes segmentos de elite, nem dos específicos mecanismos que envolvem o desenvolvimento histórico de políticas públicas. Em realidade, mesmo tais questões podem ser mais bem compreendidas se forem considerados outros fatores que conformam mais amplamente a organização e dinâmica do profissionalismo.

Por outro lado, tais estudos focalizaram ou o plano nacional ou a dinâmica social dos grandes centros metropolitanos do país, de modo que a realidade médica do interior brasileiro e o processo de interiorização do profissionalismo médico em sentido mais amplo, não foram investigados mais a fundo. A presente análise procurou lançar luz sobre tais questões e, em especial, quanto às relações entre profissionalismo médico, desenvolvimento urbano-industrial, centralização política e poder local, a fim de se conhecer melhor as relações entre a interiorização do profissionalismo médico e a interiorização do desenvolvimento. Para tanto, utilizaram-se certos conceitos, tais como: ondas de interiorização do profissionalismo e correntes profissionais de retorno, desenvolvidos especificamente para tal análise, os quais permitiram que se investigasse o longo movimento histórico de mudança ligado ao processo de interiorização do profissionalismo médico, o qual, por sua vez, foi verificado em uma determinada localidade, assim representada pelo poder local do município de São Carlos.

## **Bibliografia e fontes primárias.**

ABBOTT, Andrew Delano. *System of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago, University of Chicago Press, 1988.

ABREU, Jonas Modesto. “Política e economia em São Carlos: do modo de vida agrário à eclosão urbana”. In: *Teoria & Pesquisa*, São Carlos, nº. 32-35, janeiro/dezembro, pp. 95-112, 2000.

AITEKEN, Hugh G. J. “Industrialização”. In: OUTHWAITE, William; BOTTOMORE, Tom (ed.). *Dicionário do pensamento social do século XX*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1996, pp. 383-385.

ALMANACH DE 1894. São Carlos, EdUFSCar, 2007.

ALMANÁQUE DE S. CARLOS: 1905. São Carlos: EdUFSCar/ São Paulo: IMESP, 2007.

ALMANACH DE S. CARLOS PARA 1915. São Carlos, EdUFSCar.

ALMANACH-ALBUM DE SÃO CARLOS: 1916-1917. São Carlos, EdUFSCar, 2007.

ALMANACK DE S. CARLOS: 1927. São Carlos: EdUFSCar/São Paulo: IMESP, 2007.

ALMANACK ANNUARIO DE S. CARLOS: 1928. São Carlos: EdUFSCar/São Paulo: IMESP, 2007.

ALMEIDA, Fabio de Oliveira. “Coesão e interesses da medicina paulista diante do populismo adhemarista: contradições e ambivalências”. In: *Sociedade e Cultura: Revista de Pesquisa e Debates em Ciências Sociais*. Goiânia, vol. 14, nº 01, janeiro-junho, pp.131-139, 2011.

\_\_\_\_\_. *Profissionalismo médico paulista e reforma na saúde adhemarista*. São Carlos, EdUFSCar, 2013.

\_\_\_\_\_. “A socialização da medicina na era do adhemarismo”. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol, nº., pp., 2014.

ALMEIDA, Marta de. “Tempo de laboratórios, mosquitos e seres invisíveis: as experiências sobre a febre amarela em São Paulo”. In: CHALHOUB, Sidney (et. al.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. Campinas, Editora da UNICAMP, pp. 123-160, 2003.

ALMEIDA, Rita de Cássia de. *A chegada da ferrovia em São Carlos*. [Dados extraídos do texto com título e autoria acima indicados em 31 de outubro de 2013 e disponível em no seguinte endereço eletrônico: [http://www.cdcc.usp.br/bio/mat\\_saocarlos\\_ferrovia.htm](http://www.cdcc.usp.br/bio/mat_saocarlos_ferrovia.htm)].

ALMEIDA, Serafim Vieira de. *Responsabilidade Médica. Proposições*: três sobre cada uma das cadeiras da Faculdade. Salvador (BA), Typographia dos Dois Mundos. Faculdade de Medicina da Bahia (Tese de Doutorado em Medicina), 1888.

ALMEIDA, Tibério (*et. al.*). “Crime de Araraquara, Parecer Médico-legal”. In: *Boletim Sociedade*, São Paulo, anno II, nº. 23 e anno III, nº 25, 1897.

ANDRADE, Nuno de. “O crime de Araraquara, consulta médico-legal”. In: *Boletim Sociedade*. São Paulo, anno III, nº. 26, 1897.

ARENDDT, Hannah. *Origens do totalitarismo*. São Paulo, Companhia das Letras, 2012.

ARRETCHE, Marta. *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*. Rio de Janeiro, Editora FGV/Editora Fiocruz, 2012.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. *Conquistas e desafios: 80 anos da Associação Paulista de Medicina*. São Paulo, SMS Editora Ltda., 2011.

\_\_\_\_\_. “Novas Políticas de Saúde”. In: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. *Conquistas e desafios – 80 anos da Associação Paulista de Medicina*. São Paulo, SMS Editora Ltda, 2011, p.85.

BAENINGER, Rosana & BASSANEZI, Maria Sílvia Casagrande Beozzo. “São Paulo: transição demográfica e migrações”. In: ODALIA, Nilo; CALDEIRA, João Ricardo de Castro (org.). *História do Estado de São Paulo: formação da unidade paulista (volume 3 – República)*. São Paulo, Editora UNESP/Imprensa Oficial/Arquivo Público do Estado, 2010.

BAHIA, Ligia. “Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90”. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2), pp. 329-339, 2001.

BARBOSA, Maria Lígia. “Para onde vai a classe média: um novo profissionalismo no Brasil?”. IN: *Tempo Social*, (10), nº 01, pp. 129-142, 1998.

BARROS, Nelson Felice; NUNES, Everardo Duarte. “Sociology, medicine and the construction of health-related sociology”. In: *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 2009, pp. 01-07.

BAUMAN, Zigmunt. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 2001.

BECK, Ulrich; GIDDENS, Anthony; LASH, Scott. *Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna*. São Paulo: UNESP, 1997.

- BENCHMOL, Jaime Larry. “Febre amarela e a instituição da microbiologia no Brasil”. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (org.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, pp. 57-97, 2004.
- BENDIX, Reinhard. *Tradition and modernity reconsidered*. In: *Comparative Studies in Society and History*, vol. 09, nº. 03 (April), pp. 292-346, 1967.
- \_\_\_\_\_. *Construção nacional e cidadania*. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 1996.
- BENEVIDES, Maria Vitória. *O governo Kubitschek: desenvolvimento econômico e estabilidade política*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1979.
- BERTUCCI, Liane Maria. “Remédios, charlatanices... e curandeirices: práticas de cura no período da gripe espanhola em São Paulo”. In: CHALHOUB, Sidney (et. al.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. Campinas, Editora da UNICAMP, pp. 197-227, 2003.
- \_\_\_\_\_. *Influenza, a medicina enferma: ciência e práticas de cura na época da gripe espanhola em São Paulo*. Campinas, Editora da UNICAMP, 2004.
- BERNSTEIN, Henry. “Desenvolvimento e subdesenvolvimento”. In: OUTHWAITE, William; BOTTOMORE, Tom (ed.). *Dicionário do pensamento social do século XX*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1996, pp. 197-201.
- BICHIR, Maíra Machado. *A problemática da dependência: um estudo sobre a vertente marxista da dependência*. Campinas (SP), IFCH/UNICAMP (dissertação de mestrado), 2012.
- BIELSCHOWSKI, Ricardo (org.). *Cinquenta Anos de Pensamento na Cepal* (volume 01). Rio de Janeiro, Editora Record, 2000a.
- \_\_\_\_\_. (org.). *Cinquenta Anos de Pensamento na Cepal* (volume 02). Rio de Janeiro, Editora Record, 2000b.
- BÔAS, Gláucia Villas. “A tradição renovada na obra de Maria Isaura Pereira de Queiroz”, pp. 282-295. In: BOTELHO, André; SCHWARCZ, Lilia Moritz (org.). *Um enigma chamado Brasil: 29 intérpretes e um país*. São Paulo, Companhia das Letras, 2009.
- BOLETIM SOCIEDADE. “Crime de Araraquara, Questão médico-legal, consulta, parecer e discussão”. In: *Boletim Sociedade*, anno II, nº. 23, 1897.

- BONELLI, Maria da Glória. *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, 2002.
- BOTELHO, André; SCHWARCZ, Lilia Moritz (org.). *Um enigma chamado Brasil: 29 intérpretes e um país*. São Paulo, Companhia das Letras, 2009.
- BOTELHO, Carlos. “Tratamento das fraturas pelas massagens”. In: *Boletim Sociedade*, São Paulo, nº. 6, 1895.
- \_\_\_\_\_. “Febre typhoide em São Paulo”. In: *Boletim Sociedade*, anno II, nº. 20, 1897.
- \_\_\_\_\_. “Pleurizes, disagnostico clinico”. In: *Boletim Sociedade*. São Paulo, anno III, nº. 35, 1898.
- BRADBURY, Malcolm & McFARLANE, James (org.). *Modernismo: guia geral 1890-1930*. São Paulo, Companhia das Letras, 1989.
- BRANDÃO, Teixeira. “O crime de Araraquara, parecer médico-legal”. In: *Boletim Sociedade*. São Paulo, anno III, nº. 26, 1897.
- BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. “O novo desenvolvimentismo e a ortodoxia convencional”. In: *São Paulo em Perspectiva*, v. 20, n. 3, p. 5-24, jul./set. 2006.
- BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos; GALA, Paulo. “Macroeconomia estruturalista do desenvolvimento”. In: *Revista de Economia Política*, vol. 30, nº. 4 (120), outubro-dezembro, pp. 663-686, 2010.
- BUFFA, Ester; NOSELLA, Paolo. *A escola profissional de São Carlos*. São Carlos, EdUFSCar, 1998.
- \_\_\_\_\_. *Universidade de São Paulo, Escola de Engenharia de São Carlos: os primeiros tempos, 1948-1971*. EdUFSCar, 2008.
- CAJADO, Antonio Rodrigues. *Asphyxia dos recém-nascidos*. Salvador (BA), Typographia de J. G. Tourinho. Faculdade da Bahia (Tese de Doutorado), 1869.
- CALDEIRA, João Ricardo de Castro. *O sistema universitário paulista*. In: ODALIA, Nilo; CALDEIRA, João Ricardo de Castro (org.). *História do Estado de São Paulo: formação da unidade paulista (volume 3 – República)*. São Paulo, Editora UNESP/Imprensa Oficial/Arquivo Público do Estado, 2010.
- CANO, Wilson. *Raízes da concentração industrial em São Paulo. Coleção Corpo e Alma do Brasil LIII* (sob a direção do Prof. Fernando Henrique Cardoso). São Paulo/Rio de Janeiro, DIFEL, 1977.

- \_\_\_\_\_. *Brasil e Estado de São Paulo: transformações recentes da economia*. In: CANO, Wilson; BRANDÃO, Carlos A.; MACIEL, Cláudio S.; MACEDO, Fernando C. *Economia paulista: dinâmica socioeconômica entre 1980 e 2005*. Campinas, Editora Alínea, 2007.
- CARNEIRO, João Neves. *São Carlos na Revolução Paulista de 1932*. Concurso Municipal de Monografias – São Carlos – 1973. São Carlos, Seção Publicações – Escola de Engenharia de São Carlos – USP, 1977.
- CARVALHO, Amancio de. “Crime de Araraquara, Questão Médico-legal, Discussão”. In: *Boletim Sociedade*, anno II, nº. 23 e anno III, nº. 25, 1897.
- CARVALHO, José Murilo de. “Mandonismo, coronelismo, clientelismo: uma discussão conceitual”. In: *Dados*, vol. 40, nº. 2. Rio de Janeiro, 1997.
- CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de. *O pensamento social no Brasil: pequenos estudos*. Campinas, Edcamp, 2003.
- \_\_\_\_\_. “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, 2004.
- CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte imperial*. São Paulo Companhia das Letras, 1996.
- \_\_\_\_\_. (et. al.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. Campinas, Editora da UNICAMP, 2003.
- COELHO, Edmundo Campos. *As Profissões Imperiais: Medicina, Engenharia e Advocacia no Rio de Janeiro – 1822-1930*. Rio de Janeiro, Editora Record, 1999.
- COHEN, Ilka Stern. “Vida política paulista nas décadas de 1920 e 1930: as revoluções de 1924 e 1932”. In: ODALIA, Nilo; CALDEIRA, João Ricardo de Castro (org.). *História do Estado de São Paulo: formação da unidade paulista (volume 3 – República)*. São Paulo, Editora UNESP/Imprensa Oficial/Arquivo Público do Estado, 2010.
- COSTA, Renato Gama-Rosa. *Arquitetura hospitalar em São Paulo*. In: MOTT, Maria Lúcia & SANGLARD, Gisele (org.). *História da saúde: São Paulo: instituições e patrimônio histórico e arquitetônico (1808-1958)*. Barueri, Minha Editora, 2011a.
- \_\_\_\_\_. “Apontamentos para a arquitetura hospitalar no Brasil: entre o tradicional e o moderno”. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol.18, suplemento 01, dezembro, pp.53-66, 2011b.

- CUNHA, José Marcos Pinto. “Redistribuição espacial da população: tendências e trajetória”. In: *São Paulo em Perspectiva*, 17 (03-04), pp. 218-233, 2003.
- DAMIANO, Octavio Carlos. *Caminhos do Tempo*. São Carlos, EdUFSCar/São Paulo/Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2007.
- DEVESCOVI, Regina de Campos Balieiro. *Urbanização e acumulação: um estudo sobre a cidade de São Carlos*. São Carlos, Arquivo de História Contemporânea, UFSCar, 1987.
- DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO (E.U. do Brasil). Parecer n.º 1693, de 1944. Projeto de Resolução n.º 1.393, de 1944 (Aprovação do projeto de decreto-lei da Prefeitura Municipal de São Carlos, que denomina como rua Dr. Gastão de Sá, a via pública sem nome, entre as ruas Ana Prado e Bernardino de Campos, situada em Vila Prado, desta cidade). Imprensa Oficial, Sexta-feira, 15 de setembro de 1944, n.º. 206, ano 54, p. 04.
- DICIONÁRIO BIO-BIBLIOGRÁFICO SERGIPANO DE ARMINDO GUARANÁ. Disponível e consultado em 20 de outubro de 2013 no endereço eletrônico: <http://www.unit.br/memorial/arquivos/dicarmino.pdf>.
- DINIZ, Marli. *Os donos do saber: profissões e monopólios profissionais*. Rio de Janeiro, Revan, 2001.
- DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo, Editora Pioneira, 1975.
- DOZENA, Alessandro. *São Carlos e seu desenvolvimento: contradições urbanas de um polo tecnológico*. São Paulo, Editora Annablume, 2008.
- DRAIBE, Sônia. *Rumos e metamorfoses*. São Paulo, Editora Paz e Terra, 1985.
- EISENTADT, S. N. “Modernidades múltiplas”. In: *Sociologia, Problemas e Práticas*, n.º. 35, pp. 139-163, 2001.
- ELIAS, Norbert. *O processo civilizador*. Jorge Zahar Editor, vol. 1, 1994a.  
\_\_\_\_\_. *O processo civilizador*. Jorge Zahar Editor, vol. 2, 1994b.  
\_\_\_\_\_. *Escritos & Ensaios*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 2002.
- EVETTS, Julia. “Sociología de los grupos profesionales: historia, conceptos y teoría”. In: MARTÍNES, Mariano Sánchez; CARRERAS, Juan Sáez; SVENSSON, Lennart (coord.). *Sociología de las profesiones: pasado, presente y futuro*. Diego Marín Librero Editor, 2003, pp. 29-49.
- FAORO, Raymundo. *Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro* (vol. 1 & 2). São Paulo, Globo/Publifolha, 2000.



- FARIA, Lina Rodrigues de; CASTRO SANTOS, Luiz Antônio de. “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, 2002.
- FARIA, Lina Rodrigues de. *Saúde e Política: a Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2007.
- FAUSTO, Boris. *A revolução de 1930: historiografia e história*. São Paulo, Editora Brasiliense, 1972
- \_\_\_\_\_. *História concisa do Brasil*. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo – Edusp, 2010.
- FAZENDA DO PINHAL. *Depoimentos e Entrevistas sobre a Família Arruda Botelho – Volume I*. Fazenda do Pinhal – Patrimônio Histórico e Artístico Nacional. São Carlos, 2010 [material obtido em consulta no dia 19 de julho de 2013 junto ao site da Fazenda do Pinhal do município de São Carlos (SP), no seguinte endereço eletrônico: <http://www.casadopinhal.com.br/imagens/pdfs/Livro-Depoimentos-Volume-I.pdf>].
- \_\_\_\_\_. *Depoimentos e Entrevistas sobre a Família Arruda Botelho – Volume II*. Fazenda do Pinhal – Patrimônio Histórico e Artístico Nacional. São Carlos, 2010 [material obtido em consulta no dia 19 de julho de 2013 junto ao site da Fazenda do Pinhal do município de São Carlos (SP), no seguinte endereço eletrônico: <http://www.casadopinhal.com.br/imagens/pdfs/Livro-Depoimentos-Volume-II.pdf>].
- \_\_\_\_\_. *Depoimentos e Entrevistas sobre a Família Arruda Botelho – Volume III*. Fazenda do Pinhal – Patrimônio Histórico e Artístico Nacional. São Carlos, 2010 [material obtido em consulta no dia 19 de julho de 2013 junto ao site da Fazenda do Pinhal do município de São Carlos (SP), no seguinte endereço eletrônico: <http://www.casadopinhal.com.br/imagens/pdfs/Livro-Depoimentos-Volume-III.pdf>].
- FERNANDES, Liliâne Alves. *As santas casas da misericórdia na República brasileira (1922-1945)*. Dissertação de mestrado em Políticas de Bem-Estar em Perspectiva: Evolução, Conceitos e Actores/Phoenix Erasmus Mundus Dynamics of Health and Welfare/Universidade de Evora, 2009.
- FERREIRA, Luiz Otávio. “Medicina impopular: ciência médica e medicina popular nas páginas dos periódicos científicos (1830-1840)”. In: CHALHOUB, Sidney. *Artes e ofícios de curar no Brasil*. Campinas, Editora da UNICAMP, 2003.
- FICO, Carlos. *Além do golpe: versões e controvérsias sobre 1964 e a Ditadura Militar*. Rio de Janeiro, Editora Record, 2004a.

\_\_\_\_\_. “Versões e controvérsias sobre 1964 e a ditadura militar”. In: *Revista Brasileira de História*. São Paulo, vol. 24, nº. 47, pp. 29-60, 2004b.

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

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Editora Graal, 4ª edição (Biblioteca de filosofia e história das ciências), 1984.

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

\_\_\_\_\_. *Professionalism: the third logic*. Cambridge, Polity Press, 2001.

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

FREITAS, Carlos. *Qual o tratamento que mais aproveita na cura de aneurysmas?* Salvador (BA). Faculdade de Medicina da Bahia (tese de Doutorado), 1886.

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

FUNDAÇÃO SEADE. *A interiorização do desenvolvimento econômico no Estado de São Paulo (1920-1980)*. São Paulo, SEADE, *Coleção Economia Paulista*, volume 01, número 01, 1989.

FUNDAÇÃO SEADE. *A interiorização do desenvolvimento econômico no Estado de São Paulo (1920-1980)*. São Paulo, SEADE, *Coleção Economia Paulista*, volume 01, número 03, 1989.

FURTADO, Celso. *Formação econômica do Brasil*. São Paulo, Companhia Editora Nacional/Publifolha, 2000.

GALVÃO, Deolindo. “Discurso pronunciado na Academia Paulista de Medicina pelo Dr. Deolindo Galvão”. In: BOLETIM DA SOCIEDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DE SÃO PAULO, vol. I, São Paulo, *Academia de Medicina de São Paulo*, pp. 73-75, 1921.

GARBIN, H.B.R.; PEREIRA NETO, A.F.; GUILAM, M.C.R. “A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica”. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, vol.12, nº. 26, julho/setembro, pp.579-588, 2008.

GAZETA MÉDICA DA BAHIA. *Teses Doutorais da FAMEB: 1840-1928*. Salvador (BA), ano 138, nº. 1, vol. 74, janeiro-junho, 2004.

GIDDENS, Anthony. *As consequências da Modernidade*. São Paulo, Editora da UNESP, 1991.

\_\_\_\_\_. *Capitalismo e moderna teoria social: uma análise das obras de Marx, Durkheim e Marx Weber*. Lisboa, Editorial Presença (Biblioteca de Textos Universitários, v.4), 4ª edição, 1994.

GOMES, Ângela de Castro. *Engenheiros e economistas: novas elites burocráticas*. Rio de Janeiro, Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1994.

GOMES, Pablo Ferreira dos Santos. *São Carlos e o Movimento Constitucionalista de 1932: poder local e cooptação política*. Dissertação de Mestrado – PPGCS/CECH/UFSCar. São Carlos, 2008.

GONZÁLES, Alberto Durán; ALMEIDA, Marcio José de. “Movimento de mudança na formação em Saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares”. In: *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 20, nº. 02, pp.551-570, 2010.

GRIMBERG, Maria Claudia Nunes. *A formação da indústria no interior paulista: um estudo sobre o papel do pequeno capital na industrialização de São Carlos*. São Carlos, Fundação Pró-Memória de São Carlos (Coleção Monografias São Carlos), 2007.

GRUSKY, David. *Social stratification: class, race, and gender in sociological perspective*. Bolder/Summertown, Westview Press, 1994.

\_\_\_\_\_. “The contours of social stratification”. In: GRUSKY, David. *Social stratification: class, race, and gender in sociological perspective*. Bolder/Summertown, Westview Press, 1994, pp. 03-35.

\_\_\_\_\_. “Estratificação social”. In: BOTTOMORE, Tom; OUTHWAITE, William (ed.). *Dicionário do pensamento Social do século XX*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, pp. 270-273, 1996.

GUERRA, Alexandre et. al. (org.). *Atlas da nova estratificação social no Brasil (volume 1): classe média, desenvolvimento e crise*. São Paulo, Editora Cortez, 2006.

GUIMARÃES, Cid. “Evolução da assistência hospitalar geral no Estado de São Paulo, Brasil, no período de 1935 a 1974”. In: *Revista de Saúde Pública*, nº. 10 (suplemento 02), pp. 01-68, 1976.

GUIMARÃES, Maria Regina Cotrim. “Chernoviz e os manuais de medicina popular no Império”. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 12, nº. 2, pp. 501-514, maio-agosto, 2005.

HABERMAS, Jürgen. *O discurso filosófico da modernidade: doze lições* (Coleção Tópicos). São Paulo, Editora Martins Fontes, 2000.

\_\_\_\_\_. *Mudança estrutural da esfera pública*. São Paulo, Editora Tempo Brasileiro (Coleção Biblioteca do Tempo Universitário – 2ª edição), 2003.

HALLIDAY, Terence C. “Politics and civic professionalism: legal elites e cause lawyers”. In: *Law and Social Inquiry*, pp. 1013-1060, 1999.

HERSCHMANN, Micael M.; PEREIRA, Carlos Alberto Messeder. *A invenção do Brasil moderno: medicina, educação e engenharia nos anos 20-30*. Rio de Janeiro, Rocco, 1994.

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

HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (org.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2004.

HUGHES, Everett Cherrington. *The sociological eye: selected papers*. New Brunswick, Transaction Book, 1984.

HUNTINGTON, Samuel P. *Third wave: democratization in the late twentieth century*. Norman, University of Oklahoma Press, 2012.

IBAÑEZ, Nelson; DUARTE, Ivomar Gomes; DIAS, Carlos Eduardo Sampaio Burgos. “As irmandades da misericórdia e as políticas públicas de assistência hospitalar no Estado de São Paulo no período republicano”. In: MOTT, Maria Lúcia & SANGLARD, Gisele (org.). *História da saúde: São Paulo: instituições e patrimônio histórico e arquitetônico (1808-1958)*. Barueri, Minha Editora, 2011.

INCISA, Ludovico. “Industrialização”. In: BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. *Dicionário de Política*. Brasília, Editora UnB/São Paulo, Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2003 [DVD].

JOHNSON, Terence J. *Profession and Power*. Basingstoke, Macmillan Press LTD, 1979.

JOHNSON, Terry. “Profissões liberais”. In: OUTHWAITE, William; BOTTOMORE, Tom (ed.). *Dicionário do pensamento social do século XX*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1996, pp. 612-614.

JOHNSON, Terry; LARKIN, Gerry; SAKS, Mike (ed.). *Health professions and the state in Europe*. London/New York, Routledge, 1995.

KERBAUY, Maria Teresa Miceli. *A morte dos coronéis: política interiorana e poder local*. Araraquara, FCL/Laboratório Editorial/UNESP; São Paulo, Cultura Acadêmica Editora, 2000.

KINZO, Maria D'Alva G. "A democratização brasileira: um balanço do processo político desde a transição". In: *São Paulo em Perspectiva*, 15(04), pp. 03-12, 2001.

KLIKSBERG, Bernardo. *Repensando o Estado para o desenvolvimento social: superando dogmas e convencionalismos*. São Paulo, Editora Cortez, 1998.

LARKIN, Gerald. "The emergency of paramedical professions". In: BYNUM, W. F.; PORTER, ROY (ed.). *Companion encyclopedia of the history of Medicine* (volume 2). London/New York, Routledge Taylor & Francis Group, pp. 1329-1349, 1997.

LARRAIN, Jorge. "Modernização". In: OUTHWAITE, William; BOTTOMORE, Tom (ed.). *Dicionário do pensamento social do século XX*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1996, pp. 477-479.

LARSON, Magali Sarfati. *The rise of professionalism: monopolies of competence and sheltered markets* (with a new introduction by the author). New Brunswick/London, Transaction Publisher, 2013.

LEAL, Vitor Nunes. *Coronelismo, enxada e voto: o município e o regime representativo no Brasil*. São Paulo, Editora Alfa-Ômega, 1978.

LE GOFF, Jacques. *História e Memória*. 5ª edição. Campinas, Editora da Unicamp, 2003.

LEITE, Agnello. *Considerações sobre o tratamento de carie dentária. Proposições: três sobre cada uma das cadeiras do curso de Ciências Medico-cirúrgicas*. Salvador/BA, Faculdade de Medicina e de Pharmacia da Bahia (Tese de Doutorado), 1900.

LEITE, Kelen Christina. "Partidos e organizações políticas no município de São Carlos (1964-1979)". In: *Teoria & Pesquisa*, São Carlos, nº. 32-35, jan./dez, pp. 49-64, 2000.

LIMA, João Candido. *Tumores fibrosos do útero*. Salvador (BA), Typographia dos Dous Mundos. Faculdade de Medicina da Bahia (Tese de Doutorado em Medicina), 1883.

LIMA, Nisia; HOCHMAN, Gilberto. "'Pouca saúde e muita saúva: sanitarismo, interpretações do país e ciências sociais". In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (org.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2004, pp. 493-533.

LIMA, Renata Priore. *Limites da legislação e o (des)controle da expansão urbana*. São Carlos, EdUFSCar, 2008.

LIVROS DE IMPOSTOS SOBRE ASSUCAR E CAFÉ DE SÃO CARLOS DE 1894.

LIVROS DE IMPOSTOS SOBRE ASSUCAR E CAFÉ DE SÃO CARLOS DE 1907 A 1927.

LIVROS DE IMPOSTOS SOBRE INDÚSTRIAS E PROFISSÕES DE 1907 a 1910.  
LIVROS DE IMPOSTOS SOBRE INDÚSTRIAS E PROFISSÕES DE 1910 a 1912.  
LIVROS DE IMPOSTOS SOBRE INDÚSTRIAS E PROFISSÕES DE 1913 a 1915.  
LIVROS DE IMPOSTOS SOBRE INDÚSTRIAS E PROFISSÕES DE 1915 a 1918.  
LIVROS DE IMPOSTOS SOBRE INDÚSTRIAS E PROFISSÕES DE 1922 a 1925.  
LIVROS DE IMPOSTOS SOBRE INDÚSTRIAS E PROFISSÕES DE 1926 a 1927.  
LIVROS DE IMPOSTOS SOBRE INDÚSTRIAS E PROFISSÕES DE 1928 a 1930.  
LIVROS DE IMPOSTOS SOBRE INDÚSTRIAS E PROFISSÕES DE 1931.  
LIVROS DE IMPOSTOS SOBRE INDÚSTRIAS E PROFISSÕES DE 1933.  
LIVROS DE IMPOSTOS SOBRE INDÚSTRIAS E PROFISSÕES DE 1934.  
LIVROS DE IMPOSTOS SOBRE INDÚSTRIAS E PROFISSÕES DE 1935.  
LIVROS DE IMPOSTOS SOBRE INDÚSTRIAS E PROFISSÕES DE 1936.  
LIVROS DE IMPOSTOS SOBRE INDÚSTRIAS E PROFISSÕES DE 1938.  
LIVROS DE IMPOSTOS SOBRE INDÚSTRIAS E PROFISSÕES DE 1941.  
LIVROS DE IMPOSTOS SOBRE INDÚSTRIAS E PROFISSÕES DE 1942.  
LIVROS DE IMPOSTOS SOBRE INDÚSTRIAS E PROFISSÕES DE 1943.  
LIVROS DE IMPOSTOS SOBRE INDÚSTRIAS E PROFISSÕES DE 1944.  
LIVROS DE IMPOSTOS SOBRE INDÚSTRIAS E PROFISSÕES DE 1945.  
LOPES, Fábio José R. “Partidos e organizações políticas em São Carlos (1979-1996)”.  
In: *Teoria & Pesquisa*, São Carlos, nº. 32-35, jan./dez, pp. 65-94, 2000.  
LUZ, Madel Terezinha. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro, Graal, 1979.  
MACHADO, Maria Lucia Teixeira. *Tradição e tecnologia: a história oral e a escrita da atenção à saúde em São Carlos*. Tese de Doutorado (Faculdade de Ciências Médicas – FCM/Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP), Campinas, 2004.  
\_\_\_\_\_. *História da saúde em São Carlos*. São Carlos, EdUFSCar; São Paulo, Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2007.  
MAINWARING, Scott; MENEGUELLO, Rachel; POWER, Timothy. *Partidos conservadores no Brasil contemporâneo: quais são, o que defendem, quais são suas bases*. São Paulo, Paz e Terra, 2000.  
MCCLELLAND, Charles E. “Escape from freedom? Reflexions on German professionalization – 1870-1933”. In: TOSTENDAHL, Rolf; BURRAGE, Michael (eds.). *The formation of professions: knowledge, state and strategy*. London, Sage, 1990, pp. 97-113.

\_\_\_\_\_. *The German experience of professionalization: modern learned professions and their organizations from the early nineteenth century to the Hitler era*. New York/Port Chester/Melbourn/Sydney, Cambridge University Press, 2002.

MAGALHÃES, Bernardo. “Crime de Araraquara, Parecer médico-legal, Discussão”. In: *Boletim Sociedade*. São Paulo, anno II, nº. 23 e anno II, nº. 25, 1897.

MAGALHÃES, Francisco Hora de. *Da curabilidade da cirrose hepática*. Salvador (BA), Typographia e encadernação do “Diario da Bahia”. Faculdade de Medicina e de Pharmacia da Bahia (Tese de Doutoramento em Medicina), 1894.

\_\_\_\_\_. “Prophylaxia da febre amarela pelo formogeno”. In *Boletim Sociedade*, anno I, nº. 12, 1896a.

\_\_\_\_\_. “Nova teoria da febre amarela, colibacillose. In: *Boletim Sociedade*, Anno II, nº. 18, 1896b.

MAGALHÃES, Sônia Maria de. “Batalha contra o charlatanismo: institucionalização da medicina científica na província de Goiás”. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, n.4, outubro-dezembro, pp.1095-1109, 2011.

MANTEGA, Guido. “Teoria da dependência revisada: um balanço crítico”. In: *Relatório de Pesquisa – EAESP/FGV/NPP - NÚCLEO DE PESQUISAS E PUBLICAÇÕES*, n.º 27, 1997.

MARTINS FILHO, João Roberto. *O golpe de 1964 e o regime militar: novas perspectivas*. São Carlos, EdUFSCar, 2014.

MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos. “História da saúde pública do Estado de São Paulo”. In: *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 07, pp. 443-446, 1973.

MEDEIROS, Marcelo. “As teorias de estratificação da sociedade e o Estudo dos ricos”. In: *Boletim Informativo Bibliográfico – BIB*, São Paulo, nº 57, 1º semestre de 2004, pp. 69-89.

MENDONÇA, Artur; MAGALHÃES, Francisco Hora de; VALLADÃO, Mathias Evaristo; ZUQUIM, Alfredo. “Febre amarela, contagio e etiologia”. In: *Boletim Sociedade*, São Paulo, anno I, nº. 10, 1896.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil [livro eletrônico]: atores, processos e trajetórias*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2007.

MERHY, Emerson E. *O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo*. Caampinas, Papirus, 1987.

- MEIHY, José Carlos Sebe B.; RIBEIRO, Suzana L. Salgado. *Guia prático de história oral*. São Paulo, Contexto, 2011.
- MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. *Publico e privado na política de assistência à saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2007.
- MERHY, Emerson Elias. *O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo*. Campinas, Papirus, 1987.
- MICELI, Sérgio. *Intelectuais à brasileira*. São Paulo, Companhia das Letras, 2001.
- MINGIONE, Enzo. “Urbanismo”. In: OUTHWAITE, William; BOTTOMORE, Tom (ed.). *Dicionário do pensamento social do século XX*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1996, pp. 782-785.
- MOORE Jr., Barrington. *As origens sociais da ditadura e da democracia*. São Paulo. Editora Martins Fontes, 1983.
- MOTA, André. *Tropeços da Medicina Bandeirante: medicina paulista entre 1892-1920*. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 2005.
- MOTT, Maria Lucia; MUNIZ, Maria Aparecida; ALVES, Olga Sofia Faberge; MAESTRINI, Karla; SANTOS, Tais dos. “Médicos e médicas em São Paulo e os Livros de Registros do Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional (1892-1932)”. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(3), pp. 853-868, 2008.
- MOTTA, Rodrigo Patto Sá. “O anticomunismo militar”. In: Martins Filho, João Roberto (org.). *O golpe e o regime militar: novas perspectivas*. São Carlos, EdUFSCar, 2014.
- NEGRI, Bajas. “As políticas de descentralização industrial e o processo de interiorização em São Paulo: 1970-1985”. In: TARTAGLIA, José Carlos; OLIVEIRA, Osvaldo Luiz de. *Modernização e desenvolvimento no interior de São Paulo*. São Paulo, Editora UNESP, 1988.
- \_\_\_\_\_. *Concentração e desconcentração industrial em São Paulo (1880-1900)*. Campinas, Editora da UNICAMP, 1996.
- NEVES, Ary Pinto das. *São Carlos na esteira do tempo*. São Paulo: EdUFSCar (Coleção Nossa História), 2007.
- NISBET, Robert. *The sociological tradition*. New York, Basic Books, 1966.
- NOSELLA, Paolo. BUFFA, Ester. “Ensino Superior e desenvolvimento no Estado de São Paulo”. In: *Cadernos de História da Educação*, n.º 4, janeiro-dezembro, pp. 167-182, 2005.



NUNES, Duarte. “Um caso de spina bifida”. In: *Revista Medica*. São Paulo, 1899, p. 189.

\_\_\_\_\_. “Tratamento de Tuberculose pulmonar pelo processo de Richet-Hericourt”. In: *Revista Médica*. São Paulo, 1900, p. 204.

NUNES, Everardo Duarte. “Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito”. In: *Saúde e Sociedade*, 3(2), pp. 5-21, 1994.

\_\_\_\_\_. “Saúde Coletiva: história e paradigmas”. In: *Interface (Botucatu)* [online], vol.2, n.3, pp. 107-116, 1998. ISSN 1414-3283.

NUNES, João Horta. *As metáforas nas ciências sociais*. São Paulo, Associação Editorial Humanitas/Goiania, Editora UFG, 2005.

ODALIA, Nilo; CALDEIRA, João Ricardo de Castro (org.). *História do Estado de São Paulo: formação da unidade paulista (volume 2 – República)*. São Paulo, Editora UNESP/Imprensa Oficial/Arquivo Público do Estado, 2010.

O ESTADO DE SÃO PAULO, 02 de julho de 1947, p. 5.

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

PAIVA, Odacir da Cruz. “Políticas de colonização em São Paulo (1890-1945). Núcleos coloniais e áreas de colonização: subsídios à grande propriedade”. In: ODALIA, Nilo; CALDEIRA, João Ricardo de Castro (org.). *História do Estado de São Paulo: formação da unidade paulista (volume 3 – República)*. São Paulo, Editora UNESP/Imprensa Oficial/Arquivo Público do Estado, 2010.

PARSONS, Talcott. *The social system*. London, Routledge (Routledge sociology classics), 1991.

PASQUINO, Gianfranco. “Modernização”. In: BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. *Dicionário de Política*. Brasília, Editora UnB/São Paulo, Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2003a [DVD].

\_\_\_\_\_. “Subdesenvolvimento”. In: BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. *Dicionário de Política*. Brasília, Editora UnB/São Paulo, Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2003b [DVD].

PASTORE, José. *O ensino superior em São Paulo: aspectos quantitativos e qualitativos de sua expansão*. São Paulo, Editora Nacional/Instituto de Pesquisas Econômicas, 1971.

PEDROSO NETO, Antônio. “Classe operária e participação política em São Carlos (1945-1964)”. In: *Teoria & Pesquisa*, São Carlos, nº. 32-35, jan./dez, pp. 31-48, 2000.

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

PERISSINOTTO, Renato Monseff. “Tradição e modernidade no *state-building* paulista durante a Primeira República (1889-1930)”. In: ODALIA, Nilo; CALDEIRA, João Ricardo de Castro (org.). *História do Estado de São Paulo: formação da unidade paulista* (volume 2 – República). São Paulo, Editora UNESP/Imprensa Oficial/Arquivo Público do Estado, 2010, pp. 207-231.

PIVA, Luiz Guilherme. *Ladrihadores e semeadores: a modernização brasileira no pensamento político de Oliveira Vianna, Sérgio Buarque de Holanda, Azevedo Amaral e Nestor Duarte (1920-1940)*. São Paulo, Departamento de Ciência Política da Universidade de São Paulo/Editora 34, 2000.

PONTE, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Ialê (org.). *Na corda bamba da sobrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2010.

PONTE, Carlos Fidelis; NACIMENTO, Dilene Raimundo do. “Os anos de chumbo: a saúde durante a ditadura”. In: PONTE, Carlos Fidélis (org.). *Na corda bamba da sobrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2010.

\_\_\_\_\_. (org.). *Cambridge – história da medicina*. Rio de Janeiro, Editora REVINTER Ltda., 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS-ESTAÇÃO CULTURA/FUNDAÇÃO PRÓ-MEMÓRIA DE SÃO CARLOS. *Galeria dos Prefeitos: sala Antonio Massei*. São Carlos, 2ª edição (revista e ampliada), 2012.

PUECH, Rezende. *A Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo: memória histórica* (fundação, evolução, atualidade, com bibliographia methodica de todos os trabalhos científicos apresentados nas sessões). São Paulo, Typ. CasaGarraux, 1921.

PUECH, Rezende. “Índice bibliográfico por ordem chronologica (abril 1895 – março 1921)”. In: PUECH, Rezende. *A Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo: memória histórica* (fundação, evolução, atualidade, com bibliografia methodica de todos os trabalhos científicos apresentados nas sessões). São Paulo, Typ. CasaGarraux, 1921.

QUEIROZ, Maria Isaura Pereira. “O coronelismo numa interpretação sociológica”. In: FAUSTO, Boris (org.) *História Geral da Civilização Brasileira*, São Paulo, DIFEL, tomo 03, vol. 02, pp. 155-190, 1975.

\_\_\_\_\_. *O mandonismo local na vida política brasileira e outros ensaios*. São Paulo, Editora Alfa-Ômega, 1976.

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

REIS, Elisa Pereira. “O Estado nacional como ideologia: o caso brasileiro”. In: *Estudos Históricos*, vol. 1, nº. 2, 1988, pp. 187-203.

REIS, Hélio Barroso. *AMB: 60 anos*. São Paulo, Associação Médica Brasileira, 2011.

REZENDE, Ignacio. “Crime de Araraquara, Questão médico Legal, Memorial”. In: *Boletim Sociedade*, Anno II, nº. 23 e Anno III, nº 25, 1897.

\_\_\_\_\_. “Crime de Araraquara, parecer médico-legal, Refutação”. In: *Boletim Sociedade*. São Paulo, anno II, nº. 23 e anno III, nº. 25, 1897.

\_\_\_\_\_. *História sem fim... Inventário da saúde pública. São Paulo – 1880-1930*. São Paulo, Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993.

RODRIGUES, Maria de Lurdes. *Sociologia das profissões*. Oeiras, Celta, 2001.

ROSEN, George. *Da policia medica a medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro, Graal, Biblioteca de Filosofia e Historia das Ciências, v.8, 1980.

\_\_\_\_\_. *Uma historia da saúde publica*. São Paulo/Rio de Janeiro, Editora da UNESP/Hucitec/Abrasco, 1994.

ROTARY CLUB DE SÃO CARLOS. “Referências históricas”. In: *Indicador Rotário 2012/2013: Rotary Club de São Carlos – Distrito 4540*. São Carlos, 2012.

ROTARY CLUB DE SÃO CARLOS. *Indicador rotário –2015/2016: Rotary Club de São Carlos – Distrito 4540*. São Carlos, 2015.

SAES, Flavio Azevedo Marques de. “O estado de São Paulo no século XX: café, indústria e finanças na dinâmica da economia paulista”. In: ODALIA, Nilo; CALDEIRA, João Ricardo de Castro. *História do Estado de São Paulo: a formação da unidade paulista*. São Paulo, Editora UNESP/Imprensa Oficial/Arquivo Público do Estado de São Paulo, pp. 13-40, 2010.

SALLES, Maria do Rosário Rolfsen. *Médicos italianos em São Paulo (1890-1930): um projeto de ascensão social*. São Paulo, Editora Sumaré/FAPESP (Série Imigração, vol. 7), 1997.

SALTMAN, Richard B. “Decentralization, re-centralization and future European health policy”. In: *European Journal of Public Health*, vol. 18, nº. 02, pp. 104–106, 2008.

SANCHEZ, Alvaro. *Dois annos de trabalho da nova Delegacia de Saúde de São Carlos e seus resultados*. São Paulo, Weiszflog Irmãos/Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, 1920.

SANTANA, Antônio Samarone de; DIAS, Lúcio Antônio Prado; GOMES, Petrônio Andrade. *Dicionário biográfico de médicos de Sergipe: séculos XIX e XX*. Aracajú, Academia Sergipana de Medicina, 2009.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro. “Meia palavra sobre a filosofia positiva no Brasil: diálogos com Paulo Eduardo Arantes”. In: SANTOS, Luiz Antonio de Castro. *O pensamento social no Brasil: pequenos estudos*. Campinas, Edicamp, pp. 251-263, 2003.

SANTOS, Marco Cabral dos & MOTA, André. *São Paulo 1932: memória, mito e identidade*. São Paulo, Editora Alameda, 2010.

\_\_\_\_\_. “Regulating the English healthcare professions: Zoos, circuses or safari parks?”. In: *Journal of Professions and Organizations*, Oxford University Press, Vol. 01, n.º 01, pp. 84-98, 2014.

\_\_\_\_\_. “Leadership challenges: professional power and dominance in health care”. In: BISHOP, Verônica (ed.). *Leadership for nursing and allied health care professions*. Berkshire, Open University Press/McGraw-Hill, 2009, pp. 52-74.

SCALON, Celi. *Ensaio de Estratificação* (Coleção trabalho & desigualdade). Belo Horizonte, Argvmentvm Editora Ltda., 2009.

SHIMIDT, Volker H. “Modernidade e diversidade: reflexões sobre a teoria da modernização e a teoria das modernidades múltiplas”. In: *Revista Sociedade e Estado*, vol. 26, n.º 2, maio-agosto, pp. 155-183, 2011.

SCHRAIBER, Lilia Bilma. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo, Editora Hucitec, 1993.

SCHNEIDER, Sérgio. “Situando o desenvolvimento rural no Brasil: o contexto e as questões em debate”. In: *Revista de Economia Política*, vol. 30, n.º 3 (119), julho-setembro, pp. 511-531, 2010.

SEGNINI, Liliane Rolfsen Petrilli. *Ferrovia e ferroviários: uma contribuição para a análise do poder disciplinar na empresa*. São Paulo, Autores Associados/Cortez (Coleção teoria e prática sociais), 1982.

SEN, Amartya. “O desenvolvimento como expansão de capacidades”. In: *Lua Nova*. São Paulo, CEDEC, n.º 28-29, pp. 313-333, 1993.

\_\_\_\_\_. *Desenvolvimento com liberdade*. São Paulo, Editora Companhia das Letras/Companhia de Bolso, 2010.

SERVIÇO SANITÁRIO DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Anuario demográfico: secção de estatística demographo-sanitaria*. São Paulo, Typographia Brazil de

Rothschild & Cia, anno XXXIV, 1927, Volume II (São Carlos, Guaratinguetá, Botucatu e interior do Estado), 1928.

SILVA, Emerson Correia das. *O Professor Ideal em Excelsior! (1911-1916): a revista dos alunos da Escola Normal de São Carlos*. São Carlos, *Coleção Monografias*, RiMa, 2007.

SILVA, Márcia. “Poder Local: conceito e exemplos de estudos no Brasil”. In: *Sociedade & natureza*, Uberlândia, 20 (2), pp. 69-78, dez, 2008.

SINGER, Paul Israel. *Desenvolvimento econômico e evolução urbana: análise da evolução econômica de São Paulo*. Blumenau, Porto Alegre, Belo Horizonte e Recife. São Paulo, Editora Nacional e Editora da USP, 1968.

SKIDMORE, Thomas. *Brasil: de Getúlio Vargas a Castelo Branco (1930-1964)*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1975.

SKOCPOL, Theda. *Vision and method in historical sociology*. Cambridge, 1995.

\_\_\_\_\_. “A imaginação histórica da Sociologia”. In: *Estudos de Sociologia*. Araraquara, nº. 16, pp. 7-29, 2004.

SOCIEDADE DE MEDICINA DE SÃO PAULO. “Classe médica”. In: *Excerpta de BOLETIM de Sociedade de Medicina de São Paulo*. São Paulo, Academia de Medicina de São Paulo/Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, vol. I e II , pp.27-28, 1895-1896.

SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Livro Ata 01, de 14/04/1948 a 05/01/1955.

SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Livro Ata 02, de 08/02/1955 a 27/06/1959.

SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Livro Ata 03, de 05/08/1959 a 04/02/1970.

SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Livro Ata 04, de 05/03/1970 a 04/03/1982.

SOCIEDADE MÉDICA DE SÃO CARLOS. Livro Ata 05, de 28/04/1982 a 31/08/2005.

SOUZA, Jessé. *A modernização seletiva: uma reinterpretação do dilema brasileiro*. Brasília, Editora Universidade de Brasília, 2000.

SOUZA, Maria do Carmo Campello de. *Estado e Partidos políticos no Brasil (1930-1964)*. São Paulo, Editora Alfa-Ômega, 1976.

STARR, Paul. *The transformation of American medicine: The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry*. BasicBooks, 1982.

STRACHCINI, Eloiza. “Nome de rua: Serafim Vieira de Almeida. Médico, filantropo e esquerdista”. In: *Revista Kappa*, São Carlos, ano 3, edição 69, nº. 21, pp. 20-21, 2013.

TARTAGLIA, José Carlos; OLIVEIRA, Osvaldo Luiz de (org.). *Modernização e desenvolvimento no interior de São Paulo*. São Paulo, Editora Unesp, 1988.

- TEIXEIRA, Luis Antonio. *Na arena de esculápios: a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (1895-1913)*. São Paulo, Editora UNESP, 2007.
- TEIXEIRA, Luis Antonio e ALMEIDA, Marta de. “Os primórdios da vacina antivariolosa em São Paulo: uma história pouco conhecida”. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 10 (suplemento), pp. 475-98, 2003.
- TELAROLLI, Rodolpho. *Britos: república de sangue*. Araraquara, Edições Macunaíma, 1997.
- \_\_\_\_\_. *História da Medicina e dos médicos de Araraquara*. São Paulo, Legnar Informática & Editora, 2002.
- TELAROLLI JUNIOR, Rodolpho. *Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo, Editora da UNESP, 1996.
- TESSER, Charles Dalcanale, BARROS, Nelson Filice de. “Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde”. In: *Revista de Saúde Pública*, 42(5), pp. 914-20, 2008.
- TORSTENDAHL, Rolf; BURRAGE, Michael, ed. *Professions in Theory and History: Rethinking the Study of the Professions*. London: Sage, 1990a.
- \_\_\_\_\_. *The Formation of Professions: Knowledge, State and Strategy*. London, Sage, 1990b.
- TRUZZI, Oswaldo & Kerbauy, Maria Teresa M. “Mobilidade e política: considerações sobre a participação de imigrantes e seus descendentes em cidades médias do interior paulista”. In: *Teoria & Pesquisa*, São Carlos, nº. 32-35, pp. 157-179, jan./dez, 2000.
- TRUZZI, Oswaldo. *Café e Indústria: São Carlos: 1850-1950*. São Carlos, EdUFSCar, 2007.
- VAL, Canuto do “Crime de Araraquara, Questão médico-legal, Discussão”. In: *Boletim Sociedade*. São Paulo, anno II, nº. 23 e anno II, nº 25, 1897.
- VASCONCELOS, Carlos. “O crime de Araraquara, parecer médico-legal”. In: *Boletim Sociedade*. São Paulo, anno III, nº. 26, 1897.
- VEIGA, Evaristo. “Crime de Araraquara, Parecer Médico-legal”. In: *Boletim Sociedade*. São Paulo, anno II, nº. 23 e anno III, nº. 25, 1897.
- VEIGA, José Eli da. *Desenvolvimento sustentável: o desafio do século XXI*. São Paulo, Garamond, 2008.
- VIANNA, Luís Werneck. *Liberalismo e sindicato no Brasil*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.

VINHAS, Zacarias Fernandes. *Qual o efeito da medicação ferruginosa sobre o sangue?* Salvador (BA), Lyto-Typographia Miranda. Faculdade de Medicina da Bahia (Tese de Doutoramento em Medicina), 1883.

VIZENTINI, Paulo G. Fagundes. “O regime militar brasileiro e sua política externa”. In: MARTINS FILHO, João Roberto. *O golpe de 1964 e o regime militar: novas perspectivas*. São Carlos, EdUFSCar, 2014.

\_\_\_\_\_. “A ‘objetividade’ do conhecimento nas Ciências Sociais”. In: COHN, Gabriel (org.). *Max Weber: sociologia*. São Paulo, Editora Ática, pp. 79-127, 1983.

WILENSKY, Harold. “Professionalization of everyone?”. In: *American Journal of Sociology*, vol. 70, nº. 2, September, pp. 137-158, 1964.

ZANARDI, Francisco Eduardo. “Partidos e organizações políticas no município de São Carlos (1930-1945)”. In: *Teoria & pesquisa*. São Carlos, nº. 32-35, janeiro/dezembro, pp. 11-30, 2000.