

Leandro Tuzzin

**A CORPORAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E SEU PROJETO
FORMATIVO**

Passo Fundo

2023

Leandro Tuzzin

**A CORPORAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E SEU PROJETO
FORMATIVO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, do Instituto de Humanidades, Ciências, Educação e Criatividade, da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção do título de doutor em Educação, sob a orientação do professor Dr. Eldon Henrique Mühl.

Passo Fundo

2023

Ficha catalográfica

CIP – Catalogação na Publicação

T968c Tuzzin, Leandro
A corporação médica brasileira e seu projeto
formativo [recurso eletrônico] / Leandro Tuzzin. – 2023.
6 MB ; PDF.

Orientador: Prof. Dr. Eldon Henrique Mühl.
Coorientador: Prof. Dr. Jaime Giolo.
Tese (Doutorado em Educação) – Universidade de
Passo Fundo, 2023.

1. Educação médica. 2. Política pública. 3. Educação
profissional. 4. Corporação médica - Brasil. I. Mühl,
Eldon Henrique, orientador. II. Giolo, Jaime,
coorientador. III. Título.

CDU: 61:378

Catálogo: Bibliotecária Jucelei Rodrigues Domingues - CRB 10/1569

Leandro Tuzzin

A CORPORAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E SEU PROJETO FORMATIVO

A banca examinadora abaixo, APROVA em 19 de junho de 2023, a Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial de exigência para obtenção de grau Doutor em Educação, na linha de pesquisa Fundamentos da Educação.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Eldon Henrique Mühl - Orientador
Universidade de Passo Fundo – UPF

Prof. Dr. Jaime Giolo – Coorientador
Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS

Prof. Dr. Sandro Schreiber de Oliveira
Universidade Católica de Pelotas – UCPEL

Prof. Dr. Altair Alberto Fávero
Universidade de Passo Fundo – UPF

Prof. Dr. Edison Alencar Casagrande
Universidade de Passo Fundo – UPF

Prof. Dr. Júlio Cesar Stobbe (UFFS)
Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos colegas de turma e ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Passo Fundo, de modo especial, o professor Eldon Henrique Mühl, orientador deste trabalho e ao professor Jaime Giolo, coorientador, pelo apoio durante todo o percurso formativo. Agradeço também à banca examinadora da qualificação e à presente banca pelos inestimáveis apontamentos e sugestões que contribuíram para o desenvolvimento pleno da tese.

Primum non nocere
Hipócrates (460AC-377AC)

RESUMO

A presente Tese versa sobre a corporação médica no Brasil. O termo corporação, no âmbito deste trabalho, denota o exercício de um poder que busca legitimar a categoria médica perante a sociedade e afirmá-la perante o Estado. Reivindica para seus integrantes prestígio social, favores do poder público, remuneração sempre melhorada e privilégios cada vez mais abrangentes. Ela faz mais: delimita e defende o universo de suas atividades; circunscreve o profissional habilitado para o exercício da medicina, controlando sua formação, seu ingresso na corporação e o desempenho de suas atividades. No limite, a corporação aspira ser um estado dentro do Estado; no extremo, seus propósitos visam emparedar o Estado, para pairar acima dele, e usá-lo para o atendimento prioritário de seus interesses. A corporação médica brasileira tem história. Ela se anuncia e se explicita vagarosamente, passo a passo, até atingir a maioria, quando mostra todo o seu poder e seu esplendor, gera suas próprias contradições e envelhece, entra em dessintonia com os novos tempos e perde protagonismo na correlação das forças sociais e institucionais, mostrando suas fissuras e seus limites. A história da corporação médica é tratada da seguinte forma nesta tese: o capítulo primeiro aborda o longo período de sua impossibilidade (Brasil Colônia), assim como o período de seu prenúncio (Brasil Império e República Velha); o segundo capítulo tematiza a sua constituição plena (Era Vargas) e o exercício do seu poder máximo (Regime Militar); o terceiro capítulo contempla o período de suas contradições e do seu enfraquecimento (Nova República). A conclusão explicita seis contradições vividas pela corporação e avalia possibilidades futuras. A primeira contradição contrapõe o ideal da profissão médica como arte liberal, “sacerdócio” e vocação dirigida à salvação das pessoas com os esquemas pragmáticos do mercantilismo que tudo submete à busca de vantagens financeiras; a segunda diz respeito ao princípio da natureza personalíssima do ato médico (conforme o Código de Ética Médica) que esbarra na relação de consumo e nas judicializações dos erros médicos embasadas no Código de Defesa do Consumidor; a terceira concerne à postura da corporação médica frente ao Estado que, na sua formação e consolidação, buscou amistosamente os favores do poder público, mas, depois, opôs-se radicalmente às principais políticas públicas de saúde; a quarta contradição aparece no final da Ditadura Militar, materializada na disputa entre setores conservadores da categoria médica, presos aos interesses da corporação, e setores progressistas que, em sintonia com movimentos políticos e civis, lutam por um sistema público e universal de saúde (SUS); a quinta confronta novamente a profissão como arte liberal com a institucionalização da atividade médica; a última contradição contrapõe, no terreno educacional, as perspectivas da corporação médica com os interesses e o poder dos grandes conglomerados educacionais, cada vez mais fortes no país.

Palavras-chave: Corporação médica, Medicina brasileira, Educação médica, Educação profissional, Distribuição de médicos.

ABSTRACT

This Thesis focuses on the medical corporation in Brazil. The term "corporation," within the scope of this work, denotes the exercise of power that seeks to legitimize the medical profession in society and assert it before the State. It claims social prestige, favors from the government, constantly improved remuneration, and increasingly extensive privileges for its members. Moreover, it goes beyond that: it delimits and defends the realm of its activities, circumscribes the qualified professional for the practice of medicine, controls their education, their entry into the corporation, and the performance of their activities. At its extreme, the corporation aspires to be a state within the State; ultimately, its purposes aim to encase the State, to hover above it, and to use it for the prioritized fulfillment of its interests. The Brazilian medical corporation has a history. It slowly reveals and becomes explicit, step by step, until it reaches maturity, when it shows all its power and splendor, generates its own contradictions, and ages (loses alignment with the new times, diminishes its protagonism in the correlation of social and institutional forces), exposing its cracks and limits. The history of the medical corporation will be addressed as follows: the first chapter discusses the long period of its impossibility (Colonial Brazil) and the period of its anticipation (Imperial Brazil and the Old Republic); the second chapter explores its full establishment (Vargas Era) and exercise of its maximum power (Military Regime); the third chapter examines the period of its contradictions and weakening (New Republic). The conclusion highlights six contradictions experienced by the corporation and assesses future possibilities. The first contradiction juxtaposes the ideal of the medical profession as a liberal art, a "calling," and a vocation aimed at saving people with the pragmatic schemes of mercantilism that subject everything to the pursuit of financial advantages. The second contradiction concerns the principle of the personal nature of medical acts (according to the Medical Code of Ethics), which clashes with the consumer relationship and the judicialization of medical errors based on the Consumer Protection Code. The third contradiction relates to the medical corporation's stance towards the state, which initially sought the favors of the government during its formation and consolidation but later vehemently opposed key public health policies. The fourth contradiction arose at the end of the Military Dictatorship, manifested in the conflict between conservative sectors of the medical profession, bound by corporate interests, and progressive sectors that, in tune with political and civil movements, advocate for a public and universal healthcare system (SUS). The fifth contradiction once again confronts the profession as a liberal art with the institutionalization of medical practice. The final contradiction opposes the perspectives of the medical corporation in the educational field with the interests and power of large educational conglomerates, which are increasingly influential in the country.

Keywords: Medical corporation, Brazilian medicine, Medical education, Professional education, Distribution of doctors.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Estabelecimentos de saúde, segundo a modalidade, por Estado - 1912	58
Tabela 2:	Estabelecimentos de saúde, leitos e médicos, por Estado - 1934	59
Tabela 3:	Estabelecimentos de saúde, públicos e privados, leitos e médicos, por Estado – 1964	60
Tabela 4:	Escolas médicas criadas até 1964, por Estado	61

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 CAPÍTULO 1: DO CURANDEIRISMO À GÊNESE DA ARTE MÉDICA NO BRASIL)	17
1.1 Medicina, formação médica e estrutura nosocomial no Brasil Colônia	18
1.2 Os Jesuítas: educação e arte cuidadora e curativa	25
1.3 Epidemias, escassez e ineficácia médica e o curandeirismo	30
1.4 O início da formação médica no Brasil	31
1.5 Desafios da prática médica no século XIX	37
1.6 O positivismo reformista e a luta da classe médica por melhores condições de trabalho	40
2 CAPÍTULO 2: FORMAÇÃO E AUGE DA CORPORAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA	50
2.1 A Era Vargas (1930-1964): A formação da corporação médica	50
2.2 Antecedentes do Golpe de 1964	64
2.3 O regime militar e os novos rumos da educação e da saúde no Brasil	71
2.4 A privatização da medicina apadrinhada pelo Estado	74
2.5 Corporativismo médico, liberalismo e privatização da saúde	82
2.6 A reforma universitária: o pragmatismo liberal enquanto parâmetro formativo	91
2.7 O hospitalocentrismo e a redução do conceito de saúde	100
2.8 Em busca de uma medicina humanista e politicamente comprometida	104
3 CAPÍTULO 3: A CORPORAÇÃO MÉDICA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL PÓS-1988	106
3.1 As políticas públicas em favor de um sistema universal de saúde	106

3.2	As principais políticas públicas de saúde e as reações da corporação médica	114
3.3	O mercado educacional e os cursos de medicina	124
3.4	Mercantilismo versus humanismo	129
	CONCLUSÃO	133
	REFERÊNCIAS	139
	ANEXOS	144
1	Anexo I - Carta de Mestre João	144
2	Anexo II - Lei de Extermínio, Proscrição e Expulsão dos seus Reinos e Domínios Ultramarinos dos Regulares da Companhia de Jesus	146
3	Anexo III - Criação da Escola de Cirurgia no Hospital Real da Cidade da Bahia.	152
4	Anexo IV - Carta Régia nº 6 de 25 de janeiro de 1809 - Crea uma cadeira para o ensino da Medicina operatória e arte obstetricia no Hospital Real Militar da Corte	153
5	Anexo V - Decreto de 12 de abril de 1089. Crea no Hospital Real Militar e de Marinha uma cadeira de medicina clinica, theorica e pratica.	154
6	Anexo VI - Lei de 3 de outubro de 1832 - Dá nova organização às actuaes Academias Medico-cirurgicas das cidades do Rio de Janeiro, e Bahia.	155
7	Anexo VII - Decreto nº 7.247, de 19 de abril de 1879 - Reforma o ensino primario e secundario no municipio da Côrte e o superior em todo o Imperio.	159
8	Anexo VIII - Decreto nº de 08 de janeiro de 1835 - Converte a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro em Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro	173
9	Anexo IX - Decreto nº 14.343, de 7 de setembro de 1920 - Institue a Universidade do Rio de Janeiro	180
10	Anexo X - Decreto nº 8.659, de 5 de abril de 1911 - Approva a lei Organica do Ensino Superior e do Fundamental na Republica	181
11	Anexo XI - Cursos de medicina, ano de abertura, instituição, categoria administrativa e vagas autorizadas para a primeira oferta	194
12	Anexo XII - Os cursos de medicina nos últimos 30 anos	203
13	Anexo XIII - Relação de instituições, quantidade de cursos de medicina, vagas, inscrições, ingressos e concluintes, por rede de ensino - Brasil 2021	206

INTRODUÇÃO

O avanço da ciência empírica, a sua divisão com base no recorte da realidade abarcada, nos materiais de trabalho utilizados e no horizonte metodológico; a busca por uma neutralidade e objetividade possíveis, juntamente com uma forma de validar e legitimar o trabalho dos pesquisadores, sem dúvida, representou um progresso sem precedentes para o conhecimento humano. Essa ciência positiva, conformada a uma silhueta institucional e constitucional específica e rígida quanto à forma de proceder, manusear e “inquirir” seus objetos de estudo, foi um dos pilares da edificação da contemporaneidade, tal qual a conhecemos.

No momento em que a ciência se associou à técnica e se imbuíu de um espírito pragmático e voltado aos interesses humanos imediatos, ela potencializou seus efeitos e se ramificou por todos os setores da sociedade. Não era apenas divagação, conversa, discussão inócua e vazia. Muito menos, uma mera força inquisitiva visando entender e desvendar a tecitura da realidade e seus “segredos” mais ocultos (mesmo com toda a importância que tal empreitada representa). A simbiose entre a ciência e a técnica modificou as estruturas da vida humana; sua interação com o mundo físico e com as demais pessoas; a percepção da realidade; o arco narrativo construído dentro da existência individual e coletiva; a experiência do tempo e no tempo.

Entre todas as contribuições que a ciência trouxe à humanidade aquelas vindas da área da saúde talvez sejam as mais impressionantes e que mais afetam a qualidade de vida da nossa espécie. A compreensão apurada do funcionamento do corpo humano; a origem das doenças, dos agentes patogênicos e da maneira como afetam o organismo; os cada vez mais complexos e eficientes métodos de diagnóstico e tratamento; a vasta gama de remédios para

praticamente todas as enfermidades existentes, enfim, o horizonte técnico-científico da área médica foi capaz de elevar o padrão e a expectativa de vida das pessoas e diminuir o seu sofrimento.

Todavia, justamente devido à importância da medicina para a vida das pessoas e mesmo para o progresso da sociedade de um modo geral (já que o déficit de saúde em uma população afeta decisivamente o quanto ela poderá se desenvolver), a sua evolução e crescente popularidade trouxeram alguns “efeitos colaterais”. Entre esses efeitos colaterais, podem ser referidos, no que concerne aos aspectos sociológicos, pedagógicos, epistemológicos e políticos, ao endeusamento da figura do médico; ao hermetismo classista, tanto na formação acadêmica quanto na condução da vida profissional; ao distanciamento de órgãos fiscalizadores externos; e ao corporativismo autocentrado em interesses, às vezes, muito distantes do bem comum e, mesmo, do desenvolvimento da pesquisa na área.

No tocante aos aspectos críticos e criticáveis da profissão médica, dois enfoques poderiam merecer a atenção de um estudo acadêmico: (a) a prática médica em sentido estrito, na qual desaguou, em função do desenvolvimento científico tecnológico, acima referido, e do contexto social, político e econômico onde a profissão se exerceu, um tecnicismo insalubre que desconsidera completamente a questão humana; e (b) a luta sociopolítica da categoria que desenhou e circunscreveu a profissão, deu-lhe um *status* social e inseriu-a num nicho econômico invejável e, por isso, suscita vocações juvenis aos milhões. A corporação médica foi o resultado e, ao mesmo tempo, o sujeito desse processo.

Ela, a corporação médica, é objeto privilegiado deste estudo.

Para efeitos desta tese, o termo corporação denota o exercício de um poder que busca legitimar uma categoria profissional perante a sociedade e afirmá-la perante o Estado. Reivindica para seus integrantes prestígio social, favores do poder público, remuneração sempre melhorada e privilégios cada vez mais abrangentes. Ela faz mais: delimita o universo de suas atividades e o defende com unhas e dentes; circunscreve o profissional habilitado para o exercício profissional, controlando sua formação, seu ingresso na corporação e o desempenho de suas atividades. No limite, a corporação aspira ser um estado dentro do Estado; no extremo, seus propósitos visam emparedar o Estado, para pairar acima dele, e usá-lo para o atendimento prioritário de seus interesses.

A corporação tem história. Ela se anuncia e se explicita vagarosamente, passo a passo, até atingir a maioridade, quando mostra todo o seu poder e seu esplendor, gera suas próprias contradições e envelhece (entra em dessintonia com os novos tempos, perde protagonismo na correlação das forças sociais e institucionais), mostrando suas fissuras e seus limites.

O propósito deste trabalho é percorrer o caminho da formação da corporação médica no Brasil, começando pelo longo tempo de sua impossibilidade (Brasil Colônia), passando pelo período de seu prenúncio (Brasil Império e República Velha) – o primeiro capítulo –, chegando à sua constituição plena (Era Vargas) e exercitando o seu poder máximo (Ditadura Civil-Militar) – segundo capítulo – e, finalmente, adentrando no período das contradições e do enfraquecimento (Nova República) – capítulo terceiro. A conclusão explicita seis contradições vividas pela corporação e prenuncia um resultado possível desses embates.

Sendo esta tese um estudo sobre a corporação médica no Brasil numa perspectiva histórica, busca elementos na história da profissão, sem ser uma história da profissão médica; na história da educação, sem ser uma história da educação médica; na história das políticas da saúde, sem ser uma história das políticas da saúde; na história das instituições hospitalares, sem ser uma história dessas instituições; na história das entidades médicas, sem ser uma história dessas entidades; e assim por diante. Ocorre que a corporação médica se constituiu e operou (opera) em estreita conexão com essas instâncias da realidade nacional, por isso, ao estudá-la, é mister extrair dessas instâncias os dados e elementos para a elucidação da temática em análise.

O primeiro capítulo, portanto, dialoga com o Brasil Colônia, mostrando a precariedade dos serviços de saúde e a multiplicidade dos agentes da cura (de curandeiros de todos os naipes a médicos que pouco se diferenciavam dos primeiros). Uma linha muito tênue distinguia atividades curativas, das atividades educacionais e das atividades religiosas. Casas de misericórdia, igrejas (e terreiros de culto) e colégios tinham muitos traços em comum. A transferência da Corte portuguesa para o Brasil, em 1808, não alterou substancialmente a situação anterior, mas agregou certos elementos que, no tempo, promoveram mudanças significativas. O fato mais emblemático durante o Império foi a criação de duas escolas médicas, uma na Bahia e outra no Rio de Janeiro. Na República Velha, além do surgimento de mais algumas escolas médicas, a medicina se fortaleceu no

enfrentamento de três grandes epidemias: febre amarela, peste bubônica e varíola. Paradoxalmente, a categoria médica se fortaleceu também na luta contra a política da supressão dos privilégios do diploma (bandeira dos positivistas e de alguns liberais radicais), tendo-a vencido no fim das contas. A categoria empoderou-se, igualmente, em função do progresso havido no conhecimento médico e nas tecnologias a ele associadas, que sendo produzido no Velho Mundo se propagou rapidamente em terras tupiniquins.

O segundo capítulo se ocupa da “Era Vargas” (1930-1964) e dos “Anos de Chumbo” (1964-1985). No primeiro período, a corporação médica se constituiu de forma plena, sob os favores do Estado, que favoreceu o sindicalismo, criou o Conselho Federal de Medicina (CFM) e os Conselhos Regionais de Medicina (CRMs), expandiu as instituições de saúde e as escolas médicas para os principais centros urbanos do país. Outras entidades agregadoras da categoria também surgiram nessa época, a exemplo da Associação Médica Brasileira (AMB). O período seguinte viu a corporação médica muito à vontade com o regime de exceção, dentro do qual exerceu forte poder. Defendeu a medicina privada e controlou os recursos públicos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), destinados à assistência médica dos trabalhadores que contribuía com a previdência social. Além disso, a corporação médica percebeu que o *status* social da profissão e, principalmente, seus ganhos financeiros poderiam ser corroídos pela grande quantidade de médicos que as novas escolas estavam disponibilizando para o mercado de trabalho e, por isso, atuou junto ao Ministério da Educação e Cultura no sentido de frear a abertura de novos cursos de Medicina. Conseguiu. Depois de 1971, a criação de novos cursos de medicina foi residual. A corporação médica esteve no auge de seu poder.

O capítulo terceiro analisa a Nova República, período em que a corporação médica padece de fortes contradições internas e externas. O fim do regime de exceção ocorreu em meio a grande mobilização popular que, além de eleições diretas e de governo civil, reivindicava políticas públicas amplas e abrangentes para conferir direitos e cidadania a todos os brasileiros. No terreno da saúde, os reclamos bradavam aos céus. A medicina privada era absolutamente elitista e, por isso, qualquer enfermidade mais séria tinha o poder de destruir completamente a economia das famílias de baixa renda; a medicina pública, por sua vez, se restringia ao INAMPS que, simplesmente, não atendia os setores da população que não contribuía com a previdência social. Dentro da própria corporação médica começou a surgir movimentos em favor de um sistema público e universal de saúde (a

Associação de Educação Médica - ABEM - é um exemplo disso). A articulação das forças em favor da reestruturação da saúde no Brasil, entretanto, envolveu todos os setores da sociedade, de parlamentares constituintes a prefeitos municipais, câmaras de vereadores, governadores e assembleias estaduais; de enfermeiros e outros profissionais da saúde a professores e estudantes; de sindicatos a movimentos sociais; da Conferência Nacional dos Bispos e comunidades eclesiais de base a terreiros de umbanda; de operários a camponeses; enfim todos aqueles que sofriam a dramática desassistência em saúde e aqueles que tinham algum pavio de responsabilidade e solidariedade social.

O Sistema Único de Saúde (SUS) e uma série de ações estruturante do Estado (sistema de avaliação e regulação dos cursos de medicina, Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), Programa Mais Médicos (PMM), Plano de Expansão das Escolas Médicas Federais, etc.) afastou a corporação médica da posição central no manejo das questões de saúde. O Estado e outros sujeitos institucionais passaram a reger o concerto. Na medicina privada, os hospitais, planos, cooperativas e outras organizações também ganharam protagonismo, estreitando o espaço de poder da corporação médica. Na esfera da educação médica, os conglomerados educacionais privados sobrepujaram o poder das organizações médicas no que diz respeito ao sistema de regulação e supervisão do Estado.

Esse cenário de contradições será ainda, complementando a análise feita no capítulo terceiro, objeto da conclusão desta tese.

* * *

A pesquisa seguiu a orientação metodológica geral do materialismo histórico para o qual a realidade social é um objeto multifacetado e dinâmico, cujo movimento é impulsionado pelas contradições que se estabelecem entre o todo e as partes e entre as partes do conjunto; entre as condições materiais e as ideias; entre o existente e as utopias; entre o conformismo e a rebeldia, etc. As contradições nunca se apresentam puras, mas como um entrecruzamento de determinações eficazes incidindo sobre determinada situação, de tal modo que a história é uma senda aberta, regida pelas incertezas das correlações das forças sociais. Na análise dessas contradições, considerando a dinâmica interna do capitalismo que a tudo abarca e subsume, é adequado esperar que os interesses materiais sobrepujam os postulados ideais. De modo particular, quando se trata de discursos institucionais, os

argumentos explicitados, na maioria das vezes, são nevoeiros que encobrem os caminhos e os rumos das coisas. É, pois, necessário o esforço analítico e compreensivo que ultrapasse as névoas da aparência para alcançar a materialidade dos processos sociais e institucionais. Esta tese, seguindo esses princípios metodológicos, pretende lançar luzes sobre os caminhos por onde transitou e transita a corporação médica brasileira.

As hipóteses que regeram a confecção deste estudo derivaram num feixe de teses interdependentes e escalonadas, sendo enunciadas da seguinte forma:

(a) No quadrante do bem público chamado saúde, a categoria médica, no processo de constituição de sua corporação profissional, utilizou o discurso mais edificante possível e manejou toda a sorte de estratégias para receber do Estado a delegação de poderes amplos sobre todos os aspectos que envolvem a área. À medida que a corporação adquiriu conformação plena (*status* social, controle sobre a categoria, soldos invejáveis e grande poder político), os fins da profissão se confundiram com os fins da corporação.

(b) Atingida a conformação plena, a corporação médica elegeu a ampliação das escolas médicas (entenda-se abertura de cursos e oferta de vagas) como o seu cenário de riscos e ameaças mais decisivo (e temerário), pois todas as suas conquistas poderiam ser derrubadas, progressivamente, caso o sistema educacional despejasse, todos os anos, grande leva de novos médicos no mercado de trabalho. Arvorando a simpática bandeira da qualidade do ensino (neste caso, a qualidade contrapõe-se, radicalmente, à quantidade), a corporação médica está, na realidade, preocupada com o futuro dos honorários polpudos, do prestígio social, do controle sobre a categoria e do poder político.

(c) A privatização da educação superior brasileira, fortemente favorecida a partir da Lei de Diretrizes de Bases (LDB) de 1996, fez surgir, no cenário educacional, grandes conglomerados privados com fins lucrativos que, aproveitando o verdadeiro fascínio da juventude pela profissão médica, estabeleceram os cursos de medicina como seu plano de negócios prioritário. Esse fator e as reivindicações da sociedade em favor do sistema universal de saúde pública, com mais médicos e serviços humanizados, estão contraditando profundamente a corporação médica.

Estas são, em resumo, as teses da tese.

CAPÍTULO 1: DO CURANDEIRISMO À GÊNESE DA ARTE MÉDICA NO BRASIL

O estudo da história não deve jamais prescindir da pluridimensionalidade de perspectivas. Um aspecto da realidade observável, seja do passado, do presente ou mesmo nas projeções de futuro, não pode ser abstraído de seu conjunto, dos elementos inextrincáveis que, de alguma forma, se somam e dão as nuances típicas de uma determinada experiência no tempo, com seus agentes e fatores determinantes. Desde a vida simples dos indivíduos anônimos, esquecidos pelo tempo, dos grandes próceres da humanidade, das instituições ou sistemas de governo, tudo foi concebido e mantido dentro de um horizonte civilizacional específico, com seus alcances e limites.

No caso da medicina brasileira, seus primeiros movimentos deram-se no quadro econômico, político, social e geográfico promovido pelas grandes navegações. São elementos constitutivos desse quadro: a exploração mineral e agrícola do Novo Mundo com base no trabalho escravo; a política monárquica dos reinos europeus e seus anseios expansionistas e beligerantes; a geografia e o clima das terras conquistadas; a exuberância e os perigos da flora e da fauna locais; os habitantes nativos que aqui viviam, com seus costumes e crenças; a arte e a cultura dos povos africanos; o legado cultural dos antigos gregos e romanos; a influência árabe na península ibérica; a tradição teológica cristã; as revoluções científicas e filosóficas evidenciadas ao longo dos séculos. Enfim, cada um desses elementos, direta ou indiretamente, misturam-se na prática médica realizada e, de alguma forma, determinam os procedimentos adotados pelos primeiros curadores em terras brasileiras, em relação à nosologia, à patologia, ao diagnóstico e à terapêutica.

Nesse capítulo, essa será nossa meta. Entender um pouco mais sobre as origens da medicina brasileira e de que forma o seu passado, a maneira como o exercício médico em terras tupiniquins, repercutem até os dias de hoje. Esse estudo será de suma importância diante da tarefa de verificarmos em que momento, e sob que imperativos, o corporativismo médico foi se instalando em nossa nação.

1.1. Medicina, formação médica e estrutura nosocomial no Brasil Colônia

Possivelmente, o primeiro médico a pisar em terras brasileiras foi Johannes Faras (o Mestre João), médico e cirurgião de D. Manuel, rei de Portugal, que integrou a tripulação de Pedro Alvares em 1500. Seu nome figura na história, principalmente, pela carta que escreveu, em 1º de maio de 1500, da Ilha de Vera Cruz, para D. Manuel (ver anexo I), na qual fez apontamentos geográficos e descreveu a Constelação do Cruzeiro do Sul. Não há notícias sobre eventuais atos médicos que essa personagem tenha realizado nos poucos dias que ficou em solo brasileiro. Quase meio século depois, no Governo Geral de Tomé de Souza, foi designado pela Coroa o médico Jorge Valadares para Físico-Mor da cidade de Salvador, na Bahia, onde atuou, a soldo do tesouro real, de 1549 a 1553 e, depois, exercendo a medicina particular até sua morte, em 1557. Valadares era cristão novo, assim como seu substituto, Jorge Fernandes, que desempenhou as funções oficiais de Físico-Mor de Salvador de 1553-1557, durante o segundo Governo Geral de Duarte da Costa. Jorge Fernandes ganhou notoriedade histórica por ter sido vítima da contenda que, na época, se estabeleceu entre o Governador e o Bispo de Salvador Dom Pero Fernandes Sardinha. Pela autoridade do primeiro passou um tempo na prisão e, pela autoridade do segundo, foi acusado de heresia.

Nos dois primeiros séculos de ocupação portuguesa em terras brasileiras, coube, principalmente, aos cristãos-novos o exercício da arte de curar, muitos dos quais migrando contra a vontade para fugir da perseguição da qual eram vítimas em terras lusitanas. No geral, esse período colonial se caracterizou pela escassez de profissionais formados e, principalmente, pela má qualidade dos serviços prestados, não enquanto imperícia dos indivíduos que aqui vieram, mas pela baixa qualidade de sua formação (cf. SALLES, 2004, p. 18-19). De maneira geral, a população continuava sendo atendida nas suas doenças por lideranças das comunidades (curandeiros, indígenas, africanos e afro-brasileiros, integrantes de ordens religiosas, etc.) que mesclavam saberes e práticas tradicionais com rituais religiosos específicos.

A medicina oficial praticada no Brasil, foi, durante séculos, trazida, em “doses homeopáticas”, de além-mar. O domínio e o controle da Metrópole sobre a Colônia davam-se em todas as dimensões, incluindo a formação de profissionais médicos, a base teórica e

prática da medicina e o próprio domínio da incipiente estrutura da assistência.

Como se sabe, a formação superior ficou vedada à Colônia até a transferência, casual, da Corte Portuguesa para o Brasil, se excetuarmos as iniciativas parciais dos colégios religiosos com a Filosofia e a Teologia. O ensino de uma forma geral engatinhou durante dezenas de anos até obter a importância que tem nos dias de hoje, diferente do que ocorreu em outros rincões da América, sob a influência da coroa espanhola. A primeira universidade americana, por exemplo, foi fundada em 1538. A Universidade de São Domingos, localizada simbolicamente na ilha onde Cristóvão Colombo teria descoberto o novo continente, foi a primogênita das instituições de nível superior. Ao que se sabe, essa universidade teve vida curta, diferente das outras que surgiram subsequentemente, a Universidade do Peru (1551) e a do México (1553), esta, inclusive, gozando dos mesmos privilégios da sua congênere metropolitana, a Universidade de Salamanca, na Espanha. Ao longo dos três primeiros séculos do descobrimento das Américas, foram várias instituições criadas, sendo que na data da independência do Brasil, apenas na América espanhola, haviam cerca de 27 instituições de ensino superior nesses moldes. No Brasil, nenhuma! (cf. CUNHA, 2007a, p. 15).

Apesar de historicamente ter se associado esse fato ao pouco caso que as elites dirigentes deram à educação em nosso país, a verdade pode ser um pouco diferente. A metrópole espanhola era mais populosa, mais rica e com uma infraestrutura consideravelmente maior. A Espanha contava com 8 instituições de ensino superior de nível universitário, sendo que Portugal possuía apenas uma, a Universidade de Coimbra; a Espanha tinha mais de 9 milhões de habitantes, enquanto o reino de Portugal não passava de 1,5 milhões de súditos. Sendo assim, o número de pessoas instruídas, o capital passível de ser empregado nas colônias e o contingente de pessoas aptas a exercer a docência era consideravelmente maior entre os espanhóis, por isso o surgimento das instituições de ensino nas colônias espanholas foi mais rápido e mais disseminado (cf. CUNHA, 2007a, p. 17).

Enquanto isso, a educação do Brasil colônia, nos primeiros séculos após o nosso descobrimento, tinha como objetivo principal a garantia do domínio português nas terras descobertas e a solidificação dos laços de pertença entre os súditos que tão distantes se encontravam da Metrópole lusitana. Em outras palavras, era apenas vista como mais um instrumento de dominação ideológico que, junto com as forças militares, responsáveis por afastar o perigo de forças estrangeiras e garantir a funcionalidade burocrática das instâncias

representativas do reino, auxiliava na consolidação plena da conquista do país Ibérico (cf. CUNHA, 2007a. p. 21-24).

No que se refere à medicina, ou melhor dizendo, a arte de curar (que, na época, raramente alcançava seus objetivos) trazida pelos primeiros europeus não era o que se poderia chamar de uma ciência erudita e calcada numa visão racional da realidade. Mesmo a medicina acadêmica da época carecia de uma fundamentação empírico-teórica mais consistente, pois estava recheada de misticismo e superstição, acumulados. No decurso da história portuguesa, foram mescladas concepções greco-romanas antigas, interpretações árabes dos textos clássicos e a cultura oral disseminada entre o povo. Muitas vezes a relação causal estabelecida entre as doenças e algo que, na visão das pessoas, as precediam, dependia de uma crença insana, da tradição vinda através das gerações e da observância da justaposição e concomitância de fenômenos em algum momento observados, que, mesmo sem uma repetição rígida, pelo impacto causado no imaginário quando ocorriam, eram suficientes para perpetuar tal noção causalística. Além disso, a astrologia, amuletos mágicos com poderes curativos e “profiláticos” (capazes de evitar doenças), bruxaria, maus-olhados, dias fastidiosos, ares insalubres vindos de regiões remotas, simpatias, enfim, tudo era mesclado aos já débeis conhecimentos eruditos do campo da medicina (cf. NAVA, 2003, p. 40-46).

Em Portugal a única universidade a formar médicos era a Universidade de Coimbra, antiga instituição que, apesar do garbo e prestígio ostentado, na formação médica deixava muito a desejar. Já para a época estava obsoleta, talvez, inclusive, umas das mais defasadas em relação ao corpo teórico base e para a articulação das disciplinas e estruturação acadêmica. A trajetória de seus discentes seguia por um caminho ascendente, de acordo com o tempo, a qualidade da formação e o empenho e ambições dos estudantes. Os licenciados concluíam o curso básico de quatro anos, obtendo, com isso, as prerrogativas mínimas para o exercício da medicina em Portugal e em suas colônias. Os bacharéis, um grau acima dos primeiros, tinham um ano a mais de curso e, ao final, deveriam defender as suas “conclusões magnas” -- algo próximo a uma monografia ou dissertação de mestrado nos dias de hoje. Os doutores propriamente ditos, na acepção restrita do termo, defendiam a tese de doutorado, último estágio na escalada acadêmica (cf. SALLES, 2004, p. 27-28).

O conhecimento formal nas universidades, bem ao estilo do *magister dixit*, se

professava através dos “lentes”, docentes catedráticos, chamados assim por que liam os textos clássicos, basicamente de Hipócrates, Galeno e dos autores árabes, como Avicena, Rhazes e Averróis. Dos alunos se esperava a audição atenta das preleções para a fixação máxima dos ensinamentos. O método apostava na rememoração de um passado sublime e incólume, suspenso na passagem das eras e afastado das circunstâncias venais. Um acervo do saber perfeito, pleno e atemporal, laureado e chancelado pela Igreja e pelo Estado. A curiosidade, a criticidade, a investigação e o escrutínio científico rigoroso, a abertura para novas abordagens e teorias, embasadas pela observação atenta e congruente com a experiência, eram apenas sonhos de alguns poucos visionários, severamente punidos quando as emanções oníricas de um desafiador sentimento de não aceitação vinham à tona. Esse foi o ensino que formava os médicos no Velho Mundo e aqueles do Novo Mundo que para lá fossem buscar formação. (cf. SANTOS FILHO, 1977, p. 276-280).

Além dos médicos, também chamados de físicos - pois se ocupavam com o corpo, a matéria física do ser humano -, existiam os cirurgiões - um ramo apartado da arte de curar. Sua formação se dava de modo diferente, estando tais profissionais num nível inferior ao dos médicos do primeiro escalão (embora também obtivessem a liberdade de clinicar onde não existissem clínicos). Sua formação se dava ou por meio de aulas teóricas e prática cirúrgica em hospitais (cirurgiões-aprovados) ou pela observação da prática de cirurgiões já habilitados, tendo posteriormente de passar por exames de aprovação (cirurgiões-barbeiros) (cf. SALLES, 2004, p. 28).

No entanto, a obtenção dos diplomas não era suficiente para obter o direito de exercer a medicina ou a cirurgia de forma plena. Tal direito somente poderia ser outorgado pela Fisicatura, instituição cuja incumbência era justamente fiscalizar os profissionais da saúde da época, quanto ao cumprimento dos regulamentos sanitários e a concessão de cartas de licenciamento. Os cargos máximos da Fisicatura eram o de Físico-mor e o de Cirurgião-mor do reino (que durante algum tempo, de 17 de junho de 1782 a 27 de fevereiro de 1808, passou a se chamar Junta de Protomedicato), sendo que nas colônias haviam delegados para o cumprimento das determinações vindas da Metrópole (após 1742 exigiu-se que esses delegados fossem formados em Coimbra, devido à ineficiência e à incapacidade dos leigos escolhidos no cumprimento da tarefa a qual se destinavam). A autoridade da Fisicatura era soberana, mas, mediante evidente necessidade e, coisa não muito rara de acontecer, suborno e corrupção, a concessão de cartas era dada a pessoas tidas como de “notório saber” na arte

médica, quando da ausência de profissionais diplomados, desde que conseguissem provar a sua experiência praticando nos hospitais Militares ou da Misericórdia pelo período de quatro anos (cf. SALLES, 2004, p. 28-30).

Durante muito tempo os médicos licenciados para trabalhar no Brasil ou eram portugueses vindos da Metrópole ou eram brasileiros natos que iam estudar em Portugal (universidade de Coimbra) ou na Espanha (Salamanca). Por conseguinte, a medicina brasileira, ou melhor, praticada por aqui, era predominantemente ibérica, marchetada pela cultura e academicismo peninsular.

A influência portuguesa em terras brasileiras, nos primeiros séculos após o descobrimento, se deu de inúmeras formas:

influência direta do povo por intermédio da sua medicina empírica e vulgar; da ciência oficial por intermédio dos médicos portugueses para aqui transladados, ao lado dos quais devemos colocar os brasileiros que iam estudar no Reino e que voltavam para clinicar em sua terra; e, por intermédio dos instrumentos de legislação e fiscalização sanitários, representadas primeiro pelos delegados do Físico e do Cirurgião Mores, depois pelo Protomedicato criado em 17 de junho de 1782; e finalmente outra vez por um Físico-mor e um Cirurgião-Mor, a partir de 27 de fevereiro de 1808 (NAVA, 2003, p. 49).

Todavia, como qualquer outra atividade humana quando transladada para um novo contexto diferente de sua origem, a medicina ibérica invariavelmente também sofreu influências ao aportar por aqui. Conforme nos diz Santos Filho:

Ao estudar-se o passado brasileiro no campo especializado da Medicina, assente-se, de início, que nos quatro primeiros séculos não houve propriamente 'Medicina Brasileira', dado que as condições culturais e econômicas vigentes no país no tempo relativamente exíguo de sua existência, a partir de 1500, não ensejaram a formação de uma ciência nacional, própria. É por demais sabido que a Medicina que é exercida, no melhor sentido de Arte e de Ciência, refletiu apenas, no que pôde, a súpula de noções e preceitos em voga nos centros culturais mundiais, isto é, nos centros culturais europeus [...] Adivirta-se que, embora provindo da europeia e com ela forçosamente confundida, a arte médico-cirúrgica experimentou o toque da terra, do ambiente, sofrendo as deficiências dos agentes incultos que a veicularam, tornando-se, por sinal, má expressão da ciência contemporânea, pois mal conhecida e mal praticada, achando-se, ademais, prenhe de abusões e superstições. E mesmo a sua crônica quase que mostraria, em muitos aspectos e sobre o ponto de vista científico, aquilo que em verdade não se deveria ter praticado (1977, p. 3).

Além dos médicos e da medicina, outra coisa devemos à influência portuguesa, o atendimento nosocomial dispensado à população. A travessia pela qual tinham que passar

os primeiros portugueses a se instalarem no Brasil era tão desgastante e o ambiente dentro dos navios tão insalubre que muito chegavam doentes ou muito debilitados. Além disso, a mudança de ares e a vida num lugar muito diferente do seu, com clima, vegetação, agentes patogênicos distintos e parasitas exóticos, completavam um cenário muito propício ao surgimento de todo tipo de enfermidade. Conforme os colonos foram se instalando nos povoados e vilas nascentes, a necessidade de um espaço adequado para atendê-los começou a ficar nítido. Embora não haja um consenso absoluto entre os historiadores, comumente é referida a Misericórdia de Santos como a primeira instituição hospitalar em terras brasileiras, inaugurada no dia 1º de novembro de 1543 pelo comerciante português Braz Cubas (cf. SALLES, 2004, p. 59-62)¹.

No entanto, a preocupação maior do Reino não recaía sobre a população civil residente nas terras conquistadas, mas nos soldados vindos para salvaguardar a conquista e garantir a ordem e a presença simbólica e efetiva da Metrópole. No início, os soldados doentes ficavam hospedados nas casas dos habitantes locais, incumbidos estes de dar o suporte necessário durante a convalescença. Com o tempo, pelo número crescente de adoentados vindos nas naus, pelo comportamento desses indivíduos na casa de seus anfitriões e pelo descontentamento generalizado entre os súditos por essa inconveniente presença em seus domicílios, o Governo português resolveu instalá-los na Misericórdia do Rio de Janeiro, no ano de 1582, para a qual seria pago uma quantia anual para as despesas (cf. NAVA, 2003, p. 77-80).

A historiografia nos mostra que foram nessas instituições que os pobres e desvalidos, assim como os soldados de Sua Majestade e até mesmo a elite se encaminhavam durante suas enfermidades. Além do mais, foram nas Santas Casas de Misericórdia onde o ensino médico em terras brasileiras se iniciou. Entretanto, não de forma organizada e dentro de uma estrutura acadêmica institucional, mas pela presença de indivíduos dedicados à assistência aos doentes que, por meio da experiência acumulada dentro dos nosocômios,

¹ “Braz Cubas, fidalgo português e líder do povoado do porto de São Vicente, posteriormente vila de Santos, auxiliado por outros moradores, iniciou em 1542 a construção da Santa Casa da Misericórdia de Santos, o mais antigo hospital brasileiro, inaugurando-a em novembro de 1543. D. João III concedeu-lhe o alvará real de privilégios em 2 de abril de 1551. O segundo prédio foi concluído em 1665, no Campo da Misericórdia, atual Praça Visconde de Mauá. O terceiro, inaugurado pelo Dr. Cláudio Luiz da Costa, em 1836, junto ao morro de São Jerônimo, atual Monte Serrat, foi parcialmente destruído por um deslizamento de terra em 1928. O conjunto atual, único remanescente, foi inaugurado pelo Presidente Getúlio D. Vargas em 1945, com 1400 leitos” (Disponível em: <https://www.scms.com.br/hospital/historia>).

conseguiam os requisitos mínimos exigidos para poderem clinicar, como vimos, mediante as regras instituídas pelos cirurgiões e físicos-mores e seus respectivos delegados provinciais (cf. NAVA, 2003, p. 78-79).

Mas o que eram essas instituições? Como funcionavam? Quem as patrocinava? Sob que imperativo seus financiadores custeavam o funcionamento de tais casas de acolhida? A assistência médica coletiva, focada no atendimento dos mais necessitados (mas não só, diga-se de passagem) se solidificou através do espírito de caridade das Irmandades da Misericórdia, criadas por Frei Miguel de Contreras, em Lisboa. O objetivo era “[...] levantar contra os pecados sociais o antídoto da prática das sete obras meritórias do evangelho: dar de comer aos que têm fome, de beber aos que têm sede; vestir os nus; curar os enfermos e pobres; remir os cativos e visitar os presos; dar pousadas aos peregrinos; e enterrar os mortos” (NAVA, 2003, p. 46-47). As Santas Casas de Misericórdia que no início se ocupavam de todas as sete obras de caridade, paulatinamente passaram a dar prioridade ao auxílio aos doentes. Nesse sentido, cumpriram um papel de suma importância e deixaram, como legado, a estrutura hospitalar básica da qual derivam instituições.

Em outras palavras, o início da, por assim dizer, “medicina social” (no sentido de atendimento aos mais pobres e carentes) em Portugal (e, por conseguinte, no Brasil) deveu-se muito ao espírito cristão da época. A ideia da caridade para com o próximo, da ajuda fraterna no momento do sofrimento, contribuiu para forjar na mentalidade do povo, principalmente das ordens religiosas (como dominicanas, franciscanas, cistercienses, jesuítas, etc.), o sentimento de solidariedade para com os mais necessitados. Consequentemente, ficou a cargo primordialmente dos eclesiásticos o atendimento aos moribundos, feito nas Santas Casas de Misericórdia. Mesmo sem uma base científica moderna no entendimento das doenças e sem meios de tratá-las, ao menos ofereciam o conforto e o amparo espiritual a quem lhes procurava (cf. NAVA, 2003, p. 38-39).

Há de se dizer, porém, que as Irmandades de Misericórdia e todas as demais obras de caridade assistencialistas - civis, religiosas ou a junção de ambas -, no fundo, eram resultantes da omissão do poder público. O Estado Monárquico português pouco ou quase nada oferecia em termos de assistência social. Isso porque a ideia que se tinha na época sobre a esfera de atuação política das cortes estava assentada na manutenção dos privilégios da aristocracia, na expansão do poder reinol, nas garantias de normalidade social com base no

controle e policiamento do povo, em seus diversos estratos, e no fortalecimento na mentalidade dos súditos de uma visão abstrata de nação; de um espírito nacional em comum, que se extravasava e encontrava representatividade por meio das instituições e seus símbolos dinásticos. Por conseguinte, a caridade dos mais abastados ou a consciência religiosa dos representantes da igreja, na maioria das vezes, eram as únicas formas de atendimento que os pobres e desvalidos tinham quando estavam doentes (SANTOS FILHO, 1977, p. 258).

1.2. Os Jesuítas: educação e arte cuidadora e curativa

De todas as ordens religiosas a prestarem auxílio aos enfermos, muitas delas diretamente envolvidas com as Santas Casas, uma merece destaque: a Companhia de Jesus. Se deixarmos de lado nossos preconceitos contemporâneos e qualquer forma de anacronismo ao olharmos o papel dos jesuítas em terras brasileiras, além de exercitarmos um pouco nossa sensibilidade histórica e contextual, veremos que, sem eles, a colonização teria sido mais traumática do que de fato foi.

Os padres da recém-criada (1540) Companhia de Jesus chegaram ao Brasil em 1549 com o governador-geral Tomé de Souza. Sua missão era a de cumprir o mandato real de conversão dos indígenas e dar apoio religioso aos colonos, para o que recebiam subsídios do Estado, bem como sesmarias destinadas à manutenção dos estabelecimentos que viessem a criar [...] Embora sua principal missão, pelo mandato real, fosse a conversão dos indígenas, a fundação de colégios, nos moldes que a ordem vinha multiplicando em diferentes regiões do mundo, acabou por assumir, senão a primazia, importância pelo menos comparável à outra (CUNHA, 2007a, p. 26)

Eles eram detentores de uma formidável erudição e cultura, conhecimento enciclopédico e capacidade organizativa. Os núcleos populacionais e catequizantes, onde arrebanhavam os indígenas e ofereciam a instrução necessária não apenas para convertê-los ao cristianismo, mas, também, para poderem viver de forma civilizada (obviamente tendo como referência os padrões europeus da época), foram modelos ímpares de organização urbana e social no novo continente. Ali, os inicianos ensinavam, além da catequese, ofícios manuais, agricultura e manejo pecuário, conhecimentos artísticos e artesanais, música, línguas clássicas e tudo que fosse possível para “europeizar” os nativos americanos (algo que, diante daquele contexto cruel de morte e escravização, representava, sem dúvida, um socorro para tais povos).

Seus métodos de estudo eram inovadores para a época e, com o passar do tempo, foram se tornando sinônimo de efetividade e sucesso formativo, sendo buscados por muitos leigos ricos que ambicionavam dar o suporte necessário para uma boa formação pedagógica de seus filhos. A diretriz curricular máxima que servia de base para as ações didático-pedagógicas jesuíticas, era a *Ratio Atque Institutio Studiorum Societatis Iesu* (Plano e Organização de Estudos da Companhia de Jesus), ou simplesmente *Ratio Studiorum*. Tal manual foi a síntese formada pela análise e observância das práticas aplicadas nos colégios jesuítas, que amparava os docentes em sua prática, congregando, sintetizando, direcionando e uniformizando o ensino desenvolvido dentro de tais estabelecimentos. Isso era de uma importância fundamental em termos de controle da qualidade, pois havia uma espinha dorsal capaz de articular todo o processo educativo, pela imbricação entre a base teórica e a técnica mediadora do agente formador.

O estudo se dividia entre os *studia inferiora*, algo parecido com o ensino secundário, ou ensino médio, e os *studia superiora*, equivalente ao grau universitário, sendo esse último dividido entre filosofia e teologia.

Os primeiros [*studia inferiora*] eram desenvolvidos em cinco classes, desdobradas em até sete séries anuais: (1) *ínfima classis gramaticae*, em que se estudavam as declinações e os gêneros da língua latina; (2) *media classis gramaticae*, e as conjugações; (3) *suprema classis gramaticae*, a sintaxe; classe de humanidades, nas quais se liam obras de Cícero, César, Salústio, Tito Lívio, Cúrcio, Virgílio e Horácio (em latim), e de Isócrates, São Crisóstomo, São Basílio, Platão, Sinésio, Plutarco, Foclídes e Teógnides (em grego); Classes de retórica, utilizando, principalmente, as obras de Cícero e de Aristóteles (Retórica e Poética). Paralelamente às classes de Humanidades e de Retórica davam-se, sob o nome de erudição, conhecimentos variados de geografia, notícias mitológicas, pensamentos dos sábios e anedotas históricas” (CUNHA, 2007a, p. 27).

No Brasil, o ensino jesuítico sofreu um processo de adequação, para atender as demandas da realidade local. Era dividido “em quatro graus de ensino sucessivos e propedêuticos: o curso Elementar, o curso de Humanidades, o curso de Artes e o curso de Teologia” (CUNHA, 2007a, p. 29). O ensino elementar, como o próprio nome diz, ensinava o básico necessário para introduzir os alunos no universo do conhecimento formal: ler, escrever, noções fundamentais de matemática e a iniciação na doutrina católica (fazendo jus ao objetivo catequizante primordial da ordem religiosa). O curso de Humanidades se concentrava no ensino de Gramática (geralmente tendo o latim clássico como referência), a Retórica, crucial tanto na vida leiga das pessoas esclarecidas quanto na vida eclesiástica dos futuros clérigos, e o ensino das Humanidades propriamente dito, onde os autores clássicos

de renome serviam como norte teórico para a inserção dos alunos no universo do pensamento ocidental. A língua portuguesa poderia ser falada nos intervalos das aulas e o Tupi-Guarani, língua materna entre os indígenas locais e entre os descendentes mestiços das primeiras levas de colonizadores, era a preferida, pois oferecia uma facilidade muito maior para o posterior trabalho missionário dos novos educadores-catequistas (o que representa uma mudança deveras importante em relação às diretrizes da *Ratio Studiorum*). O curso de Artes, que abrangia saberes, na época, pertencentes ao universo epistemológico da Filosofia e das Ciências Naturais, se concentrava no ensino da matemática, da física, metafísica, lógica e ética, sendo Aristóteles a referência teórica maior para o desenvolvimento da dinâmica dos estudos. Nessa etapa, quem concluía o curso, dependendo de suas ambições futuras, podia se tornar bacharel ou licenciado, nesse caso, ajudando a aumentar e repor o quadro de docentes da companhia. O grau de doutor era conferido mediante a conclusão e defesa de tese no curso de teologia, que durava 4 anos (cf. CUNHA, 2007a, p. 27-31). “O primeiro colégio jesuíta no Brasil foi fundado na Bahia, sede do governo-geral, em 1550. Em 1553, começou a funcionar o curso de Humanidades e, em 1572, os cursos de artes e teologia” (CUNHA, 2007a, p. 31).

No que concerne ao papel deles na área da saúde, muita coisa deve ser dita. Primeiramente, que souberam adicionar ao conhecimento fitoterápico da flora local, que estava na posse dos curandeiros indígenas e populares, os conhecimentos de anatomia, fisiologia e nosologia trazidos do Velho Mundo. Foram os Jesuítas quem mais contribuíram para que o conhecimento dos nativos sobrevivesse e, além disso, conseguisse ser abstraído de suas práticas ritualísticas. Somado a isso, também fizeram um trabalho magnífico na assistência médico-hospitalar em terras brasileiras. Isso porque, ao contrário de seus colegas de outras ordens religiosas, não eram apenas cristãos caridosos oferecendo abrigo a almas necessitadas em momentos de fragilidade e doença, cujo alcance da ajuda muitas vezes se resumia ao conforto espiritual - pois pouco ou quase nada sabiam da arte curativa (cf. NAVA, 2003, p. 21). Os jesuítas, além do uso dos métodos terapêuticos contidos nos clássicos manuais hipocráticos, galênicos e arábicos, conseguiram compilar uma vasta bibliografia epistolar, onde se pode perceber visionárias deduções empíricas resultantes do convívio com os doentes e pela análise evolutiva de suas enfermidades, relativa a etiologia, patogenia e efetividade das intervenções terapêuticas aplicadas. É por intermédio dessa bibliografia epistolar que, hoje, se sabe como se davam as grandes e trágicas epidemias e quais eram as endemias mais comuns no período colonial. Além disso, como já mencionado,

conseguiram absorver, catalogar e triar os conhecimentos empíricos dos habitantes locais, separando o que era misticismo, credence e ilusão do que de fato tinha valor medicinal.

Como nos diz Batista:

Os missionários jesuítas muito colaboraram para a história da Medicina e da educação médica, formulando compêndios terapêuticos a partir da observação, da imitação, da experimentação e da descrição das práticas desses diferentes povos. Assim, ampliaram os saberes da Medicina, articulando os saberes eruditos com os populares (2015, p. 49).

Nesse sentido, os conhecimentos a respeito do poder curativo da flora brasileira merecem destaque, tendo alguns produtos fitoterápicos passado pelo crivo científico moderno, com sua ação comprovada (como é o caso da Ipeca²). A soma de todos esses fatores foi responsável pela fama merecida dos nosocômios jesuítas e dos próprios jesuítas que, apesar de, na maioria das vezes, não terem a formação médica formal, superavam os conhecimentos e as técnicas cirúrgicas dos físicos e cirurgiões licenciados, obtendo resultados mais satisfatórios em suas abordagens terapêuticas (cf. SANTOS FILHO, 1977, p. 117-131).

Todavia, a fase áurea da influência jesuítica nas Américas - e mesmo na Europa - estava com os dias contados. Sob a justificativa de aumentar o poder reinol, além de dotá-lo de uma aura mais moderna e progressista, fenômeno típico do advento das teorias absolutistas e do despotismo esclarecido da época, houve uma campanha muito grande pela secularização de muitos setores antes confiados e geridos pela igreja, como é o caso da educação. O Estado, dotado de um poder supra político, mas iluminado pelo conhecimento das luzes, na crença na razão humana como arma na luta contra toda forma de obscurantismo, cuja Igreja, de certo modo, era representante, deveria ser o centro absoluto do mundo social, se ramificaria em todas as instâncias representativas da ordem estabelecida. A sua intervenção direta seria fundamental, principalmente na educação, atividade ímpar para a moldagem de uma consciência equalizada com os interesses do reino. Não que tal premissa fosse anticlerical, pois a Igreja não perdeu seu status, apenas foi deslocada para outra função

² O xarope de Ipeca foi usado ao longo da história como substância capaz de induzir êmese no paciente, protocolo convencional em caso de envenenamento (uso não mais indicado nos dias de hoje). É comprovadamente eficaz contra diarreia (principalmente quando provocada por amebíase) e coadjuvante no tratamento de pneumonias e bronquites, devido a ação anti-inflamatória e expectorante.

burocrática, como garantidora dos privilégios reais por meio da chancela do poder espiritual que ela representava. Nessa perspectiva, o homem, em sua plenitude, é resultante da união do poder político, exercido na figura do rei, da sociedade a qual pertence, junto de sua família, e da fé que o guia. A união inseparável entre esses elementos era responsável pela edificação de um horizonte próspero e de uma vida plena, somente possível no seio da coletividade.

Essa foi a justificativa que se apresentou, com maior destaque, para que, em 1759, a Coroa Portuguesa decretasse a expulsão da Companhia de Jesus de seus territórios. Uma interpretação favorecida pela larga militância de Sebastião José de Carvalho e Melo (futuro Marquês de Pombal), Secretário de Estado dos Negócios Estrangeiros e da Guerra do Rei D. José I, iluminista ferrenho, em favor da laicização do Estado. Todavia, os motivos materiais para a expulsão, os mais profundos, estão ligados, principalmente, à defesa que os jesuítas faziam dos povos nativos nos territórios coloniais portugueses, contrariando os interesses dos colonos, dos mercadores e do próprio governo. A “Lei de Extermínio, Proscrição e Expulsão dos seus Reinos e Domínios Ultramarinos dos Regulares da Companhia de Jesus”, publicada por D. José I, Rei de Portugal, em 3 de setembro de 1759, diz:

Declaro os sobreditos regulares [os Jesuítas] (...) rebeldes, traidores, adversários e agressores que estão contra a minha real pessoa e Estados, contra a paz pública dos meus reinos e domínios, e contra o bem comum dos meus fiéis vassallos (...) mandando que efetivamente sejam expulsos de todos os meus reinos e domínios (ver Anexo II).

Nota-se que a Lei faz referência a conflitos de poder e não a conflitos ideológicos ou doutrinários (entre as “Luzes” e o “Obscurantismo”, por exemplo). Em todos os núcleos coloniais, mas especialmente no Brasil, os jesuítas tinham, ao longo de dois séculos estruturado uma grande base material e angariado enorme liderança entre os vários segmentos populacionais. Em 1750, a Província dos Jesuítas no Brasil contava com 131 casas (dessas, 17 eram colégios) e 55 missões entre os índios. Suas propriedades eram grandes, bem administradas e desenvolvidas na agropecuária e nas manufaturas. As missões competiam com vantagem no comércio de produtos e especiarias do sertão, além de serem pontos de resistência contra a escravização dos nativos.

A parte de contrariar interesses econômicos dos colonos e dos mercadores do Reino, os jesuítas tinham muitos bens que despertavam a cobiça do Corte, da nobreza, das elites

coloniais e também de outras ordens religiosas e do clero secular. Por isso uma das primeiras medidas tomadas por Pombal, depois da expulsão da Companhia de Jesus dos territórios portugueses, foi o confisco de suas terras e de seus bens.

A campanha anti-jesuítica desencadeada pelos portugueses adquiriu tamanha proporção que ultrapassou as suas fronteiras disseminando-se pela França (que realizou a expulsão em 1762), Espanha (que realizou a sua expulsão em 1767) e resultou na supressão da própria Ordem em 21 de julho de 1773 por decisão do Papa Clemente XIV. Somente em 1814, durante o papado de Pio VII, período em que a Europa era assolada pelas Guerras Napoleônicas, os jesuítas voltaram a gozar de todas as prerrogativas anteriores, amparados pela bula papal *Sollicitudo omnium ecclesiarum*.

1.3. Epidemias, escassez e ineficácia médica e o curandeirismo

Em suma, podemos dizer que muitas foram as enfermidades e epidemias que assolaram o Brasil nos seus primeiros séculos. O encontro do europeu com o indígena e o africano, cada um carregando as patologias típicas de seu lugar de origem, somado a um ambiente tropical rico em parasitas e insetos transmissores e às práticas insalubres dos moradores das cidades que foram se erguendo no processo de urbanização, constituiu um barril de pólvora que de vez em quando estourava, gerando sérias consequências e impactos na vida das pessoas. A malária, a leishmaniose, a filariose, a tuberculose, a sífilis, a bouba e um incontável número de doenças, testaram a paciência, a fé e a capacidade de resiliência daqueles homens e mulheres no novo continente. Nesse sentido, o resultado mais catastrófico e que, por certo, ajudou na consolidação do domínio português nas terras brasileiras (como também no domínio europeu nas Américas), foi a quase extinção dos indígenas que aqui viviam, sem os anticorpos necessários para resistirem às doenças trazidas por seus algozes conquistadores estrangeiros.

De todas as doenças endêmicas e epidêmicas que assolaram os povos nativos, talvez a varíola seja a mais terrível de todas, tanto em relação à mortalidade provocada, quanto pelas sequelas estéticas dos que sobreviviam. Os surtos e epidemias esporádicos dessa doença se sucederam com altos índices de mortandade entre a população atingida.

O cenário que se observava em terras brasileiras, carente de médicos,

medicamentos, hospitais, saneamento básico e políticas públicas de profilaxia e de contenção tornavam a terra, outrora tida como paradisíaca e exaltada pelos primeiros descobridores, num lugar de má fama, onde a morte espreitava em cada canto.

Efetivada a colonização, que foi extrativa e depredatória, implantada a civilização em nível que não foi dos melhores, introduzidas entidades mórbidas exóticas, até então inexistentes, dissipou-se por completo a primeira impressão. O colono queixou-se do calor e da umidade. Reclamou da instabilidade própria dos climas tão extremados. Sofreu com o calor que lhe reduziu a atividade física e mental, com a umidade que lhe acarretou múltiplas afecções, com a insalubridade que determinou a propagação de endemias e epidemias. E o Brasil chegou ao século XIX mal-afamado sob os pontos de vista climático e sanitário (SANTOS FILHO, 1977, p. 92).

Diante dessa infeliz realidade, que se somava a defasagem da ciência médica portuguesa (constituída em torno de seus autores clássicos mais proeminentes e restringida pela estrutura acadêmica e seu hermetismo institucional), os limites da própria medicina da época (recheada de visões místicas e noções metafísicas e distorcidas sobre o funcionamento do corpo humano) e a ausência de uma quantidade mínima de médicos para atender as cidades e vilas que por aqui floresciam, o curandeirismo foi a arma usada na tentativa de enfrentamento dos males que assolavam o povo. As benzeduras, o uso de ervas medicinais, unguentos, sangrias, banhos, beberagens, pajelanças e rituais sincréticos de natureza variada, que absorviam o que de “melhor” o cristianismo, a umbanda (herança dos negros cativos) e o próprio conhecimento popular podiam oferecer, ditavam a tônica dessa prática. Muito embora esse panorama tenha se desenvolvido e fortalecido em decorrência da já referida falta de médicos na colônia, verdade seja dita, a medicina acadêmica do período não tinha melhores alternativas no tratamento das moléstias, e, não raro, o conhecimento intuitivo e pragmático dos curandeiros se sobrepunha às técnicas dos melhores médicos da Metrópole (cf. NAVA, 2003, p. 152-153).

1.4. O início da formação médica no Brasil

No século XIX ocorreram as primeiras mudanças substanciais na medicina brasileira, da forma como era praticada até então. Foi nesse século que a família real portuguesa, fugindo das incursões militares napoleônicas, veio para o Brasil (1808), algo de profunda significância para a nossa história, pelas céleres e profícuas transformações pelas quais passou a, até então, Colônia. Sendo sede da administração real, o Brasil mudou de *status*, compondo com Portugal e Algarves o Reino Unido (1815).

No campo da medicina, tivemos os primeiros cursos oficiais criados nesse período. Muito embora o primeiro esboço de uma formação médica especificamente brasileira tenha se dado por meio das chamadas “aulas”, onde cirurgiões e médicos formados e habilitados repassavam seus conhecimentos aos alunos. O “curso” não era completo e nem poderia ser. Isso porque contava geralmente com apenas um “professor” e as disciplinas eram mais focadas numa ou noutra especialidade médica (como anatomia, obstetrícia, cirurgia geral, etc.) (cf. SALLES, 2004, p.105). Nesse quesito, a formação médica não se diferenciava das outras formas de formação superior que se estabeleceram no Brasil. Como escreve Luiz Antônio Cunha:

Estas eram unidades de ensino de extrema simplicidade, consistindo num professor que, com seus próprios meios (livros, instrumentos cirúrgicos, etc.), ensinava seus alunos em locais improvisados, fosse um hospital ou sua própria residência. Essas unidades simples podiam estar aglomeradas em cursos, dotados de reduzida burocracia. Foram as escolas, academias e faculdades, surgidas mais tarde, as unidades de ensino superior que possuíam uma direção especializada, programas sistematizados e organizados conforme uma seriação preestabelecida, funcionários não docentes, meios de ensino e locais próprios (CUNHA, 2007a, p. 91).

O primeiro curso oficial de medicina do Brasil data de 18 de fevereiro de 1808, quando Dom João VI assinou o documento de criação da Escola de Cirurgia da Bahia³, no antigo Hospital Real Militar da Cidade do Salvador, por sugestão do Dr. José Correa Picanço, que após os estudos em Lisboa e Paris, ao regressar a Portugal foi nomeado lente de Anatomia e Cirurgia da Universidade de Coimbra, primeiro cirurgião da corte e Cirurgião-Mor do Reino (cf. LIMA, 1945, p. 251-252). Ainda em 1809, no Hospital Real Militar e da Marinha do Rio de Janeiro, por meio da Carta Régia nº 6, de 25 de janeiro de

3 “Ilmo. e Exm. Sr. - O Príncipe Regente Nosso Senhor, anuindo a proposta, que lhe fez o Dr. José Corrêa Picanço, Cirurgião Mór do Reino, e do seu Conselho sobre a necessidade que havia de uma Escola de Cirurgia no Hospital Real desta Cidade para instrução dos que se destinam ao exercício desta arte, tem cometido ao sobredito Cirurgião Mór a escolha dos Professores, que não só ensinem a Cirurgia propriamente dita, mas a anatomia como base essencial desta, e a arte obstetrícia, tão útil como necessária. O que partilho a V. Ex., por ordem do mesmo Senhor, para que assim o tenha, entendido e contribua para tudo o que for promover este importante estabelecimento. Deus guarde a V. Ex.- Bahia 18 de Fevereiro do 1808.- D. Fernando José de Portugal. - Sr. Governador e Capitão General da Capitania da Bahia” (vide original no Anexo III).

1809⁴, e do Decreto de 12 de abril de 1809⁵, foi criada a cadeira de Anatomia, Medicina Operatória e Arte Obstetrícia e a cadeira de Medicina Clínica, Teórica e Prática. Esta foi, portanto, a segunda escola médica do Brasil. A primeira integra, hoje, a Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia - UFBA e a segunda a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. “A criação dos dois primeiros cursos de Medicina no Brasil marca o início do ensino médico no País, bem como configura a finalização da atuação dos físicos e cirurgiões formados na Europa” (BATISTA, 2015, p. 52).

Essa primeira experiência, obviamente, teve seus percalços e problemas que logo foram percebidos. Por conseguinte, não tardou a ocorrerem as primeiras reformas, como a de 1815, levada a cabo pelo “diretor dos estudos médicos e cirúrgicos da Corte e dos Estados”, o baiano Manuel Luiz Alvares de Carvalho. Essa reforma “[...] considerando precários os meios com que eram dotados os Colégios, ampliou os cursos para 5 anos e criou

4 “O Príncipe Regente Nosso Senhor, atendendo a necessidade que havia de uma cadeira de Anatomia de Medicina Operatória, e Arte Obstetrícia para o ensino dos estudantes que se dedicam aos estudos cirúrgicos, foi servido mandar erigir e estabelecer a dita cadeira no Hospital Real Militar desta Corte, constituindo Lente dela a Joaquim da Rocha Mazarem, atendendo porém a que o mesmo Lente o tempo letivo lhe seria difícil ditar as lições, e instruir no exercício prático alunos de diversos ramos da arte de curar; foi servido criar uma cadeira separada para o ensino da Medicina Operatória, e Arte Obstetrícia, continuando o ensino destas duas partes o dito Lente Joaquim da Rocha Mazarem com o mesmo ordenado que atualmente tem, não obstante diminuir-lhe os encargos, pois que Sua Alteza Real continua a ter presente o bom conceito do seu merecimento facultativo, tendo dado provas manifestas nos progressos vantajosos dos seus alunos. Outrossim é Sua Alteza Real servido mandar remeter a Vm. cópia do decreto que por esta Secretaria de Estado baixou ao dito respeito e manda que Vm. o participe assim ao referido Lente Joaquim da Rocha Mazarem para sua inteligência. Deus Guarde a Vm.- Palácio do Rio de Janeiro em 25 de Janeiro de 1809.- Conde de Linhares.- Sr. Fr. Custódio de Campos e Oliveira” (vide original no Anexo IV).

5 Sendo de absoluta e instante necessidade que no Hospital Real Militar e da Marinha desta Corte, se formem Cirurgiões, que tenham também princípios de Medicina, mediante os quais possam mais convenientemente tratar os doentes a bordo das Naus, e os Povos naqueles lugares, em que hajam de residir nas distantes povoações do vasto continente do Brazil; sou servido criar como princípio de maiores e adequadas providências, que sobre tão sizudo e importante objeto me proponho dar, uma cadeira, de medicina clínica, teórica e prática cujo Lente terá obrigação de dar lições aos Ajudantes de Cirurgia, e outros alunos que frequentarem o dito Hospital, e de lhes ensinar os principias elementares da matéria médica e farmacêutica, dando igualmente um plano de polícia médica, de higiene geral e particular e de terapêutica, por cujo trabalho e exercício vencerá o ordenado anual de 600\$000. E considerando que para este magistério tem os precisos conhecimentos e um reconhecido zelo o Dr. José Maria Bomtempo, Médico da minha Real Câmara; hei por bem provê-lo na mencionada Cadeira, ordenando que logo que entre no exercício de suas funções, haja de combinar com os Lentes de Cirurgia as matérias que estes hão de ensinar para que depois se concilie e facilite mais o trabalho de que fica encarregado, e que só por este método poderá utilmente desempenhar, devendo além disto ocupar-se com a possível brevidade de organizar os compêndios com que debaixo dos princípios já indicados, habilite os alunos a receberem as doutrinas, que se pretende ensinar-lhes. E esta particular incumbência a haverei em consideração, como muito útil serviço, para o contemplar separadamente em oportuna ocasião. O Conde de Aguiar, do meu Conselho de Estado, Ministro Assistente ao Despacho e Presidente do meu Real Erário o tenha assim entendido, e faça nesta conformidade expedir os despachos necessários (https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/atos/dim/1809/dim-12-4-1809.html) (vide original no Anexo V).

novas cadeiras, deu certa autonomia às Congregações, em reforma que tomou o nome do autor” (SALLES, 2004, p. 107). Todavia, não existiam exames preparatórios e apenas se exigiu que o candidato soubesse ler e escrever, recomendando-se apenas (mas não exigindo) que fossem fluentes no inglês e no francês.

Para corrigir as deficiências não abarcadas pela primeira reforma, 15 anos depois, a Câmara dos Deputados do Rio de Janeiro solicitou à Sociedade de Medicina da capital a formulação de um projeto reformista capaz de elevar a qualidade e a excelência do curso médico no país. Assim, após profícuas discussões entre os membros da sociedade, a apresentação do projeto à Câmara e a votação pelos deputados, com alguns ajustes de praxe, foram aprovadas as diretrizes da reforma, em 3 de outubro de 1832. O ensino médico passou a ter 14 cadeiras, distribuídas em 6 anos de curso, sendo a admissão dos candidatos feita sob a obrigatoriedade de exames preparatórios, que avaliavam a proficiência dos pretendentes em várias áreas do conhecimento. No entanto, a reforma continuou não dando ênfase à questão da prática médica, ou seja, o ensino era predominantemente, pra não dizer completamente, teórico (cf. SALLES, 2004, p. 108-109) (vide Anexo VI).

A Independência (7 de setembro de 1822), alargou os horizontes da prática médica em terras brasileiras, embora não nas proporções do que prometiam os discursos nacionalistas. Na verdade, o ensino superior como um todo, em todos os setores, incluindo a educação, não progrediu, não se expandiu consideravelmente ou evoluiu de forma tão célere quanto se imaginava. As mudanças mais nítidas, todavia, foram de ordem conceitual pela troca de nome de muitas instituições e de suas determinações quanto ao sentido do que faziam, além de modificações nos currículos. O progresso da cafeicultura, atividade econômica proeminente na época, não deu nenhum incremento novo à educação superior, a não ser indiretamente, pela construção de novas estradas e ferrovias para escoar melhor os produtos alocados nas fazendas, fazendo-os chegar mais rápida e eficientemente nos portos, o que, além de facilitar também a circulação de pessoas, antes confinadas em locais ermos do país, demandava um número cada vez maior de engenheiros responsáveis por viabilizar tais obras. No que concerne especificamente à educação, os projetos mais vultuosos foram a Escola Politécnica do Rio de Janeiro (1874) e a Escola de Ouro Preto, em Minas Gerais (1875) (cf. CUNHA, 2007a, p. 71-72).

Mas isso não significa que não houve mudanças nesse período. Elas ocorreram e,

de fato, mexeram profundamente com o espírito nacional. Com a Independência do Brasil e todos os subsequentes conflitos bélicos, diplomáticos e políticos na consolidação definitiva do novo Império que surgia no cenário internacional, houve uma grande onda antiportuguesa na mentalidade do povo, que via a antiga metrópole e tudo o que estivesse associado a ela com repulsa. A afirmação da identidade nacional e da liberdade recém-conquistada precisou passar por esse “parricídio” cultural, visando, se não apagar, ao menos diminuir a importância dos costumes lusitanos nos horizontes civilizatórios brasileiros (cf. NAVA, 2003, p. 56-75). Nas lacunas deixadas pela quebra dos laços entre a ex-colônia e a ex-metrópole e diante da tarefa de definir novos alicerces sob os quais se ergueriam os contornos da nação recém liberta, a França começa a ocupar um lugar privilegiado enquanto modelo civilizacional a ser absorvido pelas classes dirigentes e pelas elites intelectuais.

No entanto, a gênese desse processo foi anterior. Apesar da dependência política e econômica de Portugal em relação à Inglaterra, que por outras vias se estendeu também ao Império do Brasil, foi a França quem conquistou o coração da aristocracia portuguesa e brasileira. Os motivos foram vários, mas os principais são: a facilidade da língua, pois o idioma francês, de origem latina assim como português, era mais fácil de ser aprendido; os monarcas franceses, considerados descendentes modernos dos antigos senhores feudais, souberam transformar o excedente econômico de que dispunham em obras suntuosas e no patrocínio artístico e filosófico em diversas áreas da atividade humana, transformando a França num dos mais belos exemplos da visão cultural e civilizacional da era Moderna; ao contrário da Inglaterra, onde o protestantismo venceu e aniquilou o catolicismo outrora reinante, a França se manteve católica, assim como os lusitanos e brasileiros, o que gerava uma paridade em matéria teológica; e, por último, a produção artística, científica e filosófica vinda dos franceses, resultante, entre outras coisas, da intensa luta de classes que se verificou antes, durante e depois da Revolução, responsável pela célere e profícua produção intelectual, que logo se tornou paradigma para as demais nações e símbolo máximo da era moderna, se estendendo e influenciando pensadores das mais diversas áreas do saber até os dias de hoje (cf. CUNHA, 2007a, p. 120-124).

Num trecho bem elucidativo, Aluísio de Azevedo, célebre romancista maranhense, ao falar sobre a França, nos diz o seguinte:

Como não havemos de ter galicismos? Como não havemos de adotar a França como senhora, se é ela quem nos dá os costumes, as lições, a nomenclatura

científica, a literatura moderna, o realismo, o teatro, a arte, a política, o canção e o deboche: Se é ela quem nos explica o que nós somos, o que são os fenômenos naturais que na história de Portugal se acham explicados por milagre. Se é ela quem nos diz como devemos andar na rua, viver em casa – comer, beber, dormir e até multiplicar-nos; se é ela quem nos prescreve a moda, quem faz o caráter e os vestidos de nossa mulher e filhas, quem talha o pensamento e as fardas de nossos ministros de Estado, de nossos conselheiros, se é ela quem destrói as nossas crises políticas e as nossas dispepsias?! Se é ela quem nos dá os tratados de economia política e o xarope La Rose?! (apud MONTELO, 1975, p. 89-90).

O idioma francês, a etiqueta, a culinária, o vestuário, a música, a literatura, a filosofia, as expressões transladadas e usadas nos jantares e reuniões da alta burguesia, enfim, a França se torna a “menina dos olhos” dos súditos mais eminentes e culturalmente engajados da capital do Império. Se, por vezes, esse mimetismo beirava o ridículo e, aos olhos contemporâneos, não raro é analisado enquanto um movimento piegas que ambicionava negar o que havia de mais autêntico na cultura nacional, ao menos no campo da medicina representou um salto enorme. A influência rejuvenescedora das ideias científicas vindas de Paris, foi sepultando paulatinamente os velhos e engessados métodos de ensino e prática médica durante séculos cultivados em Coimbra e reproduzidos por aqui. Isso porque, os métodos científicos já se faziam presentes no país europeu, se não em toda a sua exuberância revolucionária, aos menos timidamente davam o ar da graça e afunilavam aquilo que viria a ser a maior conquista do pensamento humano (cf. NAVA, 2003, p. 56-75).

Conforme nos diz Nava,

Devemos ao gênio francês as origens da nossa cardiologia, de nossa pneumologia, dos nossos primeiros conhecimentos razoáveis de neurologia e doenças infecciosas; a introdução do laboratório como auxiliar da clínica e a superintendência da autópsia na verificação de nossas possibilidades de diagnóstico. Essas, representadas pela nossa semiologia, cujos inauguradores foram Torres Homem e Francisco de Castro, e que deriva principalmente da influência de Corvisant, Laennec, Rostan, Andral, Béhier, Hradý” (NAVA, 2003, p. 75).

Foi em parte pela influência francesa e europeia de um modo geral que muitas das reformas subsequentes no ensino da medicina foram possíveis. Uma dessas reformas foi encabeçada pelo Ministro do Império, Conselheiro Leôncio de Carvalho, que se baseou no projeto formulado pelo médico Vicente Cândido Figueira de Sabóia. Muito embora a referida reforma, promulgada por meio de decreto nº 7.247, de 19 de abril de 1879 (vide Anexo VII), tenha recebido o nome do ministro, a base que a fundamentou veio de Sabóia,

médico responsável, entre outras coisas, por introduzir o método antisséptico no Brasil, revolucionário para a época. A reforma de 1879, provocou profundas e profícuas mudanças em toda a estrutura do ensino médico brasileiro, introduzindo a frequência livre nos cursos, acabando com as sabatinas, instituindo provas práticas, permitindo o ingresso de mulheres nas faculdades e o direito pleno de exercício da profissão a elas, além de permitir-lhes atuarem como dentistas, mediante exames de verificação pertinentes a esse mister (cf. SALLES, 2004, p. 113). Além do mais, a reforma trouxe consigo a ideia de um ensino livre que não estivesse centralizado na capital e permitisse que outros locais, em outras regiões do país, também pudessem inaugurar seus centros de ensino, sem a permissão ou o veto da Corte. As Faculdades provinciais foram originadas por meio dessa reforma. Nesse sentido, a primeira instituição de formação superior a surgir fora da capital e da antiquíssima faculdade baiana (primeira do país) foi a Faculdade de Medicina do Rio Grande do Sul, em 25 de julho de 1898.

A presença de Sabóia na história do ensino médico brasileiro foi das mais importantes, principalmente durante o tempo que ocupou o cargo de diretor da Academia Médico Cirúrgica do Rio de Janeiro (de 1881 a 1889), cujo período de gestão foi chamado pelos seus contemporâneos e pósteros de período áureo. Além de estar por trás da reforma já referida, Sabóia esteve envolvido em várias mudanças substanciais na estrutura do ensino médico da época, tanto em relação à infraestrutura e logística, quanto no que diz respeito ao currículo. Fez obras importantes de renovação do antigo edifício da faculdade de medicina, aumentou o número de cátedras para 26, instalou laboratórios, anfiteatros e vários outros segmentos importantíssimos para a consolidação de um ensino verdadeiramente prático e focado na formação eficiente de seus licenciados, bacharéis e doutores. “Em suma, a administração do Visconde de Sabóia conseguiu o início do verdadeiro ensino prático, passando a Faculdade a ministrar reais conhecimentos médicos, em vez de limitar-se a expedir diplomas” (SALLES, 2004, p. 114).

1.5. Desafios da prática médica no século XIX

Todavia, nem só de flores foi a vida dos médicos no país durante o Império. Bem pelo contrário, antes da medicina alcançar o *status* que tem hoje, os médicos brasileiros passaram por maus bocados. Pra começo de conversa, conseguir se formar em medicina era muito difícil. A matrícula e as mensalidades dos cursos eram caríssimas, e poucas famílias

abastadas tinham condições de bancá-las. Quando o indivíduo se bacharelava, os impostos cobrados pela receita, para poder exercer o seu mister tranquilamente e sob a proteção da lei, eram desanimadores (cf. COELHO, 1999, p. 97-98). O mercado de trabalho igualmente desanimava. A concorrência era grande, havia falta de regulamentações mais claras e mesmo de uma fiscalização mais efetiva em relação ao trabalho feito por pessoas não habilitadas (cf. COELHO, 1999, p. 71-74). Isso porque, como vimos, no Brasil era

[...] grande a variedade das práticas de cura desde o período colonial. Os físicos eram bacharéis licenciados por universidades ibéricas; os doutores defendiam conclusões magnas ou tese em Coimbra, Montpellier e Edimburgo (principais Universidades de medicina na Europa dos séculos XVI ao XVIII); os barbeiros ou cirurgiões-barbeiros praticavam pequenas cirurgias, além de cortar cabelo e fazer a barba; os boticários comerciavam drogas e concorriam com os físicos e cirurgiões-barbeiros no tratamento das doenças. Havia, ainda, pessoas sem habilitação formal que receitavam e faziam curativos, de acordo com horizontes culturais diversos. Essas pessoas podiam ser curandeiros, pajés, benzedores, etc. (WEBER, 2009, p. 40).

Além desses “profissionais”, ainda existiam as parteiras, responsáveis não apenas por acompanhar as mulheres no momento do parto, mas prestar-lhes ajuda nas enfermidades que envolvessem o aparelho geniturinário. Além disso, não raro dominavam técnicas abortivas que, a revelia da moral da época, era um recurso comumente procurado diante de uma gravidez indesejada (cf. WEBER, 2009, p. 40).

Essa gama de opções terapêuticas e de curadores, responsável por colocar muitos obstáculos à prática médica formal, em parte se dava pelo fato de, até o final do século XIX, a medicina não oferecer maiores ou melhores resultados quando comparada com outras práticas curativas existentes. À luz do conhecimento científico moderno, percebe-se que determinados procedimentos empíricos dos curandeiros se sobrepunham à arte médica oficial, e mesmo a clientela se sentia mais atraída pelo seu discurso, pois eles tinham um contato maior e mais próximo com o povo e conseguiam, pelo poder da persuasão, resultados promissores em suas abordagens.

Portanto, ser médico no Brasil imperial exigia muito empenho, força de vontade e trabalho duro, nem sempre, com isso, resultando em boas condições de vida e, mesmo, reconhecimento da sociedade ou do poder público, que não raro colocava em prática programas de saneamento e profilaxia à revelia da opinião douta dos esculápios gabaritados.

Entre os próprios médicos existia muita antipatia e rivalidade, principalmente quando clinicavam em regiões próximas e disputavam os mesmos clientes. Pra quem realmente tinha ambições econômicas maiores, o ofício de médico era exercido concomitantemente com outra atividade. Assim, médicos fazendeiros, médicos agiotas, médicos locatários, médicos comerciantes, médicos boticários, médicos professores, enfim, ser médico passou a ser um “apêndice” na vida de muitos indivíduos (cf. COELHO, 1999, p. 88-89). O prestígio, quando era alcançado, geralmente vinha acompanhado pelo influente círculo de amizades que o médico possuía ou por ele ter feito uma cura milagrosa através de sua técnica. Além do mais, se a terapêutica oitocentista carecia de um horizonte prático-teórico mais eficiente, a sofisticação do médico, sua cultura elevada, conhecimento humanístico e eloquência, com certeza lhe valiam como diferencial, principalmente quando travava contato com as altas rodas intelectuais palacianas. Eram esses indivíduos os agraciados pela fortuna (cf. COELHO, 1999, p. 89-90).

Para fazer frente a todas as forças que se lançavam contra os médicos brasileiros, existia a Academia Imperial de Medicina. Criada no ano de 1829, com o título de Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, a instituição mudaria de nome duas vezes, vindo a se chamar, em 1835, Academia Imperial de Medicina (vide Anexo VIII) e, em 1889, Academia Nacional de Medicina. A missão da academia, além de reunir os médicos e dar-lhes o sentimento de valor e nobreza que no fundo tanto queriam, era flertar com os representantes políticos da época e se imiscuir nos meandros do poder. A Academia Imperial “[...], ao fim e ao cabo, aspirava a ser o próprio Estado em matéria médica e de saúde pública: aconselhando, legislando, fiscalizando, julgando e executando, tal como fazia o tribunal da Fisicatura de tão pranteada memória” (COELHO, 1999, p. 128).

O seu membro mais combativo foi o Dr. José Martins da Cruz Jobim que, durante toda sua vida produtiva, esteve envolvido na cruzada pró-medicina na corte imperial. O discurso médico defendido na academia e que reverberava pela boca de Cruz Jobim girava em torno da importância de uma classe médica unida, forte e respaldada pelo governo, como forma de fazer frente aos charlatões, criar e colocar em prática políticas públicas relacionadas à saúde do povo brasileiro.

Este tipo de preocupação era bem característica da elite médica da época, insegura quanto ao seu *status*, ciente da fragilidade de sua base cognitiva, mas também com ambiciosos projetos profissionais. Prevalecia entre os doutores uma fundamental

ambiguidade que os levava afirmar simultaneamente os progressos da medicina no país - e negá-lo, dizia o Dr Roberto Haddock Lobo, “seria tão disparatada porfia como a de um cego que combatesse a existência e os efeitos da luz” - e seu atraso: “um pálido reflexo, uma imitação muitas vezes desnaturada das escolas de Broussais e Bichat: não podendo por isso ter uma existência própria, um como cunho de originalidade tal como ela tem tido mais ou menos em todas as nações civilizadas” (COELHO, 1999, p. 106).

Assim, muito embora o discurso até fizesse sentido, quando levamos em conta quem eram esses profissionais, qual a sua formação, e como praticavam o seu ofício, não é muito difícil perceber que nas entrelinhas havia outro interesse. No fundo, a classe médica queria gozar do poder e do prestígio dentro da sociedade, e, para isso, convencer os parlamentares da importância de haver um núcleo consultivo constituído por médicos para tratar de todas as questões referentes à saúde, tanto aquelas que demandassem pareceres técnicos, quanto aquelas que teriam força de lei. Mas, durante todo século XIX, poucas vezes a Academia conseguiu seus 15 minutos de fama e, na prática, ao entrarmos em contato com as atas e artigos redigidos e publicados nos periódicos da época, vemos profissionais perdidos, pouco instruídos em seu mister, desencantados pela sua profissão e frustrados pela forma como o mundo os tratava.

Os sucessivos arranjos institucionais no âmbito da Saúde Pública ficavam irritantemente aquém dos seus projetos e, se já não sonhavam com reedições do tribunal da Fisicatura, nem por isso abdicaram da aspiração por um Juízo sanitário sobre controle médico. O que mais semelhante a isso lhes deu o governo (e quão distante ficou do modelo idealizado!) foi o Juízo dos Feitos da Saúde Pública de 1904, com jurisdição restrita ao Distrito Federal e sob o comando da velha inimiga, a “*judicocracia*” (COELHO, 1999, p. 143).

1.6. O positivismo reformista e a luta da classe médica por melhores condições de trabalho

Com a Proclamação da República, em 15 de novembro de 1889, as coisas não melhoraram para a medicina e nem para o ensino de um modo geral. O grande marco para a educação de nível superior nesse período foi a criação da Universidade do Rio de Janeiro, a primeira universidade de fato a ser criada no Brasil, no dia 7 de setembro de 1920, por meio do decreto 14.343(vide Anexo IX), durante o governo do presidente Epitácio Pessoa. De início, se tratava mais da aglutinação de cursos sob uma denominação conceitual em comum, sem uma espinha dorsal articuladora capaz de congregar harmoniosamente o ensino superior dentro de uma mesma filosofia de trabalho acadêmico – esse mesmo sistema foi sendo proliferado em vários outros Estados. Embora não haja nenhuma comprovação oficial, virou quase uma lenda a associação da criação da Universidade com a vinda do rei da Bélgica,

Alberto, no mesmo ano de sua criação, apenas 5 dias após seu navio ter partido da Europa. Verdade ou não, serve ao menos para ilustrar o fato de a universidade nunca ter sido uma prioridade no Brasil, evidenciado pelo atraso gigantesco em relação a outros países americanos (cf. CUNHA, 2007a, p. 190-191).

Em questões de ordem quantitativa, houve, de fato, uma expansão do ensino superior, primeiramente, pela crescente burocracia estatal que exigia pessoas habilitadas para exercerem cargos pertinentes aos ofícios burocráticos do Estado brasileiro, mas também como resposta ao aumento da demanda por parte de uma parcela significativa da sociedade, que via o leque de possibilidades abertas pelo aumento do setor burocrático como uma ótima chance de aumentar a influência, o lucro e o *status* social. Nesse sentido, enquanto os latifundiários viam o diploma como uma forma de se precaver contra eventuais crises financeiras, ou como remédio para restaurar o prestígio de outrora (no caso daqueles falidos ou à mercê da falência), os colonos e trabalhadores urbanos sonhavam com melhores condições de vida e com o respeito auferido pelo bacharelato. Ou seja, o diploma era visto como um escudo de proteção ou um trunfo capaz de garantir a sorte no jogo pela vida social digna e proativa (cf. CUNHA, 2007a, p. 146-150).

O resultado de todo esse movimento expansionista foi a alteração quantitativa e qualitativa do ensino superior. Os estabelecimentos de ensino se multiplicaram e já não eram todos subordinados ao setor estatal nem à esfera nacional: os governos estaduais abriam escolas, assim como pessoas e entidades particulares. As estruturas administrativas e didáticas se diferenciavam, quebrando a uniformidade existente no tempo do Império. Nesse sentido, o Código Epiácio Pessoa generalizou a figura do ‘professor particular’, encarregado de dar “cursos livres” nas escolas superiores, conforme programas por ele elaborados e aprovados pelas congregações, gérmen da livre-docência que surgiria mais tarde, pela reforma Rivadávia Corrêa, em 1911 (CUNHA, 2007a, p. 157).

Além disso, severos debates marcaram de forma indelével os projetos políticos endereçados à educação e a formação de nível superior nas primeiras décadas da República Velha. Os republicanos da época, quase todos influenciados pelo liberalismo e pelo positivismo, dominantes no século XIX (influência até hoje vista nos dizeres da nossa bandeira: “ordem” do povo para o “progresso” da nação), pretendiam livrar o país o máximo possível do gigantismo estatal nos setores laborais e na educação. Isso porque, até aquele momento,

O Estado detinha o monopólio da formação da força de trabalho habilitada para o desempenho de certas profissões, conforme certas doutrinas e práticas (a alopatia,

no caso), e garantia os interesses de poder, remuneração e prestígio de certos grupos corporativos. Essa era a razão porque o estado não liberava o ensino superior (capaz de distribuir privilégios) aos particulares. Mesmo que não se professassem doutrinas estranhas e adotassem práticas ilegítimas ou menos valorizadas (como a homeopatia), o aumento do número de diplomados poderia produzir, pela diminuição da raridade, a perda do valor intrínseco do diploma, em termos de poder, prestígio e remuneração, para os grupos corporativos compostos por indivíduos oriundos das classes dominantes ou cooptados por elas e interligados a níveis mais elevados da burocracia do Estado (CUNHA, 2007a, p. 86).

Os positivistas foram grandes críticos desse modelo. Em essência, foi uma ideologia advinda da elite econômica burguesa, com profundos laços com o capitalismo, assim como foi, em sua época, o liberalismo e o empirismo ingleses do século XVIII, apenas assumindo traços específicos para atender as demandas de seu tempo.

No caso da França, berço do positivismo e de seu mais proeminente ideólogo, Augusto Comte, após conseguir grande poder com o desfecho da Revolução Francesa, em 1789, e com o golpe de estado de Napoleão III, outros inimigos vão sendo visados pelos burgueses. De um lado, a Igreja que detinha grande poder na época, apesar dos abalos sofridos em decorrência do processo revolucionário e, de outro, as classes populares que deixaram claro como poderiam ter força quando descontentes e unidas em prol de um objetivo comum. O positivismo, ao apresentar a religião como uma excrescência de um passado pouco evoluído (uma instituição sustentada em credices e na ilusão metafísica), a dessacraliza; ao defender a ideia do ensino e do exercício profissional livres, sem a tutela ou a chancela de nenhuma outra instituição, ou mesmo do Estado, tirava das mãos da universidade a hegemonia na formação superior (pois a universidade era controlada em grande medida pela Igreja) e dos sindicatos, representantes do operariado; além disso, ao defender a ditadura republicana, dava subsídios teóricos importantes para legitimar a ação repressiva de um poder central comprometido com o controle das massas. Em suma, o positivismo foi a voz da burguesia em sua marcha pela supremacia da sociedade capitalista durante o século XVIII e início do século XIX (cf. CUNHA, 2007a, p. 88).

Esse panorama histórico ofereceu os ingredientes para o delineamento das ideias positivistas, mesmo com sua defesa de uma ciência pura e objetiva, que, na prática, foi incapaz de se desvencilhar dos arranjos históricos. No que concerne à sua cosmovisão, ela vinha da análise da história como sucessivos momentos de cisão, em que determinadas forças dirigentes davam lugar a novas forças progressistas, enquanto processo de substituição natural das sociedades humanas, num contínuo caminhar rumo a patamares

ascendentes.

Comte dizia que todas as sociedades se compõem dos mesmos elementos, a saber: a propriedade material, a família, a linguagem, o sacerdócio e o governo. As transformações da sociedade se fariam na direção do progresso segundo leis objetivas. A primeira lei dizia que a inteligência é primeiro teológica, depois metafísica e, finalmente, positiva. A segunda lei estipulava ser a atividade humana primeiro conquistadora, depois defensiva e, por fim, pacífica. A terceira lei dizia que o sentimento passaria de doméstico a coletivo e, deste, a universal (CUNHA, 2007a, p. 87).

No campo político, era possível ver essa evolução acontecendo e os desdobramentos históricos conduzindo a sociedade ao seu lugar de direito, de acordo com o movimento substitutivo que ocorre no álveo do seu ser. Com a decadência da igreja católica e do feudalismo medievo, houve um aumento da influência e do alcance da ciência, da técnica e da indústria, cujos procedimentos careciam de uma direção eficiente e capaz de ocupar o lugar outrora ocupado pelos chefes feudais e pelos eclesiásticos. Coube, então, aos militares e políticos seculares, geralmente representados por reis e nobres, a missão de governar o povo. Embora essa ocupação fosse necessária e benéfica, ela deveria ceder paulatinamente o lugar para os representantes industriais, que detinham não só o poder econômico, mas também a mente mais arejada com as novas ideias advindas das ciências. Em resumo, detinham uma perspectiva empírica da realidade, em todos os seus segmentos e manifestações.

No que concerne à questão filosófica e epistemológica, de acordo com a doutrina de Augusto Comte, o cume da evolução do conhecimento humano havia se dado quando a empiria começou a ocupar o lugar outrora reservado as elucubrações filosóficas ou teológicas, que viam o mundo real como resultante de sistemas prévios de compreensão apreendidos por meio do pensamento (filosofia/metafísica) ou pela revelação divina (teologia). A objetividade absoluta, tendo como modelo as ciências exatas, em especial a matemática, era a única forma de a humanidade ascender culturalmente e epistemologicamente.

No primeiro estágio no desenvolvimento das sociedades humanas, o teológico, o pensamento recorreria à intervenção do sobrenatural para a explicação dos fenômenos. No segundo, metafísico, certas entidades racionais abstratas como substâncias, essência, e outras, seriam postuladas como princípios explanatórios. No terceiro, positivo, os fatos seriam entendidos na sua realidade empírica e nas conexões fenomênicas. A plena vigência desse terceiro estágio decorreria da implantação de um regime político especial e da pregação de princípios novos de

solidariedade social consubstanciados na “religião da humanidade” (CUNHA, 2007a, p. 88).

São muitos os desdobramentos que o positivismo trouxe para o campo político-social, mas o caso específico da formação de nível superior e do subsequente exercício profissional, talvez tenham sido os mais impactantes. Num primeiro momento, a Universidade foi vista como um lugar privilegiado para a plena realização dos seus ideais, pois detinha os recursos materiais e humanos para acelerar o processo de efetivação de uma cosmovisão empírica. Mas, após o advento de Napoleão Bonaparte, da restauração do Império e das negociações com o Papa para a criação da Universidade da França, como forma de controlar o ensino superior e direcionar o trabalho intelectual, para dar suporte ideológico ao governo (com anuência e ajuda da Igreja), os positivistas ficaram desiludidos com a universidade.

Em outras palavras, eles percebem como a vinculação do ensino ao governo, tanto pelo controle institucional quanto pela dependência econômica, impedia que a universidade pudesse ter a liberdade plena para se autogerir e desenvolver um pensamento depurado de qualquer elemento tendencioso. Desse momento em diante, os positivistas passam a defender o ensino livre e desimpedido, sem a tutela ou a chancela de nenhuma outra força institucional de fiscalização. Além do mais, defendiam a retirada do poder público enquanto base de financiamento do ensino superior. Desse modo, se acabaria com os subsídios e sua consequência direta, a vassalagem clientelística da universidade; a sua prostituição àquele que a financia. O resultado seria o livre curso do pensamento sem as amarras da tradição, das forças retrógradas e reacionárias das elites tacanhas e egocêntricas.

Ou seja, apesar do apego a uma visão científica de mundo, paradoxalmente os positivistas defendiam a liberdade total na formação e no exercício profissional, sem nenhum tipo de coação ou controle por parte do poder público. Assim, ficaria a cargo das pessoas, mediante seu grau de esclarecimento, escolher entre os profissionais disponíveis quem melhor lhes servissem - os positivistas acreditavam que a própria evolução cultural do povo iria capacitá-lo para escolher os mais gabaritados e cuja formação estaria alinhada com os seus ideais.

Se na Capital essa postura trouxe muitas dores de cabeça aos médicos, o Estado em que eles mais sofreram foi o Rio Grande do Sul. Isso porque, com a proclamação da

república, os Estados brasileiros passaram a gozar de ampla liberdade na gerência de seus assuntos internos, coisa inexistente durante o Império. Apesar de existir uma constituição federal, e regras válidas para todos os entes federativos, cada um deles tinha autonomia para elaborar as suas próprias leis e constituições estaduais, de acordo com suas tradições, tendências políticas, ideologias, interesses econômicos e particulares das lideranças locais. No Rio Grande do Sul, através da figura de Júlio de Castilhos e de seus correligionários do Partido Republicano Rio-Grandense (PRR), a constituição estadual de 1892 foi toda moldada tendo como referência justamente as teses positivistas de Augusto Comte. “O Partido Republicano do Rio Grande do Sul, PRR, apresentava, ao contrário de seus análogos de outras províncias/estados, uma forte conotação ideológica. O positivismo foi assumido como a ideologia do partido, o qual adotou, desde sua fundação, em 1882, o dístico *ordem e progresso*, mais tarde inscrito na bandeira nacional pelos positivistas federais” (CUNHA, 2007a, p. 139).

No caso da medicina, isso abriu brechas para que toda classe de indivíduos “doutos” em alguma arte curativa pudesse exercer livremente seu ofício, sem constrangimentos legais. Como era de se esperar, isso gerou descontentamento generalizado entre os médicos gaúchos, que viam, diante de seus olhos, as mais extravagantes, chulas, canastronas e charlatãs práticas terapêuticas se proliferarem no Estado, com plenas garantias constitucionais (isso, obviamente, de acordo com a visão deles) (cf. WEBER, 2009, p. 41-44).

Esse embate também se fez sentir na Capital, cuja Constituição de 1891, por meio de seu artigo 72, parágrafo 24, igualmente influenciada pelos ideais positivistas, também garantia o livre exercício profissional⁶. Todavia, em concomitância, o código penal de 1890, em seu artigo 156, era claro ao criminalizar a sua prática por curandeiros, charlatães e afins. Ou seja, um prato cheio para disputas entre os juristas e políticos da época, uns partidários de uma leitura mais literal da Constituição e outros contrários, exigindo que o artigo 156 do código penal fosse respeitado. Estes ficaram conhecidos como “credencialistas”, em sua maioria médicos formados, que queriam a regulação profissional e a fiscalização rigorosa do exercício da sua arte, como forma de manter e salvaguardar a sua hegemonia. Do outro lado, como já referido, estavam os positivistas, que argumentavam que “[...] qualquer

6 “§24. É garantido o livre exercício de qualquer profissão moral, intelectual e industrial” (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao91.htm)

restrição a liberdade profissional significava premiar os bacharéis ignorantes que as escolas superiores produziam às centenas, punir os não diplomados que demonstrassem competência e, principalmente, negar ao cidadão o direito de consultar com quem melhor lhe conviesse” (COELHO, 1999, p. 230). Todavia, na prática vingou a regulamentação, muito mais, talvez, pela pressão política das associações representativas de classe do que pela justeza da causa.

O impasse foi “resolvido” pela não referência aos títulos escolares no [parágrafo] 24 do artigo 75 da constituição, omissão justificada pela ‘doutrina e pela jurisprudência’, baseada no eufemismo de que o privilégio profissional inerente a um diploma não feriria a liberdade profissional garantida pela Constituição, pois, afinal, os diplomas estariam disponíveis para todos que tivessem o preparo intelectual para conquistá-los, não sendo outorgados por privilégios estamentais (CUNHA, 2007a, p. 153).

Os positivistas tentariam novamente colocar em prática seus intentos em várias outras oportunidades. Um exemplo foi a Reforma (ou lei) Rivadávia Corrêa, implementada pelo Ministro da Justiça do então presidente Hermes da Fonseca, o gaúcho Rivadávia da Cunha Correia. Essa reforma atendia os interesses do governador do Rio Grande do Sul, figura mais importante do PRR na época, Borges de Medeiros, “que esperava não apenas neutralizar, como bom positivista, a influência do governo federal no ensino superior, mas também implementar, ao lado de Pinheiro Machado, o ‘programa orgânico’ dos gaúchos” (cf. COELHO, 1999, p. 258). Por meio do Decreto nº 8.659, de 5 de abril de 1911 (vide Anexo X), a referida lei, que versava sobre o Ensino Superior e Fundamental, mudava as diretrizes básicas até então seguidas, destituindo de qualquer privilégio os estabelecimentos de ensino estatais de nível secundário na garantia de matrícula em estabelecimentos de nível superior para seus concluintes, sendo a admissão de todos os candidatos feita mediante exames. Tirava, também, a exclusividade na emissão de diplomas de garantia plena de exercício profissional das faculdades federais. Concedia, além disso, maior autonomia e liberdade às instituições, fossem elas públicas de nível federal ou estadual, fossem elas particulares, tanto na gestão dos recursos financeiros, quanto na administração interna, cabendo a elas a organização e direcionamento de todos os aspectos referentes à vida acadêmica, sem intervenção federal de nenhum tipo (desde que conseguissem recursos próprios para seu funcionamento). No entanto, haveria um Conselho Superior de Ensino, composto de um membro nomeado pelo Estado, mais os diretores e ao menos um docente das faculdades federais (e do Colégio Pedro II), cuja incumbência seria de fiscalizar e dirigir o ensino superior durante o período de transição e até as instituições estarem plenamente capazes de se autogerirem. A lei criava, também, a figura do livre-docente, ou seja, o

professor universitário apto a ministrar cursos fora da grade curricular padrão, cuja remuneração se daria por meio das taxas cobradas dos estudantes interessados nos cursos ofertados (cf. CUNHA, 2007a, p. 162-167). Além disso, mais uma vez batia na mesma tecla da liberdade profissional, eliminando qualquer privilégio associado a posse de diploma de nível superior.

No entanto, a Reforma teve uma vida relativamente curta. No governo do presidente Venceslau Brás, houve uma nova reforma, encabeçada por Carlos Maximiliano Pereira dos Santos, resultante do grande descontentamento de parcelas importantes da sociedade, em especial dos profissionais liberais, cujos mais destacados opositores, como dito anteriormente, foram os médicos - além dos engenheiros e dos advogados. Sendo assim, o decreto 11.530, de 18 de março de 1915⁷, veio retificar vários pontos da antiga lei, disciplinando o ensino secundário e superior através de dispositivos de controle e fiscalização. O que restou de mais representativo da lei Rivadávia Corrêa foram os exames de admissão, que passaram a se chamar vestibulares - sem auferir privilégios por parte de nenhum colégio no ingresso ao ensino superior - e a continuidade do Conselho Superior de Ensino, com a atribuição, a partir daí, de fiscalizar todas as escolas, não somente aquelas mantidas pela Federação - para uma instituição estar habilitada a funcionar deveria passar pelo aval do Conselho, que a equipararia ou não às instituições federais, que serviriam como parâmetro para a análise do conselho. Estariam vetadas as instituições em cidades com menos de 100 mil habitantes, excetuando as capitais de Estados com mais de um milhão de habitantes, não sendo permitida a equiparação de mais de duas escolas dos três cursos mais conceituados e afamados, Direito, Medicina e Engenharia - isso na hipótese de não haver uma escola oficial, caso contrário apenas uma poderia se candidatar. O trabalho dos livre-docentes passou a ser temporário, com possibilidades de renovação; a cátedra foi restabelecida e o professor catedrático se tornou um cargo vitalício (cf. CUNHA, 2007a, p. 167-170). Em outras palavras, “[...] a Reforma Maximiliano restabeleceu as condições anteriores, e, em todas as ocasiões em que foi provocado a se manifestar, o Supremo Tribunal Federal reafirmou a mesma doutrina: a exigência do diploma e a validade legal apenas dos que fossem concedidos por escolas oficiais ou equiparadas” (COELHO, 1999, p. 259).

A última reforma do ensino da República Velha foi a Reforma Rocha Vaz de 1925,

⁷Para texto integral: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-11530-18-marco-1915-522019-republicacao-97760-pe.html>.

por meio do Decreto nº 16.782-A⁸. O seu redator foi o professor catedrático da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Juvenil da Rocha Vaz, e seu objetivo era aumentar ainda mais o controle do Estado sobre o ensino. Com tal intento, a reforma definia toda a filosofia de trabalho das instituições, incluindo currículo, base didática e estrutura administrativa, restringindo com maior rigor a criação de novas faculdades e cursos, com a exigência de patrimônio líquido superior a 8 mil contos de réis, além de um tempo mínimo de funcionamento de 3 anos, para a instituição pleitear a equiparação. A reforma também criou o Departamento Nacional do Ensino (DNE), que teria atribuições parecidas às do Conselho Nacional do Ensino, extinto pela reforma. A frequência livre foi suprimida e o número de vagas passou a ser delimitado a cada novo processo seletivo, diminuindo consideravelmente o número de estudantes matriculados (cf. CUNHA, 2007a, p. 170-172).

A reforma Rocha Vaz veio, assim, completar a trajetória de contenção do fluxo de passagem do ensino secundário para o superior, intensificado desde fins do império e acelerado nas duas primeiras décadas do regime republicano. O movimento contenedor foi iniciado pela introdução dos exames vestibulares (exames de admissão), em 1911; aperfeiçoado pela exigência de certificados de conclusão do ensino secundário, em 1915; e burilado pela limitação de vagas e a introdução do critério classificatório. [...] Esse processo não foi isento de contradições. As divisões políticas das elites dirigentes faziam que se reivindicasse, ao lado da limitação das oportunidades de acesso ao ensino superior, em defesa da “qualidade” do seu produto, a adoção de medidas tendentes a favorecer as clientelas políticas e ideológicas no âmbito das camadas médias, ávidas de conquistar, pelos títulos das escolas superiores, a dignidade social/cultural que delas se esperava (CUNHA, 2007a, p. 173).

Mas no Rio Grande do Sul foi diferente e, apesar da flexibilidade com que o positivismo se fez presente em vários outros setores e segmentos sociais, ao menos nessa parte foi fiel à teoria que o embasava. Desse modo, há de se supor a hostilidade demonstrada por parte da maioria dos médicos gaúchos para com o PRR. Durante mais de 30 anos houve pressão por parte dos médicos, objetivando a criação de leis que regulassem, restringissem e fiscalizassem o exercício da medicina no Estado, sem nenhum resultado efetivo. No entanto, a causa comum e a união dos médicos na tentativa de pressionar o poder público fortaleceram sobremaneira a sua classe, coisa que traria bons frutos no futuro e ainda hoje reverbera em nossa sociedade e na estrutura médica constituída.

As coisas não tardariam a mudar, em favor dos médicos gaúchos (e da própria medicina brasileira de uma forma geral). O primeiro passo, nesse sentido, começou no Rio

8 Para o texto integral: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/d16782a.htm

de Janeiro, com a criação do Sindicato Médico Brasileiro, fundado em 1927, tendo por fim

“... promover a defesa e o amparo da classe, manter estreita solidariedade entre seus membros e ditar-lhes regras de conduta profissional nas relações entre eles, entre o médico e o cliente e entre o médico e as coletividades”. Os principais interesses do sindicato seriam a organização de um código de deontologia médica e ética profissional, a melhoria da situação econômica da “classe”, o combate ao charlatanismo, ao curandeirismo, e à prática desonesta da medicina, o estreitamento das relações sociais entre os membros, a regulação do processo de habilitação do profissional estrangeiro, as questões referentes ao ensino médico, a criação da “casa do médico”, a criação de uma lei que regulasse as questões concernentes aos riscos e acidentes profissionais e amparo jurídico do grupo (WEBER, 2009, p. 45).

Inspirados pela criação do Sindicato Médico Brasileiro na capital da República e cientes da necessidade de uma organização nos mesmos moldes baseada no Estado, no dia 20 de maio de 1931, é fundado o Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (SIMERS). A criação do sindicato deu mais força e ânimo aos médicos gaúchos nas reivindicações contra a liberdade profissional. Se a nível estadual as coisas mostravam-se muito difíceis e uma concessão por parte do Governo era quase nula, diante da maneira intransigente e fanática com que tratava a questão, os médicos gaúchos, apoiados pelos seus companheiros de outras partes do Brasil, resolveram pressionar as autoridades federais, pois leis regulatórias rígidas e emanadas da capital necessariamente escoariam com força impositiva por todos os seus entes federativos, à revelia de qualquer divergência com suas respectivas legislações locais (cf. VIEIRA, 2009, p. 51-52).

CAPÍTULO 2: FORMAÇÃO E AUGE DA CORPORAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

2.1 A Era Vargas (1930-1964): A formação da corporação médica

Para a finalidade deste trabalho, entende-se por Era Vargas o período que vai de 1930 a 1964, cujas características principais são:

- a) predomínio da cosmovisão nacionalista, materializada pelo impulso à industrialização (substituição de importações), estatização de empresas estratégicas e criação de complexo industrial estatal de base (siderurgia, petróleo, eletricidade, etc);
- b) incentivo à industrialização privada (sobretudo, no governo JK) e aos serviços urbanos, com a consequente abertura de novos empregos e postos de trabalho e a transferência de trabalhadores rurais para as cidades (êxodo rural);
- c) reconfiguração do aparelho do Estado, tornando-o centralizado (nacional), orgânico (corporativo) e protagônico (liderança e arbitragem sobre o conjunto da sociedade);
- d) atração e compartilhamento, por parte do Estado, de responsabilidades com as empresas, profissões liberais, organizações civis e, modo particular, com os sindicatos.
- e) normatização do emprego, principalmente por meio da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), na pretensão de harmonizar as relações entre capital e trabalho;
- f) controle e a realocação dos aristocratas do café e dos coronéis latifundiários na categoria de coadjuvantes no cenário político republicano;

- g) unificação do país em torno de uma constituição comum, como forma de dar unidade sistêmica às ações do governo central.

No início do período, Getúlio Vargas promoveu dois serviços sociais que, embora houvessem progredido no cenário brasileiro desde a transferência da Família Real para o Rio de Janeiro, estavam longe da pretendida maioria: a Educação e a Saúde. Em conjunto, essas duas áreas mereceram um ministério exclusivo (Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública), criado em 1930, assim permanecendo até 1953, quando a pasta foi dividida em Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura.

O prestígio que a área da saúde passou a obter no âmbito do governo repercutiu sobre os profissionais médicos, que aproveitaram o momento para a afirmação da categoria e para dar vazão às suas pautas corporativas. Como se demonstrou em tópicos anteriores, com a chegada da Família Real, dois cursos superiores de medicina foram implantados: em 1808, na Bahia e em 1809, no Rio de Janeiro. Eram iniciativas simples e localizadas, mas deram projeção a determinadas lideranças que, por sua vez, repercutiram preocupações iniciais quanto ao exercício da medicina e quanto à qualidade dos serviços prestados. Essas lideranças agruparam-se em entidades e, com isso, aumentaram a sua presença perante o Estado. Foi o que aconteceu em 1829, com a criação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, que, em seguida, foi convidada pela Câmara dos Deputados para elaborar a projeto de Reforma do Ensino Médico, que foi aprovado em 1832. Na famosa Reforma Leôncio de Carvalho (instrução pública primária e secundária para o Município da Corte e ensino superior em todo o Império), de 1879, o projeto foi formulado pelo médico Vicente Cândido Figueira de Sabóia, diretor da Academia Médico Cirúrgica do Rio de Janeiro. São pequenos indícios do empoderamento de uma categoria que, durante o longo período do Brasil Colônia, era inexpressiva e completamente desorganizada.

Essas organizações iniciais eram elitistas, fechadas⁹ e de propagação lenta. Basta lembrar que depois das duas academias médicas criadas por D. João VI, a próxima só veio a lume em 1898: a Faculdade de Medicina do Rio Grande do Sul. Do mesmo modo, as sociedades médicas que foram criadas, isoladamente, ao longo do século XIX, em alguns municípios do Rio de Janeiro, somente conseguiram organizar uma federação estadual

⁹ Cf. Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. <https://dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/socmedcirj.htm>

depois da Proclamação da República, entre 1894 e 1895: a Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro (SOMERJ).

A extensão territorial do Brasil, o isolamento das Províncias (durante o Império) e dos Estados (na República Velha) condicionavam as iniciativas de articulação da categoria dos médicos a permanecerem dispersas e isoladas, sem chances de interferir decisivamente nas políticas gerais de saúde ou de garantir benesses para a própria categoria. Foi preciso esperar pela ebulição intelectual e política dos anos de 1920 para que horizontes mais promissores se pudessem abrir. Esses horizontes foram abertos pelas ideias fortes que passaram a circular pelo país: a reforma do Estado para torná-lo nacional, potente e centralizado; o resgate de traços culturais próprios da identidade brasileira; a sindicalização dos trabalhadores, das categorias liberais e do próprio universo empresarial; etc. Nessa década, pipocaram congressos e conferências de caráter nacional, envolvendo áreas emergentes como cultura, educação e saúde. Quanto à saúde, cabe referir o Congresso Nacional dos Práticos (o Generalista, o Especialista e o Higienista), ocorrido em 1922, o mesmo ano da Semana da Arte Moderna. Nesse congresso foram tratadas cinco temáticas: Medicina Social, Saúde Pública, Prática Profissional, Ensino Médico e Assistência Médica. Houve debates e confrontos de ideias, mas “as opiniões convergiram quando se tratou de defender a corporação de virtuais inimigos e de valorizá-la retoricamente – colocando-a como a mais importante atividade desenvolvida pelo homem.”¹⁰

No final dos anos de 1920, não se vislumbrava, ainda, uma corporação propriamente constituída, mas os sinais apontavam nessa direção. Depois do Congresso Nacional dos Práticos de 1922, os sindicatos médicos apareceram em profusão. Em 1927, surgiu o Sindicato Médico Brasileiro, a primeira associação de uma categoria profissional de nível superior a se organizar no país. Quando foi criado, tinha a abrangência nacional, mas depois se restringiu ao respectivo Estado, denominando-se Sindicato Médico do Rio de Janeiro.

A criação do sindicato veio na esteira da luta por direitos trabalhistas do operariado urbano, da presença cada vez mais constante do Estado na área da saúde, da crescente especialização da medicina (nos mesmos moldes das demais ciências), do incremento de

¹⁰ PEREIRA NETO, André de Faria. *Palavras, intenções e gestos. Os interesses profissionais da elite médica*. Congresso Nacional dos Práticos (1922). Disponível em: <https://www2.ufjf.br/cliotedel/wp-content/uploads/sites/75/2009/10/COD02002.pdf>

técnicas e tecnologias no processo de diagnóstico e terapêutica, etc. Sua atuação estava centrada na luta contra o charlatanismo e demais artes (pseudo) curativas; contra o assalariamento e a regulamentação governamental; contra a atuação, em território nacional, de médicos formados no exterior; a favor do exercício liberal da arte médica, de uma formação digna e de qualidade e de um ordenado justo e condizente com a importância e complexidade da profissão.

O primeiro sindicato, de certa forma, pavimentou a caminho para vários outros. Em 1929, surgiu o Sindicato dos Médicos de São Paulo; em 1931, o Sindicato dos Médicos de Pernambuco, o Sindicato Médico do Pará e o Sindicato dos Médicos do Paraná; em 1932, o Sindicato Médico do Rio Grande do Sul; em 1933, o Sindicato dos Médicos do Estado do Maranhão; em 1934, o Sindicato Médico de Santa Catarina e o Sindicato dos Médicos da Bahia; em 1941, o Sindicato dos Médicos do Ceará. Outros sindicatos seriam criados mais adiante, depois dos anos de 1970. Os sindicatos passaram a ter grande importância e grande força no seio da corporação e no contexto institucional do país por serem destinatários do imposto sindical, cobrado de todos os médicos que exerciam legalmente a profissão. A partir de 1930, com Getúlio Vargas, é o próprio Estado que patrocina e promove toda a sorte de organizações, sobretudo às sindicais, e as torna interlocutores preferenciais para a edificação do projeto nacional.

Em 1931, Sindicato Médico Brasileiro promoveu o Congresso Médico Sindicalista, em que foi aprovado o primeiro código brasileiro de Deontologia Médica e Ética Profissional. Antes deste Código, os médicos brasileiros se orientavam pelo Código de Ética da Associação Médica Americana, de 1867. Décadas depois, em 1929, o Brasil adotou o Código de Moral Médica, aprovado no VI Congresso Médico Latino-Americano. O Código de 1931, patrocinado pelo Sindicato Médico Brasileiro repete, quase *ipsis litteris*, o de 1929. Este fato mostra como a pauta da incipiente corporação médica estava disseminada em toda a América Latina e estava particularmente ajustada com as pretensões dos médicos brasileiros. O Código, além de dialogar internamente com a categoria performando as práticas adequadas para o exercício da profissão, propunha um combate para fora, cobrando do Estado dispositivos legais que garantissem aos médicos a exclusividade do direito de clinicar. É isso que diz, por exemplo, o Art. 21 do Código de 1931.

profissional, qualquer que seja a sua forma, e opor-se, por todos os meios legais, ao preparo, venda, propaganda e uso de medicamento secreto assim como às práticas grosseiras e absurdas, com que os charlatões e impostores costumam explorar o público. Igual conduta observará a respeito do exercício ilegal da profissão e de métodos ou sistemas que não repousem sobre base científica ou se encontrem em franca oposição aos fatos demonstrados pela observação e experiência.

Já no artigo 18, o Código proíbe que médicos formados deem qualquer tipo de respaldo ao exercício curativo por parte de pessoas que não tenham passado por instituições formativas oficiais, dando a entender que a prática da medicina só poderia ser exercida mediante a diplomação acadêmica em estabelecimento de ensino superior devidamente regulamentado e reconhecido pelas entidades, com o suporte jurídico estatal, como forma de fazer valer seus direitos e demandas.

Artigo 18º - Os médicos e os professores das escolas médicas não subscreverão, não assinarão nem contribuirão para se expedirem títulos, licenças ou atestados de idoneidade em benefício de pessoas incompetentes, ou que não tenham cursado estudos universitários, nem para favorecer aos que, visivelmente, tenham o propósito de exercer a medicina de acordo com sistemas exclusivos, arbitrários ou opostos aos princípios assentes da ciência médica.

Impossível não ver neste dispositivo o enfrentamento explícito às ideias e às práticas do positivismo ortodoxo e do liberalismo político que, durante a República Velha, pretenderam abolir do solo brasileiro os privilégios do diploma e as prerrogativas das instituições oficiais quanto à formação de profissionais de nível superior. Essa pauta, que tinha os próceres mais expressivos articulados em torno do Partido Republicano Rio-Grandense (PRR), perdeu força, a partir de 1930, mesmo dentro dos próprios quadros positivistas que integraram o governo nacional, com Getúlio Vargas à frente. Com efeito, o Decreto 20.931, de 11 de janeiro de 1932¹¹, só permitia o exercício de profissões relacionadas à saúde a pessoas habilitadas e com diploma expedido em instituição de ensino superior reconhecida, mediante critérios legalmente estabelecidos, o qual deveria ser registrado no Departamento Nacional de Saúde Pública e no órgão equivalente de cada Estado, a quem também caberia a incumbência de fornecer carteiras de identidade profissional e criar uma base de dados com as informações fornecidas pelos médicos, relativas à sede de seu consultório. Aquele que, sob qualquer pretexto, fosse pego exercendo práticas curativas sem as prerrogativas legais teria que responder ao crime de prática ilegal da medicina ou charlatanice.

11 Para texto completo: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/d20931.htm.

A atividade médica serviu de paradigma para demonstrar o risco a que a sociedade estava submetida caso a população ficasse à mercê de profissionais despreparados e de charlatões de todos os tipos. Colocando-se ao lado da verdadeira medicina – qualificada técnica e cientificamente – a corporação, num curto segmento temporal, ganhou força em todos os sentidos: na afirmação de um *status* diferenciado para seus profissionais, no controle sobre a prestação dos serviços de saúde (de modo especial, dos serviços hospitalares), na interlocução com o Estado no que diz respeito às políticas de saúde, na ingerência constante sobre os cursos superiores de medicina, na vigilância sobre o comportamento de seus próprios integrantes (os médicos) e, finalmente, na definição do estatuto da profissão médica.

Quanto a este último aspecto, o primeiro código brasileiro de Deontologia Médica e Ética Profissional definiu a medicina como uma arte liberal, que não poderia ser exercida como indústria ou comércio. Diz o Art. 53: “Os que consagram à medicina devem recorrer aos seus próprios méritos e aptidões para exercê-la e adquirir clientela, porque a medicina não é comércio nem indústria, e sim profissão liberal”. Este postulado é tudo o que uma verdadeira corporação, no limite, deseja: controlar-se a si mesma, garantindo que seus integrantes flutuem sobre as organizações externas (inclusive o próprio Estado), prestando conta, apenas, à própria corporação.

Durante a Era Vargas, os médicos foram, particularmente, bem-sucedidos em configurar a sua corporação específica. Na falta de um organismo mais adequado para exercer o controle sobre a categoria (que viria mais tarde, na forma do Conselho Federal de Medicina e seus braços regionais - CRMs), o próprio Código de Deontologia Médica e Ética Profissional, de 1931, instituiu o Conselho de Disciplina Profissional (cf. Art. 109), composto por “7 membros, eleitos de 2 em 2 anos, por votação secreta e maioria absoluta de votos, em uma Assembleia Extraordinária de toda a Classe Médica do Brasil, convocada para este único fim pelo Sindicato Médico Brasileiro” (cf. Art. 110). Esse conselho tinha poder de julgar as infrações dos profissionais, aplicando as seguintes penalidades (cf. Art. 111): (a) advertência em caráter privado e por escrito, (b) censura pública ao médico reincidente, pedindo a sua exclusão de sociedades científicas e profissionais; e (c) registro do nome do infrator no INDEX, criado para delatar publicamente os profissionais indignos da profissão por cometerem faltas excepcionalmente graves. As decisões do Conselho de Disciplina Profissional eram definitivas e inapeláveis.

Em 1944, o IV Congresso Sindicalista Médico Brasileiro aprovou novo Código de

Deontologia Médica. Este documento estava já plenamente negociado com o governo brasileiro que o reconheceria no âmbito do Decreto-Lei nº 7.955, de 13 de setembro de 1945 (cf. Art. 13), instrumento legal destinado a trazer à luz um novo órgão estratégico para a categoria médica: o Conselho Federal de Medicina. Com efeito, este Decreto-Lei instituiu o Conselho Federal de Medicina com sede na Capital do país e os Conselhos Regionais de Medicina, com sede nos Estados, Territórios e no Distrito Federal. Os membros dos Conselhos Regionais (cinco titulares e cinco suplentes) seriam eleitos pelos médicos da respectiva região. Os membros do Conselho Federal (sete titulares e sete suplentes) seriam eleitos pela assembleia dos delegados dos Conselhos Regionais. Para o seu funcionamento, os conselhos dispunham de 20% do imposto sindical e, havendo necessidade, de outras verbas autorizadas pelo governo. As atribuições dos conselhos regionais tinham grande impacto sobre a categoria: (a) manter um registro dos médicos, legalmente habilitados, com exercício na respectiva Região; (b) conhecer, apreciar e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades que couberem; (c) exercer os atos de jurisdição que por lei lhes sejam cometidos; (d) emitir parecer ou proferir laudo arbitral em questões suscitadas por médicos ou em que estes sejam partes em sua qualidade de profissionais; (e) dispor, *ad referendum* do Conselho Federal, sobre seu regimento interno. As penalidades que os conselhos regionais poderiam aplicar eram: advertência confidencial; censura confidencial; censura pública; suspensão do exercício profissional até 30 (trinta) dias; e cassação da autorização para o exercício profissional, *ad referendum* do Conselho Federal. As atribuições do Conselho Federal eram atinentes a orientações gerais, proclamação dos resultados das eleições, disciplina dos conselheiros eleitos, aprovação dos regimentos internos (o próprio e os dos conselhos regionais) e, principalmente, ser instância recursal das decisões dos conselhos regionais.

O Conselho Federal e os Conselhos regionais, tendo como principal função “zelar pela fiel observância dos princípios da ética profissional no exercício da medicina” (cf. Art. 1º), acabaram por substituir o Conselho de Disciplina Profissional, instituído pelo Código de Deontologia Médica de 1931. A bem da verdade, o novo Código de Deontologia Médica, aprovado no IV Congresso Sindicalista Médico Brasileiro em 1944 (e chancelado pelo Estado em 1945) não traz nenhuma referência ao tal conselho disciplinar.

Tendo os sindicatos, por um lado, e os conselhos de medicina, por outro, a corporação médica passou a integrar as estruturas do Estado Brasileiro e construiu forças

institucionais de real poder frente ao Estado e frente às estruturas de prestação de serviços de saúde, às escolas médicas e à própria categoria, estabelecendo critérios para a concessão de registros e controlando o exercício profissional dos médicos. No que se refere ao Conselho Federal e aos conselhos regionais, seu poder cresceu com a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, que lhe atribuiu, em conjunto, *status* de autarquia federal, dotada de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira (cf. Art. 1º). De acordo com a Lei, o “Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica” (cf. Art. 2º), com atribuições mais amplas em relação às concedidas pelo Decreto-Lei nº 7.955/1945, como, por exemplo: votar e alterar o Código de Deontologia Médica (pela legislação anterior, o Conselho tinha competência para propor alterações no Código, mas a aprovação cabia ao Executivo), fixar e alterar o valor da anuidade, expedir, mediante cobrança de taxa, a carteira profissional, e cassar o registro profissional.

Além do Conselho Federal e suas ramificações regionais, órgão integrante da estrutura do Estado, e do Sindicato Médico, órgão com interfaces institucionais ligadas ao Estado, a corporação médica passou a se fortalecer com outra organização de caráter nacional, e completamente independente do Estado: Associação Médica Brasileira (AMB). A AMB surgiu em 1951 como “associação civil de âmbito nacional, com personalidade jurídica e forma federativa, sem finalidade lucrativa, que congrega médicos e acadêmicos de cursos de medicina em todo o território nacional e com duração indeterminada.”¹² Esta entidade mantém suas atenções voltadas à formação médica (escolas e cursos de medicina), mas também objetiva participar das políticas e dos sistemas de saúde, do esclarecimento da população sobre assuntos médicos e de saúde em geral e da defesa da categoria no terreno ético, social, econômico, cultural e de consumo. Por força da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, que reorganizou o Conselho Federal e os conselhos regionais de medicina, a AMB tem prerrogativa de indicar um integrante para cada conselho regional. Essa lei também recepcionou provisoriamente o Código de Ética da Associação Médica Brasileira, elaborado ainda em 1953 (sua vigência estendeu-se de 1958 a 1965, quando passa a vigorar o Código de Ética Médica elaborado e aprovado pelo Conselho Federal de Medicina).

¹²Associação Médica Brasileira. *Estatuto*. Disponível em: <https://amb.org.br/wp-content/uploads/2023/01/Estatuto-Social-1.pdf>

Essas três organizações, ladeadas por outras de menor expressão e localizadas, deram forma, maturidade e vigor à corporação médica, de maneira que, ao longo de três décadas (a começar pela década de 1960), tudo o que se relacionasse à saúde (instituições hospitalares, políticas de saúde, verbas, academias médicas, etc.) passava pelo seu crivo e padecia a sua regência, explícita ou não.

Essas três organizações, entretanto, não produziram a corporação médica sozinhas, embora sejam o liame fundamental de sua estrutura. Essas organizações não teriam prosperado não fossem duas condições materiais, a base sobre a qual o Sindicato, os Conselhos (federal e regionais) e Associação Médica Brasileira floresceram e formataram a corporação. Essas condições materiais são: a expansão dos estabelecimentos da saúde e a expansão das escolas médicas.

Os dados disponíveis sobre as instituições de saúde até o fim da República Velha são precários. O primeiro Anuário Estatístico do Brasil apareceu, apenas, em 1927 e, no que diz respeito aos serviços de saúde, apresenta dados de 1908 a 1912. O segundo anuário foi publicado em 1936, com dados referentes a 1934. As três tabelas a seguir compilam dados de 1912, para exemplificar a situação da saúde na República Velha, e de 1934 e 1964, para sinalizar o crescimento havido na que se convencionou chamar, neste trabalho, de Era Vargas.

Tabela 1: Estabelecimentos de saúde, segundo a modalidade, por Estado - 1912

ESTABELECEMENTOS DE SAÚDE - 1912				
Estados e Distrito Federal	hospitais e Asylos	Casas de Saúde e Enfermarias	Colonias Agrícolas	Total
Alagoas	1	0	0	1
Amazonas	1	0	0	1
Bahia	1	0	0	1
Ceará	1	0	0	1
Distrito Federal	2	2	2	6
Maranhão	1	0	0	1
Mato Grosso	0	1	0	1
Minas Gerais	2	1	1	4
Pará	1	0	0	1
Parahyba do Norte	1	0	0	1
Paraná	1	0	0	1
Pernambuco	1	0	0	1
Piauí	1	0	0	1
Rio de Janeiro	0	0	1	1
Rio Grande do Norte	1	0	0	1
Rio Grande do Sul	1	0	0	1

Santa Catarina	2	0	0	2
São Paulo	2	2	2	6
Brasil	20	6	6	32

Fonte: Tabela produzida a partir de: MINISTERIO DA AGRICULTURA, INDUSTRIA E COMÉRCIO - Diretoria Geral de Estatística. *Anuario Estatístico do Brazil, Anno-1 - 1908-1912*. Rio de Janeiro: Typographia da Estatística, 1927, p. 244-245.

Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=720>

Note-se que o Brasil, na segunda década do século XX, tinha, apenas, 32 instituições de saúde, contando hospitais, asilos, casas de saúde, enfermarias e colônias agrícolas, espalhadas por 18 unidades da Federação. À exceção do Distrito Federal (com 6 unidades), São Paulo (com 6), Minas Gerais (com 4) e Santa Catarina (com 2), todos os demais Estados dispunham de, apenas, 1 instituição de saúde, geralmente hospitalar. Quase todos os serviços de saúde se concentravam nas capitais, havendo, entretanto, algumas cidades de maior importância com unidades de saúde, como Barbacena, São João del Rei, Piracicaba e Joinville (cf. *Anuario Estatístico do Brazil, Anno - 1 - 1908-1912*, p. 242). O interior do país e mesmo os bairros populares das capitais estavam completamente a descoberto, tendo a população que tratar de suas enfermidades da forma que sempre fez ao longo da história da humanidade: acorrendo a curandeiros, benzedeiros, cartomantes e similares.

O desenvolvimento urbano dos anos de 1920 e, principalmente, com a Revolução de 1930, as estruturas de saúde crescem vertiginosamente. Para 1934, o Anuário Estatístico do Brasil apura a existência de 1.044 estabelecimentos de saúde, espalhados por 22 unidades da Federação, sobressaindo-se São Paulo (com 212), Minas Gerais (com 186), Distrito Federal (com 133) e Rio Grande do Sul (com 93).

Tabela 2: Estabelecimentos de saúde, leitos e médicos, por Estado - 1934

UNIDADES POLÍTICAS	ESTABELECIMENTOS	LEITOS	MÉDICOS
Distrito Federal	133	11.795	1.880
Alagoas	14	797	46
Amazonas	18	988	41
Baía	38	2.587	202
Ceará	12	1.141	49
Espírito Santo	13	556	38
Goiaz	5	122	7
Maranhão	12	341	35
Mato Grosso	14	706	37
Minas Gerais	186	9.493	625
Pará	53	2.328	144
Paraíba	18	710	58
Paraná	31	2.180	96

Pernambuco	46	3.361	324
Piauí	8	283	15
Rio de Janeiro	68	2.445	293
Rio Grande do Norte	13	458	26
Rio Grande do Sul	93	6.800	429
Santa Catarina	28	1.048	47
São Paulo	212	18.395	1.519
Sergipe	18	508	28
Território do Acre	11	111	8
Brasil	1.044	67.153	5.947

Fonte: Tabela produzida a partir de: INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. *Anuário Estatístico do Brasil – Ano II - 1936*. Rio de Janeiro: Tipografia do Departamento de Estatística e Publicidade, 1936, p. 269 e 271.

Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=720>

Os 30 anos que se seguem ao levantamento realizado em 1934 foram férteis em termos de ampliação de estabelecimentos de saúde e também de abrangência regional. Os estabelecimentos chegaram, em 1964, a 2.847 (crescimento de 173%, relativamente aos 1.044 aferidos em 1934), espalhados por 26 unidades da Federação. O crescimento se deu especialmente por meio da iniciativa privada, que, do total de estabelecimentos apurados em 1964 (2.847), detinha 2.390, repartidos entre instituições filantrópicas (1.446) e instituições privadas com fins lucrativos (944). As instituições oficiais detinham, nesse mesmo ano, 457 estabelecimentos. (Anuário Estatístico do Brasil – 1966, p. 349).

O número de leitos é um indicador ainda mais expressivo da expansão dos serviços de saúde do que os números das instituições. Com efeito, em 1934, foram verificados 67.153 leitos e, em 1964, esse número subiu para 228.499 (crescimento de 240%). Igualmente expressivo é o crescimento do número dos profissionais médicos vinculados aos estabelecimentos de saúde. Esse número passou de 5.947, em 1934, para 18.843, em 1964, um crescimento de 216,8%.

Tabela 3: Estabelecimentos de saúde, públicos e privados, leitos e médicos, por Estado - 1964

UNIDADES DA FEDERAÇÃO	ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE - 1964			LEITOS	MÉDICOS
	TOTAL	PÚBLICOS	PARTICULARES		
Rondônia	5	5	0	235	13
Acre
Amazonas	20	8	12	3.006	46
Roraima	2	1	1	95	5
Pará	38	14	24	3.940	449
Amapá	4	2	2	154	35
Maranhão	22	8	14	1.158	107
Piauí	19	10	9	1.327	47
Ceará	83	16	67	4.399	224
Rio Grande do Norte	53	11	42	2.093	117

Paraíba	45	20	25	2.766	278
Pernambuco	95	47	48	9.395	573
Alagoas	39	8	31	2.234	118
Sergipe	23	3	20	1.323	56
Bahia	98	19	79	7.317	682
Minas Gerais	398	42	356	35.428	2.543
Espírito Santo	51	9	42	2.853	274
Rio de Janeiro	150	25	125	11.511	995
Guanabara	173	66	107	29.958	3.611
São Paulo	543	43	500	53.127	4.422
Paraná	310	25	285	11.930	1.162
Santa Catarina	142	21	121	9.694	378
Rio Grande do Sul	366	31	335	27.903	1.887
Mato Grosso	52	6	46	2.197	206
Goiás	108	12	96	3.929	312
Distrito Federal	8	5	3	527	303
BRASIL	2.847	457	2.390	228.499	18.843

Fonte: Tabela produzida a partir de: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - Conselho Nacional de Estatística. *Anuário Estatístico do Brasil – 1966*. Rio de Janeiro, v. 27, 1966, p. 349.

Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=720>

Os 18.843 médicos, liderando os processos mais valorizados das 2.847 instituições de saúde e acessando os 228.499 leitos como fiadores das melhores esperanças dos pacientes e seus familiares, carregavam para dentro dos sindicatos, conselhos, e associações uma força política, moral e social poderosa, capaz de garantir a satisfação dos desejos e interesses da categoria, independente das proporções que tivessem. Porém para visualizar o contorno final e pleno da corporação médica é preciso contemplar, ainda, o seu domínio sobre as academias, nas quais os médicos eram formados e especializados.

Como pode ser observado no Anexo XI deste trabalho, até 1929 existiam em funcionamento, no Brasil, apenas 10 cursos de medicina, situados nas capitais de 8 Estados (Rio de Janeiro, Bahia, São Paulo, Paraná, Minas Gerais, Pernambuco, Rio Grande do Sul e Pará). De 1930 a 1964, foram criadas mais 26 escolas médicas, ampliando significativamente a cobertura geográfica (mais 10 Estados foram contemplados com escolas médicas) e adensando os principais centros onde já existiam escolas (mais 16 escolas foram criadas nos Estados que estavam nessa condição), conforme pode ser observado na Tabela 4.

Tabela 4: Escolas médicas criadas até 1964

ESTADOS	ATÉ 1929	DE 1930-1964	ATÉ 1964
AL	-	1	1
BA	1	1	2
CE	-	1	1
DF	-	1	1

ES	-	1	1
GO	-	1	1
MA	-	1	1
MG	1	3	4
PA	1	-	1
PB	-	1	1
PE	1	1	2
PR	1	1	2
RJ	3	1	4
RN	-	1	1
RS	1	4	5
SC	-	1	1
SE	-	1	1
SP	1	5	6
TOTAL	10	26	36

Fonte: Tabela produzida a partir do Anexo XI.

A abertura de escolas médicas foi vista como um fator decisivo para a afirmação da categoria porque elas articulavam a elite profissional em torno de instituições que gozavam de alto prestígio social e detinham influência política exemplar. Além de definir o perfil futuro da corporação, moldando os jovens que ingressavam nos cursos superiores de medicina, o corpo médico ligado às escolas direcionava a opinião pública nos temas da saúde, participava da definição das políticas de saúde (dos municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União), mantinha relação privilegiada com as principais instituições de saúde (aquelas que serviam de cenários de prática para seus alunos), monopolizava as pesquisas e as discussões dos assuntos mais relevantes da área, por meio da promoção de eventos (locais e nacionais), da participação em congressos internacionais e da produção de livros e artigos científicos. As escolas médicas também tinham relevância na composição das diretorias dos sindicatos médicos, dos conselhos (federal e regionais), da Associação Médica Brasileira e de outros órgãos da esfera da saúde e de outras esferas da sociedade política e civil. As escolas médicas tinham o pendão de realçar a autoridade do ato médico e, sobretudo, de adensar o status da profissão perante a sociedade.

Por causas dessas virtudes das escolas médicas, sua expansão contou com o engajamento da categoria durante toda a Era Vargas e além dela. Até 1971, novos cursos foram sendo criados sem oposição articulada. Com efeito, de 1964 a 1971, a dinâmica da expansão manteve o mesmo ritmo dos últimos anos do período anterior, duplicando o número de cursos de medicina. Esse curto período adicionou, aos 36 cursos existentes, mais 36 cursos novos (vide Anexo XI). A característica mais saliente desse novo período de expansão é a abertura de cursos em cidades interioranas de médio porte, acompanhando,

evidentemente, a interiorização da educação superior, na figura de universidades ou de instituições de menor porte, como é o caso, só para observar o que aconteceu no Rio Grande do Sul, dos cursos de medicina da Universidade do Rio Grande (1966), da Universidade de Caxias do Sul (1967) e Universidade de Passo Fundo (1969).

No início da década de 1970, a corporação médica começou a reagir negativamente ao processo de expansão das escolas médicas, antevendo possíveis prejuízos aos vencimentos da categoria por causa do ingresso de grande número de novos médicos. É claro que o argumento utilizado pela corporação jamais foi econômico (honorários), embora fosse exatamente a maior preocupação. O argumento utilizado era o da qualidade da formação. Desse ponto de inflexão em diante, o bordão da corporação foi sempre: “A quantidade compromete a qualidade!”.

A pressão exercida sobre o Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação e Cultura fez com que o ministro Jarbas Passarinho publicasse a Portaria nº 356, de 18 de junho de 1971, instituindo a Comissão do Ensino Médico. Essa comissão foi integrada 8 professores de escolas médicas (Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Sociedade Universitária Gama Filho, Universidade Federal do Pará, Universidade Nacional de Brasília, Faculdade Paulista de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade Federal do Rio Grande do Sul), que publicou o primeiro estudo (Documento nº 1)¹³, em 1972 (cf. Ministério da Educação e Cultura, Documentos do ensino médico, p. 9-59), recomendando, entre outras coisas, “que seja contido o processo de criação de escolas, pelo prazo mínimo de três anos.” A proibição *stricto sensu* não aconteceu, mas Ministério da Educação pisou no freio pesadamente, de sorte que, de 1972 a 1988, apenas 9 cursos seriam criados: Universidade Estadual de Montes Claros, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Universidade Iguazu - Nova Iguazu, Universidade Federal de Mato Grosso, Universidade Federal de Campina Grande, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente, Universidade Estadual de Maringá, Universidade Alfenas e Universidade Regional de Blumenau.

Detalhes sobre o contexto do período militar serão analisados nos tópicos subsequentes.

¹³ Outros dois documentos seriam elaborados posteriormente: Documento nº 2, de 1975, e Documento nº 3, de 1976. Os três documentos foram compilados e publicados pelo MEC em 1977 (Ministério de Educação e Cultura – Departamento de Assuntos Universitários – Comissão de Ensino Médico. *Documentos do Ensino Médico*. Ministério da Educação, 1977).

2.2. Antecedentes do Golpe de 1964

Como vimos no capítulo anterior, o advento e a consolidação do Estado novo estavam ancorados, entre outras coisas, no medo da burguesia em relação ao fortalecimento dos movimentos de esquerda, em especial o comunismo (fenômeno social que, como veremos, se repetiria algumas décadas depois, com o golpe militar de 1964). Portanto, um regime político capaz de apaziguar os brios revolucionários das parcelas mais vulneráveis da sociedade e, ao mesmo tempo, afagar o ego das elites, pela manutenção de seu *status* no cenário nacional, cumpria com perfeição o papel de “escudo contrarrevolucionário”. Mas após a segunda guerra mundial e a eliminação do totalitarismo na Europa, juntamente com o apoio brasileiro às forças aliadas, tornou-se insustentável a manutenção do regime, pois outros segmentos se avolumavam e cumpriam melhor o papel histórico na liderança política, diante das novas circunstâncias. Esse período de nossa história, que vai do fim do Estado Novo até o golpe militar de 1964, ficou conhecido como democracia populista.

Economicamente falando, houve um rápido crescimento industrial, cuja origem remonta ao primeiro período do governo Vargas, mas que recebeu forte impulso após a segunda guerra. Os setores mais avançados e progressistas da economia aumentaram sua contribuição na renda nacional; a população urbana cresceu vertiginosamente, por meio de um êxodo rural sem precedentes, e, conseqüentemente, os trabalhadores urbanos tornaram-se uma classe numerosa e ávida por melhores condições de vida, o que perpassava a conquista do diploma universitário para seus filhos (o tão sonhado bacharelato). As famílias se esforçavam ao máximo para bancar os custos durante o período de formação, como se fosse um investimento em longo prazo, resgatado com juros quando seus filhos enfim estivessem formados. Somado a isso, a própria burocracia e a indústria em franca expansão necessitavam como nunca antes na história do Brasil de mão de obra especializada. Sendo assim, o Estado se viu diante da tarefa de aumentar o número de vagas no ensino superior, melhorar e modernizar os cursos oferecidos e, ao mesmo tempo, flexibilizar a criação de novos cursos e instituições.

Nesse sentido, uma das medidas mais “populistas” foi acabar com a distinção existente entre os níveis secundários da educação de base, anteriormente separados entre o ensino profissional e o ensino médio clássico, em que apenas o último é que de fato servia como porta de entrada para o ensino superior. Sem haver distinções, qualquer indivíduo

poderia prestar vestibular e, se aprovado fosse, entrar no curso que quisesse. Outra medida tomada foi a mudança do sistema de preenchimento de vagas, tornando o vestibular classificatório e não eliminatório. Ou seja, as vagas seriam preenchidas de acordo com a posição do candidato, enquanto, obviamente, existissem vagas a serem preenchidas. O governo também tornou o ensino gratuito para aqueles que provassem hipossuficiência de recursos; o vestibular unificado em várias áreas, com o intuito de baratear a participação nos exames, favorecer a sua interiorização e, além disso, a migração de acadêmicos; a federalização de várias instituições, aumentando o padrão de excelência e os recursos internos aplicáveis; a duplicação do número de vagas para se conseguir o máximo possível de estudantes matriculados (cf. CUNHA, 2007b, p. 64-83).

O combate ferrenho contra as ideologias de esquerda cede um pouco e deixa de ser uma preocupação tão grande das autoridades públicas, que antes, inclusive, se legitimavam por meio da propaganda paranoica de um iminente perigo comunista. Diante disso, pela primeira vez depois de décadas, os jovens puderam ter acesso ao universo teórico marxista, o que os levou a questionar a ordem social vigente e seu modelo econômico mantenedor. Além do mais, o fato de muitos jovens serem obrigados a trabalhar para se manterem ou diminuírem a dependência econômica em relação aos seus pais, os deixaram diante da frustrante certeza de que, mais do que ao diploma, o sucesso econômico estava vinculado a aspectos sociais herdados pela família e suas posses. Ou seja, independente do quanto se esforçassem ou de quão magnânimo fosse o diploma e o curso escolhido, no fim das contas, as condições prévias anteriores à conquista de tal diploma seriam igualmente ou mais relevantes para ascensão social pretendida.

A própria academia, antes um mecanismo de difusão ideológica do Estado, transforma-se num centro de debate crítico e atuação política, favorecendo o engrossamento das alas militantes da juventude esclarecida. O sentimento da alienação da qual foram vítimas durante toda a vida e a formação de uma nova perspectiva sobre as estruturas sociais, antes apenas percebidas em sua naturalidade *reificante*, as fazem buscar formas de combate e transformação do mundo. Mesmo entre os jovens vindos das camadas sociais privilegiadas, havia muito sentimento de revolta, descontentamento, remorso e culpa por representarem os agentes que se beneficiavam das injustiças sociais (cf. CUNHA, 2007b, p. 54-62).

Nesse quadro histórico de mudança de paradigmas, várias forças se digladiavam em

torno dos rumos da educação brasileira. Muitos liberais, pensando a educação não apenas como elemento imprescindível para o progresso nacional, mas, também, como um serviço a ser ofertado com enormes possibilidades de gerar lucro a quem investisse nele, defendiam a retirada do poder público no patrocínio exclusivo do ensino. A ideia era abrir brechas para que cada vez mais os setores privados promovessem a formação dos jovens, seja por meio de parcerias com o Estado, seja pela abertura de novos cursos e instituições, sem barreiras administrativas e burocráticas rígidas e sufocantes, pois um regime verdadeiramente democrático não poderia prescindir das garantias da liberdade. Nessa senda, não era dever de nenhum governo dizer como as pessoas deveriam ser educadas, o que poderia ou não ser ensinado e como o ensino deveria ser conduzido por seus agentes. Às famílias, dotadas de seus recursos e princípios, caberia escolher os centros de ensino mais condizentes com sua visão de mundo e projetos de futuro para seus filhos.

Também existiam os liberais que anteviam os “perigos” de tal liberdade e, mesmo defendendo a autonomia das instituições e a abertura para o setor privado, percebiam a necessidade de certo controle estatal, seja para coibir os arroubos políticos de sujeitos mais ideologizados, seja para garantir um padrão mínimo de qualidade.

Ainda existiam aqueles que enxergavam o ensino como um mecanismo de ajustamento prático e eficiente à realidade econômica e social do mundo do trabalho, ou seja, o ensino era uma resposta passiva às demandas do modelo capitalista, que até podia flertar com determinados assuntos de viés moral e cultural, mas sempre no sentido de dar suporte à visão pragmática de base.

Outros indivíduos, herdeiros do Estado Novo varguista, continuavam pregando a unidade nacional como elemento de suma importância para a lapidação de um sentimento nacionalista e progressista, que tinha na imagem de um Estado forte a grande utopia, capaz não só de representar, mas de congregar seus cidadãos em torno de seus interesses.

Enfim, foram vários os grupos que disputaram a supremacia na elaboração de um projeto de ensino para o Brasil, cada qual detentor de seus próprios interesses e especificidades ideológicas, por vezes difíceis de serem conciliadas por completo (cf. CUNHA, 2007b, p. 93-124).

Em meio às mudanças pelas quais o ensino superior passava no mundo inteiro, principalmente aquelas vindas dos países mais desenvolvidos e que mais contribuíam para o progresso das ciências e da tecnologia, era evidente que o Brasil precisaria passar por grandes reformas para não ficar defasado. Embora muita coisa tenha mudado, ainda restavam arcaísmos oriundos do século XIX e que impediam um avanço qualitativo da educação brasileira. Não se podia mais conceber o Brasil dentro de um cenário político e cultural erguido, entre outras coisas, sobre o nacionalismo e o progressismo otimista de uma nação crente em si mesma e no seu potencial, como um mero repositório de matérias-primas, ou um celeiro de grãos e produtos de base, eternamente dependente das tecnologias e produtos sofisticados vindos de fora. A independência e a autonomia almejadas perpassavam pela indústria forte e, conseqüentemente, por profissionais instruídos e capazes de abastecer o quadro de funcionários de alto padrão, coisa somente possível por meio de um ambiente formativo adequado.

Em meio a todas as disputas entre os intelectuais da época sobre como melhorar as condições do ensino, em todos os níveis, surgem três modelos de sucesso ímpares e que passam a servir de base para outras instituições: O ITA (Instituto Tecnológico de Aeronáutica), a Universidade de Brasília e a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, que, embora fizesse parte da USP, conseguiu trilhar seus próprios caminhos, agregando qualidade e inovação em seus métodos de gestão e ensino. O ITA acabou com as cátedras vitalícias, incentivando a promoção do quadro docente por produtividade e desempenho; o plano de carreira se baseava na conquista de graus mais elevados, partindo da pós-graduação, num caminho ascendente; ao invés da cátedra, a organização se estruturou em departamentos, cuja agregação dependia das similaridades ou correspondências entre campos de conhecimento ou objetos de pesquisa; os alunos residiam no *campus* e tinham liberdade para interagir e tirar dúvidas com seus professores fora do ambiente de aula; havia flexibilidade no currículo, sem nenhum tipo de engessamento, o que auxiliava na rápida e produtiva mudança de disciplinas; o curso era dividido em uma parte comum, de dois anos, em que eram estudados assuntos inespecíficos e do interesse geral de todas as especializações, e uma parte profissional, de três anos, em que o curso ia se afinando, com o caráter mais específico de cada área; os alunos e professores eram estimulados a desenvolver pesquisas (cf. CUNHA, 2007b, p. 129-130).

A existência do ITA como uma ilha de ensino superior moderno num mar de

escolas arcaicas animou os reformadores do ensino, principalmente aqueles que viam na sua modernização o caminho necessário para que o país adquirisse a maioria científica e tecnológica, indispensável, por sua vez, para viabilizar o rompimento dos laços de dependência do exterior, ou, então, para os reforçar, no intuito de modernizar o país, começando pelo sistema educacional, à imagem do paradigma do país capitalista hegemônico – o mais “desenvolvido” (CUNHA, 2007b, p. 130).

No que concerne à Universidade de Brasília, ela veio a se constituir como a primeira grande universidade do Brasil, no sentido de colocar em prática todas as mudanças pretendidas pelos reformistas. Seria a expressão no ensino superior do que a cidade de Brasília era nos campos da engenharia, política, arquitetura, urbanismo e tecnologia. Se o ITA não passava de uma bolha de progresso e modernidade, isolado enquanto instituto, a Universidade de Brasília elevaria o padrão e as conquistas da área do ensino superior para todas as áreas do conhecimento e ditaria a tônica de um novo tempo de elevada modernização e saber.

Quanto à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, instalada na cidade Ribeirão Preto, no ano de 1948, mas cujo funcionamento como instituição se deu apenas em 1952, foi por muitos considerada a mais moderna, inovadora e progressista entre as escolas de medicina no Brasil. O seu sucesso foi tão grande que acabou inspirando outras instituições Brasil afora. Entre as inovações trazidas pela faculdade de medicina podem ser citadas, a título de exemplo:

a associação do regime de cátedras ao de departamentos, reduzindo o número de catedráticos, de 35 a 40 nas demais faculdades de Medicina, para 18 a 20; a adoção do regime de tempo integral para todos os professores, inclusive os das clínicas, fato inédito nas escolas da área; a integração das atividades de ensino e pesquisa dos diversos departamentos/cátedras; a redução dos programas e do tempo dedicado à Morfologia, aumentando, correlativamente, a ênfase na Bioquímica, na Fisiologia e na Farmacologia; a introdução de disciplinas até então inéditas no ensino médico do país, como Medicina Preventiva, Psicologia Médica e Medicina do Trabalho; a adoção de períodos semestrais para algumas disciplinas; a ênfase na atividade prática do ensino, em laboratórios, ambulatórios e hospitais (CUNHA, 2007b, p. 139).

Os embates frequentes entre partidários de posições distintas relativas às novas concepções de universidade do futuro foram a tônica do período populista. Se existiam correntes de pensamento mais conservadoras e reacionárias, articuladas para a manutenção de muitos princípios elementares erguidos sobre noções autoritárias do ensino, existiam reformistas pragmáticos, defensores de uma universidade alinhada com as diretrizes capitalistas. Ainda existiam os que viam a universidade como um universo crítico, em que

as relações sociais e os macro problemas das pessoas em sua vida coletiva deveriam passar pelo escrutínio dos centros de saber, que não seriam meros repositórios de profissionais passivamente ajustados às demandas de um determinado modelo econômico, mas sujeitos críticos, capazes de pensar, refletir e propor mudanças para as questões mais urgentes de seu tempo. Essa última linha de pensamento recebeu forte apoio da classe estudantil, na época, unida em torno de pensamento mais à esquerda do espectro político.

Nesse sentido, entre os inúmeros documentos que atestam esse alinhamento dos universitários ao pensamento de esquerda, com forte conotação revolucionária, destacam-se os anais dos seminários nacionais de reforma universitária, o primeiro realizado em Salvador, entre os dias 20 e 27 de maio de 1961, e o segundo em Curitiba, entre os dias 17 e 24 de março de 1962. Embora existissem muitas divergências entre as comitivas envolvidas nos seminários – que contaram com participação de representantes de quase todos os entes federativos e suas instituições mais proeminentes –, alguns princípios de concordância comum vieram à tona. A ideia de uma universidade crítica, dialógica, aberta para o povo e ciente dos problemas inerentes à superestrutura política e econômica capitalista sintetizam o núcleo dos anseios reformadores. A nova universidade não poderia se fechar em si mesma, não poderia servir de extensão da ordem vigente, como um mero mecanismo adjuvante, nem se focar na pura e simples investigação desinteressada ou reprodução mimética, mas tomar para si a dianteira, como força capaz de iniciar a revolução, a transformação do mundo. Em todo discurso aparecem expressões e frases com forte cunho marxista e os resultados apontados como ideais para o futuro, não só da universidade, mas da nação, se coadunam simetricamente com os discursos da esquerda europeia.

No que concerne à saúde, pela primeira vez, há uma defesa mais contundente de um modelo de atenção focado em questões amplas e diretamente relacionadas com a política, a economia e a desigualdade social. A ideia não era nova, mas sempre sofreu resistência por parte dos representantes políticos e profissionais da área da saúde, não de todos, obviamente, mas de uma parcela considerável deles. A questão era pensar a saúde em suas múltiplas inter-relações, de um modo contextual e sensível quanto aos aspectos ligados às condições de vida da sociedade, o que passa pela necessidade de incorporação na formação e prática médicas de elementos vindos das ciências humanas e sociais. Desde os anos de 1950, várias organizações internacionais vinham defendendo a ideia de uma medicina preventiva, que conseguisse englobar todos os aspectos da vida humana naquilo que podem ter reverberações

na saúde. Ou seja, muito mais do que tratar doenças, a medicina, vista de uma forma mais alargada e política e sociologicamente comprometida, deveria ser sensível às questões periféricas que indiretamente se ramificavam e incidiam na saúde do povo. Por isso, não apenas a mentalidade dos médicos deveria mudar, mas também a maneira como as universidades e os cursos de medicina se estruturavam.

Os departamentos de medicina preventiva foram propostos no âmbito da organização Mundial de Saúde (OMS) e da organização Pan-americana de Saúde (OPAS) nos anos de 1950. Nos debates então promovidos destacava-se a ideia de que haveria que influir na formação dos médicos, promovendo alterações curriculares que sobrelevassem o aprendizado de métodos preventivistas, aproximando os graduados de secretarias de saúde, departamentos de tratamento de água e limpeza pública, e etc. Levados à prática pelos novos médicos, tais métodos, conforme pretendiam os formuladores dos debates, alterariam os sistemas de saúde, diminuindo custos para a saúde pública em sua totalidade. A mudança no ensino médico era, assim, "estratégia fundamental para o desenvolvimento de uma atitude preventivista" (NEMI, 2021, p. 222-223).

Já em 1963, durante a “A 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)”, muitos profissionais da área defendiam uma saúde pública descentralizada, que fugisse da visão simplista “hospitalocêntrica” e fosse capaz de perceber as conexões entre o desenvolvimento nacional e as condições sanitárias da população, principalmente, a de baixa renda. Havia uma noção muito mais alargada sobre a saúde pública, baseada não apenas na mera questão patogênica, mas nas interfaces entre os aspectos sociológicos e econômicos e a maneira como tais aspectos repercutiam na saúde do povo. Nesse sentido, propõem uma reestruturação dos currículos acadêmicos das instituições de ensino superior, para que a formação dos futuros médicos conseguisse dar conta das exigências complexas da sociedade moderna e das variáveis sociais e econômicas potencialmente responsáveis pela salubridade ou pela falta dela (mesmo que indiretamente). Além disso, “[...] se evidenciam, ainda, a defesa de uma medicina humanista voltada para o diálogo entre o médico e o paciente, além de uma forte crítica a indústria farmacêutica que organizava suas ações apenas em torno da obtenção de lucro” (NEMI, 2021, p. 158).

O ser humano em sua forma integral, em toda sua complexidade, enquanto um ser biológico, psicológico, social, histórico e à mercê das diversas variáveis políticas e econômicas, deveria estar no centro das discussões e da atenção médica. A dicotomia simplista entre saúde/doença, sendo o trabalho do médico oferecer a terapêutica necessária para restaurar a saúde por meio do combate a uma determinada patologia, dá lugar a uma visão mais panorâmica que engloba todas as dimensões em que houvesse, direta ou

indiretamente, potencial de perigo para a saúde de um indivíduo ou de uma sociedade. “Mas os interesses manifestados pelas sociedades civis sem fins lucrativos que, no mais das vezes, organizam e gerem hospitais a partir de intenções médicas, além das opções feitas por diferentes governos em distintas conjunturas, mesmo quando tensionados pelo crescimento do preventivismo e dos defensores de modelos mais simples de atenção às comunidades, foram sempre mais fortes” (NEMI, 2021, p. 181).

Assim sendo, apesar dos discursos e do engajamento dos estudantes em prol de uma reforma ampla e que fosse capaz de amenizar os problemas inerentes ao povo pobre e necessitado de uma maior atenção,

Durante todos os momentos do período 60/64, em que se discutia e decidiam, no Poder Central, questões sobre as diretrizes políticas do setor de Saúde, permaneceram dominantes na prática institucional quotidiana, herança invencível do Estado Novo, por um lado um discurso sanitário que se poderia denominar campanhista, isto é, uma visão sanitária de combate a doenças de massa acompanhada de propostas saneadoras, imunizantes, erradicadoras. Por outro, um discurso securitarista, ou seja, uma visão orientada à generalização da atenção médica, fundamentalmente preocupada em englobar toda a população sob o regime de previdência social. No que concerne ao discurso sanitarista, dominam as práticas “rotineiras” campanhistas do Ministério da Saúde (LUZ, 2014, p. 124-125).

Apesar dos discursos eloquentes e emocionantes, dos progressos em algumas áreas, e das profícuas discussões trazida nos debates, não houve, de fato, grandes mudanças qualitativas para uma saúde coletiva e que conseguisse atender as reais necessidades do povo. As mudanças mais significativas viriam alguns anos depois, já no período dos militares, com a vinculação da medicina com a Previdência Social.

2.3. O regime militar e os novos rumos da educação e da saúde no Brasil

Como vimos, nenhum elemento que compõe uma sociedade ou algum aspecto funcional e dinâmico de uma ação social institucionalizada, estão alheios ao macrocosmo político-econômico que os engloba. Por conseguinte, para se compreender a parte, é necessário ter uma noção do todo, pois as inter-relações existentes na tecitura da realidade sistêmica dos modernos Estados nacionais capitalistas criam uma teia de reverberações em todas as esferas e em todos os países, mesmo naqueles que estão longe de exercer qualquer tipo de protagonismo na arena global (como foi e ainda é o caso do Brasil). Sendo assim, para se compreender a saúde durante o regime militar é crucial entender as nuances

econômicas e políticas daquele período da história brasileira e mundial.

O mundo estava no auge da guerra fria e o medo do comunismo, assim como ocorreu durante o primeiro governo Vargas, tirava o sono dos burgueses dos países capitalistas desenvolvidos. Isso porque, em praticamente todas as nações, existia um pensamento de esquerda consolidado e um contingente significativo de pessoas que lutava pela conquista progressiva do poder, como forma de propor alternativas para eliminar as desigualdades sociais inerentes ao regime capitalista ocidental. O medo de uma revolução socialista, cujo exemplo mais paradigmático, no contexto latino-americano, era o caso de Cuba, e da consequente perda de privilégios da elite instituída fez com que o mundo “civilizado” não só criasse estratégias para consolidar o estado de bem-estar social, assentado em direitos básicos e assistenciais capazes de arrefecer qualquer descontentamento ou intenção revolucionária, mas também patrocinasse e chancelasse ditaduras alinhadas aos seus interesses. Um país subdesenvolvido, coadjuvante no cenário internacional, carente de um parque industrial complexo e plenamente capacitado, preso em uma eterna dependência do setor primário para manter a balança comercial superavitária, estaria disposto a se manter numa eterna relação de vassalagem, abrindo mão de sua independência e autonomia, como forma de garantir os privilégios de sua elite dirigente (cf. CARDOSO, 2013, p. 29-64).

Nesse processo, o capitalismo que por aqui se verifica é diferente do praticado em outros lugares com tradição capitalista mais antiga e assentada numa mega industrialização, pois mescla elementos ditatoriais e centralizadores com uma aura neoliberal de desobrigação do Estado para com as carências da população. No início dos anos 1960, houve significativa queda do crescimento econômico no Brasil. Os primeiros anos da década opuseram gravemente os defensores do modelo cepalino-estruturalista e os defensores do modelo liberal. Para os primeiros, a principal questão a ser enfrentada era a do estrangulamento do mercado interno que restringia o processo de substituição de importações na medida em que se necessitava de um constante aumento de demanda interna. Para os liberais, o fundamental era manter as esferas política e econômica separadas, deixando ao mercado a virtude da gestão da ação dos agentes sociais e econômicos, mantendo o Estado, por conseguinte, num papel neutro, meramente garantidor legal das ações praticadas na esfera econômica (cf. NEMI, 2021, p. 133).

A instabilidade do governo instituído, a renúncia de Jânio Quadros e a ascensão de

João Goulart, que tinha uma visão política reformista e progressista, considerada mais à esquerda, somadas ao medo insano dos conservadores reacionários e à atitude norte-americana de cancelar qualquer força política que se mostrasse alinhada aos seus ideais, mesmo que antidemocráticos, foram a mistura exata para a emergência e consolidação do regime militar. Nesse contexto, ao mesmo tempo em que os militares agiam como autocratas conservadores no campo da política e da moral, agregavam princípios de uma economia liberal na gestão pública (cf. CARDOSO, 2013, p. 29-64).

Todavia, as crises pelas quais passou o sistema capitalista nas primeiras décadas do século XX, associadas ao já referido medo do comunismo, fez com que as atribuições do Estado tivessem que aumentar progressivamente. As legiões de seres humanos vivendo à margem do progresso das modernas economias mundias, principalmente nos países periféricos e subdesenvolvidos, clamavam por uma assistência maior por parte dos políticos, que passaram a arquitetar formas de responder às demandas mais urgentes dessa população. A busca por um estado de “bem-estar social” passou a ser uma das prerrogativas da esfera pública, por meio de seus dirigentes, e a saúde, como é de se supor, encabeçava a lista de prioridades nas exigências feitas pelo povo.

Este é [...] o quadro histórico no qual se inscreve o início do processo de sustentação, pelo Estado, dos direitos sociais na sociedade brasileira. O quadro institucional, através do qual ocorreu esse desenvolvimento, foi o do Seguro ou Previdência Social. Em seu interior constitui-se a assistência médica como principal, senão exclusiva alternativa para a organização tradicional de serviços de saúde sob as formas da filantropia ou do consumo em um mercado livre (DONNANGELO, 2011, p. 23 a 24).

A Previdência Social talvez tenha sido a primeira tentativa consistente por parte dos detentores do poder de garantir certa segurança ao trabalhador quando impossibilitado de exercer suas funções laborais, seja temporariamente ou definitivamente, permitindo um nível mínimo de consumo. Além disso, como vimos, a Previdência foi responsável pelos custeios da saúde pública da maior parte da população brasileira sem recursos próprios (cf. DONNANGELO, 2011, p. 33), tornando o Estado quase que o detentor do monopólio do mercado de assistência médica, bancando cerca de 90% de todos os gastos na área (cf. DONNANGELO, 2011, p. 58). Esse custeio teve mais a ver com a emergência de um “mercado consumidor” de saúde do que de uma iniciativa em prol dos mais necessitados. Com efeito, o setor mercadológico de serviços de saúde via, com os olhos arregalados, as enormes possibilidades de lucro diante das tecnologias e inovações do setor. O

financiamento estatal, por meio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), foi uma resposta do poder público ao *lobby* empresarial dos recentes conglomerados hospitalares, ao tempo em que aplacou o crescente descontentamento de uma parcela gigantesca da sociedade (cf. DONNANGELO, 2011, p. 58).

2.4. A privatização da medicina apadrinhada pelo Estado

Apesar de ambicioso e, de certa forma, bem-intencionado, na prática, o projeto de saúde dos militares continuou a copiar uma velha fórmula. Os poderes instituídos, como vimos num outro momento, mesmo quando o Brasil ainda pertencia a Portugal, nunca tiveram como prioridade a assistência social aos mais carentes, que, na maioria das vezes, ficava a cargo de congregações religiosas e filantrópicas. Com a saúde não foi diferente, pois o máximo feito pelo Estado no decurso do tempo, até meados do século XX, foram medidas focadas mais no âmbito coletivo, como campanhas de vacinação em massa, controle da propagação de doenças, medidas sanitárias e profiláticas em larga escala e isolamento social em períodos epidêmicos. Até o período aqui estudado, nunca houve iniciativas consistentes e articuladas a planos político-econômicos globais de custeio e oferecimento de assistência médica ao nível individual (cf. DONNANGELO, 2011, p. 45).

Em outras palavras, a medicina e o acesso à saúde ou era uma atividade de cunho liberal, ofertada por profissionais médicos a indivíduos que os procuravam por seus próprios meios e recursos, ou, quando convertida em política pública, tinha como compromisso prevenir epidemias e, conseqüentemente, garantir o número adequado da mão-de-obra indispensável à economia, seja no setor primário, principalmente cafeeiro, seja na incipiente indústria que a passos lentos se instalava no Brasil. A saúde não era, portanto, um direito universalmente válido e garantidor de um nível básico de qualidade de vida para a população, mas apenas um meio de torná-la e mantê-la economicamente ativa. A instrumentalização do povo repercutia na instrumentalização da saúde, que, mesmo quando abastecida de modernas técnicas, na prática, era apenas mais um produto de consumo caro e, por conseguinte, restrito a um número reduzido de indivíduos. Assim, existia uma estratificação não apenas das pessoas, mas também das doenças e do acesso à saúde, que era notoriamente classista e elitista, ou seja, existiam doenças de ricos e de pobres no Brasil (cf. CARDOSO, 2013, p. 95-97). Esse cenário, apesar de ter sido atenuado devido às várias medidas que, de certa forma, deram um alento ao povo, em linhas gerais, continuou o mesmo durante os anos de

chumbo da ditadura.

(...) Esta dissociação entre política pública e as grandes questões nacionais é característica da questão da saúde durante o segundo pós-guerra, ganhando maiores contornos a partir do regime de 1964. A centralização do aparelho previdenciário, peça chave na política de atenção individual à saúde, em 1967, marca uma mudança de qualidade na expansão do modelo. De outro lado, o regime ditatorial desprezou as enfermidades mais ligadas à pobreza, estrangulando seu orçamento exatamente no período do “milagre econômico”, que preparou terreno para grandes epidemias. Por fim, a entrada das grandes empresas transnacionais farmacêuticas e de equipamentos moldou o caminho a ser trilhado pela saúde brasileira nos anos seguintes (CARDOSO, 2013, p. 26).

O descaso para com a saúde da população vulnerável foi aprofundado em muitos aspectos, até pelo fato de que a criticidade e a análise social livre e comprometida com o desvelamento da real situação do povo terem deixado de ser uma possibilidade, em meio ao cerceamento estatal (era melhor para a imagem do governo se certas informações e constatações não fossem divulgadas). Os recursos destinados à saúde nos anos subsequentes à tomada do poder pelos militares foram decaindo, deixando antever que a saúde não era uma prioridade para eles, senão vejamos: em 1965, as despesas da União destinadas à saúde chegaram a 68% do PIB, enquanto que, no ano de 1971, ficaram em 39,2% (cf. LUZ, 2014, p. 152). As ações coletivas ficavam a cargo do Estado, concentrando-se mais na imunização e na promessa de saneamento básico (que nunca vinha). Quanto à saúde individual, apesar de haver iniciativas locais e filantrópicas de atenção à população marginalizada, no geral, quase a totalidade dos recursos públicos destinados à pasta foram usados no patrocínio da iniciativa privada. O Estado nacional, sob à égide dos militares golpistas, usava das verbas da saúde para manter um sistema privatista, seja para o pagamento dos procedimentos realizados, seja para a compra de equipamentos e medicamentos (cf. CARDOSO, 2013, p. 110-122).

A assistência médica à população passou a ser prerrogativa da Previdência Social, que unificava, a partir daí todos os modelos e programas assistenciais já existentes sob um único “guarda-chuva” institucional. Por meio do Decreto nº 54.210, de 26 de agosto do ano de 1964, o então presidente recém-empossado (depois do fatídico golpe à democracia), Castelo Branco, e seu Ministro da Saúde, Raymundo de Brito, orientavam sobre a necessidade de criação de uma Comissão Especial com o intuito de estudar os meios e as condições a partir das quais se tornaria possível unificar os serviços médicos. Esse estudo serviria de base para um amplo Projeto de Lei integrador, que, em tese, seria concretizado

com a contribuição dos beneficiários, dos órgãos e instituições estatais pertinentes a área da saúde, dos representantes de classe (médicos e administradores hospitalares) e da comunidade em geral, além de indicar as formas de financiamento para a prestação dos serviços (cf. LUZ, 2014, p. 111).

[...] Em linhas gerais, o processo que se considerou como de privilegiamento ou preservação do produtor privado, é possível sintetizá-lo: consiste na afirmação de um padrão geral e constante de compra de serviços pelo Estado, com o que, embora introduzindo no mercado mecanismos de controle de preços, ele evita assumir papel significativo como produtor; comporta formas de redefinição da política estatal tendencialmente favoráveis à preservação do setor privado, expressas por variações no padrão de compra de serviços que se estende, desde a compra direta, a novas formas de autonomia do produtor privado na manipulação de meios de produção originalmente sob controle do Estado (DONNANGELO, 2011, p. 70-71).

Esse período “[...] é comumente referido pela historiografia como o da ‘medicina previdenciária’. Isso porque nele se estruturaram e enraizaram mecanismos de atenção à saúde vinculados a direitos como aposentadoria e pensões evidenciados no registro dos trabalhadores em carteira de trabalho” (NEMI, 2021, p. 26). Em outras palavras, “observe-se que se trata do crescimento da assistência à saúde representada pela previdência individual recolhida pelo trabalhador, pelos empregadores e pela União. Os gastos do Estado com a saúde pública e a medicina preventiva foram sempre proporcionalmente menores nesses anos de 1970” (NEMI, 2021, p. 197). Num país em que, historicamente, a maior parte dos cidadãos sempre viveu do trabalho informal, a ideia de condicionar a assistência médica ao fato do sujeito estar formalmente empregado e contribuindo com a Previdência, obviamente traria como resultado a exclusão de um contingente significativo do povo menos favorecido e, justamente por isso, mais necessitado de atenção.

Num primeiro momento, após a junção entre os benefícios previdenciários e à saúde em 1966, sob a tutela administrativa do INPS, havia a indefinição a respeito de como tal serviço seria ofertado e qual seria a base de financiamento. Independente disso, é inegável o fato de o Estado ter se tornado o

[...] organizador dos serviços de assistência à saúde, submetendo a atividade médica à Previdência Social, enfraquecendo a medicina liberal e fortalecendo o modelo hospitalocêntrico que se desenhara nos anos de 1940 e 1950. Tratou-se, portanto, da formação de um complexo previdenciário baseado no atendimento individual, curativo e hospitalar no qual as empresas filantrópicas tinham grande importância: responsáveis por hospitais em todo o Brasil, entre as misericórdias e hospitais como o São Paulo, essas empresas assinavam convênios com o INPS de

modo a prover a assistência prevista no novo modelo. Uma "articulação entre o público e o privado" que marcou o desenvolvimento da assistência à saúde no Brasil e que promoveu "formas híbridas" de organização de serviços, fato que pode ser reportado à experiência da caridade privada desenvolvida pelas misericórdias e das sociedades civis conforme regramento dado pela República (NEMI, 2021, p. 196-197).

O controle da área da saúde era mínimo e as diretrizes básicas na prestação de serviços pelos produtores diretos, principalmente os médicos, no que tange à ética profissional e às formas de fiscalizar o trabalho executado, eram feitas pelas próprias instituições e organizações de classe, o que dava grande autonomia e liberdade para os prestadores de serviços. Dessa forma, o Estado abria mão da intenção de promover ou produzir serviços médico-assistenciais, se restringindo a patrociná-los (cf. DONNANGELO, 2011, p. 66).

Em termos gerais, podem ser assim explicitadas as principais condições através das quais a modalidade de interferência estatal tem preservado o setor privado: ao sustentar, pela manipulação concentrada de recursos, uma procura ampliada quantitativa e qualitativamente; ao garantir a continuidade e expansão, sob controle privado, de uma rede de produção de serviços que incorpora progressivamente a tecnologia moderna; ao manter o produtor privado no controle direto dos processos de produção, conquanto limitado pela capacidade de custeio (DONNANGELO, 2011, p. 62).

É durante esse período que a corporação médica viu a excelente oportunidade de consolidar definitivamente a sua hegemonia dentro do cenário nacional, pela postura privatista e liberal assumida pelas esferas de poder estatais. A vinculação da saúde pública ao INPS, como única agência de fomento, respaldada por uma visão *medicalizante* e *curativista*, deu ao setor os meios financeiros e a liberdade para concretizar antigos projetos corporativos (cf. LUZ, 2014, p. 25). Os médicos passariam a gozar de poder quase pleno para regular as etapas e os métodos de execução de serviços, como critérios para o pagamento pelos procedimentos realizados, a formulação de convênios com instituições privadas e empresariais e a forma de distribuição e gestão dos subsídios do INPS. Além do mais, a ideologia liberal defendida pelos médicos passa a nortear a própria postura do governo em relação à saúde pública, centrada, como dito anteriormente, num modelo *curativista*, *biologicista* e *medicalizante*, que deixa de considerar a prevenção das doenças como algo a ser tratado pelas esferas públicas, que necessariamente passam por questões sociais, políticas e ambientais, diretamente relacionadas à saúde do povo (cf. LUZ, 2014, p. 162-163).

Assim, o grande mérito de tal projeto, na prática, era aumentar o ordenado médico e o lucro das instituições de saúde privadas através do subsídio governamental. Não tinha como prioridade a saúde do povo, mas a garantia de melhores condições financeiras aos produtores diretos de serviços, que foram os grandes beneficiários do modelo adotado. Por conseguinte, nem de longe pode ser encarado como um Plano Nacional de Saúde o que se apresentava, mas apenas a expressão jurídico-institucional de antigos anseios corporativistas, que em meio a um repúdio a qualquer ação tida como de esquerda, acabava com a esperança de uma política ampla de assistência à saúde, para colocar em seu lugar um sucedâneo liberal raso, incompleto e elitista na sua origem e nos seus meios e procedimentos (cf. LUZ, 2014, p. 164).

Embora em tese pudesse beneficiar a massa operária pela “racionalização do atendimento médico através da padronização dos descontos e da uniformização dos serviços”, pela “extensão da cobertura médica a setores desassistidos da população”, pela conseqüente “melhoria dos padrões de Saúde” e indiretamente pelo aumento da produtividade, isto é, da “riqueza nacional” beneficiará de fato os setores que, na articulação de forças vigente, estão em condições de voltar a proposta a favor de seus interesses. Neste caso, a unificação da previdência social, realizada no Estado e pelo estado como era inicialmente proposta do discurso estatista de alguns setores do IAPs, favoreceria imediatamente, naquele momento, a corporação médica, a tecnocracia (estatista ou privatista) da saúde, ao recente empresariado clínico-hospitalar e ao empresariado em geral, que teria a possibilidade de ver a força de trabalho, se não reproduzida, ao menos reparada (LUZ, 2014, p. 96).

O Estado, assim, agradava, em primeiro lugar, as indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos, a maioria composta por multinacionais, que todo ano colocavam no mercado dezenas de novos produtos e medicamentos. O objetivo, evidentemente, era o aumento dos lucros, e, para tanto, não se furtavam de investir maciçamente em “propaganda” para favorecer o consumo, seja por meio dos anúncios em veículos de comunicação de massa, ou através de um lobby gigantesco perante as instituições governamentais e perante os médicos, que, nesse caso, eram os intermediários responsáveis por fazer o produto chegar até o “cliente”. Em segundo lugar, as grandes corporações médicas também tinham seus interesses atendidos, pois a crescente privatização favorecia um maior controle por parte das próprias instituições e conglomerados hospitalares, com mínima interferência do Estado nos assuntos internos, que, todavia, bancava os custos dos serviços oferecidos com somas vultosas do dinheiro público advindas da arrecadação da Previdência.

Tais instituições pressionam o Estado não só como seu cliente mais poderoso em “saúde”, mas também no sentido de ampliar indiretamente – através da

medicalização de camadas mais amplas da população – a faixa de mercado consumidor de “saúde”. Isto é tanto mais importante quando se sabe que no Brasil, mais que nas formações sociais avançadas do capitalismo, o Estado foi historicamente o organizador e é, atualmente, o gerente das Instituições Médicas, privadas ou não (LUZ, 2014, p. 65).

Tanto as indústrias multinacionais, fabricantes de produtos com enorme valor agregado (medicamentos e aparatos tecnológicos), quanto as indústrias nacionais, prestadoras de serviços, encontravam seu sustentáculo político-econômico, para crescerem e se manterem, no Estado, algo próximo do que acontecia com o sistema produtivo como um todo em países de economia emergente. “O efeito politicamente mais geral do saber e das práticas médicas na nossa sociedade é, estruturalmente, de sustentar e reproduzir as relações sociais da estrutura capitalista de produção” (LUZ, 2014, p. 66-67).

O que se via era a consolidação de uma medicina mercantilizada e de forte cunho liberal e um Estado que, no concernente à atenção à saúde, recuava de qualquer tentativa consistente de um projeto amplo e que de fato atendesse às reais necessidades do povo, tendendo progressivamente, como já mencionado, à privatização. O aumento do consumo de medicamentos, para praticamente tudo, e das internações hospitalares, por vezes sem estrita necessidade, foram as consequências diretas desse modelo de gestão adotado. A forma de tratar as mazelas do povo, não em sua origem e não com a abrangência requerida, deu-se por meio da concessão de “paliativos”. Nesse sentido, “o reduzir a saúde à ausência relativa de doença, a programas médicos curativos ou preventivos tem sido, no Modo de Produção Capitalista, a forma política de eludir o problema das condições de existência nele vigentes” (LUZ, 2014, p. 81). O povo, destituído de qualquer protagonismo direto nas decisões, seja na área da saúde, seja no planejamento econômico ou na política, sem poder contar com a possibilidade de uma conscientização sobre sua situação de vulnerabilidade e sobre as possíveis formas de amenizá-la e superá-la, tinha como consolo a miraculosa ciência médica, com seus avanços incríveis e emocionantes (cf. LUZ, 2014, p. 27-28).

A medicina em tantos pontos moderna e sofisticada que se implanta no país a partir de 1968 e a indústria químico-farmacêutica de primeira linha que ela supõe, com a inevitável presença de grandes empresas internacionais, pode criar para os menos avisados uma visão de miragem da situação vital da população. Na medida em que se ouve falar em complexas operações, médicos internacionalmente famosos, “milagres médicos”, assistência para todos, pode se ter a impressão de que a saúde do povo brasileiro vai bem (LUZ, 2014, p. 297).

Assim, podemos dizer que havia nos programas governamentais destinados à saúde

do povo um aspecto político inerente, que não se restringia apenas aos cuidados com a saúde em si, sendo o aspecto mais notável a busca por enquadramento das classes desprivilegiadas no sistema em voga, possibilitando a sua domesticação e controle. A imposição de uma “disciplina” ao trabalhador, a manutenção de sua saúde, impedindo que ele adoça e, por conseguinte, permitindo que ele continue trabalhando e, ao mesmo tempo, evitando qualquer tipo de agitação social motivada pelo aumento das enfermidades, tornam os projetos governamentais destinados à saúde com forte vinculação à política (cf. LUZ, 2014, p. 68).

Diante de um quadro de nítida regressão de condições vitais o INPS será o agente institucional que concentrará em torno de si a responsabilidade pela sobrevivência física de uma gigantesca parcela da população. Ele cresce [...] não só pelo esforço dominante de desenvolver um quadro de atendimento assistencial-privatista [...], mas também para canalizar para dentro desta instituição os marginais do sistema produtivo, o “quarto estrato” com suas insatisfações, através da distribuição indireta de benefícios: auxílios, pensões e atenção médico hospitalar. Mais que simples atitude estatal paternalista, trata-se do assentamento de um modelo de contenção de possíveis conflitos e de organização disciplinar de imensas camadas sociais (LUZ, 2014, p. 327).

Por conseguinte, podemos dizer que

[...] o modelo adotado a partir de 1964, por ser antes de tudo concentrador de poder, cria uma realidade que vai alimentá-lo: a grande legião dos excluídos. Este tipo de “doença” por mais que recorra às “conquistas médicas” e aos programas médicos, não será por eles “curada”. Ao contrário, embora falte ainda um estudo em profundidade sobre o tema, pode-se afirmar a hipótese que, quanto maior a medicalização da sociedade brasileira enquanto processo político-econômico substitutivo do controle-criação da produção social, maior será o crescimento dos índices de doença. Os dados de que dispomos apoiam nossa hipótese de que o modelo médico-hospitalar torna-se dominante sobretudo na conjuntura 68-74, concentrando-se nos grandes centros das regiões sul-sudeste, mas aspirando, a longo prazo, à “universalidade” (LUZ, 2014, p. 341-342)

Todavia, a liberdade profissional, nos moldes liberais que tradicionalmente se fizeram presentes na medicina, cada vez mais cedia espaço para uma medicina de grupo, hospitalocêntrica, biologicista, pragmática e mercadológica, agregando em seu interior vários postulados vindos do mundo capitalista. Nesse sentido, a prática médica deveria ser racionalizada, com vistas à otimização máxima de seus recursos, cujo objetivo maior era a lucratividade e a produtividade de um mercado gigantesco e bilionário, cujas possibilidades de enriquecimento eram múltiplas e variadas. Assim, o produtor direto do serviço prestado, o médico, deveria se ater às normas da empresa contratante e trabalhar no sentido de potencializar os ganhos inerentes ao seu ofício (cf. DONNANGELO, 2011, p. 172).

Essa tendência, apesar das críticas ferrenhas, como veremos adiante, era inevitável porque a revolução na área da saúde, iniciada no século XIX e consolidada durante todo século XX, trouxe como resultado o crescente entendimento sobre o corpo humano e sua enorme complexidade funcional, das patologias que o afetavam e da maneira de diagnosticá-las e tratá-las. Um corpo de conhecimentos gigantesco e incapaz de ser absorvido por um único médico isolado, tornava a medicina uma área subdividida em especialidades, cada uma responsável por um recorte estratégico e potencialmente mais eficaz em sua tarefa de diagnóstico e terapêutica. Em outras palavras,

ao mesmo tempo em que se ampliam as possibilidades de interpretação e interferência sobre as condições de saúde, o acúmulo de informações - especialmente, mas não apenas biológicas - e o seu grau de elaboração científica acarretam a impossibilidade do domínio, pelo profissional, da totalidade do conhecimento médico. A especialização, como uma forma de divisão técnica do trabalho, aparece como resultado mais imediato da inovação técnico-científica (DONNANGELO, 2011, p. 83).

Além do mais, um único diagnóstico ou processo terapêutico por vezes necessitava de vários profissionais trabalhando juntos para a conclusão exitosa, dentro de uma tensão permanente e incontornável entre diferenciação, por meio das especialidades médicas, e complementaridade, devido à sofisticada e complexa teia multifatorial na dinâmica de trabalho e no mapeamento de todas as variáveis e probabilidades envolvidas, cujo intuito era o prognóstico mais favorável possível para o paciente (cf. DONNANGELO, 2011, p. 84).

Por conseguinte, a medicina moderna exigia não apenas a capacidade semiótica de um bom clínico auscultador, mas meios científicos e tecnológicos de alta complexidade, algo somente possível em centros especializados e detentores de poder aquisitivo para absorver tais demandas tecnológicas. As grandes instituições hospitalares paulatinamente foram ocupando espaço privilegiado no oferecimento dos meios necessários para uma prática médica condizente com os avanços vindos das pesquisas e dos métodos científicos. Nesse sentido,

Se a utilização do hospital não é um fenômeno novo, o seu sentido afasta-se, progressivamente, do que acaba de ser descrito. O caráter de voluntariedade desse uso é substituído pela imposição técnica de utilização de meios de trabalho ali concentrados, que ultrapassam de muito as exigências exclusivas das atividades cirúrgicas, naturalmente ligadas ao hospital. O consultório isolado despoja-se, correspondentemente, de seu sentido tradicional, baseado na presença de uma clientela difusa e na utilização de técnicas simplificadas. O paciente vincula-se à instituição, tanto ou mais do que ao médico. Instala-se a hierarquização formal

entre os profissionais e emergem hierarquias paralelas de novos conjuntos de papéis, nenhuma delas inteiramente autônoma em relação às normas que regem o funcionamento das instituições. O médico deve redefinir as suas expectativas de autoridade e prestígio em um sentido menos pessoal e mais estritamente profissional (DONNANGELO, 2011, p. 101).

Em contrapartida, os médicos foram sendo engolidos pelo sistema, sem terem como prescindir dos ambientes hospitalares e de seus equipamentos de ponta. A consequência imediata foi o crescente assalariamento da classe médica e a perda do status de arte liberal. Ou seja, não era apenas uma alternativa entre várias à mercê da escolha do profissional formado, mas uma lógica que seguia a passos largos para se tornar hegemônica nas relações de trabalho, pois as empresas detinham os meios materiais imprescindíveis para o exercício da prática médica sofisticada (cf. DONNANGELO, 2011, p. 126). Assim, ao tempo em que a privatização do setor de saúde crescia, subsidiada pelo Estado, o principal comprador de serviços, os médicos eram tirados de sua zona de conforto e colocados na subserviência dos conglomerados empresariais e hospitalares (cf. DONNANGELO, 2011, p. 60).

Desta maneira, um processo de concentração de mercado médico análogo ao processo que se dá na área financeira tem lugar, beneficiando-se as grandes instituições hospitalares privadas e a famosa medicina de grupo, termo eufemístico para designar as empresas médicas de porte médio e de grande porte, isto é, a medicina verdadeiramente empresarial que observa todas as regras da produção industrial capitalista: a mão-de-obra assalariada, a produtividade ascendente, a produção em série para consumo de massa, e *last, but not least*, a mais valia, extraída a todo preço de sua mão-de-obra. No caso, trata-se de uma mão-de-obra explosiva, porque altamente qualificada para o nível médio da técnica socialmente existente no país e com “espírito de classe” bastante desenvolvido: os médicos. Armam-se assim, de 72 até 74 os elementos do cenário da medicina estatal privatista: de um lado a privatização regulamentada da atenção médica, centralizada nas mãos do Estado, controlador monopólico da demanda de serviços; de outro lado, as instituições de atenção médica, organizadas em modelo empresarial mesmo que sejam estatais, (como os crescentes hospitais universitários), funcionando em regime oligopólico, direta ou indiretamente financiadas pela previdência social que pode, desta forma, ordenar também a oferta de serviços; de outro ainda, o trabalho médico crescentemente socializado, assalariado a baixo preço, portanto força de trabalho; finalmente, a população assalariada (e seus dependentes), crescentemente previdenciária, buscando no INPS o remédio para a sua saúde combalida (LUZ, 2014, p. 172-173).

2.5. Corporativismo médico, liberalismo e privatização da saúde

Essas novas relações de trabalho, aceitas e subsidiadas pelas agências de fomento estatais, geraram reações adversas por parte dos representantes da categoria, em especial da AMB. É interessante lembrar que, como visto, na Era Vargas criaram-se no Brasil os três principais órgãos ligados à categoria profissional: o Sindicato dos Médicos, os Conselhos de Medicina e a Associação Médica Brasileira. A AMB, desde sua criação em 1951, sempre foi

a mais aguerrida instituição de defesa dos médicos, em especial do corporativismo responsável pela manutenção de suas diretrizes básicas de trabalho. Isso porque,

O Sindicato e os Conselhos, embora sejam por definição órgãos com funções distintas, poder-se-ia mesmo dizer, opostas, tem uma característica comum: são ambos *legalmente* representativos, envolvem alguma obrigatoriedade de filiação e vinculam-se ao Estado. Esses fatores constituem significativo ponto de referência para compreensão da importância assumida para os médicos pela Associação Médica Brasileira, quando surgiu como órgão de associação livre e voluntária de profissionais que perdiam progressivamente a sua condição de autonomia no mercado (DONNANGELO, 2011, p. 162).

Num primeiro momento, a privatização total dos serviços prestados encontrou na AMB sua maior defensora. A ideia, ironicamente, era justamente se proteger do empresariamento da saúde e da intromissão do Estado, que, como vimos, através de suas políticas públicas e, principalmente, por meio dos recursos alocados pela Previdência, bancaria grande parte dos gastos com a atenção individual à saúde, sem, contudo, deixar de permitir aos médicos a cobrança de uma parte dos honorários dos pacientes. Nesse sentido, ao mesmo tempo em que os médicos apoiavam o patrocínio da assistência pelo Estado, também defendiam o pagamento de uma parte dos procedimentos realizados pelo paciente. Ou seja, o cidadão pagaria duplamente pela saúde: enquanto contribuinte, pela parte do ordenado descontado na folha de pagamento e que seria canalizado para a Previdência e, enquanto indivíduo, tirando do próprio bolso uma parte do custeio de sua consulta, exame ou cirurgia (cf. LUZ, 2014, p. 169).

Além disso, a AMB defendia a liberdade e a autonomia para clinicar sem intromissões vindas de fora, com total poder no uso dos conhecimentos por parte do médico, e cujos pacientes teriam garantido o direito de se tratar com o profissional de sua escolha. A defesa, assim como ocorre hoje em dia, se sustentava no argumento da qualidade dos serviços, que, de acordo com a AMB, não poderia existir se a medicina estivesse à mercê das mesmas regras mercantis focadas prioritariamente no lucro.

O projeto político liberal da AMB combinava “o princípio da livre escolha e do segredo profissional, a negação do assalariamento, o custeio parcial dos serviços pelo cliente, a redefinição do papel do Estado e, mais recentemente, o combate a uma parcela do setor privado, representada pela ‘medicina de grupo’”. Dessa maneira o corporativismo médico procura contrapor-se às transformações da prática médica, resistindo à submissão ao capital do setor, mas procurando manter sua autonomia (CARDOSO, 2013, p. 127).

Em outras palavras, havia certa ojeriza da AMB quanto às mudanças que estavam ocorrendo, principalmente, o risco de perda de uma das características que, como vimos, desde o início da arte médica no Brasil, era emblemática, justamente o seu aspecto liberal, que teria fim diante do crescente assalariamento dos profissionais, sem meios de se manter autonomamente num mercado que crescia e conseguia alocar praticamente todas as receitas vindas da Previdência (cf. DONNANGELO, 2011, p. 156).

A luta dos médicos por hegemonia e controle na arte curativa, dentro de um sistema ideológico liberal e autônomo, vem desde o século XIX. Como vimos no primeiro capítulo, muitas foram as batalhas entre a classe médica e os defensores de uma visão mais positivista e descentralizada quanto à fiscalização e à regulamentação das profissões em geral, que, por conseguinte, no que concerne à medicina, abriam brechas para a existência e o fortalecimento de todo tipo de atividade curativa, feita pelos mais variados protagonistas: parteiras, curandeiros, espíritas, médiuns, práticos, charlatões, padres etc). A vitória dos médicos nessa contenda representou uma guinada sem igual para eles, e a definitiva emergência de um modelo profissional controlado e pautado por uma base deontológica rígida e “exclusivista” (cf. MOTA, 2019, p. 35).

Assim, a partir daí a medicina foi se revestindo de uma nobreza elitista. A tradição vinda desde Hipócrates, na Grécia Antiga; o processo formativo longo e o elevado nível de conhecimentos necessários para sua plena conclusão; o monopólio no exercício profissional; a evolução dos padrões de atendimento; os “milagres” médicos, tanto no tratamento medicamentoso, quanto nas intervenções cirúrgicas, quase que diariamente veiculados pelas agências de notícias; o aumento gradativo das condições de vida e do *status* social, enfim, tudo isso contribuiu para a emergência de uma idolatria em torno da figura do médico. A primeira escolha de todos aqueles que ambicionavam entrar na Universidade e conquistar uma carreira de sucesso e também de todas as famílias, cujos olhos brilhavam de orgulho pela simples ideia de um filho formado “esculápio”, davam à arte médica quase que uma aura sagrada, enquanto ciência e prática focadas na cura dos doentes e na preservação da vida. Era como se a medicina estivesse apartada das demais ciências, ocupando um lugar privilegiado, não devendo ser corrompida pelas mesmas regras e parâmetros laborais das outras profissões. Sendo assim, a ética profissional e as formas de fiscalização deveriam ficar a cargo prioritariamente dos próprios representantes da classe, que zelavam pela manutenção de seus privilégios e valores, punindo quem os desobedecesse e se contrapondo

a toda e qualquer força potencialmente perigosa para eles, sua filosofia de trabalho e visão de mundo (cf. DONNANGELO, 2011, p. 156-157).

Todavia, não foi o fim das disputas, pois sempre surgiam novas questões que reacendiam os ânimos da classe médica e a faziam reagir no sentido de manter e aprofundar suas conquistas, dentro de uma visão corporativista. Nas primeiras décadas do século XX, por exemplo, além da já citada luta contra o positivismo que ameaçava diretamente a corporação médica e seus interesses, as questões mais importantes foram: a possibilidade de absorção estatal da profissão e de seus profissionais; os problemas e possibilidades vindos com a crescente especialização da prática médica; a definição da ética profissional pautada pela liberdade no seu exercício, a inviolabilidade dos resultados da interação entre médico e paciente, junto de sua postura e honestidade perante eles, evitando abusos e má fé do profissional; a habilitação dos médicos estrangeiros em terras brasileiras; a cobrança dos honorários e a maneira de racionalizá-la, entre vários outros temas (cf. MOTA, 2019, p. 35-36).

Mas a principal questão, que, desde a Era Vargas, se fazia presente e deixava antever os possíveis desdobramentos futuros, era a relação estabelecida entre o Estado e a corporação médica. Isso se dava, entre outras coisas, devido ao fato da medicina, progressivamente, ter se tornado mais cara e inacessível à parcela gigantesca da sociedade, e o Estado, conseqüentemente, devido à crescente exigência por serviços médicos da população, ter que assumir o papel de financiador e regulador de tais serviços (embora, na prática, tenha falhado miseravelmente nessa tarefa). A maior interferência do Estado sempre foi combatida pelos médicos, ao menos pelos seus representantes e instituições classistas (em especial a AMB). A questão era complicada porque, ao mesmo tempo em que os médicos defendiam uma medicina liberal, com interferência mínima dos órgãos governamentais, e tinham o poder político vindo do seu conhecimento numa área pautada pela complexidade ímpar e por seu completo monopólio, eles sabiam que sem os recursos estatais injetados no mercado de serviços médicos, primeiro, poucas pessoas de fato teriam condições de bancar os seus altos custos e, segundo, eles teriam que abrir mão de uma fatia considerável das receitas que sustentavam a sua classe e o aparato científico, acadêmico e tecnológico, sem os quais seu trabalho ficaria seriamente comprometido, tanto na formação de novos profissionais, quanto na manutenção das condições logísticas. Isso gerou uma “quimera” sócio-econômico-política, representada pela crescente privatização de um mercado paradoxalmente bancado

pelo Estado, fenômeno que se agudizou com a entrada das empresas da área de saúde, que traziam junto a si os axiomas do mundo capitalista (cf. BRAGA; PAULA, 2006, p. 76).

Se de fato se constituiu uma medicina liberal que conviveu com esferas de uma medicina filantrópica, mutualista e de sociedades civis, a chegada da medicina previdenciária e o debate em torno de seu novo trabalho - também denominado medicina social socializada - levaram os médicos a se articularem não apenas no âmbito acadêmico, mas na própria organização corporativa. Procuravam defender seus interesses, principalmente os do médico liberal e autônomo, que viam se modificar por uma medicina cada vez mais socializada, fazendo surgir nos anos 40 os três principais órgãos ligados à categoria profissional: o Sindicato dos Médicos, os Conselhos de Medicina, órgãos legais, representativos e atrelados ao Estado, e a Associação Médica Brasileira, associação livre e voluntária, representante dos profissionais que perdiam sua autonomia de mercado e, por isso “o mais importante centro da ideologia liberal e de pressão ao Estado no sentido da reorganização das condições de produção de serviços em saúde” (MOTA, 2019, p. 38-39).

A ideologia liberal na arte médica, defendida pela maioria dos representantes da classe, estava centrada num conjunto de ideias que, em tese, resguardariam os direitos dos médicos. O Estado não deveria participar diretamente da produção de serviços, restando a ele apenas o custeio das despesas pela Previdência. Ou seja, estaria vetado qualquer vínculo empregatício direto entre o estado e os médicos; eles não seriam empregados assalariados do Estado, e muito menos o Estado deveria expandir, criar ou gerenciar instituições de saúde próprias, apenas financiar os serviços ofertados. “Não é preciso estatizar; não é necessário que o Poder Público seja proprietário da rede hospitalar, empregador dos médicos e fabricantes de produtos. Basta que ele assegure, pela Previdência Social, a existência de sistema financeiro que permita o custeio das despesas de assistência à saúde; que esse sistema seja compulsório” (DONNANGELO, 2011, p. 167). O ponto a ser destacado é a crítica à “terceirização do lucro”. Ou seja, o ganho financeiro por parte da empresa e seu posicionamento no mercado, visando adquirir lucro com a doença, e tendo como único objetivo esse lucro, estavam indo contra os princípios mais elementares do código de ética da profissão (cf. DONNANGELO, 2011, p. 172-173). Além disso,

Nessa ideologia aparecem combinados: o princípio da livre escolha e do segredo profissional, a negação do assalariamento, o custeio parcial dos serviços pelo cliente, a redefinição do papel do Estado e, mais recentemente, o combate a uma parcela do setor privado, representada pela “medicina de grupo”. Uma vez que esses elementos compõem um conjunto internamente coerente, não parece necessário explicitar, em isolado, o conteúdo de cada um (DONNANGELO, 2011, p. 164).

Resumindo, as entidades de classe, em especial a AMB, tinham como principal

bandeira a manutenção do *status* do médico enquanto profissional liberal. Ou seja, com liberdade plena no exercício de sua função, sem coações e coerções vindas de uma estrutura tipicamente empresarial, como muitos defendiam. A corporação médica, por conseguinte, através da AMB, existia para respaldar os interesses de classe e proteger os profissionais médicos de qualquer mudança drástica de sua posição e das vantagens laborais adquiridas ao longo da sua história. O médico não poderia ser considerado um simples “proletário”, assalariado e cumprindo regras institucionais vindas de um modelo piramidal capitalista de oferta de serviços, obrigado a cumprir um protocolo padrão de atendimento e respaldando a saúde sob uma ótica puramente mercantil e alinhada à busca pelo lucro. A autonomia do médico deveria ser intocada e a eventual escolha do profissional ser do próprio paciente, o que, em tese, impediria a emergência de um modelo despersonalizado, burocrático e reprodutivista.

No outro lado da questão, estavam aqueles que defendiam a visão empresarial da medicina, enquanto um serviço prestado ao povo e com enorme potencial de lucratividade. A indústria farmacêutica que, desde a descoberta dos antibióticos, crescia exponencialmente e aumentava as cifras ano após ano, via oportunidades sem fins de oferecer cada vez mais produtos a uma população cada vez mais doente; os mega fabricantes de equipamentos médicos de ponta, que abriam o leque de opções para os mercados emergentes dos países capitalista do terceiro mundo; a imagem do hospital enquanto uma “empresa” dedicada ao “reparo” de corpos mediante um pagamento vultoso; tudo isso enchia de cobiça os representantes da classe empresarial.

Enquanto isso, os estatistas, talvez o grupo menos coeso, coerente e beligerante, tinham uma visão da oferta de saúde ao povo como uma tarefa maior do próprio Estado. No entanto, a maioria não tinha nenhuma plataforma política alicerçada na ideia de uma saúde universal, gratuita e de qualidade, gerida pelo poder público e oferecida como direito básico do cidadão. O consenso maior era da vinculação entre o sistema previdenciário e a saúde, que seria bancada pelos recursos obtidos pelo recolhimento proporcional dos trabalhadores assalariados. Nesse sentido, era comum o discurso privatista para o qual o dinheiro vindo de estado deveria custear os tratamentos individuais feitos no setor privado.

Neste trabalho sobre os médicos de São Paulo, esta autora os divide conforme três visões ideológicas: a *liberal*, que advoga as características tradicionais do trabalho médico (livre escolha do profissional, autonomia ampla sobre as decisões

clínicas), representada pela maior parte das entidades corporativas médicas, sintetizadas no que campos denominou de *kassabismo*; a *empresarial*, que não exclui *a priori* a assimilação de características tradicionais do trabalho médico, mas tem um conflito fundamental no que diz respeito ao *ethos*: advoga a lucratividade como motor da qualidade da atenção e da organização dos serviços de saúde. Seus principais representantes eram as associações empresariais, como a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abrange) e a Federação Brasileira de Hospitais (FBH); e, por fim, a *estatizante*, de caráter difuso, de difícil identificação de seus proponentes, uma vez que mesmo setores da burocracia previdenciária estatal tinham, no geral, uma visão privatizante, restando a poucos e esparsos setores a defesa da estatização dos serviços de saúde (CARDOSO, 2013, p. 127-128).

Contudo, se havia elementos que faziam a ideologia empresarial e a ética médica liberal rumarem por direções aparentemente opostas e, por vezes, conflitantes, outros as aproximavam, pois cada uma à sua maneira lutava, no fundo, para garantir as melhores condições possíveis de exploração dos serviços de saúde.

Há evidentemente uma imprecisão terminológica na distinção que se pretende estabelecer entre dois tipos de ideologia designando-as respectivamente como liberal e empresarial. Tanto a primeira como a que se pretende caracterizar a seguir envolvem concepções referentes a uma maior liberdade de mercado, conseqüente à eliminação ou redução da participação direta do Estado na produção de serviços de saúde. Mas ambas comportam uma marcada diferença quanto ao modelo idealizado de mercado e de trabalho médico. O "artesão" e a empresa organizada em moldes capitalistas poderiam representar, em termos polares, os elementos em que se centram, respectivamente, as ideologias liberal e empresarial (DONNANGELO, 2011, p. 171).

Em outras palavras, havia muitas linhas que se entrecruzavam entre os combatentes. A aparente divergência escamoteava dos olhos de um espectador desatento o fato de ambas as abordagens estarem de olho no lucro e nas verbas públicas que passaram a ser destinadas à iniciativa privada. “A criação das cooperativas médicas a partir de 1968 (Unimed Santos), pensadas pelas entidades médicas como forma de se proteger do que consideravam a intervenção de empresários e do Estado na sua prática autônoma, acabaram por se constituir, no fundo, como um dos pilares do empresariamento da Saúde similar ao das medicinas de grupo” (cf. CARDOSO, 2013, p. 128-129).

Nesse sentido,

A própria edição do capítulo de seguro-saúde do decreto-lei 73, de 1966, que criou o Conselho Nacional de Seguros Privada, é um exemplo da convergência de interesses entre as seguradoras e as entidades médicas liberais, ao preservar princípios caros a estes, como a livre escolha, a liberdade de terapêutica, a liberdade de estabelecimento de honorários, mesmo que a revolução ulterior sempre pendesse a favor das primeiras. Este pode ser considerado um exemplo

típico da combinação entre *moderno* e *atraso*, tão comum nos marcos do capitalismo dependente, para preservar a perpetuação dos privilégios, e atenuar os choques advindos das rápidas mudanças vindas de fora - no caso, a tendência ao desenvolvimento das relações capitalistas no trabalho em saúde. No fundo, a predominância da lógica de negócios era tal que Luz apontava que o dito estatismo era um espantalho, pois a polarização liberalismo privatismo versus estatismo privatizante eram lados distintos da mesma moeda” (CARDOSO, 2013, p. 129).

O corporativismo, tanto dos médicos quanto dos empresários da saúde, só podia ter como consequência direta a não atenção às necessidades do povo, que em meio a esse jogo de interesses, era chutado para escanteio. O resultado prático, em primeiro lugar pelo corte de verbas destinadas à saúde e ao saneamento feito pelo governo militar e em segundo lugar pelo corporativismo das classes médicas e empresariais, foi o ressurgimento de epidemias e doenças há muito controladas e até mesmo erradicadas. Sendo assim, as reais e mais urgentes necessidades e demandas da população referentes à saúde passavam ao largo das discussões da esfera pública estatal e da classe médica, centrada em si mesma e aquém de uma reflexão mais profunda sobre a adaptação de seu trabalho aos anseios populares.

Assim sendo, o avanço da capitalização da medicina foi conduzido, por um lado, pelas transnacionais farmacêuticas e de equipamentos, que aprofundaram a atenção centrada no médico. Do outro, as chamadas empresas médicas (medicina de grupo e as recém criadas cooperativas médicas), bem como as outras incipientes formas de assistência privada não ligadas diretamente ao aparelho previdenciário, formaram as bases de um moderno mercado de planos e seguros de saúde, cujo desenvolvimento se tornou mais explícito a partir dos anos 80 (CARDOSO, 2013, p. 128).

Sendo assim, não demorou muito para que esse modelo começasse a gerar revolta de uma parcela considerável da sociedade civil, e até mesmo de muitos médicos dissidentes em relação às entidades de classe, que não estavam contentes com a forma como seus representantes estavam agindo.

Além de gerar diversas distorções e ter um alcance relativamente reduzido; além da questão ideológica, que era alvo de muitas críticas, pois tornava o Estado um mero coadjuvante no cenário decisório das políticas públicas da área da saúde, principalmente por se estruturar em torno de uma égide liberal privatizante, o que mais gerou revolta foi a crescente onda de corrupção. Os pagamentos eram feitos mediante uma tabela de preços por procedimento realizado, o que tornava o oferecimento de serviços médicos uma terra sem lei, a mercê de todo tipo de tramoia.

Muitos queriam abocanhar uma parte das verbas vindas da Previdência, mesmo que de forma ilícita, e, para tanto, era comum se averiguar baixas hospitalares e procedimentos médicos invasivos e desnecessários, alguns, inclusive, feitos em etapas; um número exorbitante de cesáreas, internações sem justificativa médica consistente, exames solicitados a rodo, e até contas fantasmas, de supostos pacientes que nunca sequer estiveram internados. Enfim, era o setor privado, neoliberal, abocanhando os poucos recursos do setor público, por meio das criativas artimanhas de aproveitadores incapazes de ter uma visão mais aberta, sensível e empática para com o sofrimento das pessoas (cf. CARDOSO, 2013, p. 132).

Nesse sentido, surgiram verdadeiras indústrias hospitalares, cuja receita, majoritariamente dependente das verbas alocadas pela Previdência, aumentavam a olhos vistos. Enquanto isso, o governo fazia vista grossa para o sofrimento das legiões de brasileiros que, ao adoecer, dependiam mais da sorte do que de uma atenção médica minimamente decente. Como sempre aconteceu, desde os primórdios da colonização do Brasil, coube às entidades filantrópicas e beneficentes a tarefa de oferecer os cuidados médicos aos menos afortunados.

O sistema montado a partir da invenção do INPS era tão grande quanto frágil. A contratação de uma rede hospitalar privada, na qual se destacavam as empresas filantrópicas como o HSP/SPDM, e com remuneração por unidade de serviço (US), era de difícil fiscalização e foi normalmente fonte de corrupção. E se trata de corrupção decorrente da insuficiência das subvenções vindas das três esferas de poder para atendimento dos “índigentes”. [Muitas vezes] se usava o número de contribuinte de um mesmo paciente para outros não protegidos pela previdência. O argumento usado afirmava a impossibilidade de simplesmente “mandar o doente embora”. Por outro lado, os preços pagos pelo INPS para os serviços médicos prestados eram baixos e a transferência dos recursos não era feita sem atrasos e glosas resultantes da desconfiança recíproca que se estabeleceu entre o INPS e a rede conveniada (NEMI, 2021, p. 198).

Enfim, o resultado foi um superfaturamento médico, não necessariamente individual, jamais visto até aquele momento. Diante desse triste diagnóstico, muitas comissões parlamentares foram formadas para averiguar as irregularidades no sistema. Ou seja, era evidente que algo deveria ser feito no sentido de criar regras de fiscalização e critérios eficientes na concessão das verbas públicas. Assim, deu-se predileção, principalmente a partir de 1972, a uma orientação mais parcimoniosa por parte do INPS, cuja prioridade, a partir daí, eram convênios com a iniciativa privada não por unidade de serviço, pagando diretamente pelo ato praticado, mas por meio de verbas prefixadas e pagas mensalmente (cf. LUZ, 2014, p. 170). Todavia, a privatização progressiva da saúde continuava sendo a regra,

apenas os meios foram se adequando às necessidades impostas pelo contexto em que se exercia a medicina subsidiada pelo Estado. O escrutínio mais rigoroso e a presença mais intensa do Estado não geraram uma reformulação da lógica previdenciária.

A falta de uma política pública mais abrangente para a área da saúde; o sucateamento dos órgãos e entidades responsáveis pela atenção preventiva; um modelo de oferta de serviços incapaz de perceber as inúmeras camadas componentes da problemática da salubridade dentro de um grupo coletivo amplo e interconectado; o apoio logístico a um modelo já para a época ultrapassado, que via o hospital e o ambulatório como os espaços restritos onde um atendimento puramente terapêutico e intervencionista se dava; a diminuição e o contingenciamento das verbas destinadas ao ministério da saúde e as suas políticas, tudo isso fez com que o período ditatorial, mesmo durante os anos de ouro do “milagre econômico”, deixasse muito a desejar. As epidemias que se alastravam foram a consequência mais nefasta do pouco caso dos militares para com a população brasileira mais necessitada. Em outras palavras, “as opções políticas que estavam sendo feitas e efetivadas, e que se evidenciavam na diminuição da participação do Ministério da Saúde no orçamento total da União, seguramente explicam tragédias silenciadas como a epidemia de meningite que se alastrou nesta época e só mereceu destinação de verba para vacinação a partir de dezembro de 1974” (cf. NEMI, 2021, p. 198).

2.6. A reforma universitária: o pragmatismo liberal enquanto parâmetro formativo

Após o golpe militar de 1964, as ideias que passam a nortear os projetos reformistas para a universidade beberam de três fontes distintas, mas que serviam (cada uma a sua maneira) para respaldar as bases ideológicas dos militares e intelectuais de viés autoritário que ambicionavam novos e profícuos caminhos para a educação brasileira: o idealismo alemão, com sua dupla-face liberal/autoritária, defensor da intervenção e controle estatais no ensino superior e do messianismo da universidade, como centro de conhecimento maior e capaz de fazer escoar as luzes do saber para todos os cantos onde a sombra obscurantista prevaleceria; o modelo napoleônico, que embora já desacreditado e pouco estimado entre os formuladores dos projetos reformistas, ainda assim se mantinha como um pilar sólido na formação superior, já que se enquadrava no ideário pragmatista burguês (onde o capitalismo ocidental tem suas origens); e a estrutura organizacional norte-americana, paradigma de sucesso no mundo ocidental (cf. CUNHA, 2007c, p. 18-22).

Nessa busca das determinações do ensino superior, encontramos a subordinação da universidade à empresa capitalista. Não a imediata e visível subordinação financeira e administrativa, que tanto se temia. Mais profundamente, a dominância – melhor diria, com Antônio Gramsci, hegemonia – que as práticas do ‘americanismo’, próprias da grande indústria, passaram a ter nela: a organização e a avaliação da universidade em função da produtividade, da ‘organização racional do trabalho’ e das linhas de comando, conceitos essenciais às doutrinas de Frederick Taylor e de Henry Fayol (CUNHA, 2007c, p. 22).

Na “Era Vargas”, anterior ao golpe militar, a expansão do ensino superior esteve condicionada à demanda social, ou seja, ao anseio da população por melhores condições de vida, que passava pela conquista do diploma universitário. No período militar, os critérios mudam e a diretriz responsável pelo “manejo” das matrículas e financiamento das instituições, alunos e cursos encontra no mercado econômico e seus setores de maior impacto e proeminência seu sustentáculo. Além disso, era importante avaliar o quão relevante à instituição e aos cursos eram e quanto custaria para mantê-los. Dentro dessa perspectiva racionalizante, pragmática e parcimoniosa, a própria ideia do ensino gratuito é abandonada. O subsídio governamental seria concedido somente àqueles alunos que conseguissem provar falta de recursos ou que demonstrassem um potencial acima da média, e, mesmo assim, o subsídio viria em forma de financiamento, a ser restituído futuramente pelo aluno contemplado, levando-se em conta seus futuros rendimentos. Todavia, somente alunos regulares de cursos considerados prioritários (aqueles cuja aplicação imediata de seus conhecimentos fosse evidente) teriam tais subsídios (cf. CUNHA, 2007c, p. 68-72).

As universidades deveriam encontrar meios de se auto-custear, ou ao menos diminuir a dependência governamental, seja vendendo seus serviços e produtos para a iniciativa privada, seja calculando a melhor e mais eficiente forma de cobrar as mensalidades e anuidades de seus alunos. Dentro desse panorama político-educacional, os cursos considerados “inúteis”, que não tinham um valor prático agregado, ou eram descartados ou empurrados para a “periferia” da universidade. Além do aspecto imediatista da pragmática econômica do regime militar, outra questão também respaldava essa postura em relação às ciências de base, como história, sociologia, filosofia, etc.: o receio de que, por serem áreas do conhecimento mais politizadas, poderiam colocar a manutenção do regime em perigo (cf. CUNHA, 2007c, p. 79).

O problema dos excedentes, os candidatos aprovados nos vestibulares, mas que não se classificavam dentro do número de vagas oferecidas (o que hoje em dia parece um pouco

absurdo, mas era comum na época) foi tratado pelos militares, num primeiro momento, da maneira mais preguiçosa possível. Pressionavam-se as universidades para aumentarem a todo custo o número de vagas nos cursos de elite. Por conseguinte, a qualidade do ensino, ao invés de melhorar, apenas se deteriorava, semestre após semestre, sem uma medida contundente capaz de aliviar a pressão dos estabelecimentos e dirimir as questões mais urgentes e problemáticas, como a defasagem dos currículos, a inépcia, falta de motivação e foco por parte dos docentes, a infra-estrutura dos prédios e demais dependências, inclusive de materiais de ponta para os laboratórios, etc.

Apesar de o governo 'revolucionário' ignorar o ambicioso decreto de Goulart que previa a duplicação das vagas no primeiro ano das escolas superiores das áreas de saúde e tecnologia, não foi indiferente à demanda das camadas médias que tão valioso apoio político dera ao golpe de Estado. Como 'recompensa' política, primeiro, e por efeito de reivindicações, depois, o MEC passou a induzir as universidades federais a aumentarem as vagas, principalmente nas grandes cidades e nos cursos de Medicina e Engenharia. Estes eram cursos de alto custo, razão por que eram oferecidos predominantemente por estabelecimentos pública. Além do mais, a crescente procura os fazia apresentar as mais elevadas relações entre o número de candidatos e o de vagas. Para as escolas de medicina, o número de candidatos por vagas variou entre 6,3 e 8,3 no período 1964/68; para as de engenharia, entre 3,6 e 4,7, no período. Enquanto isso, para os demais cursos, o número de candidatos por vaga mal se aproximava de 2 (Brasil, 1970). Nas grandes cidades, era comum haver dez ou mais candidatos por vaga nos vestibulares às escolas de medicina e de engenharia (CUNHA, 2007c, p. 82-83).

Houve uma reinterpretação do princípio da liberdade de cátedra. O catedrático era livre somente para ensinar o que já tinha sido previamente proposto no plano de ensino de sua disciplina e aceito pelos órgãos fiscalizadores competentes, sendo também isento de pregar qualquer tipo de ação proselitista imposta pelo governo. Como os planos de ensino passavam pelo olhar inquiridor da reitoria, escolhida pelo governo federal e seus pares, a liberdade dos docentes ficava tolhida. Eles já não poderiam colocar em risco a ordem vigente, nem pregar qualquer tipo de pensamento subversivo a seus alunos. Vindo na mesma direção dessa medida, houve também um maciço programa de desarticulação dos movimentos estudantis, historicamente os mais engajados na luta contra o autoritarismo da direita e munidos de teorias marxistas fundamentadas. Além da repressão violenta, houve toda uma campanha para angariar adeptos do partido dentro das universidades, entre os próprios alunos. Ou seja, o enfraquecimento dos movimentos estudantis não viria apenas de fora, como coação externa do governo golpista, mas de dentro da classe dos estudantes, que se enfraqueceria a partir do momento em que o dissenso se manifestasse, acabando com a

homogeneidade de pensamento e o afunilamento das consciências em torno de um centro ideológico comum (cf. CUNHA, 2007c, p. 92-97).

A bandeira erguida pelos movimentos estudantis era da universidade crítica. A universidade não poderia ser simplesmente um mecanismo de reprodução cultural e informações técnicas, nem uma engrenagem dentro de um sistema econômico e ditatorial, apenas respondendo passivamente a demandas vindas de fora. Muito menos uma instância formadora ajustada a uma conjuntura política definida como extensão dela. A universidade crítica, nos moldes defendidos, se ergueria como força ativa e positiva, engajada na compreensão da sociedade e alicerçada na reflexão permanente, jamais prestando culto ou continência a nenhuma força ou poder, a não ser o conhecimento, que jamais se restringiria a mera utilidade prática imediata, mas se agigantaria em todas as direções, encontrando em seu movimento e crescimento a sua justificação (cf. CUNHA, 2007c, p. 103-107).

Os acordos de cooperação e assessoramento estratégico entre equipes de analistas norte-americanos, selecionados por intermédio de agências governamentais estadunidenses, e o Ministério da Educação tiveram sua gênese, pelo menos enquanto intenção, em 1961, mas sua popularidade se deu durante o regime militar, com diálogos mais intensos a partir de 1964. Essa disponibilidade de especialistas fazia parte de uma estratégia global, cuja intenção era elidir o perigo comunista dos países de terceiro mundo, mais suscetíveis à demagogia soviética, pelo histórico de desigualdade social, pobreza extrema, abusos de poder da elite dirigente e o pouco caso diante das mazelas mais urgentes da população. Como a via de entrada das ideias marxistas comumente era o ensino superior, lugar onde havia pessoas aptas a entender os textos e difundi-los entre as camadas mais vulneráveis, criar uma ampla reforma na universidade a partir do modelo de sucesso vindo da poderosa nação do norte, era visto como um movimento importante no xadrez das relações internacionais. Melhoravam-se todos os setores da didática, pedagogia e organização universitária, a troco de haver uma mudança conceitual no sentido último da universidade, que se alinhava aos interesses capitalistas e políticos do “mundo livre”. Ou seja, sem o aspecto crítico ambicionado pelos estudantes da época, como uma forma de fazer frente à conjuntura autoritária na qual o país havia submergido.

A USAID, sigla inglesa para Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional, se encarregou de elaborar um amplo relatório apontando os problemas mais

urgentes encontrados nos estabelecimentos de ensino brasileiros e a melhor maneira de saná-los. Entre os problemas relatados estavam a falta de mobilidade dos estudantes. Geralmente os exames vestibulares eram realizados na instituição mais próxima do candidato e preferencialmente no curso mais prestigiado. Não se levava em conta as possibilidades de curso em outras regiões ou o talento demonstrado dentro da área do conhecimento escolhida, o que, por vezes, minava as chances reais de um processo formativo mais condizente com as capacidades e tendências pessoais do estudante. Outra questão observada era a centralização do controle do ensino superior. As universidades federais, e mesmo as particulares, se estruturavam dentro de um horizonte restrito e impositivo de determinações rígidas vindas do poder central. Havia poucas brechas para novas experiências e modelos de ensino, pois todos deveriam se articular dentro dos mesmos parâmetros estabelecidos. Além disso, gerava um corporativismo insalubre e elitista, resultado direto das regulamentações profissionais; alicerçado num duplo aspecto de concessões e restrições, controle e proteção. A saída, diante da análise dos peritos da USAID, era permitir a concorrência livre entre instituições, que, embora pudesse gerar como consequência a diminuição provisória da qualidade e o charlatanismo fraudulento de muitos pseudo-estabelecimentos, e no longo prazo, permitiria um leque maior de opções de curso, mais alinhados com as possibilidades dos eventuais candidatos, fossem elas financeiras ou vocacionais. Outra recomendação era o sistema de créditos, que eliminaria o hermetismo dos cursos universitários e abriria brechas para a circulação mais intensa entre as instituições, sem um esqueleto didático-pedagógico linear e absoluto (cf. CUNHA, 2007c, p. 156-176).

Outra figura importante no período reformista do regime militar foi Rudolph P. Atcon. Ele, que se auto-intitulava especialista em gestão e planejamento universitário, prestou diversos serviços de assessoria a universidades latino-americanas, inclusive no Brasil, onde trabalhou para a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e, posteriormente, elaborou diversos pareceres sobre os problemas no ensino superior brasileiro. Mesmo sem ter uma vinculação direta com nenhum órgão governamental no período aqui estudado, ele deu um jeito de se fazer necessário, se imiscuindo entre aqueles que estavam trabalhando para a idealização de uma reforma de base. O relatório elaborado por Atcon abrangia uma vasta gama de assuntos relacionados ao ensino brasileiro e a forma de otimizar os processos e os resultados adquiridos. Alguns temas eram genéricos e não inovavam em nada, como a melhoria na qualificação do corpo docente, a reformulação dos currículos, a modernização das disciplinas, o incentivo à pesquisa, etc. Todavia, algumas

sugestões do Relatório Atcon mostravam-se interessantes e vinham ao encontro com as diretrizes formuladas pela USAID e pelo MEC. Uma delas era a retirada das universidades dos centros urbanos para instalá-las em regiões pouco habitadas, não para mantê-las isoladas da população, pois Atcon tinha plena certeza que em alguns anos o crescimento das áreas urbanas chegaria até as universidades e as reintegraria à sociedade. Outra medida proposta por Atcon foi a desvinculação dos docentes do funcionalismo público. Essa medida vinha a se ajustar a outra, a autonomia universitária, nos mesmos moldes do que era defendido pela USAID. A universidade seria entendida como uma empresa, livre de qualquer dogmatismo estatal na condução dos processos internos de gestão e organização, visando os melhores resultados e otimizando o tempo e os recursos. Para tanto, Atcon achava de suma importância a existência de um grupo de curadores entendidos em finanças para auxiliar os conselhos universitários, pois administrar recursos é uma tarefa que requer mais do que conhecimento pedagógico ou capacidade administrativa. Além disso, haveria a possibilidade de rápidas mudanças e experimentações, visando sempre agregar qualidade ao processo, sem necessidade de passar por todas as etapas demoradas da hierarquia do sistema público. Ao Conselho Federal de Educação caberia revisar os estatutos e corrigir eventuais falhas ou extrapolções dos gestores (cf. CUNHA, 2007c, 187-198).

Devido às muitas críticas pela presença dos consultores norte-americanos, vindas não só dos detratores do governo, mas também de muitos apoiadores descontentes com os rumos pouco patrióticos que a existência de peritos estrangeiros cuidando de assuntos de tamanha importância para o crescimento e o progresso da nação representava, o governo coloca a reforma sob responsabilidade uma junta de especialistas, todos brasileiros dessa vez.

Em 2 de julho de 1968, o decreto 62.937 mandou instituir, no MEC, um grupo de trabalho composto de onze membros, a serem designados pelo presidente da República, para a presidência do ministro da Educação, 'estudar a reforma da Universidade brasileira, visando à sua eficiência, modernização, flexibilidade administrativa e formação de recursos humanos de alto nível para o desenvolvimento do País'. O decreto dizia que o Poder Executivo solicitaria a uma das casas do Congresso Nacional a designação de um representante para integrar o grupo de trabalho, que deveria operar em regime de urgência, pois tinha trinta dias de prazo para alcançar objetivo tão ambicioso (CUNHA, 2007c, p. 219-220).

O grupo de trabalho, por ser composto de pessoas com visões díspares sobre o ensino universitário e sobre a própria universidade enquanto elemento passível de conceitualização abstrata, na hora de explanar as premissas básicas sobre o sentido último do modelo formativo desenvolvido dentro da instituição, acabou agregando uma dupla perspectiva. A

universidade, por um lado, era definida como um centro de conhecimento e guia espiritual da humanidade, com o poder, por meio de seus procedimentos e dimensões especulativas, de “atualizar” o futuro. Ou seja, a ela caberia a tarefa de transcender o presente pela sua compreensão crítica e reflexiva, pautada pelo escrutínio investigativo de seus campos de saber, e antever as possíveis direções de tal empreendimento. Por conseguinte, ela nunca estaria plenamente acabada, mas funcionaria em torno de um eterno processo, que a qualificaria como agente de transformação social. Por outro lado, a universidade era também definida por um viés mais prático e menos idealista, como elemento crucial para se desenvolver uma nação, tendo em vista o panorama histórico, cultural, social e econômico no qual ela coexiste. Todavia, ela não seria apenas uma força passiva e responsiva, pois as condições concretas de seu tempo apenas lhe servem de guia para um posterior trabalho de aperfeiçoamento e produção de novas estruturas, promovendo o indivíduo que por ela foi formado à plenitude de seu talento, dentro das necessidades e imposições de seu mundo. Por conseguinte, a Universidade desempenharia um duplo papel processual e dialético de formadora de novas realidades e expressão diligente de uma realidade pressuposta, com suas determinações e condições (cf. CUNHA, 2007c, p. 220-222).

Ela, a universidade, não poderia abster-se de dialogar e interagir com outras instâncias da tessitura da realidade que a circunda, pois o isolamento seria prejudicial à sua tarefa. E como o seu poder é de ordem reflexiva e sua missão se faz tendo em vista objetivos maiores e que fogem de seu alcance, é necessário que exista um poder que a direcione e a conduza, dentro de certos limites. O Estado exerceria esse papel, estimulando e disciplinando o trabalho feito na instituição. Ele seria ponto de equilíbrio e centro gravitacional por onde todas as demais forças circundam. Nessa mesma linha de pensamento, seria fundamental abrir a universidade para a comunidade, no sentido de agregar opiniões e contribuições de pessoas de fora da vida acadêmica, mas capazes de potencializar os resultados obtidos (cf. CUNHA, 2007c, p. 222-223).

Apesar de o ensino superior ter sido tratado como um privilégio que naturalmente seria reservado a poucos, o grupo, devido às crescentes demandas sociais e governamentais por mais vagas nas universidades, tratou de propor medidas que dessem conta dessa demanda. A ideia era escalonar os níveis de ensino, dos mais baixos até os mais altos, que, no caso, seria a pós-graduação, onde as pesquisas poderiam de fato se desenvolver e o ensino deixaria de ser apenas reprodutivo (cf. CUNHA, 2007c, p. 227).

Também foi proposto o fim do regime seriado e da cátedra acadêmica, junto de seu hermetismo tradicional – na mesma linha do que foi defendido pelos especialistas norte-americanos da USAID. A universidade funcionaria com base no sistema de departamentos e de créditos, com participação maior dos estudantes na composição do seu currículo. Passariam a existir, também, dois ciclos de estudos: o primeiro, básico, em que os universitários poderiam corrigir falhas trazidas do ensino médio, se decidir sobre qual curso escolher e cursar as matérias comuns a outros cursos; e o segundo, especializado, focado nas disciplinas específicas da área do conhecimento escolhida. Essas alternativas seriam também econômicas, tanto no tempo quanto nos recursos, pois, ao invés das mesmas disciplinas serem estudadas em cursos diferentes e em circunstâncias diferentes, passariam a ser ministradas a todos aqueles que devessem estudá-las, independente do curso que requentavam (cf. CUNHA, 2007c, p. 228-232).

Ao passar pelo congresso federal, o anteprojeto do grupo de trabalho sofreu algumas alterações, subtraindo-se alguns elementos e acrescentando outros. A universidade passou a ser encarada como uma “unidade de patrimônio e administração”, constituída por departamentos organicamente estruturados, cujas funções de ensino e pesquisa se alinhariam a uma proposta racional de economia de recursos monetários e humanos, logística e tempo, sendo suprimidas ou unificadas todas as atividades que se duplicassem em seus fins e objetivos (como disciplinas, programas de pesquisa etc.). Ela estaria comprometida em dar o suporte necessário para o desenvolvimento das áreas do saber primordiais, sendo estes saberes aplicáveis de imediato ou necessários por si mesmos (não houve especificações sobre quais seriam esses saberes).

A flexibilidade foi apontada como elemento importante, diante das diferenças regionais de um país continental como o Brasil, dos novos tempos educativos, das características dos estudantes, da celeridade das mudanças pelas quais a ciência e a técnica passavam e pelos novos cursos que nasciam e restringiam os campos em que a investigação e o saber poderiam ser explorados.

A autonomia, embora defendida por todos, não passou incólume, sendo apontada por um dos deputados (Raymundo Andrade, do Arena do Rio Grande do Sul), como algo auferido dentro de determinados limites lógicos, onde o bom senso e a noção de conjunto,

evidente ao se tratar de uma nação, restringiriam parte dessa autonomia, naquilo que poderia colocar em risco a soberania nacional, as regras de convivência e os princípios e deveres de todos os cidadãos.

Outro deputado (Martins Rodrigues, do MDB do Ceará) colocou em discussão o conceito de fundação inserido no anteprojeto, que, de acordo com ele, poderia tirar da universidade seu caráter estatal e oficial, abrindo caminho para a privatização do ensino superior público, resultando, por conseguinte, no rebaixamento da universidade a uma mera engrenagem do sistema econômico, sem comprometimento com o progresso da cultura naquilo não comercializável e tecnicamente utilizável.

A escolha dos dirigentes das universidades caberia ao presidente da república, mediante uma lista de nomes previamente reunidos pelos colegiados competentes, o conselho universitário e demais órgãos deliberativos – que, pelas novas resoluções, seriam constituídos não só de acadêmicos, mas de membros destacados da comunidade, representantes de categorias e setores da economia, da indústria, do comércio, das finanças, etc. A mudança na escolha dos dirigentes estava no número de candidatos selecionados, nove para reitores e vice-reitores e seis para diretores e vice-diretores, sendo que anteriormente a essa medida eram apenas três o número de candidatos – a intenção era que ao menos um deles fosse partidário do regime ou pessoa alinhada aos anseios do governo.

Os exames vestibulares, que num prazo de três anos deveriam ser unificados, teriam a missão de conferir o aprendizado dos alunos vindos da educação de base, ordenar e classificar os candidatos aprovados. E, por fim, havia ainda a preocupação em se reservar tempo e espaço dentro das instituições para atividades que visassem o fortalecimento de uma consciência cívica por parte dos futuros profissionais e cidadãos (cf. CUNHA, 2007c, p. 250-273).

A modernização do ensino superior conforme o figurino norte-americano e o aumento do controle configuraram as duas faces da universidade brasileira em reforma, nos primeiros anos do regime militar [...] Com a modernização do ensino superior pretendia-se colocar a universidade a serviço da produção prioritária de uma nova força de trabalho requisitada pelo capital monopolista organizado nas formas estatal e privada ‘multinacional’. Com essa finalidade, desenvolveu-se o ensino em nível de pós-graduação e toda ênfase foi dada aos cursos de ciências (exatas?) e de tecnologia, bem como de ciências econômicas, nas quais se ensinava uma das línguas oficiais do poder [...] Essa modernização visava, ademais, criar condições racionais (melhor diria tayloristas) para o atendimento da crescente

demanda de ensino superior pelos jovens das camadas médias, a qual se expandia acionada pelo processo de monopolização, induzido, por sua vez, pela política econômica [...] Como contrapartida da modernização, do reiterado discurso sobre a autonomia universitária, procurou-se submeter as universidades públicas, principalmente as federais, a um mais rígido controle governamental – do MEC e dos órgãos de espionagem, como o Serviço Nacional de Informações (CUNHA, 2007c, p. 287).

2.7. O hospitalocentrismo e a redução do conceito de saúde

Com base no que vimos acima, podemos dizer que “esta reforma repercutirá profundamente sobre o saber médico, tanto no sentido restrito de ensino, quanto sobre a prática realizada no consultório, no Hospital, no departamento médico da empresa, na empresa médica, etc” (LUZ, 2014, p. 193-194).

A reforma dará sustentação a uma ideia já estabelecida há algum tempo, mas que, no Brasil, ainda não havia sido plenamente colocada em prática: a progressiva e irrefreável “especialização”, que dividia o corpo humano em partes cada vez menores e mais fáceis de serem conceitualmente dominadas e tratadas, quando acometidas de alguma patologia. Esta ideia não era nova pois, desde a revolução científica do século XIX, a ciência vinha se dividindo e subdividindo. Mas o trabalho médico continuava a ser feito quase de forma “artesanal”, por alguém que detinha o conhecimento técnico na área e o exercia dentro de sua “oficina” (a clínica) com relativa liberdade e domínio em todas as etapas do processo, numa relação direta e próxima com o cliente (cf. MOTA, 2019, 33-34). Até hoje essa imagem se mantém intacta dentro do imaginário das pessoas mais antigas e saudosistas; do médico que com sua maleta ia até o doente, em sua própria casa, e dispensava-lhe os cuidados necessários; do “clínico” detentor de um conhecimento global e representando uma figura paternal, conquistada por meio de uma relação de proximidade com toda a família, seja em momentos de doença, seja como conselheiro para assuntos de foro íntimo, extrapolando, por conseguinte, o ambiente especificamente clínico. Todavia, a partir dos anos de 1950, esse profissional “médico-artesão” começa a ceder lugar para um profissional cada vez mais imerso numa conjuntura empresarial de saúde, que terá nas imagens do “especialista” e do “generalista” os seus arquétipos. Este último, em tese, também deveria ter o conhecimento mais integrador e sistêmico, mas, na prática, se transformou num “repassador” de pacientes para os especialistas (coisa facilmente vista hoje em dia nos consultórios, principalmente do SUS) (cf. LUZ, 2014, p. 195).

A deterioração do caráter liberal da profissão médica pode ser percebida em fenômenos como:

- (a) no processo de especialização da medicina, fracionada em diversas áreas de atividade e tendo o corpo humano doente como um conjunto de peças passíveis de serem “consertadas”;
- (b) nas cada vez mais sofisticadas tecnologias aplicadas à saúde que deram um salto gigantesco tanto no diagnóstico, quanto no tratamento;
- (c) na concentração do trabalho em grandes centros hospitalares (e não mais na pequena clínica); e
- (d) nas diretrizes para o exercício profissional vindas de cima. (cf. CARDOSO, 2013, p. 124).

De acordo com Nogueira,

[...] o consultório privado era o centro de acordo com o qual o médico articula suas práticas complementares, na faculdade, no hospital filantrópico e até nas atividades de saúde pública. Posteriormente, ao emergir o complexo médico-industrial, a medicina liberal tornou-se economicamente subordinada, foi-se moldando às novas circunstâncias e viu-se reduzida apenas a um componente da nova forma da organização social, na fase do capitalismo monopolista (NOGUEIRA, 2007, p. 155-156).

Além do mais, foi depois da Reforma Universitária, dentro do contexto maior de “apadrinhamento” político-econômico dos hospitais pelo INPS, que o hospital passa a ser o lócus central onde a formação médica será referenciada e estruturada em definitivo, para além da base teórica das cátedras, cada vez mais cedo e com mais ênfase em seus aspectos e potenciais formativos (cf. LUZ, 2014, p. 212). Nesse sentido, a postura profissional dos futuros médicos será moldada pela experiência dentro do hospital e da sua dinâmica interna de funcionamento, alicerçada tanto na ciência médica convencional, com suas descobertas e tecnologias, quanto nos aspectos burocráticos que permeiam as relações ali construídas (cf. LUZ, 2014, p. 211). Assim, apesar de ter avançado em algumas áreas no concernente a formação dos futuros médicos, principalmente em relação ao contato direto com os pacientes, superando o ensino “verborrágico” dos antigos catedráticos, a Reforma continuava a negligenciar as necessidades da parcela mais vulnerável da população. Em outras palavras, esse ensino, baseando-se em modelos importados da Europa e dos Estados

Unidos, não levava em conta a realidade do país e as suas peculiaridades geográficas, sociais, étnicas e nosológicas, se restringindo aos aspectos imediatos e “palpáveis” do organismo afetado pela moléstia. As instituições vinculadas à medicina, tanto as universitárias quanto as representantes de classe, mantinham-se suspensas numa idealidade corporativista, lutando pelos seus próprios interesses, separadas, por conseguinte, da sociedade que, de fato, deveriam entender e tratar (cf. LUZ, 2014, p. 206).

Todas essas questões interferiam diretamente nos currículos e na concepção formativa das instituições universitárias, responsáveis por formar e preparar os novos médicos para se ajustarem no mercado de trabalho. Sendo assim, obteve destaque a especialização, dentro de um modelo biologicista e hospitalocêntrico, que via a doença simplesmente como a ausência de saúde provocada por determinado agente patológico ou dano físico contundente. As instituições formativas, de forma passiva e responsiva, incorporaram essa visão comercial dos serviços, ajustada a uma lógica mercantil e focadas numa pragmática utilitarista, da qual era impossível escapar. Como escreveu Mello:

É certo que a formação médica e sua especialização dependem basicamente do mercado de trabalho. Enquanto o especialista for valorizado, a Universidade estará sendo pressionada no sentido de preparar pessoal altamente qualificado, mas sem vinculação com a realidade nacional de saúde. E, nesse particular, a Previdência Social, o grande comprador de serviços assistenciais médicos, tem responsabilidade direta. Na medida em que prevalecer a política de privatização, privilegiando os produtores no campo da medicina de mercado, da medicina do lucro, as Escolas Médicas terão imensa dificuldade em reformular sua orientação (MELLO, 1977, p. 215).

As autoridades públicas, responsáveis pela oferta universal e de qualidade dos serviços de saúde, no concernente ao oferecimento de uma saúde universal e de qualidade, enfrentavam obstáculos intransponíveis. Em primeiro lugar, porque havia uma má distribuição dos médicos, que não chegavam aos locais mais afastados e longe dos centros urbanos. O Brasil, como um país imenso, de dimensões continentais, mas com população e infraestrutura mal distribuída, concentrava em poucas regiões o contingente de médicos, especialistas em saúde e tecnologias de ponta, e isso produziu legiões de pessoas à margem de um atendimento digno. Em segundo lugar, porque a formação dos novos médicos não tinha como preocupação deixá-los preparados para atender e entender às necessidades da população de todas as classes e de todos os lugares. A formação era técnica, mimética (pois copiava métodos e parâmetros vindos dos países desenvolvidos), centrada num academicismo incapaz de cobrir todas as demandas de um sistema universal de saúde.

Em outras palavras, era uma formação de gabinete, incompleta, carente de autocrítica, positivista, tecnicista, formalista e centrada na reprodução de um conjunto de saberes construídos em torno da relação imediata e incipiente entre o diagnóstico da doença e as mais condizentes respostas terapêuticas, tendo como parâmetro os manuais de anatomia, semiótica e etiologia. Faltava uma visão mais filosófica, crítica e sistêmica, que conseguisse contextualizar a prática médica com o todo social onde era exercida, com vistas a uma tomada de consciência sobre os horizontes mais amplos da vida humana e a maneira como a saúde e a doença por vezes expressam situações de injustiça, ausência de um poder público diligente, má distribuição de renda, etc.

Uma síntese pertinente da situação arrolada acima é fornecida por Cardoso:

Dois aspectos fundamentais na distribuição dos profissionais médicos: o primeiro, a escassez, tanto absoluta, quanto relativa, já aparecia como um entrave à generalização da assistência à saúde para a população brasileira desde quando a problemática do desenvolvimento e saúde veio à tona, na década de 1950; o segundo, a inadequação dos profissionais formados ante o quadro sanitário nacional. [...] a formação baseada em casos raros, seguindo orientação dos padrões científicos dos países centrais não encontrava correlato nas enfermidades porque padecia o povo, mas, de outro lado, alimentava um setor consumidor das modernas técnicas produzidas nos países centrais. O divórcio entre formação e realidade foi alvo de críticas pioneiras pelo chamado pensamento sanitário, uma vez que, em momento de enorme repressão às atividades acadêmicas críticas e independentes, o debate crítico sobre a formação e educação dos profissionais foi, de certa maneira, consentido, até mesmo com apoio do arco de instituições oriundas da Aliança para o Progresso, como Fundação Kellogs, Fundação Ford e Organização Pan-Americana de Saúde (CARDOSO, 2013, p. 108-109).

As premissas que alicerçavam a formação dos médicos, nesse sentido, partiam da certeza de que os graduandos *a priori* não sabiam. Ou seja, não havia saberes a serem levados em conta na fase anterior à sua entrada na instituição e sua missão, por conseguinte, era absorver os conhecimentos específicos e imprescindíveis à sua formação plena, para a posterior prática médica eficiente. O paciente, de igual modo, também não sabia; não lhe era dado o direito de saber ou participar de seu diagnóstico e tratamento. Ele estava ali, diante do médico que o iria tratar, para simplesmente assentir. Esse era o seu papel naquele contexto e nada além disso. Em ambos os casos, se verifica um processo de expropriação, seja do conhecimento e do poder direto de interferência sobre o aprender e se formar por parte do graduando, seja do próprio corpo, no caso do paciente. Nesse horizonte de alienação do indivíduo, a instituição se avoluma e subtrai as individualidades, cumprindo o seu papel de

portadora da verdade única, que está além da possibilidade de questionamento por parte do sujeito. Desse modo, ela cumpre uma função social, enquanto instrumento voltado para a perpetuação de uma forma de poder centralizada e autárquica, alijando as suas partes componentes de autonomia e protagonismo (cf. LUZ, 2014, p 54-55).

Diante desse cenário, muitas foram as forças a se levantarem contra os rumos da saúde no Brasil. Entre as forças que se colocavam contrárias a esse modelo de ensino estava o movimento estudantil, que há muito tempo lutava por mudanças dentro do ambiente formativo.

A pressão desses movimentos, principalmente do movimento estudantil, é crescente desde os anos cinquenta e se organiza em termos de reivindicação não só da expansão quantitativa do ensino – mais verbas para o ensino e para a pesquisa, mais vagas nas faculdades, mais leitos hospitalares universitários – mas também em termos da transformação qualitativa do ensino: reforma dos currículos médicos, eliminando-se seu caráter “retórico” e “abstrato”, adaptando-se à “realidade brasileira em mudança”, às “condições de vida da população” e às suas doenças mais comuns, típicas de país desenvolvido” (LUZ, 2014, p. 204-205).

Entretanto, é preciso esclarecer que

[...] apesar de tantas reivindicações de mudanças, antes de 1967 não há uma proposta nítida de reforma de currículos médicos da parte do próprio movimento estudantil. Proclama-se nos Congressos e Seminários que os currículos existentes são “apartados da realidade brasileira”, ineficientes”, especializantes mas sem formar técnicos habilitados, e que as condições das Faculdades de Ciências Médicas são deficientes e insuficientes em recursos humanos e materiais, e em instalações técnicas e mesmo fiscais (LUZ, 2014, p 208).

2.8. Em busca de uma medicina humanista e politicamente comprometida

A maneira como a saúde e a atenção às pessoas de baixa renda foram tratadas pelas autoridades ao longo da história, em especial a experiência levada a efeito por meio de sua vinculação com a Previdência, deixaram claro o fato de ser necessário uma nova forma de se conceber políticas públicas mais abrangentes, que abarcassem toda a população brasileira. O acesso a saúde não poderia ser reduzido ou condicionado a nenhum outro fator que não a necessidade de quem a buscasse. Ou seja, ela deveria ser um direito universal a todo cidadão brasileiro, independente de sua condição econômica ou situação laboral. Esse anseio balizou as lutas travadas por vários segmentos da sociedade e que culminaram, nos anos 1980 com a nova Constituição da República, na criação do SUS (Sistema Único de Saúde).

Foram as exclusões e as desigualdades evidentes no tempo da medicina previdenciária que marcaram a luta dos movimentos sociais pelo SUS, pela equidade e pela igualdade, e são também os rastros que ela deixou por meio da lógica da execução de serviços públicos por instituições privadas, que continuam tensionar a possibilidade de expansão e fortalecimento do SUS (NEMI, 2021, p. 28).

Diante da situação da saúde pública no Brasil, que, de certo modo, era inexistente enquanto direito universal e constitucional, muitas vezes se ergueram no intuito de criar estratégias para um sistema agregador, inclusivo e justo para com as camadas mais vulneráveis da sociedade. Nesse sentido, podemos citar os movimentos plurais que convencionalmente foram denominados de reformistas sanitários. A ideia de reforma sanitária teve como protagonistas as universidades, onde ganhou corpo através dos departamentos de medicina preventiva, obrigatórios depois da reforma universitária de 1968. Dois grupos principais surgiram dentro desse guarda-chuva da reforma sanitária: a corrente médico-social e a medicina comunitária.

Assim, o processo político que deu origem ao SUS questionava o conjunto dos determinantes sociais que vinham do Brasil dos gerais e do grande capital. Dentro dessa compreensão havia profunda crítica ao modelo de atenção à saúde no Brasil do regime de 1964, caracterizada por Mendes como 'modelo médico assistencial privatista'. A avaliação geral de que este modelo era um dos entraves à generalização do acesso aos serviços de saúde foi uma das pontas de lança das proposições de um novo modelo de sistema de saúde nacional" (CARDOSO, 2013, p. 24).

A seguir veremos como essas premissas defendidas pelos SUS, e por vezes atacadas pelo corporativismo médico, encontram importância para se pensar num conceito de saúde amplo e integral, capaz de dialogar com outros campos da atividade humana que, direta ou indiretamente, se relacionam com a problemática da saúde pública. Além do mais, será importante destacar de que forma uma concepção renovada, progressista e crítica da formação médica pode ser o ingrediente mais importante para a emergência de uma mentalidade ampliada, sensível e conectada aos problemas reais, concretos e mais urgentes do povo.

CAPÍTULO 3: A CORPORAÇÃO MÉDICA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL PÓS-1988

3.1. As políticas públicas em favor de um sistema universal de saúde

Apenas no final do século XX é que a atenção a saúde do povo começa a ser uma preocupação legítima das autoridades, especialmente com o advento da Constituição Federal de 1988. Um povo saudável não era apenas desejável somente porque assim ele seria mais produtivo, mas sim a saúde começou a ser defendida como um direito da população e um dever do Estado. Com isso, a Constituição de 1988 garantiu espaço a inúmeras outras organizações nas discussões sobre saúde. O Estado se abre e os médicos não vão ser os únicos a ter uma relação direta com ele e, muito menos, um controle sobre ele e sobre as políticas endereçadas à saúde. O problema da saúde no Brasil reclamava uma forte ação pública em favor de um Sistema Único de Saúde, bandeira que mobilizava o segmento progressista dos médicos, mas, acima de tudo, movia grande contingente de parlamentares, movimentos sociais, sindicatos, prefeituras, governos estaduais, instituições de saúde e profissionais das várias áreas da saúde, a assistência social e a enfermagem, com os movimentos sociais e sanitários, com os grupos destinados a defesa de uma medicina preventiva e da família. Ou seja, grupos diversos, que decidem não se prostrar a corporação médica e lutam por uma saúde de qualidade e focada em sanar os problemas mais urgentes do povo, em especial das pessoas mais carentes.

Diante dessas demandas, respaldadas pelas discussões e contribuições dos mais distintos e diversos grupos sociais empenhados, cada um a sua maneira, por uma saúde de qualidade e pela busca de um estado de bem-estar social cuja saúde era justamente um dos alicerces mais importantes, assegurado, inclusive, pela Constituição Federal, em 1990 era criado, por meio de Lei Orgânica da Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS

representou um marco sem precedentes para a saúde pública do Brasil, pois pela primeira vez, desde o descobrimento do país pelos portugueses, haveria uma ideia de universalização do acesso aos meios de atendimento médico, sem associá-lo a nenhum outro condicionante senão a cidadania; o pertencimento à nação.

Na lei de criação do SUS, no artigo 2º, diz o seguinte: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. No parágrafo primeiro do mesmo artigo, ao falar sobre qual o papel do Estado no concernente à saúde da população, temos o seguinte: “O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. Da mesma forma, no segundo parágrafo, é deixado claro que, apesar de crucial, o papel do Estado não subtrai a possibilidade e a importância dos demais atores sociais nas ações sobre a saúde: “O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade”. Além disso, já na época é deixado claro a importância de outros elementos sem os quais a saúde coletiva e o bem-estar social seriam impossíveis, como consta no artigo terceiro: “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”. E no parágrafo único do mesmo artigo: “Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade, condições de bem-estar físico, mental e social”.

O objetivo maior era sanar as antigas mazelas da população, principalmente a mais carente, e preencher as lacunas dos projetos anteriores, naquilo que eles demonstravam ser incompletos e incapazes de abranger a totalidade do povo. Nesse sentido, os principais pontos que podem ser destacados são: o seu caráter universal, que não condicionava o direito ao atendimento médico gratuito a status social, empregatício (como o antigo vínculo com a previdência, por meio do INPS), raça, credo ou cor, a não ser a plena cidadania; a igualdade que, como consequência da universalidade, garantia a equidade no atendimento de acordo unicamente com as necessidades do paciente; a integralidade das ações promovidas e custeadas pelo SUS, entendida como a busca por uma visão holística da saúde, seja no

tratamento individualizado do doente, no mapeamento das endemias mais comuns de uma comunidade (junto de suas causas), nas medidas profiláticas visando preveni-las e, quando isso não for possível, tratá-las, com base numa ideia norteadora de resolutividade dos problemas inerentes; a descentralização e a regionalização da organização e das propostas, com distribuição da responsabilidade entre os agentes políticos e suas autarquias e levando-se em conta as peculiaridades regionais e suas demandas; e a garantia de condições para o posicionamento crítico e propositivo do povo, seja diretamente ou por meio de suas entidades representativas, no que diz respeito as questões referentes a saúde e as políticas de governo endereçadas a essa área (cf. KUSSAKAWA; ANTÔNIO, 2017, p. 171).

Todos os cursos de medicina, desse momento em diante, passam a ter o SUS, suas políticas, sua filosofia de trabalho e definição de prioridades, suas concepções a respeito de saúde e doença, seus procedimentos e demandas, como núcleo ordenador do trabalho e organização internos. Em outras palavras, fica impossível pensar a formação médica dissociada das necessidades e pareceres do SUS. Esse novo horizonte da prática médica socialmente engajada e comprometida foi possível por meio da atuação de várias entidades, órgãos promotores e programas de incentivo e fiscalização, como: os Conselhos Nacionais de Saúde e Educação; o Ministério da Saúde; a ABEM; Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC); a Rede Unida; o Promed (programa de incentivos às mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina); o Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em saúde); a SGTES (Secretária de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde); o VER-SUS/Brasil (Projeto Vivências e estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde); o Aprender-SUS, o PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde), entre outros. Cada um no seu tempo e cumprindo uma determinada tarefa específica, ajudaram a fomentar uma série de políticas públicas voltadas para a saúde da população, cuja meta era transcender as limitações de outrora.

É nesse contexto, sob a liderança da já referida ABEM, criada em 1962, que se desenvolvem as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de medicina, a de 2001 e a de 2014, sintetizam, alargam e direcionam as premissas básicas para os egressos dos cursos de medicina, com base em todas as discussões feitas e no conhecimento acumulado, vindo dos mais variados segmentos da sociedade e do mundo acadêmico, influenciadas, inclusive, pelas discussões e proposições da Organização Mundial da Saúde, o que de certo modo, auxiliou a balizar a formação dos futuros médicos alinhados às

necessidades de saúde da população e no fortalecimento de uma saúde pública forte.

A análise dos dados coletados pela Cineaem mostrou que, após inúmeras discussões e algumas experiências de reformas curriculares, as escolas médicas do Brasil chegaram aos anos 1990 discutindo as mesmas dificuldades do modelo pedagógico de décadas atrás, como: ensino teórico excessivo; poucas atividades práticas ou limitadas aos últimos anos do curso; sequência e hierarquia dos conteúdos acadêmicos incoerentes com a realidade da saúde; formação médica fragmentada e desprovida de crítica, descontextualizada das necessidades de saúde da população; falta de compromisso e alienação da comunidade acadêmica em relação à realidade de saúde; mercado de trabalho privilegiando a captação de recursos financeiros e a utilização de tecnologias sofisticadas, sem a necessária ênfase na resolução de problemas básicos de saúde (BATISTA ET AL, 2015, p. 98).

Entre vários pontos importantes, defende-se a saúde como algo que vai muito além da questão puramente patológica convencional, idealizadas na primeira e na segunda década do século XXI (2001 e 2014), visando reverter a rigidez com que o ensino de medicina foi estruturado, principalmente depois de 1968, com a Reforma Universitária dos militares. O objetivo era flexibilizar, inovar, diversificar, dinamizar e enriquecer os projetos pedagógicos e os currículos universitários, não mais restritos aos antigos postulados biologizantes e hospitalocêntricos (cf. KUSSAKAWA; ANTÔNIO, 2017, p. 167). “Para os cursos de Medicina, as diretrizes foram produto de um processo de construção coletiva, com a participação de representantes de todas as instituições de ensino superior, determinadas na proposição de mudanças no ensino, a fim de atender às novas demandas sociais e aos avanços tecnológicos” (GONÇALVES; PEREIRA, 2009, p. 486). Nesse sentido,

[...] os pontos de consenso são vários, entre os quais: a centralização do ensino no estudante e na comunidade, rompendo com o hospitalocentrismo, sem alijar o hospital de sua importância no processo de formação, porém utilizando outros cenários de prática; o ensino baseado em problemas, utilizando-se casos reais ou fictícios, visando à integração de conteúdos e à garantia de uma aprendizagem efetiva, sistemática e baseada em evidência (GONÇALVES; PEREIRA, 2009, p. 486).

As premissas defendidas demonstram como o antigo modelo flexneriano, apesar de suas contribuições inegáveis para a formação dos médicos, alinhada com as descobertas científicas mais impactantes e revolucionárias da ciência médica nas primeiras décadas do século XX, era ineficiente e incapaz de absorver e compreender os diversos fatores responsáveis tanto pela saúde como pela sua derrocada. Isso porque, perdia de vista a dinâmica interativa entre os componentes da tecitura social e a maneira como se articulavam e interferiam direta ou indiretamente nas patologias de um indivíduo e de uma sociedade. Sendo assim, as premissas articuladoras das DCNs tentam construir uma visão de saúde e de

um profissional apto a entendê-la que consiga fugir da lógica tradicional e englobar múltiplas perspectivas inerentes ao ato médico, em todas as suas dimensões, cuja universidade seria o ambiente responsável por prepará-lo para o trabalho e para o pensar médico polivalente. Nesse sentido, o artigo 3º das DCNs de 2001, diz o seguinte:

O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Já no artigo 3º das DCNs de 2014, aparece novamente essa questão, com outras palavras e com novos elementos.

O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.

Sobre a atenção a saúde, no artigo 5º, é explicitado o que se espera do médico formado, dentro desses moldes defendidos pelo SUS. Ali já se nota as diretrizes guias para o novo profissional, alicerçadas numa concepção de saúde ampla e alargada, socialmente comprometida e capaz de observar, compreender e propor saídas para os diversos problemas e situações inerentes a prática médica. Ou seja, uma postura deveras distinta da tradicional (assentada única e simplesmente no indivíduo e na sua patologia). Será exigido desse profissional, além da consciência crítica e da capacidade de pensar por conta própria, de forma autônoma, a incorporação de uma base ética e moral enquanto parâmetro que se antepõe ao mero fazer técnico e “mimético”; a observância dos princípios e das políticas públicas elencados pelo SUS, com ênfase na capacidade de gerenciamento, administração e execução dos seus planos e projetos, com vistas a otimização máxima dos recursos e o alcance de melhores indicadores sociais; a aprendizagem contínua, tanto na teoria quanto na prática; a reciclagem constante, por meio do estudo e da absorção dos mais modernos postulados científicos; metodologias, tecnologias, processos e procedimentos de trabalho atualizados e capazes de favorecer o melhor atendimento à população, sejam aqueles produzidos em solo pátrio ou no exterior (o que passa pela importância de se dominar uma

língua estrangeira); a liderança, o trabalho em equipe e o afunilamento da atenção dos profissionais envolvidos no objetivo maior, que é o tratamento do paciente.

Nesse sentido, à semiologia e às questões de ordem biológica, inerentes ao ofício médico, que partem de um saber abrangente a respeito dos processos fisiológicos do corpo humano enquanto unidade vital, e as eventuais patologias que o acometem e o tiram de seu equilíbrio, se somam toda uma gama de elementos que transcendem a mera sintomatologia do indivíduo doente. Gênero, sexualidade, raça, etnia, necessidades especiais das pessoas portadoras de deficiências físicas e psíquicas, condições econômicas e a maneira como, direta ou indiretamente, influem na saúde, questões de ordem cultural, ambiental, políticas, enfim, uma visão ampliada e capaz de perceber as variáveis e a dinâmica interativa que compõe a vida humana, em toda sua diversidade. Em outras palavras, uma medicina humanizada e integrada; focada no sujeito e não apenas na sua patologia; que não o trate como objeto, mas protagonista e agente de suma importância no processo de cura, atitude que, inevitavelmente, passa pela interação e comunicação; pela sensibilidade contextual ao seu lugar de origem; pela necessidade de instruí-lo, escutá-lo, percebê-lo e inseri-lo no processo de diagnóstico e terapêutica. Na realização desses objetivos, se fará necessário a modificação dos currículos universitários, com vistas a oferecer as situações pedagógico-formativas propícias ao desenvolvimento de uma postura profissional convergente com os desafios e anseios dos novos tempos da medicina.

Assim, como já mencionado anteriormente, além dos conteúdos típicos e propedêuticos à prática médica, referentes aos processos fisiológicos do corpo humano, da maneira de “preservá-lo” nas melhores condições possíveis, por meio da promoção de práticas e hábitos saudáveis, das eventuais anormalidades advindas pela patologia, da auscultação dos sintomas relevantes ao bom diagnóstico clínico, da observação atenta e capacidade interpretativa dos resultados advindos, da intervenção propícia e eficiente no sentido de restaurar a saúde ou, quando isso não for possível, amenizar o sofrimento, outros elementos devem se somar ao trabalho médico e a preparação daqueles que o irão exercer. Compreender os condicionantes históricos, sociais, ambientais, culturais, subjetivos e psicológicos que também se relacionam com as condições de saúde de um indivíduo ou de uma coletividade; assimilar as bases constitucionais, jurídicas e éticas que incidem sobre os direitos das pessoas e a maneira como o Estado lida com a relação entre saúde e bem-estar, principalmente daqueles que mais precisam de atenção, como as minorias historicamente

marginalizadas (negros, indígenas, etc.). Além disso, como já mencionado anteriormente, a formação dos acadêmicos não pode ser estruturada sem levar em conta as necessidades e diretrizes elencadas pelo SUS; a estrutura didático-pedagógica jamais deve deixar de privilegiar a inclusão dos educandos, enquanto protagonistas do processo e futuros profissionais engajados e em condições de se posicionar eficazmente nos contextos de atuação; favorecer uma visão integrativa e holística sobre as disciplinas e os conteúdos, entre as bases curriculares técnicas e humanísticas, entre teoria e prática, cruciais para uma base formativa densa e transformativa.

Os cursos de graduação em medicina deveriam ter como prioridade formar um sujeito ativo, capaz de construir seu próprio conhecimento, com base na tripla dimensão existente entre o ensino, a pesquisa e a extensão. O saber do qual disporia nas diversas facetas da vida profissional, transcenderia o mero tecnicismo biológico, fragmentado, organicista e restritivo. Nesse sentido, as dimensões humanas e sociológicas não poderiam deixar de fazer parte do itinerário formativo, assim como os demais aspectos envolvidos numa concepção alargada de saúde, que inevitavelmente incidem sobre o meio-ambiente, a cultura, a economia e a eticidade construídas sobre a história individual e coletiva das populações atendidas pelo profissional. O diálogo crítico, reflexivo, interdisciplinar e transdisciplinar entre abordagens da realidade que se complementam e dão uma nuance mais vívida e compreensível do papel da saúde e das formas de promovê-la, seria fundamental. Outro ponto a ser destacado, é a importância de colocar os discentes, desde o início do curso, em contato direto, interativo e colaborativo com o ambiente laboral e seus agentes (médicos já formados, enfermeiros, técnicos em enfermagem, assistentes sociais, gestores, etc.). A vinculação, desde o início do curso, entre teoria e prática favorece a tomada de consciência e o desvelamento da realidade nua e crua do sistema de saúde, em seus cenários de atuação, problemas, personagens, possibilidades e limites, dando os contornos mais nítidos sobre que rotina os aguarda no futuro (cf. BATISTA ET AL, 2015, p. 123-129).

A aprendizagem nunca está desvinculada do indivíduo, que jamais será um mero receptáculo de informações, ou um hardware esperando o momento certo pra receber programas e atualizações necessários para exercer uma função específica. Todo conhecimento adquirido sempre vai ser processado e ressignificado tendo como ponto de partida os conhecimentos anteriores, já presentes nele. Por conseguinte, a construção de saberes nunca é passiva, pois, mesmo em contextos herméticos e verticais de ensino, os

resultados irão depender da capacidade interativa e reformulativa de quem recebeu tais saberes. Além do mais, caso haja a aplicação prática do cabedal teórico acumulado durante o processo, de algum modo ele precisará se adequar a um determinado contexto. A acomodação funcional dos conhecimentos desenvolvidos depende de uma plasticidade adaptativa do sujeito que os manipula.

Com a medicina não é diferente. O curso pode fazer o graduando decorar o nome de todos os tecidos do corpo, de todas as células, órgãos e funções, das glândulas e hormônios, dos parasitas, vírus, fungos, bactérias e toda gama de agentes patogênicos e a maneira como afetam o organismo. Pode também desenvolver as habilidades diagnósticas para uma competente análise semiótica da sintomatologia, mas, mesmo assim, o resultado não será o esperado e nem o êxito final do trabalho, se ele não souber se encaixar na realidade que o espera. Por isso é tão importante criar estratégias que permitam esse contato desde cedo, como um elemento fundamental e direcionador de toda prática pedagógica desenvolvida, para além da própria formação. Ou seja, se estenderá por toda vida do futuro médico. A realidade do universo do trabalho é o lugar privilegiado para compreender os processos entre saúde e doença, para testar hipóteses e colocar a prova teorias consagradas, pois a ideia de uma formação permanente precisa também de um olhar científico sobre a prática médica.

Por isso, as novas DCNs dão uma atenção especial ao internato dentro da atenção básica de saúde, com uma carga horária não inferior a 30% do total dedicado a essa fase do curso. Além do mais, institui que praticamente todas as áreas deveriam ser abarcadas durante o internato, justamente como forma de superar o modelo hospitalocêntrico. Favorecer essa imersão do futuro médico nos contextos reais de atuação, fora dos muros do hospital e além dos aspectos puramente biopatológicos, tendo como referência o SUS e uma visão mais alargada da realidade laboral, são ingredientes importantíssimos para a construção de um novo conceito de atenção básica da saúde. Acaba, também, com a especialização precoce, pois abre o leque das experiências médicas realizadas pelo interno (cf. BATISTA ET AL, 2015, p. 239-256).

Nesse sentido, a Constituição Federal e a Lei de criação do SUS, juntamente com as novas DCNs, representaram um “perigo” imenso para a corporação médica. A corporação representada especialmente pelo Conselho Federal (CFM) e seus braços regionais (CRMs),

o Sindicato Médico Brasileiro (SMB) e Associação Médica Brasileira (AMB), foram reticentes e, no limite, opositores ao SUS e as DCNs, enquanto a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), o movimento de Medicina Social, a Integração Docente-Assistencial (IDA), o Programa de Saúde da Família (PSF) entre outros, que junto a seus congêneres internacionais, por meio de simpósios, palestras, conferências e inúmeros eventos ao redor do mundo, no transcorrer das décadas, militaram fortemente em favor dele e, depois, na orientação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina, permanecendo na defesa da saúde pública até os dias de hoje.

Todas as conquistas, conseguidas pela corporação, vindas ao longo de mais de 50 anos poderiam se esfacelar, dependendo da maneira como os princípios legais e constitucionais poderiam ser interpretados e implementados. A medicina humanista e generalista, a ideia de equipes multiprofissionais empenhadas não apenas no diagnóstico e no tratamento do doente, mas na saúde preventiva do sujeito, embora também seja uma pauta defendida pela corporação (ao menos no discurso), se contrapõem a estrutura clássica que tantos ganhos trouxe ao longo do tempo à classe médica. O que traz dinheiro é o doente, e quanto mais doente ele estiver, mais precisará de profissionais especializados para tratá-lo, juntamente de uma logística complexa e moderna e, por isso mesmo, cara. Em outras palavras, o interesse da corporação sempre foi o controle do dinheiro e o controle da política, que se dá por meio do papel dos conselhos, que não perderam seu alcance e suas prerrogativas. Nesse sentido, embora o Conselho Federal, por exemplo, aprove códigos de ética bem humanizados, em muitas ocasiões são palavras que na prática não apresentam ressonância em suas ações e ambições, a exemplo do apoio e orientação a classe médica em fazer o uso da hidroxicloroquina no tratamento da COVID-19, mesmo após a Organização Mundial da Saúde a ter declarado ineficaz para o tratamento da doença.

3.2. As principais políticas públicas de saúde e as reações da corporação médica

Na garantia de observância dos postulados observados, no protecionismo da classe médica, na defesa dos direitos e privilégios, na fiscalização da classe e de seus associados, na manutenção do *status quo* adquirido ao longo do tempo e como forma de resguardar seus interesses e o espaço no mercado contra a concorrência “desleal” de médicos estrangeiros ou formados no exterior, as entidades médicas, cada uma dentro de suas atribuições específicas, foram criadas e atuam continuamente como baluartes contra as forças

potencialmente “perigosas”. Embora, como vimos, o Sindicato Médico Brasileiro tenha sido a primeira entidade de nível nacional e com relativo poder de posicionamento dentro da esfera pública a ser criada, no decurso do tempo, outras entidades foram surgindo, ocupando papel de destaque na atuação corporativista, especialmente a Federação Nacional dos Médicos (FENAM), criada em 1973, a Associação Médica Brasileira (AMB), criada em 1951, o Conselho Federal de Medicina (CFM), por sua vez, criado em 1945, congregando em torno de si os CRMs (Conselhos Regionais de Medicina).

Apesar das suas atribuições específicas e da relativa autonomia existente entre elas, é inegável o quanto essas entidades se inter-relacionam entre si, inclusive historicamente, pois na origem haviam muitos pontos em comum influenciando o delineamento de suas trajetórias e modos de proceder. A convergência de ideias e anseios pode ser facilmente vista hoje em dia pelos posicionamentos quase sempre alinhados das três entidades no concernente a defesa de certos direitos e privilégios. Nesse sentido,

As três entidades posicionaram-se contra dispositivos de implementação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, instituído em 2011. Em 2013, rejeitaram a criação do Programa Mais Médicos e o conteúdo da lei do ato médico, promulgada com vetos naquele ano. O Cadastro Nacional de Especialistas, instituído em 2015 pelo Governo Federal, também foi objeto de contestação pelas entidades. Na outra ponta, houve integral apoio à aplicação do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos (REVALIDA), que adquiriu status de bandeira de luta, resultando no surgimento, em escala nacional, do Movimento Revalida Sim (DIAS ET AL, 2022, p. 13).

O corporativismo médico, por meio de suas entidades, teve seus interesses apresentados e defendidos no Congresso Nacional através da Comissão de Assuntos Políticos, palco para muitas pautas de seu interesse. Além da influência indireta, por meio do lobby dos seus representantes, a eleição de ex-integrantes da AMB e sua posterior assunção a cargos de comando na Frente Parlamentar da Saúde teve impacto profundo e aumentou a capacidade de capilarização dos médicos dentro dos meandros do poder político. Foi nesse contexto que ocorreram as críticas mais fortes ao Programa Mais Médicos (PMM) (cf. DIAS ET AL, 2022, p. 17).

O predomínio do apoio a alguns programas ministeriais, ainda que com preocupações e críticas pontuais, deu lugar a maior presença de entendimentos divergentes às iniciativas federais na saúde, ao longo do período. Possivelmente, essa inflexão relaciona-se com a presença crescente de temas sensíveis à corporação médica na agenda governamental do período, evidenciados no desenho do Programa Mais Médicos. Outro aspecto refere-se ao próprio modelo de atenção no SUS, com políticas de valorização da prática multiprofissional e diversificação

de saberes no cuidado em saúde. Esse cenário impõe desafios à delimitação das fronteiras do ato médico, com uma atuação corporativa voltada à preservação dos valores profissionais (DIAS ET AL, 2022, p. 17).

Nessa linha é perceptível:

A dubiedade da agenda corporativa nacional e a centralidade da defesa do exercício liberal influenciam a atuação contraditória das entidades médicas, em razão das diferentes concepções, visões, princípios e modelos de atenção que norteiam os setores público e privado da saúde no Brasil. Nesse contexto, os movimentos médicos tendem a ocorrer em situações de antagonismo e disputa, fragilizando o apoio político e a incorporação desses profissionais ao SUS, fator crucial para a universalização e o atendimento às necessidades de saúde da população (DIAS ET AL, 2022, p. 18).

No que concerne ao Programa Mais Médicos, muitas coisas podem ser ditas. Se o governo do presidente Lula não conseguiu combater de forma contundente a corporação, criando, pelo contrário, o cenário mais favorável possível para a emergência, fortalecimento e expansão de uma outra corporação, a do ensino privado e dos grandes conglomerados educacionais (exploraremos o impacto desse fenômeno mais adiante), que, como veremos, embora também seja criticado pelos médicos, não foge da dinâmica tradicional privatista, elitista, mercantilista e burguesa, a presidenta Dilma Roussef consegue de fato ter a coragem de combater essa lógica. O clamor dos municípios, principalmente aqueles interioranos, longe dos grandes centros urbanos, por uma saúde de qualidade, a qual eles demonstraram não ter o poder financeiro para bancar, levou o Governo Federal a criar estratégias para a sanar esse problema, e o Programa Mais Médicos foi a resposta dada. O Programa, diante dos objetivos elencados, não podia se restringir apenas a criação de cursos públicos e sua interiorização, pois isso demoraria muito até a gerar resultados. Sendo assim, além de ter criado instituições públicas e novos cursos de medicina, interiorizando a sua oferta, e trazido médicos do exterior para ocupar vagas em rincões pouco atrativos para os médicos brasileiros, e que durante décadas sofreram com a escassez de profissionais, ela buscou fortalecer a ideia de uma medicina generalista, não reduzida ao repasse de pacientes, mas capaz de cumprir a função primordial de resolução de problemas. Os objetivos primordiais do programa eram esses:

Art. 1º É instituído o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e com os seguintes objetivos:

- I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;
- III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;

IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;

V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;

VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;

VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e

VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

No artigo segundo da mesma lei, são definidas quais as ações prioritárias para a execução dos objetivos esperados por meio de sua aplicação:

Art. 2º Para a consecução dos objetivos do Programa Mais Médicos, serão adotadas, entre outras, as seguintes ações:

I - reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos;

II - estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e

III - promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional.

Dentro do Programa Mais Médicos, como complemento do mesmo, é instituído o Programa Mais Médicos para o Brasil, que, de acordo com o artigo 13, seria ofertado:

I - aos médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País; e

II - aos médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras, por meio de intercâmbio médico internacional.

§ 1º A seleção e a ocupação das vagas ofertadas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil observarão a seguinte ordem de prioridade:

I - médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País, inclusive os aposentados;

II - médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da Medicina no exterior; e

III - médicos estrangeiros com habilitação para exercício da Medicina no exterior.

§ 2º Para fins do Projeto Mais Médicos para o Brasil, considera-se:

I - médico participante: médico intercambista ou médico formado em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado; e

II - médico intercambista: médico formado em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para exercício da Medicina no exterior.

O descontentamento foi tanto que o Programa Mais Médicos foi o assunto mais comentado e espezinhado nos artigos elaborados pelos representantes da classe médica no

período posterior a promulgação da lei que o instituiu. Os pontos que geraram mais descontentamento e muitas críticas por parte da comunidade médica, vem mais a frente. No artigo 16, por exemplo, está dito o seguinte: “O médico intercambista exercerá a Medicina exclusivamente no âmbito das atividades de ensino, pesquisa e extensão do Projeto Mais Médicos para o Brasil, dispensada, para tal fim, nos 3 (três) primeiros anos de participação, a revalidação de seu diploma, nos termos do § 2º do art. 48 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.” O referido parágrafo, do artigo 48 da Lei de Diretrizes e Bases de 1996, diz respeito a revalidação do diploma de nível superior por universidades nacionais como forma de garantir o direito de pleno exercício profissional em solo pátrio, expresso nos seguintes termos: “Os diplomas de graduação expedidos por universidades estrangeiras serão revalidados por universidades públicas que tenham curso do mesmo nível e área ou equivalente, respeitando-se os acordos internacionais de reciprocidade ou equiparação”. Todavia, o ponto mais polêmico se encontra no parágrafo 2º do referido artigo: “A participação do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, atestada pela coordenação do Projeto, é condição necessária e suficiente para o exercício da Medicina no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, não sendo aplicável o art. 17 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957”. O artigo 17 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, lei essa que dispõe sobre os conselhos de medicina, diz o seguinte: “Os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade”. Ou seja, o Programa Mais Médicos batia de frente com antigas conquistas da corporação médica e, a revelia de sua vontade ou concordância, criava mecanismos legais para a expansão da saúde pública, tirando das mãos das entidades de classe a exclusividade no controle da profissão e daqueles aptos a exercê-la.

Todavia, nos posicionamentos das entidades de classe, as questões que mais apareciam nos artigos produzidos em sites e periódicos da área diziam respeito principalmente a questão da qualidade inferior dos serviços prestados pelos profissionais cadastrados ao Programa, em especial aos médicos cubanos, e as motivações ideológicas e políticas presentes nas entrelinhas da lei, que nem de longe eram políticas de Estado sérias, maduras e duráveis, apenas paliativos eleitoreiros cujos objetivos se atrelavam as ambições do partido governista (cf. AMB, 2016). Se dizia que a inépcia do governo em gerir a saúde pública no Brasil, seja pelos projetos mal formulados, pelas políticas públicas pouco

eficientes, pela falta de ideias aplicáveis e capazes de sanar as mazelas da população ou pela crise econômica que se aproximava e paulatinamente descortinava os graves problemas políticos pelos quais o governo da presidente Dilma Rousseff passaria, era a questão principal que levava o governo a busca de uma solução preguiçosa e cujas consequências eventualmente poderiam ser catastróficas (cf. CFM, 2016). Um governo que, na interpretação das entidades, “[...] acredita que pode resolver problemas estruturais com uma canetada, sem discutir com quem conhece formação médica” (cf. AMB, 2016).

Além disso, dentro da visão liberal das entidades médicas, o acordo feito entre o governo brasileiro e o cubano, que deixava de fora a contribuição e fiscalização por parte das entidades médicas responsáveis pela manutenção da qualidade do ensino e dos serviços prestados, era apenas uma desculpa para enviar preciosos recursos financeiros nacionais para a ditadura castrista, que poderiam ser usados para aquecer a economia brasileira, sem nenhuma demonstração da necessidade disso, haja vista a quantidade de médicos formados em solo nacional esperando a oportunidade para trabalhar (cf. FENAM, 2016).

[...] O Brasil, que passa por um período de grave recessão, continuará a enviar bilhões de reais para o exterior por meio da Organização Pan-americana de Saúde (Opas), em vez de assegurar que esses recursos fiquem em sua integralidade dentro de nossas fronteiras. “Ao fazer isso, o Governo daria emprego para nossos profissionais que, por sua vez, com seus rendimentos, ajudariam a aquecer a economia de Estados e Municípios” (CFM, 2016).

Outro ponto destacado era sobre a qualidade da formação em solo nacional, depois do aumento e da interiorização das vagas nas faculdades de medicina, como vimos um dos itens presentes no projeto mais médicos, sem a preocupação com a logística necessária, com a infraestrutura indispensável para o êxito do processo e com a qualidade do corpo docente que levará a cabo a formação desses novos profissionais.

[...] Infelizmente, o que temos visto são faculdades desqualificadas, com corpo docente despreparado; algumas não possuem sequer hospital-escola. Isso resultará em médicos malformados, o que compromete a qualidade do atendimento. [...] Não se trata de reserva de mercado. O país precisa de mais profissionais sim, mas nossa preocupação é com a qualidade da formação. [...] Um estudante que não é avaliado, minimamente coloca em risco a vida dos pacientes [...]. As escolas são autorizadas a funcionar com pendências que não são resolvidas. Os cursos são criados mesmo sem hospital conveniado, insumos e materiais de laboratório. O MEC tem que visitar essas escolas, mas, muitas vezes, os primeiros cursos terminam, o aluno recebe o diploma e a avaliação não é feita. Há uma liberalidade indevida (CFM, 2016).

As próprias DCNs de 2014 passaram pelo crivo das entidades de classe, cuja principal argumentação se centrava no fato de não haver, por parte do governo, a iniciativa de uma ação conjunta na elaboração das novas diretrizes. Também foram criticadas a obrigatoriedade de se reservar 30% do tempo destinado ao internato ao sistema público e a avaliação bienal dos estudantes por parte do governo, como um dos pré-requisitos para a residência médica, em seu processo classificatório. “[...] A Resolução 2.130/2015, do Conselho Federal de Medicina (CFM), que já está em vigor, torna sem efeito os atos normativos contrários. De acordo com a Lei 3.268/57, que trata do funcionamento dos Conselhos de Medicina, os atos normativos editados pelo CFM devem ser seguidos pelos CRMs, inclusive como parâmetro para formulação e edição de suas próprias decisões” (cf. CFM, 2016).

Sem a obrigatoriedade do Exame Revalida para o exercício da medicina, dentro dos requisitos e determinações do Programa Mais Médicos (PMM), como até então tinha sido feito, o governo abriria um leque muito maior de controle estatal sobre a prática médica. A questão quantitativa, de acordo com as entidades médicas, era colocada como a prioridade do governo, que abria mão da qualidade do ensino ministrado e da densidade formativa por parte daqueles que iam ser inseridos no sistema público de saúde, o que inevitavelmente atingiria as camadas mais pobres da sociedade, a mercê da inépcia do governo e dos médicos diplomados em países estrangeiros e sem a devida aferição sobre suas reais condições de praticar a medicina. A medicina seria vulgarizada e banalizada, como apenas um “cursinho” ordinário e destituído de sua importância como um dos alicerces básicos para a qualidade de vida da população, o bem-estar geral da sociedade e o progresso nacional. A permissão de trabalho para uma legião de indivíduos fora do alcance do processo avaliativo das entidades de classe somado ao aumento e interiorização dos cursos de medicina, sem a logística e a infraestrutura necessárias, na prática, por mais bem-intencionado que o projeto fosse, representava uma mercantilização do ensino, que teria por compromisso a formação em série de pseudo-especialistas (cf. AMB, 2016).

Esse processo de mobilização por condições de trabalho e salário para os médicos, desdobrou-se na criação da Frente Nacional em Defesa da Saúde, da Medicina e do Médico, lançada em 16 de junho de 2015. Essa Frente tinha como objetivo fortalecer e unir as instituições em defesa do médico e da medicina, e impedir que as EM fossem aparelhadas pelo governo e por partidos políticos. Contraditoriamente, para colocar a ‘Frente’ em ação, houve articulações das EM com parlamentares e representações de partidos considerados conservadores, opositores do governo em análise [...] Outro mecanismo de defesa dos interesses

da categoria médica foi a criação da Confederação Nacional dos Médicos (CNM) com o objetivo de ser o topo da representação sindical da categoria, respondendo nacionalmente pelos médicos brasileiros (FREITAS ET AL, 2017,p. 81-82).

O descontentamento generalizado das entidades de classe, sua postura abertamente contrária a maioria dos projetos propostos pelo governo para a área da saúde pública, sua visão historicamente liberal e avessa ao progressismo esquerdista e socialmente comprometido das frentes organizadas e reformistas da saúde para o Brasil, fez com que houvesse uma postura abertamente contrária a presidente Dilma Rousseff. O Partido dos Trabalhadores e sua representante na presidência se tornaram o inimigo comum a ser combatido e eliminado. Sendo assim, os movimentos pró-impeachment receberam apoio maciço dos médicos e seus representantes. Nesse sentido, após o golpe institucional contra a então presidente eleita, a FENAM afirmou o seguinte:

[...] A categoria médica sofreu durante os últimos três anos uma perseguição, houve tentativas de culpar o médico pelo caos na saúde, e hoje se inicia um governo que será acompanhado de perto pela entidade. Segundo o presidente da Fenam, Otto Baptista, uma página está sendo virada para toda a classe médica. ‘Acabamos de deixar para trás toda aquela perseguição em cima do Ato Médico, do sucateamento da própria saúde pública, o subfinanciamento, a abertura de escolas indiscriminada e até a entrada de intercambistas sem o revalida. Estaremos vigilantes, apoiando a classe médica e acompanhando o que vier de bom e melhor deste governo. Estamos juntos.’, concluiu o presidente Otto (FENAM, 2016).

Apesar das críticas e oposições, o que se viu na prática foi uma melhora significativa dos indicadores de saúde durante os primeiros anos do Programa Mais Médicos, além da anuência da população beneficiada pelo programa, que conseguiu levar médicos em praticamente todas as regiões mais necessitadas de sua presença, atenuando, por conseguinte, o sofrimento de todo um contingente de pessoas que durante décadas conviveram com a escassez de profissionais (cf. ALENCAR ET AL., 2016). Tal constatação deixa claro que no fundo o que motivava as críticas era uma visão ideológica corporativista, centrada nos interesses de classe, e que passavam ao largo de uma legítima preocupação com a democratização e universalização do acesso à saúde. A retórica dos representantes de classe, por mais que em tese fizesse sentido, não era suficiente para escamotear dos olhos de um investigador atento o fato de estar recheada de frustração, ressentimento, egoísmo e falta de empatia para com os interesses da população pobre e excluída. Por conseguinte, o ódio ao governo, no fundo era o ódio contra uma ideia mais ampla de justiça social e comprometimento com a concretização de uma percepção de Estado que não se verga ao

peso do lobby de setores empresariais e liberais. Como nos diz (FREITAS, PAIM, SOUZA, TEIXEIRA; 2017):

As evidências produzidas por este estudo mostram que as EM posicionaram-se em quase todo o período estudado contra as políticas de saúde do governo federal, particularmente aquelas que contrariavam os interesses da categoria médica. Nesse sentido, o PMM e seus desdobramentos foram temas por elas mais combatidos. Evidenciam, portanto, a manutenção dos interesses corporativos de um segmento profissional e pouco comprometido com o sistema público de saúde. Ademais, a oposição das EM aos projetos do governo federal para a área da saúde, bem como as diversas alianças do segmento com parlamentares conservadores, foi gerada para benefício dos interesses da corporação. Os resultados deste trabalho evidenciam que as EM e seus projetos afastam-se dos princípios e diretrizes na RSB, assim como dos princípios e diretrizes do SUS (p. 85).

Em outras palavras, na mentalidade corporativista, a existência da figura do médico generalista, da qualidade do ensino, da vinda de profissionais estrangeiros pouco gabaritados para trabalhar em solo nacional, não são o real vetor de descontentamento, já que, no contexto dos programas governamentais esses profissionais na maioria das vezes acabam atendendo os pacientes que a elite médica, composta pelos especialistas, não faz questão de atender. O verdadeiro interesse da corporação está na grande saúde, no contexto hospitalar, no atendimento que de fato dá dinheiro; traz os maiores dividendos. Por conseguinte, a enxurrada de críticas feitas ao Programa Mais Médicos tem por base, apesar de todos os argumentos aparentemente sensatos usados para criticá-lo, o medo de perder os recursos vindos do Estado, o maior financiador da saúde no Brasil.

O controle das verbas públicas é o real objetivo, atingido no período ditatorial, por meio do lobby do sindicato médico, dos conselhos e das associações, tal qual já mencionado no capítulo dois do presente trabalho. A realocação de recursos para áreas da saúde que estão na base, como a saúde da família, e a interiorização da logística ambulatorial de atendimento, longe do *locus* hospitalar e sem a tutela e a direção dos representantes de classe, é que faz a corporação ranger os dentes. É como se todo poder e status conquistado a tão duras penas, principalmente depois da década de trinta, com o período Vargas, e depois de 1964, com os militares; pelo controle dos hospitais e das escolas médicas, e mesmo com a prerrogativa na constituição das bases deontológicas, começasse a ruir.

Esse contexto explica porque os grandes defensores do SUS e de uma saúde universal e pública, geralmente não serem médicos, com a dignifica exceção da Abem, que vem fazendo um trabalho de extrema qualidade na defesa de uma formação médica que

consiga agregar elementos para além da lógica simplista, pragmática, utilitária e corporativista de saúde. A missão foi, é e sempre será, ao menos enquanto um anseio do povo e daqueles capazes de expressar suas demandas, a constituição de uma noção de saúde integrada, humanista, socialmente sensível e politicamente comprometida com o bem-estar do povo atendido por ela.

Para isso, não apenas a ação em saúde se torna necessária, mas, antes disso, a formação em saúde, pois somente assim se conseguirá criar uma nova mentalidade nos profissionais formados, que fuja da tradicional e veja a importância de um projeto de Estado, que não se exima de suas responsabilidades e do seu protagonismo; que não cumpra o papel apenas de financiador, mas de direcionador das políticas públicas. O caminho é complicado, já que os embates mais ferrenhos se dão justamente contra aqueles que se dedicam a oferecer o serviço; os médicos. Esse é o principal motivo do porque as novas DCNs serem atacadas, não é apenas por causa da defesa de uma medicina humanista, mas por que tenta se alicerçar numa visão de saúde pública gerida pelo Estado e focada em elementos que divergem dos interesses corporativistas e mercantis.

Desse modo, esses princípios e diretrizes, que visam, entre outras coisas, recolocar a medicina dentro de uma cosmovisão multifatorial e sensível aos problemas da população, necessita, como pode ser facilmente verificável por meio de uma análise simples, não apenas de uma concepção de medicina e saúde diferentes. O que está em jogo, também, é uma nova forma de entender o papel do médico dentro dessa ótica. Não se trata de uma imposição estatal ou governamental, a revelia dos direitos dos médicos, que com certeza devem considerados, mas da necessidade imperiosa de trazer essas questões para o campo social e político, e dividir o protagonismo com outras esferas de poder, não restringindo a medicina a uma confraria fechada e autorregulável. Portanto, o corporativismo médico deve ser entendido e combatido não por algum tipo de revanchismo banal, mas como um entrave a uma medicina sensível e articulada com as mais urgentes necessidades do povo por ela atendido.

Ao avaliarmos os códigos de deontologia médica, ao longo da história, veremos que a prática sempre é apresentada não só como uma arte liberal, mas também como uma atividade de meios, e não de fins, o que a deixa imune a eventualidade de não obter êxito em suas abordagens. Além disso, apesar de ser uma ciência, dotada de procedimentos e

metodologias específicas, em suas divisões e subdivisões, há uma certa aura “sacra” em torno de si, fortalecida por meio de uma mentalidade vocacional; um “chamamento divino” que a suspende das circunstâncias venais e dos interesses prosaicos; um sacerdócio cuja motivação é fazer o bem, salvar a vida e resguardar o ser humano do sofrimento. Mas, para além da retórica, o que se pode ver, através de uma análise objetiva, é uma proximidade entre a prática médica liberal e os princípios básicos de uma dinâmica mercantilista. Ou seja, elas se harmonizam e ganham mais força conforme a medicina cresce e oferece um leque gigantesco de serviços e produtos altamente rentáveis. Nesse sentido, o liberalismo e o mercantilismo, muito embora sejam apresentados como antagônicos, no fundo são duas faces de uma mesma moeda. A idealidade discursiva se esvanece na materialidade concreta. O estilo de vida e o status social do médico deixam claro isso.

3.3. O mercado educacional e os cursos de medicina

Os médicos, que, como vimos, tanto lutaram pelo acesso das verbas públicas, vindas do Estado, pelo controle das finanças e por uma visão liberal sobre o seu trabalho, sem interferência estatal e resguardados política e juridicamente em seus direitos, viram, durante os anos 1990 e, principalmente, os anos 2000, o crescimento gigantesco das corporações educativas. A elitização da medicina e do profissional médico, detentor do status máximo entre todas as profissões, teve como efeito colateral a cobiça das grandes redes de ensino privado, sedentas por abocanhar as legiões de jovens desejosos do tão sonhado diploma. Esse crescimento só foi possível pelas mudanças presentes Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que abriram expectativas para a iniciativa privada com fins lucrativos atuar na educação superior, o que era vedado pela LDB de 1961 (Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, Arts. 81 e 85). A LDB de 1996 foi omissa nesse quesito, mas a Medida Provisória nº 1.477-39, de 8 de agosto de 1997, que, após sucessivas reedições mensais, foi convertida na Lei nº 9.870/1999, autorizou as pessoas jurídicas de direito privado, mantenedoras de instituições de ensino superior, a “assumir qualquer das formas admitidas em direito, de natureza civil ou comercial”. Esse dispositivo foi uma das tantas expressões do governo liberal de então, querendo repassar à iniciativa privada o máximo de encargos educacionais, sobretudo os da educação superior. Evidentemente, que essa política deveria favorecer a expansão da oferta em todas as áreas. Aqui está o grande problema. Essas medidas possibilitaram a criação e a proliferação dos estabelecimentos privados de ensino. Um processo que se tornou “endêmico”.

Inicialmente, devido à facilidade de se montar as estruturas básicas para o seu funcionamento, os cursos da área jurídica, da educação e das humanas foram os primeiros a se proliferarem - como pedagogia, serviço social, administração, direito, etc. Eles foram paulatinamente dominando a oferta de cursos, sejam eles presenciais ou a distância, beneficiados pelo avanço das tecnologias de informação. A baixa qualificação dos docentes, a didática simplista e sintética, os materiais apostilados e “digeridos”, a facilidade de acesso e os baixos custos das mensalidades, foram os grandes atrativos apresentados, que possibilitaram o acesso ao ensino superior a uma parcela considerável de pessoas que dificilmente entrariam pelos meios convencionais e nas instituições mais tradicionais de ensino, contentando-se com a obtenção do diploma às expensas da qualidade do ensino ministrado e da formação recebida. Esse primeiro passo dos grandes conglomerados educacionais só foi possível pela tentativa de aumentar o número de universitários a qualquer custo.

Como esses cursos se disseminam muito rápido e as mensalidades se tornam muito baratas, o segundo passo, o mais ariscado e que poderia representar um ganho enorme, caso desse certo, era a abertura de cursos de medicina. Nesse sentido, a corporação médica se viu numa difícil situação. Se por um lado havia a sempre presente defesa do liberalismo e de uma visão de medicina privatista e livre de qualquer interferência direta do Estado, que teria como compromisso o patrocínio dos atos médicos, por outro havia um horizonte verdadeiramente liberal, privado, mercantil e focado primordialmente no lucro exponencial gerado pelo aumento dos cursos, das vagas e das mensalidades. Ou seja, a ideia de uma saúde privada choca-se contra a ideia privatista de educação, cada uma baseando-se em premissas parecidas, dependentes, em grande medida, da anuência e das verbas do Estado, sem, contudo, admitir que ele se intrometa além da conta.

De 1997 a 2021 foram abertos 279 novos cursos de medicina (91 públicos e 188 privados). Das 54.418 vagas ofertadas em 2021, apenas 12.695 foram públicas, sendo privadas 41.723 (76,7%). De um total de matrículas de 224.148, em 2021, apenas 66.131 eram públicas, sendo privadas 158.017 (70,5%)¹⁴. Esses números mostram a expansão da oferta privada a partir de 1997. A entrada do capital privado com fins lucrativos na educação

14 Microdados da educação superior do INEP. A tabulação dos dados dos últimos 30 anos está no Anexo XII.

superior permitiu a formação de grandes conglomerados educacionais (alguns associados ao capital internacional), com enorme força política para exigir do Estado a satisfação plena dos seus interesses. Tudo isso vai enfraquecer a própria estrutura da corporação.

Esses conglomerados educacionais estão pouco se importando com as reivindicações da corporação médica. Eles querem abrir cada vez mais cursos de medicina e ampliar as vagas nos cursos existentes. Tem conglomerado que sozinho administra mais de 30 escolas médicas, destacando-se entre eles a AFYA, Ânima Educação, YDUQS, Ser Educacional. Um curso de medicina numa instituição privada que está na bolsa de valores, joga as suas ações lá para cima. São bilhões em disputa para cada novo curso aberto. Então, as corporações da educação se tornaram muito mais fortes do que a corporação médica. Nesse sentido, existem no Congresso Nacional um gama de deputados apoiados por essas corporações educacionais. Se uma corporação enfraquece, outra surge, e talvez ela seja de fato pior do que a anterior.¹⁵

Em artigo recente publicado no site “Poder 360”, que versa sobre o pedido de medida cautelar enviado ao STF (Supremo Tribunal Federal) pela AGU (Advocacia Geral da União) visando a suspensão das decisões judiciais que haviam permitido a criação de novos cursos de medicina e o aumento de vagas em cursos já existentes em instituições privadas, que, de acordo com a AGU, se contrapõem aos princípios levantados pelo Programa Mais Médicos, são apresentados vários dados capazes de esclarecer o processo de crescimento exponencial de novos cursos médicos e suas causas. Entre os pontos levantados pela AGU está o fato de que “a autorização indiscriminada para abertura de novos cursos em regiões dotadas de alta concentração de médicos apenas serviria para agravar as desigualdades regionais”, além do que “muito embora tenha havido o aumento expressivo da quantidade de vagas de Medicina desde a edição da norma objeto da presente ação declaratória, ainda se convive com locais de hiperconcentração de profissionais e com verdadeiros ‘desertos médicos’, com áreas e municípios desassistidos ou com serviços e estruturas do SUS nas quais faltam médicos ou há dificuldade de retenção e reposição de profissionais”.

¹⁵ As informações deste parágrafo foram obtidas com base nos dados apresentados na reportagem do site "Poder 360" <<https://www.poder360.com.br/educacao/entenda-a-guerra-judicial-de-bilhoes-entre-cursos-de-medicina/>> acessado em 08/04/2023.

De acordo com o mesmo artigo no site “Poder 360”, essa disputa judicial travada pelas corporações de ensino pode ser explicada pelos números referentes aos cursos médicos. As mensalidades desses cursos são as mais altas entre todos os cursos superiores, girando em torno de 9 mil reais. Além disso, quando comparado com outras áreas de ensino, existe baixa inadimplência entre os estudantes matriculados (oriundos, em sua maioria, da elite econômica brasileira). Diante disso, as 20 mil vagas em disputa podem gerar somas superiores a 13 bilhões por ano. Uma única vaga é avaliada em cerca de 2 milhões de reais no multimilionário mercado educacional, representando um acréscimo astronômico no valor das instituições em eventuais processos de fusão ou venda, com dividendos chegando a marca de 48 bilhões de reais. Isso explica porque num período de 8 anos, entre 2013 e 2021, o número de estudantes matriculados superou os 43.286 ingressantes, mais do que dobrando em relação aos dados anteriores 18.960 ingressantes, sendo a maioria dos calouros de instituições privadas (32,4 mil da rede privada contra 10,9 mil da rede pública, sendo que, caso essas liminares sejam concedidas, a rede privada pode ter um acréscimo de mais de 20 mil vagas).¹⁶ E, elas não param de ser concedidas, como podemos constatar no mais recente exemplo envolvendo a Universidade Luterana do Brasil/Rede Ulbra de Educação (ULBRA) que teve autorização judicial para ofertar 6 novos cursos de medicina no país; 3 cursos no Rio Grande do Sul, nas cidades Porto Alegre, Gravataí e São Jerônimo, com 480 vagas, sendo 160 vagas cada. A quantidade – 160 por unidade – é superior à oferta de vagas em Medicina na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), a mais tradicional do RS na área, que oferece 140 vagas anuais. A Ulbra também abriu outros três novos cursos médicos no norte do país, nos Estados do Amazonas, Pará e Tocantins¹⁷.

No governo do então presidente Michel Temer houve, por meio da Portaria nº 523, de 1º de junho de 2018, a proibição da abertura de novas vagas de medicina por um período não inferior a cinco anos, sob justificativa da falta de requisitos qualitativos básicos de muitas instituições privadas de ensino, assim como pelo aumento significativo do número de médicos formados. Sem um prazo estipulado pelo governo para se fazer a avaliação dos cursos médicos, no que se refere as condições mínimas exigidas para a sua oferta, muitas

¹⁶ Conforme informações contidas no site <<https://www.poder360.com.br/brasil/agu-pede-que-stf-suspenda-cursos-de-medicina-criados-por-liminar/>>. Acesso em 02/05/2023.

¹⁷ Por meio de decisão judicial a ULBRA teve autorizado, em maio de 2023, 6 novos cursos de medicina, conforme a reportagem da "Gaúcha ZH" <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/educacao-e-emprego/noticia/2023/05/ulbra-anuncia-a-abertura-de-480-novas-vagas-em-medicina-no-rs-veja-em-quais-cidades-clh8ex0lc00fq016xkrot1sj0.html>>. Acesso em 04/05/2023.

instituições, através de liminares, entraram na justiça para reaver o direito de ampliar e criar novos cursos e novas vagas nos cursos já existentes, o que resultou em milhares de vagas amparadas e concedidas juridicamente, além de 75 escolas médicas (sendo 70 privadas e apenas 5 públicas). Um exemplo desse banquete é a Universidade Nove de Julho (UNINOVE) que de 2017 a 2021, abriu de 2.059 vagas de medicina, em 6 cursos (vide dados anexo XIII).

Com isso, a quantidade de faculdades de medicina em atividade no País passou de 314 para os atuais 389, entre abril de 2018 e abril de 2023, quando a norma do Governo deixou de vigorar. Segundo o CFM, as novas escolas foram abertas em 70 municípios brasileiros. Quase metade dos cursos estão em cidades onde não há Equipes de Saúde da Família suficientes para absorver os estudantes; 87% não oferecem pelo menos cinco leitos públicos de internação hospitalar para cada aluno no município sede de curso; e 90% dos municípios não possuem um hospital de ensino (BAHIA NOTÍCIAS).¹⁸

Segundo a mesma reportagem todos esses, eram pré-requisitos para a abertura de novos cursos, instituídos pela Lei dos Mais Médicos, sem os quais, de acordo com especialistas da área, a formação médica ficaria seriamente comprometida, não possibilitando os saberes básicos para o pleno exercício profissional dos médicos formados. Esse número de vagas, contrariando os dispositivos da Lei, se concentrou em regiões com abundante oferta de médicos. Com o fim da moratória editada em 2017 pelo governo de Michel Temer e da revogação, pelo governo Lula, da Portaria 1.061, de 31 de dezembro de 2022, a abertura de cursos de medicina, retoma, por ora, os critérios de enunciados na Lei do Mais Médicos.

Independente do que aconteça, o futuro que se avoluma é um tanto quanto sombrio para a classe médica, caso as previsões aqui explicitadas de fato se cumpram. O fim da arte liberal, pelo menos enquanto premissa básica e identidade profissional da classe médica; a cada vez maior concorrência advinda de um sistema de ensino superior mercadológico e focado primordialmente no lucro; uma saúde pública que tenta se firmar por meio de novos modelos e paradigmas contrários aos velhos ditames hospitalocêntricos; enfim, parece que, apesar do passado combativo e das vitórias conquistadas, a corporação médica começa a sucumbir, devido em grande medida as suas próprias escolhas e decisões.

¹⁸ Informações contidas na reportagem de 03 maio de 2023, pelo site <<https://www.bahianoticias.com.br/saude/noticia/30473-maioria-dos-cursos-de-medicina-abertos-durante-os-ultimos-cinco-anos-nao-atende-requisitos-para-boa-formacao-aponta-cfm>>. Acesso em 04/05/2023.

3.4 Mercantilismo versus humanismo

Por conseguinte, a atenção ao doente passa por um processo de humanização e respeito pela sua singularidade e necessidades objetivas. Nesse meio tempo, a própria medicina, enquanto arte e enquanto ciência, recebe um olhar mais crítico, pelas revoluções ocorridas em seu interior e pelos perigos inerentes a sua evolução ambígua.

Embora tenha havido avanços, houve também retrocessos. Como mais um serviço a ser prestado, a medicina foi incorporando inúmeros elementos da iniciativa privada e do modelo de gestão capitalista. O corpo doente foi se tornando um meio de gerar receitas. Nesse sentido, além do serviço prestado há também o produto, os medicamentos, cada vez mais numerosos e cada vez abrangendo uma gama de doenças e distúrbios maiores. A vida passa a ser medicalizada como nunca antes na história, e as doenças passíveis de medicalização crescem exponencialmente.

[...] o particular da situação atual é que a medicina está ligada aos grandes problemas econômicos por meio de um aspecto distinto daquele de outrora. Antigamente, com efeito, pedia-se à medicina para dar à sociedade indivíduos fortes, ou seja, capazes de trabalhar, de garantir a manutenção da força de trabalho, sua melhoria e sua reprodução. Recorria-se à medicina como um instrumento de manutenção e renovação da força de trabalho, visando ao funcionamento da sociedade moderna [...]. Nos dias de hoje, a medicina se encontra com a economia por outro caminho. Não é simplesmente por ela ser capaz de reproduzir diretamente uma riqueza, uma vez que a saúde representa um desejo para uns e um luxo para outros. A saúde tornada um objeto de consumo que pode ser produzido por laboratórios farmacêuticos, por médicos etc. – e consumido por doentes possíveis e reais – adquiriu importância econômica e se introduziu no mercado [...] Assim, o corpo humano entrou duas vezes no mercado: primeiro pelo salário, quando o homem vendeu a sua força de trabalho; depois, mediante a saúde. Por conseguinte, o corpo humano entra novamente em um mercado econômico. Dado que ele é suscetível de saúde ou doença, de bem-estar ou de mal-estar, de alegria ou de dor, além de objeto de sensação, de desejo etc (FOUCAULT, 2016, p. 389).

A mercantilização da saúde e seus lucros gigantescos, como serviço que segue as mesmas diretrizes do mundo capitalista, traz também o desejo e a cobiça daqueles que exercem mais diretamente esse serviço; os médicos. É por eles que toda a complexa dinâmica da saúde necessariamente passa, e, por isso, inevitavelmente a lógica do lucro e a busca por uma reserva de mercado capaz de otimizar os ganhos de quem se encontra no mercado são absorvidos e expressos em suas práticas sindicais. Ou seja, por mais que haja uma certa ojeriza histórica dos médicos em relação a mercantilização da profissão, e seu rebaixamento a um simples elemento potencialmente vendável e comercializável, o delineamento de uma

postura combativa a muitas propostas políticas de tornar a medicina acessível e verdadeiramente democrática, desvela uma prática voltada à maximização do lucro e dos privilégios. Assim, percebe-se que além de, por um lado, haver um conservadorismo de fundo que baliza as ações de muitos representantes da classe médica, há também uma visão liberal que permeia o universo da saúde e o faz ser um campo fértil para a busca de ascensão econômica.

Isso porque, o mercantilismo associado ao fazer médico necessita que haja uma melhor otimização dos processos, com ênfase naquilo que possa oferecer um melhor retorno financeiro a curto e médio prazo, encurtando o caminho que leva as especialidades e suas modernas técnicas terapêuticas, por vezes colocando a doença como o verdadeiro objeto de atenção do saber médico, e não o ser humano. Nesse sentido, não é a saúde de base o melhor caminho, pois seu foco está na prevenção da doença e, dentro do possível, na resolução dentro da clínica, o que diminui o fluxo financeiro para a corporação. A medicina mercantil, demagogicamente sempre atacada nos Códigos de deontologia médica, com a fina retórica liberal que tenta se dissociar da mediocridade mundana, avara e mercenária, entra no jogo com seus equipamentos de ponta, com seus inovadores procedimentos cirúrgicos, com seus medicamentos para praticamente tudo; um mercado de serviços e produtos gigantesco e cujos lucros são astronômicos, principalmente quando o Estado, o “cliente” mais importante, compra essa ideia e usa de seu poder econômico para financiar esse mercado e fazer a roda girar. Por isso os discursos em torno de uma medicina humanista e integrativa, alicerçada em múltiplas perspectivas metodológicas e reflexivas, principalmente no que tange as diversas inter-relações existentes na complexa teia que envolve as relações entre saúde e doença, tem se tornado o ponto de convergência de todos aqueles que de fato pensam na melhoria das condições de vida do povo, que é, ou deveria ser, uma das premissas básicas da saúde pública.

Assim, ao desconsiderar os múltiplos aspectos inerentes à saúde, e que fogem da dicotomia simplista entre saúde e doença, a medicina oficial se “discrimina” da realidade, em toda sua plenitude e complexidade, subtraindo-se, dessa forma, da dinâmica social, econômica, histórica, cultural e psicológica que a envolve. Por conseguinte, as agências governamentais, por reproduzirem e incentivarem esse modo de pensar e de proceder, não tem a saúde como o foco central, mas a doença, enquanto a “não-saúde” que deve ser entendida e eliminada, para a busca do equilíbrio funcional perdido (quando possível,

obviamente). Assim, podemos dizer que “[...] o Ministério da Saúde tem sido, burocraticamente, Ministério da Doença e os órgãos de atenção médica, paulatinamente centrais, progressivamente concentrados e hegemônicos na estratégia de Saúde do Estado, têm sido historicamente, uma forma sofisticada de ortopedia social, para usar, em outro contexto, a expressão já clássica de M. Foucault” (LUZ, 2014, p. 82).

Para uma medicina ampla e que tem como modo de ser e proceder uma percepção alargada da realidade, não se furtando de se posicionar socialmente (politicamente), é fundamental a construção de uma mentalidade dialética e capaz de perceber as relações holísticas que se inter-relacionam, produzem e reproduzem estados patológicos distintos. “[...] o problema da saúde é basicamente o problema do subdesenvolvimento; encontra-se etiologicamente, na Economia, e não na Medicina. A solução do problema, solução estatal, ‘depende menos dos serviços de Saúde Pública, do que de outras Instituições governamentais, que devem promover o aumento da riqueza, isto é, o aumento da produção de bens para que o processo de acumulação não se torne estéril’” (LUZ, 2014, p. 108-109).

Infelizmente, se pegarmos os testemunhos da história, apenas em momentos de crise na saúde pública, onde eclodem grandes epidemias e as causas sociais e políticas responsáveis direta ou indiretamente pela sua propagação são evidenciadas, é que essa dinâmica multifatorial se torna nítida e inquestionável. É aí que se escancara os entrelaçamentos vetoriais no complexo da saúde e da doença, que muito além de uma manifestação patológica de natureza etiológica diversa é um “sintoma” social que expressa relações de poder.

Compreende-se, neste caso, que seja mais fácil de se apreender uma conjuntura sanitária quando se trata de um momento de crise, de uma conjuntura “crítica” de Saúde. Trata-se de um período em que eclode, sob forma de epidemias e de agravamento do quadro endêmico do país, o problema da doença e da mortalidade nas classes trabalhadoras. Em outras palavras: quando o problema da evolução negativa das condições de vida da população transparece sob forma de doença e morte coletivas, sob forma de miséria, de carência extremada. Torna-se mais clara a apreensão de tais conjunturas porque, por um lado os dados sobre doença e mortalidade aparecem muito mais e são bem mais trabalhados a nível das ciências sociais e das ciências de saúde. Por outro lado, tais dados são tratados pelos meios de informação de massa e por diversos setores da sociedade – em função de seus interesses – como índice de crise política, de desintegração institucional. A doença emerge assim, como fato político, superando seu aspecto biológico ou mesmo sua faceta epidemiológica (LUZ, 2014, p. 300).

Por isso é tão importante continuamente trazermos à luz as inter-relações existentes entre governo e sociedade; entre as políticas públicas e o bem-estar social; entre a saúde enquanto política de Estado e suas reverberações na população atendida; entre as decisões arbitrárias e egoístas de uma classe em seu contínuo movimento hegemônico e os efeitos colaterais advindos pela sua postura autocentrada. A inclusão de novas perspectivas para a área da saúde; a incorporação de discursos não convencionais e de novos “atores” capazes de se envolver e contribuir para uma saúde ampla e verdadeiramente democrática; que não seja hermeticamente fechada e encastelada em suas certezas e se abra para o mundo, para do diálogo aberto e enriquecedor, é vital.

CONCLUSÃO

A corporação médica, no Brasil, tem uma história eivada de contradições. Desposou, muito cedo (século XIX), o liberalismo como ideologia e conferiu à profissão, com perspectivas perenes, o estatuto de “arte liberal”. A justificativa para a arte liberal implica combater o caráter mercantil da atividade médica, bordão presente em todos os códigos de ética médica já adotados, nos documentos oficiais, nos relatórios dos congressos da categoria, bem como em todas os discursos públicos e nas preleções acadêmicas. A mesma justificativa também define a escolha do ofício como “vocação” e atividade médica como uma espécie de “sacerdócio”, cuja motivação é “fazer o bem e evitar o mal”, cuidar das pessoas, respeitando-as indistintamente.

Na história, liberalismo e mercantilismo são duas faces da mesma moeda, de sorte que, na prática, o idealismo médico e sua retórica chocam-se com a a dinâmica mercantilista que a tudo subsume, inclusive (e de forma avassaladora), o setor da saúde. A indústria e o comércio de equipamentos médico-hospitalares, remédios, plataformas digitais, impressos, seguros, planos, consultorias e uma infinidade de serviços associados movimentam cifras astronômicas ao redor do planeta. A própria formação inicial e continuada dos profissionais médicos foi capturada pelo mercado, exigindo, dos “vocacionados”, investimentos vultosos que só podem ser compensados (e recompensados) mediante honorários compatíveis e um estilo de vida distinto para os profissionais médicos. Esse estilo de vida os mantém irremediavelmente afastados do sacerdócio (se é que o sacerdócio pode, ainda, ser considerado imune aos empuxos e às atrações do mercado, depois do advento da “teologia da prosperidade” e dos pastores multimilionários) e irremediavelmente submetidos às estratégias multifacetadas dos ganhos financeiros. Esta é a primeira contradição.

Sendo o terreno da materialidade mais potente e decisivo do que o terreno dos ideais, a medicina está, hoje, suficientemente harmonizada com os ditames do mercado, o que acabou gerando, no contexto brasileiro, uma segunda contradição: a relação médico-paciente é ou não é uma relação de consumo? O Princípio XX do atual Código de Ética Médica (2018) diz: “A natureza personalíssima da atuação profissional do médico não caracteriza relação de consumo”. Além desse princípio, os artigos 46, 58, 68, 69, 72, 104 e 115 do mesmo Código vedam o exercício profissional como atividade mercantil ou proíbem aproximações

do médico com pessoas ou instituições que praticam comércio em assuntos da saúde ou fora deles. A percepção da sociedade, cuja a atenção é atraída pelas práticas reais da medicina, é, todavia, algo diferente. Muitos erros médicos estão sendo levados aos tribunais sob os fundamentos da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, que dispõe sobre a proteção do consumidor (o popular Código de Defesa do Consumidor). A discussão é acalorada, com argumentos fortes em ambos os lados, mas a doutrina e a jurisprudência reconhecem que o serviço prestado pelo médico ao paciente é uma relação de consumo. Isto, por certo, se deve ao contexto amplo no qual a medicina é exercida, um ambiente profundamente marcado pelas relações de mercado, das quais já não é mais possível isolar e abstrair, de forma precisa, o ato médico.

Além disso, os combates recentes da corporação movidos, por exemplo, contra o SUS, contra o Programa Mais Médicos e contra a recente criação da Escolas Médicas Federais, parecem tornar sofisticado o argumento de que atuação dos médicos não se orienta por motivos mercantis e sim para o cuidado da saúde das pessoas e das coletividades humanas. O jogo ficou embaralhado, dando a impressão de que os fins mudaram de posição com os meios.

A terceira contradição pode ser observada nos movimentos que a categoria médica fez em direção ao Estado para torná-lo parceiro na árdua tarefa de circunscrever a profissão médica a determinados parâmetros, excluindo os tradicionais participantes da arte de curar. Depois disso, chamou o Estado, como parceiro, para garantir, legalmente, a constituição da corporação médica, com poderes amplos sobre seus integrantes, e conferir liberdade aos médicos para definirem seus honorários para os serviços prestados. Num movimento contínuo, a corporação atua junto ao Estado para definir políticas de saúde que favoreçam, antes de tudo, a categoria médica e deságue os recursos do erário para as frentes que sejam desejáveis aos portadores do registro nos CRMs (Conselhos Regionais de Medicina). Entretanto, a corporação mantém constante prevenção contra o Estado, hostilizando-o sempre que alguma medida deste seja entendida como contrária a seus interesses, mesmo que seja altamente benéfica para os destinatários dos serviços de saúde.

A contradição surgida dos posicionamentos da corporação frente ao Estado fez manifestar-se uma aguda contradição interna na corporação, aqui tratada, como quarta contradição. Ela surge nos momentos finais da Ditadura Militar e se explicita, com todo o

vigor, no seio da Assembleia Nacional Constituinte. O problema da saúde no Brasil reclamava uma forte ação pública em favor de um Sistema Único de Saúde, bandeira que mobilizava o segmento progressista dos médicos, mas, acima de tudo, movia grande contingente de parlamentares, movimentos sociais, sindicatos, prefeituras, governos estaduais, instituições de saúde e profissionais das várias áreas da saúde.

A corporação médica, representada especialmente pelo Conselho Federal e seus braços regionais, o Sindicato Médico Brasileiro e Associação Médica Brasileira, foram reticentes e, no limite, opositores ao SUS, mas Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) militou fortemente em favor dele e, depois, na orientação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina, permanecendo na defesa da saúde pública até os dias de hoje.

A quinta contradição vivida pela corporação é a que se refere ao estatuto da profissão, defendida historicamente como arte liberal (exercida por profissionais autônomos), frente à força das organizações hospitalares, clínicas de todos os tipos, seguros de saúde, planos, cooperativas e órgãos estatais. Essas organizações administram, cada vez mais o tempo dos médicos e definem, em grande parte, os seus honorários. Sua força está, no caso dos seguros, planos, cooperativas e sistemas públicos de saúde, no controle dos pacientes e, por isso, na capacidade de definir os valores para cada procedimento. Os hospitais e as clínicas detêm os leitos e/ou a maior parte dos equipamentos, estruturas, logística, recursos humanos e insumos que integram os tratamentos de saúde da população.

Quanto mais sofisticada for a tecnologia a ser manejada pelos médicos, maior é a dependência destes em relação às instituições que detêm essa parafernália. Trata-se de uma dinâmica que institucionaliza o próprio médico, aumentando os vínculos empregatícios (empregabilidade parcial, na maioria das vezes) e diminuindo o espaço do exercício da “arte liberal”. Outro fenômeno, com tendência de crescimento, é o da “pejotização”¹⁹ dos médicos, que, individualmente ou em grupo, criam uma personalidade jurídica para disputar contrato em órgãos públicos ou hospitais e clínicas. Em qualquer das situações, as

¹⁹ Pejotização: fenômeno que, no capitalismo atual, promove as relações de trabalho realizadas com contratos estabelecidos entre pessoas jurídicas, fazendo com que os trabalhadores individuais, pessoas físicas, se tornem pessoas jurídicas, amenizando os encargos trabalhistas da entidade contratante.

perspectivas da “arte liberal” são de encolhimento, embora seja impossível prever seu desaparecimento.

A sexta contradição, a maior de todas, é a que devém da formação médica, campo em que a corporação tinha assumido o controle no início dos anos de 1970. Nessa época, a corporação médica, que se havia beneficiado enormemente com a expansão dos cursos de medicina Brasil a fora, percebeu que os ganhos médicos e o *status* da profissão poderiam ser abalados em função da concorrência entre os profissionais se o número deles ultrapassassem certo limite. Por isso, atuou fortemente junto ao Ministério da Educação e Cultura e conseguiu quase estancar a abertura de novos cursos, por mais de 20 anos (1972 a 1996). Nesse período, o Brasil abriu apenas 12 cursos, metade deles em instituições públicas, vide Anexo XI.

As discussões feitas em torno da aprovação de uma nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, abriram expectativas para a iniciativa privada com fins lucrativos atuar na educação superior, o que era vedado pela LDB de 1961 (Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, Arts. 81 e 85). A LDB de 1996 foi omissa nesse quesito, mas a Medida Provisória nº 1.477-39, de 8 de agosto de 1997, que, após sucessivas reedições mensais, foi convertida na Lei nº 9.870/1999, autorizou as pessoas jurídicas de direito privado, mantenedoras de instituições de ensino superior, a “assumir qualquer das formas admitidas em direito, de natureza civil ou comercial”. Esse dispositivo foi uma das tantas expressões do governo liberal de então, querendo repassar à iniciativa privada o máximo de encargos educacionais, sobretudo os da educação superior. Evidentemente, que essa política deveria favorecer a expansão da oferta em todas as áreas. De 1997 a 2021 foram abertos 279 novos cursos de medicina (91 públicos e 188 privados). Das 54.418 vagas ofertadas em 2021, apenas 12.695 foram públicas, sendo privadas 41.723 (76,7%). De um total de matrículas de 224.148, em 2021, apenas 66.131 eram públicas, sendo privadas 158.017 (70,5%)²⁰. Esses números mostram a expansão da oferta privada a partir de 1997. A entrada do capital privado com fins lucrativos na educação superior permitiu a formação de grandes conglomerados educacionais (alguns associados ao capital internacional), com enorme força política para exigir do Estado a satisfação plena dos seus interesses.

²⁰ Microdados da educação superior do INEP. A tabulação dos dados dos últimos 30 anos está no Anexo XII.

A corporação médica, historicamente privatista, conseguiu, nos anos de 1970, controlar, junto ao Estado, a oferta dos cursos de medicina e, de modo geral, as políticas de saúde e a apropriação (privada) dos recursos públicos; não conseguiu mais fazer o mesmo em relação às políticas educacionais depois que as corporações privadas dominaram o cenário da educação²¹. Também não conseguiu, até o momento, apesar de ter grande parte da estrutura de serviços de saúde a seu favor, fragilizar o SUS. A corporação médica está claramente enfraquecida, basta ver o comportamento errático que teve frente à pandemia da COVID-19 e diante dos infamantes acontecimentos políticos e jurídicos dos últimos anos.

No que tange à educação, o calcanhar de aquiles da corporação médica não é mais o Estado (embora ainda se tende a responsabilizá-lo, o Executivo de maneira especial), mas as corporações privadas que operam com extrema desenvoltura. O curso de medicina é o principal ativo que essas corporações podem apresentar para alavancar o valor de suas ações na bolsa e para obter vultosos recursos através da cobrança de mensalidades²². Seu poder de constrangimento junto ao aparelho do Estado é muito superior ao que a corporação médica jamais teve. Ela conta com o apoio de grande bancada de parlamentares, com grande parcela da juventude que se acotovela para conquistar uma vaga num curso de medicina, com os recursos públicos mobilizados por meio do FIES (Fundo de Financiamento Estudantil) e do PROUNI (Programa Universidade para Todos), com as economias e o endividamento das famílias que não medem esforços para ter um filho médico.

Esse conjunto de contradições, a última de modo especial, carregam uma promessa alvissareira no médio prazo. A formação de grande contingente de profissionais médicos é a condição material mais importante para libertar o SUS das peias formadas pela

²¹ Novo *round* foi deflagrado em 2018 pela Portaria nº 328, de 5 de abril de 2018, assinada pelo Ministro da Educação, Mendonça Filho, suspendendo, por cinco anos, os pedidos de aumento de vagas e de novos editais de chamamento público para autorização de cursos de graduação em Medicina. A suspensão não atingia os cursos de Medicina autorizados no âmbito dos editais de chamamento público em tramitação ou concluídos, segundo o rito estabelecido no art. 3º da Lei nº 12.871, de 2013, e aos cursos de Medicina pactuados no âmbito da política de expansão das universidades federais. A Portaria também instituiu um Grupo de Trabalho (formado pela SERES, SESU, INEP, EBSERH, CNE, CFM, AMB e ABEM) para reorientar a formação médica. Entretanto, para os três anos seguintes (2019-2021), o Censo da Educação Superior do INEP acusa a abertura de 27 novos cursos (vide Anexo XII) e um aumento de oferta de vagas (para cursos novos e ampliação de vagas nos cursos existentes) de 8.522.

²² “Os cursos de medicina compõem o mercado mais cobiçado dentro do ensino superior. Possuem mensalidade média de cerca de R\$ 9.000 e baixa inadimplência. (...) Cada vaga em curso de medicina tem sido avaliada em R\$ 2 milhões em recentes operações de fusão e aquisição de empresas do setor”. (<https://www.poder360.com.br/brasil/agu-pede-que-stf-suspenda-cursos-de-medicina-criados-por-liminar/>).

indisponibilidade de profissionais nas unidades básicas de saúde e também nas unidades intermediárias e alta complexidade. As forças do mercado educacional pautarão a abertura de novos cursos de medicina nos próximos anos e não há indícios de que o Estado consiga frear esse processo. Nem é certo pensar que o Estado deva travar esse processo, pois a juventude brasileira está, ainda, priorizando a profissão médica como seu ideal de futuro, entretanto, é possível imaginar que o Estado tenha o poder de exigir qualidade e viabilidade para os cursos que serão criados. O privatismo educacional, à solta no país, não se pauta pela qualidade de sua formação, mas pelos interesses monetários, e os sinais já são evidentes de malabarismos e burlas que certas instituições praticam para abrir cursos de medicina em lugares e sob condições insuficientes.²³

Quiçá, esse fenômeno da expansão dos cursos de medicina, supondo que bem conduzido e bem fiscalizado, viabilize a criação de uma carreira médica de Estado, de tempo integral, em favor do SUS. Nesse caso, os ideais de atendimento universal e humanizado, previstos em todos os documentos legais, no Código de Ética Médica, nas Diretrizes Curriculares Nacionais e, principalmente, nas expectativas da população pobre do Brasil, estarão ao alcance de todos. É claro que uma carreira pública viável para o erário do Estado não poderá se espelhar na carreira do judiciário, pois o contingente de pessoas a ser mobilizado para atender às necessidades do SUS é enorme. Uma carreira razoável deverá espelhar a dos professores da rede federal e isso só se alcança com grande contingente de médicos disputando o mercado de trabalho. Ocorrendo tal desdobramento não significa que os problemas da saúde pública estarão solucionados, pois sabe-se que as carreiras de estado têm propensão intrínseca a se tornarem corporações tendentes a confundir e inverter os fins e os meios.

²³ Sobre isso ver: **GaúchaZH**. Ulbra anuncia a abertura de 480 novas vagas em Medicina no RS; veja em quais cidades. Disponível em: https://gauchazh.clicrbs.com.br/educacao-e-emprego/noticia/2023/05/ulbra-anuncia-a-abertura-de-480-novas-vagas-em-medicina-no-rs-veja-em-quais-cidades-clh8ex0lc00fq016xkrot1_sj0.html
Terra. Por que cursos de Medicina são “galinha dos ovos de ouro” em faculdades e causam guerra na Justiça? Entidades de ensino superior se dividem sobre critérios para abrir vagas; ministério discute novas regras. Disponível em: <https://www.terra.com.br/noticias/educacao/por-que-cursos-de-medicina-sao-galinha-dos-ovos-de-ouro-em-faculdades-e-causam-guerra-na-justica,0598349db6204424230a0f0a86ee902fg1qlmyj.html>

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, A.P.A; CARNEIRO, N.; FONSECA, A.; FONSECA, F.L.A; LAURENTINO, P.A.S.; LIRA, P.F.; NASCIMENTO, V.B.; XAVIER, S.P.L. Impacto do programa mais médicos na atenção básica de um município do sertão central nordestino. *Revista Eletrônica Gestão & Sociedade*, v. 10, n. 26, p. 1290-1301, Maio/Agosto 2016.
- ANTONIO, Clésio Acilino; KUSSAKAWA, Diogo Hiroshi. OS EIXOS ESTRUTURANTES DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DOS CURSOS DE MEDICINA NO BRASIL. *Rev. Docência Ens. Sup.*, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 165-184, jan./jun. 2017.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB). *Código Brasileiro de Ética Médica*. Aprovado na IV Reunião do Conselho Deliberativo em 30 de janeiro de 1953. Rio de Janeiro.1953. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/etica-medica/codigo-versoes-antteriores/>
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB). Disponível em: <<https://amb.org.br/category/noticias/>>. Acesso em: 10 dez. 2022.
- BATISTA, N. A.; VILELA, R. Q. B.; SILVIA BATISTA, S. H. S. *Educação médica no Brasil*. 1ª ed. São Paulo: Cortez, 2015.
- BRAGA, J.C.S; PAULA, S.G. *Saúde e previdência: estudos de política social*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- BRASIL. Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio - Diretoria Geral de Estatística. *Anuario Estatístico do Brazil, Anno-1 - 1908-1912*. Rio de Janeiro: Typographia da Estatística, 1927. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=720>
- BRASIL. Instituto Nacional de Estatística. *Anuario Estatístico do Brasil – Ano II - 1936*. Rio de Janeiro: Tipografia do Departamento de Estatística e Publicidade, 1936. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=720>
- BRASIL. Presidência da República. Decreto-Lei nº 7.955, de 13 de setembro de 1945. Institui Conselhos de Medicina e dá outras providências.

- BRASIL. Presidência da República. *Lei no 3.268, de 30 de setembro de 1957*. Dispõe sobre os conselhos de medicina, e dá outras providências. Rio de Janeiro, 1957. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L3268.htm>.
- BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961*. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Código de Ética Médica*. in: Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, no 7, ano 6, 1965, p. 3-14.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Conselho Nacional de Estatística. *Anuario Estatístico do Brasil – 1966*. Rio de Janeiro, v. 27, 1966. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=720>
- BRASIL. Ministério de Educação e Cultura – Departamento de Assuntos Universitários – Comissão de Ensino Médico. *Documentos do Ensino Médico*. Ministério da Educação, 1977.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Código Brasileiro de Deontologia Médica*. Resolução nº 1.154/ 84, CFM. Rio de Janeiro, 1984.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Código de Ética Médica*. Resolução nº 1.246/88, CFM . In: Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jan. 1988. Seção 1, p. 1574-7.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil, 1988*. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Presidência da República. *Lei Nº 8.080* (criação do Sistema Único de Saúde), de 19 de setembro de 1990.
- BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990*. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.
- BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996*. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.
- BRASIL. Presidência da República. *Medida Provisória nº 1.477-39, de 8 de agosto de 1997*.
- BRASIL. Presidência da República. *Lei no 9.870, de 23 de novembro de 1999*.
- BRASIL. Ministério da educação. *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina*. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução RESOLUÇÃO Nº 4, de 7 de novembro de 2001.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Código de Ética Médica*. Resolução nº 1931, CFM. In: D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173.

- BRASIL. Presidência da República. *Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013*. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, 2013. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011_2014/2013/lei/112871.htm>
- BRASIL. Ministério da educação. *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina*. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Código de Ética Médica*. Resolução nº 2.217/2018, CFM. In: D.O.U. de 1º de novembro de 2018, Seção I, p. 179.
- CAMPOS, Ernesto de Souza. *História e evolução dos hospitais*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; Departamento Nacional de Saúde; Divisão de Organização Hospitalar, 1944.
- CARDOSO, Felipe Monte. *A saúde entre os negócios e a questão social: privatização, modernização e segregação na ditadura militar (1964-1985)*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
- COELHO, Edmundo Campos. *As profissões imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro 1822-1930*. Rio de Janeiro; São Paulo: Editora Record, 1999.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_noticias&buscaEfetuada=true¬iciasAno=¬iciasTexto=¬iciasExibir=20> Acesso em: 10 dez. 2022. Não paginado.
- CUNHA, Luiz Antônio. *A universidade temporã: o ensino superior; da Colônia à Era Vargas*. 3ª ed. São Paulo: Editora UNESP, 2007a.
- CUNHA, Luiz Antônio. *A universidade crítica: o ensino superior na república populista*. 3ª ed. São Paulo: Editora UNESP, 2007b.
- CUNHA, Luiz Antônio. *A universidade reformada: o golpe de 1964 e a modernização do ensino superior*. 2ª ed. São Paulo: Editora UNESP, 2007c.
- DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. Origem, trajetória e atuação política conjunta das entidades médicas nacionais brasileiras de 1999 a 2015. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 32, e320109, 2022.
- DONNANGELO, Maria Cecília ferro. *Medicina e sociedade*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2011.
- FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS (FENAM). Disponível em: <http://www.fenam.org.br/site/noticias_fenam.php>. Acesso em: 10 dez. 2022. Não paginado.
- FOUCAULT, Michel. História da medicina. In: *Arte, epistemologia e história da medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2016.

- FREITAS, M. S.; PAIM, J. S.; SOARES, C. M.; TEIXEIRA, C. F. Análise do posicionamento das Entidades Médicas – 2015-2016. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n°. Especial 3, p. 74-86, setembro de 2017.
- GONÇALVES, Maria Bernardete; PEREIRA, Ana Maria Tereza Benevides. Considerações sobre o ensino médico no Brasil: consequências afetivo-emocionais nos estudantes. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Maringá, v. 33, n. 3, p. 482-493, setembro 2009.
- LIMA, Manuel de Oliveira. *Dom João VI no Brasil, 1808-1821*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1945.
- LUZ, Madel Therezinha. *As instituições médicas do Brasil: instituição e estratégias de hegemonia*. 2ª ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.
- MELLO, C.G. Médicos generalistas. In: *Saúde e assistência médica no Brasil*. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1977, pp. 213-215.
- MONTELO, Josué. *Aluísio de Azevedo e a polêmica d'“O Mulato”*. Rio de Janeiro: José Olympio; INL, 1975.
- MOTA, André. *Tempos cruzados: a saúde coletiva no estado de São Paulo, 1920-1980*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; Fapesp, 2019.
- NAVA, Pedro. *Capítulos da história da medicina no Brasil*. Cotia, SP: Ateliê Editorial; Londrina, PR: Eduel; São Paulo: Oficina do Livro Rubens Borba de Moraes, 2003.
- NEMI, Ana. *Entre o público e o privado: Hospital São Paulo e Escola Paulista de Medicina (1933 a 1988)*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; Fapesp, 2021.
- NOGUEIRA, R.P. *Do físico ao médico moderno: a formação social da prática médica*. São Paulo: Unesp, 2007.
- PEREIRA NETO, André de Faria. *Palavras, intenções e gestos. Os interesses profissionais da elite médica. Congresso Nacional dos Práticos (1922)*. Disponível em: <https://www2.ufjf.br/cliodel/wp-content/uploads/sites/75/2009/10/COD02002.pdf>
- PICANÇO, José Correia. *Fundação do Ensino Médico no Brasil*. 1º Congresso de História da Bahia, Salvador, 1949.
- PODER360. AGU pede que STF suspenda cursos de medicina criados por liminar. *PODER360*, 2 de maio 2023. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/brasil/agu-pede-que-stf-suspenda-cursos-de-medicina-criados-por-liminar/>
- SALLES, Pedro. *História da medicina no Brasil*. 2 ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2004.
- SANTA Casa da Misericórdia de Santos: Sinopse Histórica. Disponível em: <https://www.scms.com.br/hospital/historia>>. Acesso em: 22 de maio de 2021.
- SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. *História geral da medicina brasileira*. São Paulo: HUCITEC; Editora da Universidade de São paulo, 1977.

SYNDICATO Medico Brasileiro. *Código de Deontologia Médica*, aprovado pelo 1º Congresso Médico Sindicalista, in Boletim do Sindicato Medico Brasileiro, nº 8, agosto de 1931. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/etica-medica/codigo-versoes-antiores/>

SYNDICATO Medico Brasileiro. *Código de Deontologia Médica*, aprovado pelo IV Congresso Sindicalista Médico Brasileiro em 24 de outubro de 1944. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/etica-medica/codigo-versoes-antiores/>

WEBER, Beatriz Teixeira. Uma outra história da medicina no Rio Grande do Sul, na passagem do século XIX para o século XX. In: SERRES, Juliane C. P.; SCHWARTSMANN, Leonor B. (org.) *Histórias da medicina: instituições e práticas de saúde no Rio Grande do Sul. Escritos sobre educação*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009.

VIEIRA, Felipe Almeida. “Pelos interesses da classe”: o sindicato médico do Rio Grande do Sul e a regulamentação profissional (1931-1939) In: SERRES, Juliane C. P.; SCHWARTSMANN, Leonor B. (org.) *Histórias da medicina: instituições e práticas de saúde no Rio Grande do Sul. Escritos sobre educação*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009.

ANEXOS

ANEXO I - Carta de Mestre João (João Faras ou Johannes Faras) a D. Manuel Rei de Portugal - Escrita de Vera Cruz no dia 1 de maio de 1500.

Señor

O bacherel mestre Johan fisjco e çirurgyano de vosa alteza "beso vosas rreales manos. Señor porque de todo lo aca pasado lar gamente escriuieron a vosa alteza asy arias correa como todos los otros, solamente escreuire dos puntos Señor ayer segunda feria que fueron 27 de abril desçendimos en terra yo e el pyloto do ca pytan moor e el pyloto de Sancho de touar e tomamos el altura del sol al medio dia e fallamos .56. grrados e la sonbrra era sep tentrional por lo qual segund las rreglas del estrolabjo Jusgamos ser afastados de la equinoçial por 17. grrados, e por consyguiente tener el altura del polo antartico en .17. grrados, segund que es magnifiesto en el espera e esto es quanto alo vno, por lo qual sa brra vosa alteza que todos los pylotos van adiante de mi en tanto que pero escolar va adiante 150. leguas e otros mas e otros me nos: pero quien dise la verdad non se puede çertyficar fasta que en boa ora allegemos al cabo de boa esperança e ally sabrremos quien va mas cierto ellos con la carta, o yo con la carta e con el estrolabjo: quanto Señor al sytyo desta terra mande vosa alteza traer vn napamundi que tyene pero vaaz bjsagudo e por ay po drra ver vosa alteza el sytyo desta terra, enpero aquel napamundi non çertifica esta terra ser habytada, o no: es napamundi antiguo e ally fallara vosa alteza escrita tan byen la mina: ayer casy en tendimos per aseños que esta era ysla e que eran quatro e que de otra ysla vyenen aqui almadias a pelear con ellos e los lleuan catiuos: quanto Señor al otro punto sabrra vosa alteza que cerca de las estrellas yo he trabajado algo de lo que he podido pero non mucho a cavsa de vna pyerna que tengo mui mala que de vna cosadura se me ha fecho vna chaga mayor que la palma de la mano, e tanbyen a cavsa de este nauio ser mucho pequeno e mui cargado que non ay lugar pera cosa ninguna solamente mando a vosa alteza como estan situadas las estrellas del, pero en que grra do esta cada vna non lo he podido saber, antes me pareçe ser imposible en la mar tomarse altura de ninguna estrella porque yo trabaje mucho en eso e por poco que el nauio enbalaçe se yerran quatro, o cinco grrados, de guisa que se non puede fazer sinon en terra, e otro tanto casy digo de las tablas de la India que se non pueden tomar con ellas sinon con mui mucho trabajo, que si vosa alteza supyese como desconcertauan todos en las pulgadas rreyrya dello mas que del estrolabjo porque desde lisboa ate as Canárias. vnos de otros desconcertauan en muchas pulgadas que vnos desian mas que otros tres e quatro pulgadas, e otro tanto desde las ca narias ate as yslas de cabo verde, e esto rresguardando todos que el tomar fuese a vna misma ora, de guisa que mas jusgauan quan tas pulgadas eran por la quantitydad del camino que les parecia que avyan andado que non el camino por las pulgadas: tornando. Señor al proposito estas guardas nunca se esconden antes syenpre andan en derredor sobre el horizonte, e avn esto dudoso que non se qual de aquellas dos mas baxas sea el polo antartyco, e estasestrellas principalmente las de la crus son ggrandes casy como last del carro, la estrella del polo antartyco, o sul es pequena como la del norte e muy clara, e la estrella que esta en rriba de toda la crus es mucho pequena: non quiero mas alargar por non ynpor tunar a vosa alteza, saluo que quedo rrogando a noso Señor ihesu christo la la vyda e estado de vosa alteza acresçiente como vosa alteza desea. fecha en uera crus a primero de maio de 500: pera la mar mejor es rregyrse por el altura del sol que non por ningun estrella e mejor con estrolabjo que non con quadrante nin con otro ningud estrumento.

do criado de vosa alteza e voso leal seruidor

Johannes
artium et medicine bachalarius.

Fonte: CARVALHO, Joaquim Barradas de. O descobrimento do Brasil através dos textos. (Edições críticas e comentadas). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322605364_O_descobrimento_do_Brasil_atraves_dos_textos_edicoes_criticas_e_comentadas

Versão atualizada:

Senhor:

O bacharel mestre João, físico e cirurgião de Vossa Alteza, beijo vossas reais mãos. Senhor: porque, de tudo o cá passado, largamente escreveram a Vossa Alteza, assim Aires Correia como todos os outros, somente escreverei sobre dois pontos. Senhor: ontem, segunda-feira, que foram 27 de abril, descemos em terra, eu e o piloto do capitão-mor e o piloto de Sancho de Tovar; tomamos a altura do sol ao meio-dia e achamos 56 graus, e a sombra era setentrional, pelo que, segundo as regras do astrolábio, julgamos estar afastados da equinocial por 17°, e ter por conseguinte a altura do pólo antártico em 17°, segundo é manifesto na esfera. E isto é quanto a um dos pontos, pelo que saberá Vossa Alteza que todos os pilotos vão tanto adiante de mim, que Pero Escolar vai adiante 150 léguas, e outros mais, e outros menos, mas quem diz a verdade não se pode certificar até que em boa hora cheguemos ao cabo de Boa Esperança e ali saberemos quem vai mais certo, se eles com a carta, ou eu com a carta e o astrolábio. Quanto, Senhor, ao sítio desta terra, mande Vossa Alteza trazer um mapa-múndi que tem Pero Vaz Bisagudo e por aí poderá ver Vossa Alteza o sítio desta terra; mas aquele mapa-múndi não certifica se esta terra é habitada ou não; é mapa dos antigos e ali achará Vossa Alteza escrita também a Mina. Ontem quase entendemos por acenos que esta era ilha, e que eram quatro, e que doutra ilha vêm aqui almadias a pelejar com eles e os levam cativos. Quanto, Senhor, ao outro ponto, saberá Vossa Alteza que, acerca das estrelas, eu tenho trabalhado o que tenho podido, mas não muito, por causa de uma perna que tenho muito mal, que de uma coçadura se me fez uma chaga maior que a palma da mão; e também por causa de este navio ser muito pequeno e estar muito carregado, que não há lugar para coisa nenhuma. Somente mando a Vossa Alteza como estão situadas as estrelas do (sul), mas em que grau está cada uma não o pude saber, antes me parece ser impossível, no mar, tomar-se altura de nenhuma estrela, porque eu trabalhei muito nisso e, por pouco que o navio balance, se erram quatro ou cinco graus, de modo que se não pode fazer, senão em terra. E quase outro tanto digo das tábuas da Índia, que se não podem tomar com elas senão com muitíssimo trabalho, que, se Vossa Alteza soubesse como desconcertavam todos nas polegadas, riria disto mais que do astrolábio; porque desde Lisboa até às Canárias desconcertavam uns dos outros em muitas polegadas, que uns diziam, mais que outros, três e quatro polegadas, e outro tanto desde as Canárias até às ilhas de Cabo Verde, e isto, tendo todos cuidados que o tomar fosse a uma mesma hora; de modo que mais julgavam quantas polegadas eram, pela quantidade do caminho que lhes parecia terem andado, que não o caminho pelas polegadas. Tornando, Senhor, ao propósito, estas Guardas nunca se escondem, antes sempre andam ao derredor sobre o horizonte, e ainda estou em dúvida que não sei qual de aquelas duas mais baixas seja o pólo antártico; e estas estrelas, principalmente as da Cruz, são grandes quase como as do Carro; e a estrela do pólo antártico, ou Sul, é pequena como a da Norte e muito clara, e a estrela que está em cima de toda a Cruz é muito pequena. Não quero alargar mais, para não importunar a Vossa Alteza, salvo que fico rogando a Nosso Senhor Jesus Cristo que a vida e estado de Vossa Alteza acrescente como Vossa Alteza deseja. Feita em Vera Cruz no primeiro de maio de 1500. Para o mar, melhor é dirigir-se pela altura do sol, que não por nenhuma estrela; e melhor com astrolábio, que não com quadrante nem com outro nenhum instrumento. Do criado de Vossa Alteza e vosso leal servidor.

Johannes
artium et medicine bachelarius

Disponível em:

https://pt.wikipedia.org/wiki/Carta_do_Mestre_João#:~:text=A%20Carta%20do%20Mestre%20João,I%20acerca%20do%20%22descobrimento%22

ANEXO II – Lei de Extermínio, Proscrição e Expulsão dos seus Reinos e Domínios Ultramarinos dos Regulares da Companhia de Jesus", publicada por D. José I, Rei de Portugal, em 3 de setembro de 1759

(41)



DOM JOSEPH POR GRAÇA Num. XIX.

de Deos Rey de Portugal, e dos Algarves dáquem, e dálem mar; em Africa, Senhor de Guiné, e da Conquista, Navegação, e Commercio da Ethiopia, Arabia, Persia, e da India, &c. Faço saber que havendo sido infatigaveis a constantissima benignidade, e a Religiosissima Clemencia,



com que desde o tempo em que as opperaçoens que se praticáraõ para a execuçaõ do Tratado de Limites das Conquistas; sobre as informaçoens, e provas, mais puras, e authenticas; e sobre a evidencia dos factos mais notorios, naõ menos do que a tres Exercitos; procurei applicar todos quantos meynos, a Prudencia, e a Moderaçaõ podiaõ suggerir, para que o governo dos Regulares da Companhia denominada de JESU, das Provincias destes Reinos, e seus Dominios, se apartasse do temerario, e façanhoso projecto, com que havia intentado, e clandestinamente proseguido a usurpaçaõ de todo o Estado do Brasil; com hum taõ artificiozo, e taõ violento progresso, que, naõ sendo prompta, e efficaçmente atalhado, se faria dentro no espaço de menos de dez annos inacessivel, e insuperavel a todas as forças da Europa unidas: Havendo (em ordem a hum fim de taõ indispensavel necessidade) exaurido todos os meynos que podiaõ caber na uniaõ das Supremas Jurisdicçoens, Pontificia, e Regia; por huma parte reduzindo os sobreditos Regulares á observancia do seu Santo Instituto por hum proprio, e natural effeito da Reforma á minha Instancia ordenada pelo Santo Padre Benedicto XIV. de feliz recordaçãõ; e pela outra parte apartando-os da ingerencia nos negocios temporaes; como eraõ; a administraçaõ secular das Aldeas; e o dominio das Pessoas, Bens, e Commercio dos Indios daquelle continente; por outro igualmente

(42)

mente proprio, e natural effeito das faudaveis Leys, que estableci, e excitei a estes urgentissimos respeitos: Havendo por todos estes modos procurado que os sobreditos Regulares, livres da contagiosa corrupção com que os tinha contaminado a hydropica sede dos governos profanos, das aquiziçoens de terras, e estados, e dos interesses mercantís, servissem a Deos, e aproveitassem ao Proximo, como bons, e verdadeiros Religiosos, e Ministros da Igreja de Deos; antes que pela total depravação dos seus costumes, viesse a acabar necessariamente nos mesmos Reinos, e seus Dominios, huma Sociedade, que nelles entrara dando exemplos, e que havia sempre sido tão destintamente protegida pelos Senhores Reys Meus Gloriosissimos Predecessores, e pela minha Real, e successiva Piedade: E havendo todas as minhas sobreditas diligencias ordenadas á conservaçã da mesma Sociedade sido por ella contestadas, e invalidados os seus pios, e naturaes effeitos por tantos, tão estranhos, e tão inauditos attentados, como foraõ por exemplo; o com que á vista, e face de todo o Universo, declararaõ, e profeguirã contra Mim nos meus mesmos Dominios Ultramarinos, a dura, e alleivosa guerra, que tem causado hum tão geral escandalo; o com que dentro no meu mesmo Reino suscitaraõ tambem contra Mim as sediçoens intestinas, com que armaraõ para a ultima ruina da minha Real Pessoa os meus mesmos Vassallos, em quem acharã disposiçoens para os corromperem, até os precipitarem no horroroso insulto perpetrado na noite de tres de Setembro do anno proximo precedente, com abominação nunca imaginada entre os Portuguezes; e o com que depois que erraraõ o fim daquelle exacrando golpe contra a minha Real Vida, que a Divina Providencia preservou com tantos, e tão decisivos milagres, passaraõ a attentar contra a minha Fama a cara descoberta, maquinando, e diffundindo por toda a Europa, em causa commua

com

(43)

com os seus focios das outras Regioens, os infames aggregados de disformes, e manifestas imposturas, que contra os mesmos Regulares tem retorquido a universal, e prudente indignação da mesma Europa: Nesta urgente, e indispensavel necessidade de sustentar a minha Real Reputação, em que consiste a Alma vivificante de toda a Monarchia, que a Divina Providencia me devolveo, para conservar indemne, e illeza a authoridade, que he inseparavel da sua independente soberania; de manter a paz publica dos meus Reinos, e Dominios; e de conservar a tranquillidade, e interesses dos meus fieis, e louvaveis Vassallos; fazendo cessar nelles tantos, e tão extraordinarios escandalos; e protegendo-os, e defendendo-os contra as intoleraveis lezoens de todos os sobreditos insultos, e de todas as funestas consequencias, que a impunidade delles não poderia deixar de trazer a poz de si: Depois de ter ouvido os Pareceres de muitos Ministros doutos, religiosos, e cheyos de zelo da honra de Deos, do meu Real serviço, e decóro, e do Bem-commum dos meus Reinos, e Vassallos, que houve por bem consultar, e com os quaes Fui servido conformarme: Declaro os sobreditos Regulares na referida fórma corrompidos; deploravelmente alianados do seu santo Instituto; e manifestamente indispostos com tantos, tão abominaveis, tão inveterados, e tão incorregiveis vicios para voltarem á observancia delle; por Notorios Rebeldes, Traidores, Adversarios, e Aggressores, que tem sido, e são actualmente, contra a minha Real Pessoa, e Estados, contra a paz publica dos meus Reinos, e Dominios, e contra o Bem-commum dos meus fieis Vassallos: Ordenando, que como taes sejaõ tidos, havidos, e reputados: E os hei desde logo em effeito desta presente Ley por desnaturalizados, proscriptos, e exterminados: Mandando que effectivamente sejaõ expulsos de todos os meus Reinos, e Dominios, para nelles mais não poderem en-

(44)

trar: E estabelecendo debaixo de pena de morte natural, e irremissivel, e de confiscação de todos os bens para o meu Fisco, e Camera Real, que nenhuma Pessoa de qualquer estado, e condiçãõ que seja, dê nos mesmos Reinos, e Dominios entrada aos sobreditos Regulares ou qualquer delles, ou que com elles junta, ou separadamente, tenha qualquer correspondencia, verbal, ou por escripto, ainda que hajaõ sahido da referida Sociedade, e que sejaõ recebidos, ou Professos em quaesquer outras Provincias, de fóra dos meus Reinos, e Dominios; a menos que as Pessoas que os admittirem, ou practicarem, naõ tenhaõ para isso immediata, e especial licença minha. Attendendo porém a que aquella deploravel corrupçãõ dos ditos Regulares (com differença de todas as outras Ordens Religiosas, cujos communs se conservaraõ sempre em louvavel, e exemplar observancia) se acha infelizmente no Corpo, que constitúe o governo, e o commum da sobredita Sociedade: E havendo respeito a ser muito verosimil que nella possa haver alguns Particulares Individuos daquelles, que ainda naõ haviaõ sido admittidos á Profissãõ solemne, os quaes sejaõ innocentes; por naõ terem ainda feito as provas necessarias para se lhes confiarem os horriveis segredos de taõ abominaveis conjuraçoens, e infames delictos: Nesta consideraçãõ, naõ obstantes os Direitos communs da Guerra, e da Represalia, universalmente recebidos, e quotidianamente observados na praxe de todas as Naçoens civilizadas; segundo os quaes Direitos, todos os Individuos da sobredita Sociedade, sem excepçãõ de algum delles, se achaõ sujeitos aos mesmos procedimentos, pelos insultos contra Mim, e contra os meus Reinos, e Vassallos, cõmettidos pelo seu prevertido governo: Com tudo reflectindo a minha benignissima Clemencia, na grande afflicçãõ, que haõ de sentir aquelles dos referidos *Particulares*, que, havendo ignorado as machinaçoens dos seus Superiores, se



(45)

se virem proscriptos , e expulsos , como partes daquelle Num. XIX. Corpo infecto , e corrupto : Permitto que todos aquelles dos ditos *Particulares* que houverem nascido nestes Reinos , e seus Dominios , ainda não solemnemente Professos , os quaes appresentarem Dimissorias do Cardeal Patriarca Visitador , e Reformador Geral da mesma Sociedade , porque lhes relaxe os Votos Simples que nella houverem feito ; possaõ ficar conservados nos mesmos Reinos , e seus Dominios , como Vassallos delles , não tendo aliã culpa pessoal provada , que os inhabilite. E para que esta minha Ley tenha toda a sua cumprida , e inviolavel observancia , e se não possa nunca relaxar pelo lapso do tempo em commum prejuizo huma taõ memoravel , e necessaria disposiçaõ : Estableço que as transgressoens della , fiquem sendo casos de Devassa para dellas inquerirem prezentemente todos os Ministros Cíviz , e Criminaes nas suas diversas jurisdicçoens : Conservando sempre abertas as mesmas Devassas , a que agora procederem , sem limitaçaõ de tempo , e sem determinado numero de testemunhas : Preguntando depois de seis em seis mezes pelo menos o numero de dez testemunhas : E dando conta de assim o haverem observado , e do que resultar das suas inquiriçoens , ao Ministro Juiz da Inconfidencia , sem que aos sobreditos Magistrados se possaõ dar por correntes as suas residencias , em quanto não appresentarem certidaõ do referido Juiz da Inconfidencia.

E esta se cumprirá como nella se contém. Pelo que mando á Mesa do Desembargo do Paço , Regedor da Casa da Supplicação , ou quem seu cargo servir , Conselheiros da minha Real Fazenda , e dos meus Dominios Ultramarinos , Mesa da Consciencia , e Ordens , Senado da Camera , Junta do Commercio destes Reinos , e seus Dominios , Junta do Deposito publico , Capitaens Generaes , Governadores , Desembargadores , Corregedores , Juizes , e mais Officiaes de Justiça , e Guerra , a quem

o co-

(46)

o conhecimento desta pertencer, que a cumpraõ, e guardem, e façãõ cumprir, e guardar taõ inteiramente, como nella se contém, sem duvida, ou embargo algum, e naõ obstantes quaesquer Leys, Regimentos, Alvarás, Disposiçoens, ou Estylos contrarios, que todas, e todos Hey por derogados, como se delles fizesse individual, e expressã menção, para este effeito sómente, ficando aliã sempre em seu vigor. E ao Doutor Manoel Gomes de Carvalho, Desembargador do Paço, do meu Conselho, e Chanceller mór destes meus Reinos mando que a faça publicar na Chancellaria, e que della se remetaõ Copias a todos os Tribunaes, Cabeças de Comarcas, e Villas destes Reinos: Registrando-se em todos os lugares, onde se costumaõ registrar similhantes Leys: E mandando-se o Original para a Torre do Tombo. Dada no Palacio de Nossa Senhora da Ajuda, aos tres de Setembro de mil setecentos sincoenta e nove.

R E Y . . .

Conde de Oeyras.

Ley porque Vossa Magestade he servido exterminar, profrever, e mandar expulsar dos seus Reinos, e Dominios os Regulares da Companhia denominada de *J E S U*, e pro-

Fonte: PORTUGAL, Arquivo Nacional Torre do Tombo. "coleção dos breves pontifícios e leis régias que foram expedidos e publicados desde o ano de 1741 sobre a liberdade das pessoas, bens, e comércio dos índios do brasil; dos excessos que naquele estado obraram os regulares da companhia denominada de jesus [...]".
 Imagens: PT-TT-AJCI-AJ001-00001_m0288.TIF, PT-TT-AJCI-AJ001-00001_m0289.TIF, PT-TT-AJCI-AJ001-00001_m0290.TIF, PT-TT-AJCI-AJ001-00001_m0291.TIF, PT-TT-AJCI-AJ001-00001_m0292.TIF, PT-TT-AJCI-AJ001-00001_m0293.TIF, PT-TT-AJCI-AJ001-00001_m0294.TIF, PT-TT-AJCI-AJ001-00001m0295. TIF, PT-TT-AJCI-AJ001-00001_m0296.TIF. Disponível em: <https://digitarq.arquivos.pt/viewer?id=3899583>.

ANEXO III – Decisões de 1808. N. 2. – Brazil. Em 18 de fevereiro de 1808. Manda crear uma Escola de Cirurgia no Hospital Real da Cidade da Bahia.

2

DECISÕES

N. 2.— BRAZIL.— EM 18 DE FEVEREIRO DE 1808

Manda crear uma Escola de Cirurgia no Hospital Real da Cidade da Bahia.

Illm. e Exm. Sr.—O Principe Regente Nosso Senhor, annuindo à proposta, que lhe fez o Dr. José Corrêa Picanço, Cirurgião Mór do Reino, e do seu Conselho, sobre a necessidade que havia de uma Escola de Cirurgia no Hospital Real desta Cidade para instrucção dos que se destinam ao exercicio desta arte, tem commettido ao sobredito Cirurgião Mór a escolha dos Professores, que não só ensinem a Cirurgia propriamente dita, mas a anatomia como base essencial della, e a arte obstetricia, tão util como necessaria. O que participo a V. Ex., por ordem do mesmo Senhor, para que assim o tenha entendido e contribua para tudo o que for promover este importante estabelecimento.

Deus guarde a V. Ex.— Bahia 18 de Fevereiro de 1808.—
D. Fernando José de Portugal.— Sr. Governador e Capitão General da Capitania da Bahia.

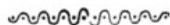


Fonte: Decisões de 1808. N. 2. – Brazil. Em 18 de fevereiro de 1808. Manda crear uma Escola de Cirurgia no Hospital Real da Cidade da Bahia.

Câmara dos Deputados - Palácio do Congresso Nacional

Disponível em: https://www.camara.leg.br/Internet/InfDoc/conteudo/Colecoes/Legislacao/Legimp-A2_2.pdf

ANEXO IV - Carta Régia N. 6 de 25 de janeiro de 1809 – Crea uma cadeira para o ensino da Medicina operatória e arte obstetrícia no Hospital Real Militar da Corte



N. 6.— GUERRA.— EM 25 DE JANEIRO DE 1809

Crêa uma cadeira para o ensino da Medicina operatoria e arte obstretrica.

O Principe Regente Nosso Senhor, attendendo à necessidade que havia de uma cadeira de Anatomia de Medicina operaria, e Arte Obstetricia para o ensino dos estudantes que se dedicam aos estudos chirurgicos, foi servido mandar erigir e estabelecer a dita cadeira no Hospital Real Militar desta Côrte, constituindo Lente della a Joaquim da Rocha Mazarem, attendendo porém a que o mesmo Lente no tempo lectivo lhe seria difficil ditar as lições, e instruir no exercicio pratico alumnos de diversos ramos da arte de curar; foi servido crear uma cadeira separada para o ensino da Medicina Operaria, e Arte Obstretrica, continuando o ensino destas duas partes o dito Lente Joaquim da Rocha Mazarem com o mesmo ordenado que actualmente tem, não obstante diminuir-lhe os encargos, pois que Sua Alteza Real continua a ter presente o bom conceito do seu merecimento facultativo, tendo dado provas manifestas nos progressos vantajosos dos seus alumnos. Outrosim é Sua Alteza Real servido mandar remetter a Vm. copia do decreto que por esta Secretaria de

A
230

6

DECISÕES

Estado baixou ao dito respeito e manda que Vm. o participe assim ao referido Lente Joaquim da Rocha Mazarem para sua intelligencia.

Deus Guarde a Vm.— Palacio do Rio de Janeiro em 25 de Janeiro de 1809.— *Conde de Linhares.*— Sr. Fr. Custodio de Campos e Oliveira.



Fonte: Carta Régia N. 6 de 25 de janeiro de 1809 – Crea uma cadeira para o ensino da Medicina operatória e arte obstetrícia.

Câmara dos Deputados - Palácio do Congresso Nacional

Disponível em:

https://bd.camara.leg.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18321/collecao_leis_1809_parte2.pdf

ANEXO VI – Lei de 3 de outubro de 1832 - Dá nova organização às actuaes Academias Medico-cirurgicas das cidades do Rio de Janeiro, e Bahia.

A Regencia, em Nome do Imperador do Senhor D. Pedro II, Faz saber a todos os subditos do Imperio que a Assembléa Geral Legislativa Decretou, e Ella Sanccionou a Lei seguinte:

TITULO I Das Escolas, ou Faculdades de Medicina

Art. 1º As Academias Medico-cirurgicas do Rio de Janeiro, e da Bahia serão denominadas Escolas, ou Faculdades de Medicina.

Art. 2º Haverá em cada uma dellas quatroze Professores, que serão todos de profissão medica, occupando cada um uma das cadeiras do Magisterio.

Art. 3º Haverá tambem seis Substitutos, dos quaes pertencerão dous ás sciencias accessorias, dous ás cirurgicas, e dous ás medicas.

Os Substitutos serão tambem os Preparadores das cadeiras da secção respectiva.

Art. 4º O Governo fica autorizado a jubilar com o ordenado actual aquelles dos LEntes, e Substitutos agora existentes, que pela sua idade, ou enfermidades não poderem continuar a tomar parte activa nas funções do Magisterio; a destinar os outros ás cadeiras, para que forem mais idoneos: e a prover os lugares restantes de Professores, e Substitutos, em pessoas, que tenham a necessaria capacidade, podendo admitir estrangeiros na falta de nacionaes.

Art. 5º Os lugares de Substitutos, que vagarem, depois de organizadas as Escolas, serão providos nas pessoas, que mediante concurso, forem por ellas apresentadas ao Governo como mais habeis.

Art. 6º Para entrar em concurso, cuja fórma será determinada nos Regulamentos da Faculdade, é preciso: 1º Ser cidadão brasileiro: 2º Apresentar titulo legal de Medico, ou Cirurgião. Passados porém quatro annos depois de organizadas as Escolas, ninguem será a elle admittido, sem apresentar titulo de Doutor em medicina, por ellas conferido, ou approvedo.

Art. 7º Sómente os Substitutos têm o direito de succeder nas cadeiras: para isso quando houver vaga, a Faculdade respectiva apresentará ao Governo aquelle d'entre elles, que, mediante concurso, fôr julgado mais habil.

Art. 8º Os empregados das Faculdades serão: 1º Um Director nomeado triennialmente pelo Governo sobre lista tríplice, proposta pelas Faculdades, d'entre os seus membros; o qual ficará dispensado de assistir exames, e theses; e na sua falta, ou impedimento, fará as suas vezes o Professor mais antigo no Magisterio da Escola: 2º Um Secretario, que será da profissão medica, nomeado pela Faculdade, com o ordenado de oitocentos mil réis: 3º Um Thesoureiro, que será um dos Substitutos, sem vencimentos, nem propinas, eleito annualmente pela Faculdade.

Art. 9º O Director, Professores, e Substitutos, terão as memas honras, e direito de jubilação, que tiverem os dos Cursos Juridicos. Os Lentes Proprietarios terão de ordenado um conto e duzentos mil réis; e os Lentes Substitutos oitocentos mil réis. Nenhum delles poderá ser demittido por faltas que haja commettido como Lente, ou Substituto, sem que seja ouvida a Faculdade respectiva.

Art. 10. Além dos empregados acima mencionados, haverá um Porteiro com o ordenado de quatrocentos mil réis, e os mais empregados, que se julgarem necessarios para o serviço das Escolas, com os ordenados, que ellas arbitrarem. Todos estes empregados serão nomeados pelo Director com approvação da Faculdade.

Art. 11. As Faculdades concederão os titulos seguintes: 1º de Doutor em Medicina: 2º de Pharmaceutico: 3º de Parteira. Da publicação desta Lei em diante não se concederá mais o titulo de Sangrador.

Os diplomas serão passados pelas Faculdades em nome das mesmas, no idioma nacional, e pela fórma que ellas determinarem.

Art. 12. Os que obtiverem o titulo de Doutor em Medicina pelas Faculdades do Brazil, poderão exercer em todo o Imperio indistictamente qualquer dos ramos da arte de curar.

Art. 13. Sem titulo conferido, ou approvedo pelas ditas Faculdades, ninguem poderá curar, ter botica, ou partejar, emquanto disposições particulares, que regulem o exercicio da Medicina, não providenciarem a este respeito.

Não são comprehendidos nesta disposição os Medicos, Cirurgiões, Boticarios, e Parteiras, legalmente autorizados em virtude de Lei anterior.

Art. 14. Compete ás Faculdades: 1º Formar os seus Regulamentos policiaes, disciplinares, e economicos, dependentes da appovação do Poder Legislativo: 2º Verificar os titulos dos Medicos, Cirurgiões, Boticarios, e Parteiras, obtidos em Escolas estrangeiras, e os conhecimentos dos mesmos individuos, por meio de exames, a fim de que elles possam exercer legalmente suas profissões em qualquer parte do Imperio, pagando por estas verificações os Medicos, Cirurgiões, e Boticarios a quantia de cem mil réis.

TITULO II Do Ensino

Art. 15. Haverá em cada Faculdade quatorze cadeiras. As materias do ensino serão distribuidas da maneira seguinte:

- 1ª Cadeira Physica medica.
- 2ª Cadeira Botanica medica, e principios elementares de Zoologia.
- 3ª Cadeira Chimica medica, e principios elementares de Mineralogia.
- 4ª Cadeira Anatomia geral e discriptiva.
- 5ª Cadeira Physiologia.
- 6ª Cadeira Pathologia externa.
- 7ª Cadeira Pathologia interna.
- 8ª Cadeira Pharmacia, materia medica especialmente a brasileira, Therapeutica e arte de formular.
- 9ª Cadeira Anatomia topographica, medicina operatoria, e aparelhos.
- 10ª Cadeira Partos, molestias de mulheres pejadas, e paridas, e de meninos recém-nascidos.
- 11ª Cadeira Hygiene, e Historia da medicina.
- 12ª Cadeira Medicina legal.
- 13ª Cadeira Clinica externa, e Anatomia pathologica respectiva.
- 14ª Cadeira Clinica interna, e Anatomia pathologica respectiva.

Art. 16. As aulas serão publicas, e ficarão situadas dentro, ou na vizinhança dos Hospitaes Civis. As Faculdades, de accôrdo com os Administradores destes Hospitaes, fixarão por um regulamento especial a administração medica das Enfermarias destinadas ao ensino clinico.

Art. 17. As materias do Curso Medico serão distribuidas em seis annos da maneira seguinte:

1º ANNO

Duas cadeiras: 1ª Physica medica: 2ª Botanica medica, e principios elementares de Zoologia.

2º ANNO

Duas cadeiras: 1ª Chimica medica, e principios elementares de Mineralogia: 2ª Anatomia geral, e descriptiva.

3º ANNO

Duas cadeiras: 1ª Anatomia geral e descriptiva: 2ª Physiologia.

4º ANNO

Tres cadeiras: 1ª Pathologia externa: 2ª Pathologia interna: 3ª Pharmacia, Materia medica especialmente a brasileira, Therapeutica, e arte de formular.

5º ANNO

Duas cadeiras: 1ª Anatomia topographica, Medicina operatoria, e aparelhos: 2ª Partos, enfermidades de mulheres pejadas, e paridas, e de meninos recém-nascidos.

6º ANNO

Duas cadeiras: 1ª Hygiene, e Historia da Medicina: 2ª Medicina legal.

A cadeira de Clinica externa, e Anatomia pathologica respectiva, frequentar-se-ha desde o segundo anno até o sexto inclusive; a de Clinica interna, e Anatomia pathologica respectiva no quinto e sexto anno.

As Faculdades, quando julgarem necessario, poderão propôr uma reforma para a distribuição das materias, que a pratica tiver mostrado ser mais vantajosa.

Art. 18. As materias do Curso Pharmaceutico serão distribuidas em tres annos da maneira seguinte:

1º ANNO

Duas cadeiras: 1ª Physica medica: 2ª Botanica medica, e principios elementares de Zoologia.

2º ANNO

Duas cadeiras: 1ª Botanica medica, e principios elementares de Zoologia: 2ª Chimica medica e principios elementares de Mineralogia.

3º ANNO

Duas cadeiras: 1ª Chimica medica, e principios elementares de Mineralogia, 2ª Materia medica, especialmente a brasileira, Pharmacia, e arte de formular.

Durante os mesmos, ou outros tres annos, deverão os que seguirem este curso, praticar na botica de um boticario approved: só depois desta pratica, e do curso, obterão o titulo competente.

Art. 19. Haverá um curso particular para as Parteiras, feito pelo Professor de Partos.

Art. 20. O anno lectivo começa no primeiro dia de Março, e acaba no ultimo de Outubro. Os exames annuaes devem ter lugar depois deste época até o dia vinte de Dezembro. Não haverá feriado, senão nos dias santos, e nos de Festa Nacional. Exceptuam-se desta disposição as Clinicas, nas quaes não haverá feriados.

TITULO III DOS ESTUDANTES

Art. 21. Os estudantes se matricularão antes do principio de cada anno lectivo.

A taxa das matriculas será em cada um delles de vinte mil réis: os quaes, assim como as sommas, que pagarem os Medicos, Cirurgiões, e Boticarios pela verificação dos titulos obtidos em Escolas estrangeiras, servirão para comprar livros para a Bibliotheca da Escola.

Art. 22. O estudante, que se matricula para obter o titulo de Doutor em Medicina, deve: 1º Ter pelo menos dezaseis annos completos: 2º Saber Latim, qualquer das duas Linguas Franceza, ou Ingleza, Philosophia Racional e Moral, Arithmetica e Geometria. O que se matricula para obter o titulo de Pharmaceutico, deve: 1º Ter a mesma idade: 2º Saber, qualquer das duas Linguas Franceza, ou Ingleza, Arithmetica e Geometria, ao menos plana. A mulher, que se matricula para obter o titulo de Parteira, deve: 1º Ter a mesma idade: 2º Saber ler, e escrever correctamente: 3º Apresentar um attestado de bons costumes passado pelo Juiz de Paz da freguezia respectiva.

Art. 23. Os exames dos preparatorios serão feitos por tres Professores Publicos nomeados pela Faculdade, e acompanhados do Secretario da mesma. As Faculdades, estabelecerão nos estatutos, que ordenarem, a fórma destes exames.

Art. 24. Os estudantes não serão obrigados a fazer exame no fim do anno, que tiverem frequentado, e poderão fazel-o o decurso do seguinte, ao mesmo tempo que estudarem as materias desse anno; mas se no fim delle ou antes da época da matricula do subsequente, não tiverem sido approveds ao menos no exame mais atrazado, não poderão ir adiante.

Art. 25. Nenhum dos seis exames annuaes versará sobre a materia das duas Clinicas, o exame destas será feito á cabeceira dos doente depois do sexto anno. Os estudantes do Curso Pharmaceutico, depois dos tres exames annuaes, passarão por outro pratico, no qual executarão varias preparações pharmaceuticas.

Art. 26. Passados todos os exames, o candidato não obterá o titulo de Doutor, sem sustentar em publico uma these, o que fará quando quizer. As Faculdades determinarão por um regulamento a fórma destas theses, que serão escriptas no idioma nacional, ou em latim, impressas á custa dos candidatos; os quaes assim como os Pharmaceuticos, e Parteiras, pagarão tambem as despezas feitas com os respectivos diplomas.

Art. 27. Os exames serão publicos, e sobre as materias do ponto, que o examinando tirar por sorte. Os estatutos determinarão a sua distribuição, e fórma.

TITULO IV DISPOSIÇÕES GERAES

Art. 28. Os Cirurgiões formados, ou simplesmente approveds pelas actuaes Academias Medico-cirurgicas, e os alumnos, que actualmente as frenquentam, poderão receber o grão de Doutor em Medicina, fazendo os exames, que ainda não tiverem feito, tanto das materias dos annos lectivos, como dos preparatorios, ficando aquelles dispensados de toda a frequencia, e estes de frenquentarem as aulas, que já houverem frequentado. No caso porém de estes quererem obter o titulo de Cirurgião formado, as Escolas o conferirão, como actualmente se pratica.

Art. 29. As pessoas, que, tendo obtido titulo de formatura em qualquer Escola estrangeira, quizerem obter o de Doutor nas do Brazil, justificada previamente a identidade da pessoa, serão dispensadas sómente da frequencia das aulas e sujeitar-se-hão a todos os exames, e onus, a que forem obrigados os alumnos das Faculdades brasileiras: as pessoas porém, que ainda não tiverem obtido os ditos titulos, serão dispensadas sómente da frequencia das materias scientificas, que authenticamente mostrarem ter estudado.

Art. 30. De quatro em quatro annos haverá um concurso, para se escolher um individuo doutorado pelas Escolas do Brazil, que viaje á custa do Estado, a fim de colher os conhecimentos, que as mesmas julgarem convenientes.

Art. 31. A Assembléa Geral Legislativa arbitrará a cada uma das Faculdades uma somma sufficiente para a compra de machinas, instrumentos, e mais cousas necessarias s experiencias phisicas, e chimicas, s preparações, e dissecções anatomicas, etc.

Art. 32. As Faculdades de Medicina ficam autorizadas a receber, e guardar os fundos, legados, e presentes, que lhes forem feitos por qualquer Governo, corporao, ou individuo com hum fim util  humanidade, e  sciencia, e dispôr dos ditos fundos, segundo as intenes dos doadores, para maior beneficio das Instituies Medicas.

Art. 33. O ensino da Medicina fica livre: qualquer pessoa nacional ou estrangeira, poderá estabelecer Cursos particulares sobre os diversos ramos das sciencias medicas e leccionar  sua vontade sem opposio alguma da parte das Faculdades.

Art. 34. Emquanto pelo Poder Legislativo não forem approvados os Regulamentos, de que trata o art. quatorze, regular-se-hão as Escolas Medicas pelos Estatutos, e Regulamentos da Faculdade de Medicina de Paris, na parte, que lhes fr applicavel; e quanto ao mais providenciarão as Faculdades por meio de Regulamentos provisorios.

Art. 35. Ficam revogadas todas as Leis, e mais disposies em contrario.

Manda por tanto  todas as Autoridades, a quem o conhecimento, e a execuo da referida Lei pertencer, que a cumpram, e façam cumprir, e guardar, tão inteiramente, como nella se contm. O Secretario de Estado dos Negocios do Imperio a faça imprimir, publicar, e correr.

Dada no Palacio do Rio de Janeiro aos tres dias do mez de Outubro de mil oitocentos trinta e dous, undecimo da Independencia e do Imperio.

FRANCISCO DE LIMA E SILVA

JOSÉ DA COSTA CARVALHO

JOÃO BRAULIO MONIZ

Nicolau Pereira de Campos Vergueiro

Carta de Lei pela qual Vossa Magestade Imperial Manda executar o Decreto da Assembléa Geral Legislativa, que houve por bem Sanccionar, dando uma nova organizao s actuaes Academias Medico-Cirurgicas das cidades do Rio de Janeiro, e da Bahia, como acima se declara.

Para a Vossa Magestade Imperial ver.

Bento Francisco da Costa Aguiar de Andrada a fez.

Registrada a folhas 192 v. do Liv. 5 de Leis, Alvarás e Cartas. Secretaria de Estado dos Negocios do Imperio em 16 de Outubro de 1832.

Albino dos Santos Pereira

Honorio Hermeto Carneiro Leão

Sellada a Chancellaria do Imperio foi publicada a presente Lei aos 23 dias do mez de Outubro de 1832.

Luiz Joaquim dos Santos Marrocos

Fonte:

Coleo de Leis do Império do Brasil - 1832, Página 87 Vol. 1 pt. I (Publicao Original)

Câmara dos Deputados - Palácio do Congresso Nacional

Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei_sn/1824-1899/lei-37274-3-outubro-1832-563716-publicacaooriginal-87775-pl.html

ANEXO VII - Decreto nº 7.247, de 19 de abril de 1879 - Reforma o ensino primario e secundario no municipio da Côrte e o superior em todo o Imperio.

Hei por bem que os regulamentos da Instrucção primaria e secundaria do municipio da Côrte, os dos exames de preparatorios nas provincias, e os estatutos das Faculdades de Direito e de Medicina e da Escola Polytechnica se observem de accôrdo com as seguintes disposições, das quaes não serão executadas antes de approvação do Poder Legislativo as que trouxerem augmento de despeza ou dependerem de autorização do mesmo Poder.

Art. 1º E' completamente livre o ensino primario e secundario no municipio da Côrte e o superior em todo o Imperio, salvo a inspecção necessaria para garantir as condições de moralidade e hygiene.

§ 1º Para que esta inspecção possa ser exercida, são obrigados os Professores que mantiverem aulas ou cursos e os Directores de quaesquer estabelecimentos da instrucção primaria ou secundaria:

1º A communicar, dentro de um mez da abertura dos mesmos, o local em que elles funcçionam, se recebem alumnos internos, semi-internos ou sómente externos, as condições da admissão ou matricula, o pro-gramma do ensino e os Professores encarregados deste. Esta communicação será feita ao Inspector geral da instrucção publica;

2º A prestar todas as informações que pelas autoridades competentes lhes forem requisitadas;

3º A franquear os estabelecimentos á visita das mesmas autoridades, sempre que se apresentarem para examinal-os ou ossistir ás lições e exercicios.

§ 2º Os Professores e Directores a quem faltar a primeira das mencionadas condições ficarão privada de ensinar ou de continuar com os estabelecimentos.

Faltando nos estabelecimentos de ensino a segunda condição, será marcado um prazo aos respectivos Directores para que a preencham, sob pena de serem obrigados a fechal-os.

§ 3º Os Professores e Directores que deixarem de fazer a communicação exigida no n. 1º § 1º ficam sujeitos a uma multa de 20 a 100\$000, elevada ao dobro, se dentro do novo prazo que lhes fôr marcado não derem cumprimento a essa obrigação.

Incorrerão na mesma multa, dobrada nas reincidencias, os que recusarem cumprir a obrigação mencio-nada no n. 3, ou deixarem de prestar as informações de que trata o n. 2 nos prazos razoaveis que lhes serão sempre marcados.

§ 4º Todos os Professores e Directores que por duas vezes consecutivas houverem sido multados pela mesma falta, ficam sujeitos a lhes ser prohibida a continuacção do ensino ou dos estabelecimentos.

Art. 2º Até se mostrarem habilitados em todas as disciplinas que constituem o programma das escolas primarias do 1º gráo, são obrigados a frequental-as, no municipio da Côrte, os individuos de um e outro sexo, de 7 a 14 annos de idade.

Esta obrigação não comprehende os que seus pais, tutores ou protectores provarem que recebem a instrucção conveniente em escolas particulares ou em suas proprias casas, e os que residirem a distancia maior, da escola publica ou subsidiada mais proxima, de um e meio kilometro para os meninos, e de um kilometro para as meninas.

§ 1º Todos aquelles que, tendo em sua companhia meninos ou meninas nas condições acima mencio-nadas, deixarem de matricular-os nas escolas publicas, ou de proporcionar-lhes em estabelecimentos particulares ou em suas casas a instrucção primaria do 1º gráo, sejam pais, mais, tutores ou protectores, ficam sujeitos a uma multa de 20 a 100\$000.

Na mesma pena incorrerão os que, sendo advertidos da pouca frequencia dos alumnos á escola ou regularidade do ensino administrado particularmente, á vista dos mappas organizados nas escolas publicas ou dos attestados que no segundo caso deverão apresentar de tres em tres mezes, não provarem no trimestre se-guinte que houve a devida regularidade no mesmo ensino ou frequencia, salvo caso de molestia ou outro justo impedimento.

§ 2º Os meninos que attingirem a idade de 14 annos, antes de haverem concluido o estudo das disciplinas mencionadas no principio deste artigo, são obrigados a continual-o, sob as penas estabelecidas, nas parochias onde houver escolas gratuitas para adultos.

§ 3º Aos meninos pobres, cujos pais, tutores ou protectores justificarem impossibilidade de preparal-os para irem á escola, será fornecido vestuario decente e simples, livros e mais objectos indispensaveis ao estudo.

Este fornecimento será feito por ordem do Conselho director da instrucção publica, o qual prestará conta trimensalmente ao Governo, e no fim de cada anno apresentará um calculo approximado do fornecimen-to necessario para o anno seguinte.

§ 4º Serão applicadas ao mister de que trata o paragrapho anterior as seguintes verbas:

1º As muitas impostas no art. 1º § 3º e nos §§ 1º e 2º deste artigo;

2º As quantias que para esse fim votar a Assembléa Geral;

3º Os donativos particulares e os auxilios prestados por quaesquer associações de beneficencia, ou que se fundarem com o fim de desenvolver e propagar a instrucção publica.

§ 5º Constituirão motivos attendiveis para serem os meninos e meninas dispensados do ensino a inhabilidade physica ou moral e a indigencia, esta ultima emquanto não fôr prestado o auxilio de que trata o § 3º

§ 6º Para fiscalisação da fiel observancia das disposições contidas neste artigo, será organizada de seis em seis mezes pelo Inspector de cada districto, com o concurso das respectivas autoridades policiaes, uma relação de todos os meninos e meninas de idade escolar ahi residentes.

Estas relações serão enviadas ao Inspector geral da instrucção publica.

Art. 3º As penas estabelecidas no art. 1º §§ 2º, 3º e 4º e no art. 2º §§ 1º e 2º serão impostas pelo Conse-lho director da instrucção publica.

Art. 4º O ensino nas escolas primarias do 1º gráo do municipio da Côrte constará das seguintes disci-
plinias:

Instrucção moral.

Instrucção religiosa.

Leitura.

Escrepta.

Noções de cousas.

Noções essenciaes de grammatica.

Principios elementares de arithmetica.

Systema legal de pesos e medidas.

Noções de historia e geographia do Brazil.

Elementos de desenho linear.

Rudimentos de musica, com exercicio de solfejo e canto.

Gymnastica.

Costura simples (para as meninas).

O ensino nas escolas do 2º gráo constará da continuacção e desenvolvimento das disciplinas ensinadas nas do 1º gráo e mais das seguintes:

Principios elementares de algebra e geometria.

Noções de physica, chimica e historia natural, com explicação de suas principaes applicações á indus-tria e aos usos da vida.

Noções geraes dos deveres do homem e do cidadão, com explicação succinta da organizaçáo politica do Imperio.

Noções de lavoura e horticultura.

Noções de economia social (para os meninos).

Noções de economia domestica (para as meninas).

Pratica manual de officios (para os meninos).

Trabalhos de agulha (para as meninas).

§ 1º Os alumnos acatholicos não são obrigados a frequentar a aula de instrucção religiosa que por isso deve-rá effectuar-se em dias determinados da semana e sempre antes ou depois das horas destinadas ao ensino das outras disciplinas.

§ 2º As escolas, tanto do 1º como do 2º gráo, funcionarão durante o verão (do 1º de Outubro a 31 de Março) das 8 1/2 horas da manhã ás 2 1/2 da tarde, e durante o inverno (do 1º de Abril a 30 de Setembro) das 9 ás 3 horas da tarde, interrompendo-se os trabalhos do meio dia á 1 hora para recreio dos alumnos, pratica manual de officios e exercicios de gymnastica, sob as vistas do Professor ou adjunto. Para os alumnos menores de 10 annos deverão os trabalhos escolares terminar ao meio dia.

§ 3º Nas escolas do 1º gráo existentes, ou que se fundarem, para o sexo feminino, serão recebidos alumnos até a idade de 10 annos.

§ 4º Haverá em cada escola, tanto do 1º como do 2º gráo, sob a administração do respectivo Professor, uma caixa economica escolar, onde poderão os alumnos depositar as pequenas quantias que lhes

derem seus pais ou protectores. Estas quantias, recolhidas á Caixa Economica geral, serão restituídas com o premio vencido, ao deixar o alumno a escola ou no tempo que fôr convencionado.

Art. 5º Serão fundados em cada districto do municipio da Côrte, e confiados á direcção de Professoras, jar-dins da infancia para a primeira educação dos meninos e meninas de 3 a 7 annos de idade.

Art. 6º Haverá em cada districto do mesmo municipio, para deposito de donativos ou quaesquer outras som-mas com applicação á instrucção, uma caixa escolar, que será administrada por um conselho composto do Inspector do districto, como Presidente, de dous Professores nomeados pelo Governo, e de dous cidadãos elei-tos pela Municipalidade.

Art. 7º Serão creadas nos differentes districtos do mesmo municipio pequenas bibliothecas e museus escola-res.

Art. 8º O Governo poderá:

1º Alterar, attendendo ás necessidades do ensino, a distribuição das escolas pelos differentes districtos do municipio da Côrte, que serão reduzidos a seis;

2º Subvencionar nas localidades afastadas das escolas publicas, ou em que o numero destas fôr insufficiente, tanto na Côrte como nas provincias, as escolas particulares que inspirem a necessaria confiança e mediante condições razoaveis se prestem a receber e ensinar gratuitamente os meninos pobres da freguezia;

3º Contratar nas provincias, por intermedio dos respectivos Presidentes, Professores particulares que percor-ram annualmente um certo numero de localidades e, demorando-se em cada uma dellas o tempo preciso, reu-nam os meninos e meninas da vizinhança e lhes dêem os rudimentos do ensino primario;

4º Criar ou auxiliar nas provincias cursos para o ensino primario dos adultos analphabetos;

5º Criar ou auxiliar Escolas Normaes nas provincias;

6º Conceder aos estabelecimentos deste genero fundados por particulares e que, tendo funcionado regular-mente por mais de 5 annos, apresentarem 40 alumnos pelo menos approvados em todas as materias que consti-tuem o curso das escolas normaes, officiaes, o titulo de Escola Normal livre com as mesmas prerogativas de que gozarem aquellas;

7º Auxiliar os estabelecimentos em que se ensinarem todas as materias exigidas como preparatorios para a matricula nos cursos superiores do Imperio, concedendo áquelles que houverem funcionado regularmente por mais de 5 annos e apresentarem pelo menos 60 alumnos approvados em todas essas materias, a prerogativa de serem válidos para a referida matricula os exames nelles prestados;

8º Conceder as prerogativas de que goza o Imperial Collegio de Pedro II aos estabelecimentos de instrucção secundaria que seguirem o mesmo programma de estudos e, havendo funcionado regularmente por mais de 7 annos, apresentarem pelo menos 60 alumnos graduados com o bacharelado em letras;

9º Criar ou auxiliar no municipio da Côrte e nos mais importantes das provincias escolas profissionaes, e escolas especiaes e de aprendizado, destinadas, as primeiras a dar a instrucção technica que mais interesse ás industrias dominantes ou que convenha crear e desenvolver, e as segundas ao ensino pratico das artes e offici-os de mais immediato proveito para a população e para o Estado, conforme as necessidades e condições das localidades;

10. Fundar ou auxiliar bibliothecas e museus pedagogicos nos logares onde houver Escolas Normaes;

11. Criar ou auxiliar nas provincias bibliothecas populares.

Paragrapho unico. As concessões de que tratam os ns. 6 e 8 deste artigo ficarão dependentes de approvação do Poder Legislativo e poderão ser cassadas pelo Governo, que sujeitará o seu acto ao conhecimento do mes-mo poder.

Art. 9º O ensino nas Escolas Normaes do Estado comprehenderá as disciplinas mencionadas nos dous pri-meiros paragraphos seguintes:

§ 1º

Lingua nacional.

Lingua franceza.

Arithmetica, algebra e geometria.

Metrologia e escripturação mercantil.

Geographia e cosmographia.

Historia universal.

Historia e geographia do Brazil.

Elementos de sciencias physicas e naturaes, e de physiologia e hygiene.

Philosophia.

Principios de direito natural e de direito publico, com explicação da Constituição politica do Imperio.

Principios de economia politica.

Noções de economia domestica (para as alumnas).
 Pedagogia e pratica do ensino primario em geral.
 Pratica do ensino intuitivo ou lições de cousas.
 Principios de lavoura e horticultura.
 Calligraphia e desenho linear.
 Musica vocal.
 Gymnastica.
 Pratica manual de officios (para os alumnos).
 Trabalhos de agulha (para as alumnas).
 Instrucção religiosa (não obrigatoria para os acatholicos).

§ 2º

Latim.
 Inglez.
 Allemão.
 Italiano.
 Rhetorica.

§ 3º As disciplinas que constituem o programma das Escolas Normaes serão divididas em series, conforme a ordem logica de sua successão, e para o respectivo ensino haverá em cada escola o numero de Professores, substitutos e mestres que o Governo entender necessario.

§ 4º A cada Escola Normal será annexa para os exercicios praticos do ensino uma ou mais escolas primarias do municipio.

§ 5º Observar-se-hão nas Escolas Normaes as disposições geraes deste decreto acerca de frequencia e exames livres.

§ 6º Todas as aulas dessas Escolas funcionarão, á tarde e a noite.

§ 7º Aos Directores, Professores e substitutos das mesmas Escolas é vedado o exercicio do magisterio parti-cular.

§ 8º Os Professores e substitutos, com excepção dos de instrucção religiosa, serão nomeados mediante con-curso, e os mestres livremente. A nomeação destes se fará por portaria e a daquelles por decreto.

§ 9º Em cada Escola Normal haverá um Director, que será nomeado d'entre as pessoas que com distincção houverem exercido o magisterio publico ou particular; um Secretario; dous Amanuenses; um que accumulará as funcções de Bibliothecario e outro as de Archivista; um Porteiro, dous Continuos e os serventes que forem necessarios.

§ 10. Os vencimentos dos funcionarios de que tratam os dous paragraphos anteriores são os que constam da tabella annexa sob n. 1.

§ 11. Os Professores e Substitutos das Escolas Normaes são obrigados a prestar as informações, dar os parece-res e confeccionar os trabalhos sobre materia de instrucção que lhes forem exigidos pelo Governo, ou pelos Presidentes nas provincias, assim como pelo Inspector geral ou Conselho director da instrucção publica.

§ 12. Aos individuos approvados nas disciplinas do § 1º ou nas dos §§ 1º e 2º serão conferidos diplomas de habilitação que, em igualdade de circumstancias, lhes darão preferencia, quanto áquelles, para os logares do professorado primario, e quanto a estes, para os do magisterio primario e secundario.

Art. 10. Os Professores e substitutos das Escolas Normaes do Estado que leccionarem as materias exigidas como preparatorios para a matricula nos cursos de ensino superior accumularão as funcções de examinadores geraes das mesmas materias, e, além da prohibição do § 7º do artigo antecedente, não poderão exercer qualquer outro logar do magisterio official que possa prejudicar o desempenho dessas funcções.

Art. 11. Cada mesa do exame de preparatorios se comporá de um Presidente e de dous examinadores, que serão o Professor e o substituto da respectiva materia na Escola Normal, os quaes, em caso de falta ou impedi-mento, serão substituidos: nas provincias por cidadãos habilitados, escolhidos de preferencia entre os que exercerem o magisterio official, e na Côte pelos Professores e substitutos do Imperial Collegio de Pedro II, e, não sendo possivel, por cidadãos nas condições mencionadas.

O Presidente de cada uma das mesas, no municipio da Côte será um dos membros do Conselho director, designado pelo Governo d'entre os que não exercerem o magisterio particular, e nas provincias um dos Dele-gados de que trata o art. 12, designado pelo respectivo Presidente.

Paragrapho unico. Os Professores e substitutos das Escolas Normaes, os substitutos do Imperial Collegio de Pedro II, e os cidadãos que, na falta de uns ou outros, servirem como examinadores perceberão

a gratificação de 10\$000 por dia de trabalho, a qual será igualmente abonada aos Presidentes das mesas de exames nas pro-vincias e aos membros do Conselho director que presidirem as mesmas mesas no municipio da Côrte, com excepção, quanto a estes ultimos, dos que já perceberem vencimentos por funcções relativas á instrucção pu-blica.

Art. 12. Nas provincias o Governo só poderá abrir mesas de exames de preparatorios nas cidades onde, não existindo ainda estabelecimento em condições de obter a prerogativa do art. 8º n. 7, houver alguma Escola Normal organizada de conformidade com as disposições do art. 9º

Para presidir taes exames haverá em cada uma das mesmas cidades tres Delegados do Governo, escolhidos d'entre os cidadãos distinctos por merecimento litterario que não exerçam o magisterio particular.

Art. 13. Em logar dos actuaes Delegados do Inspector geral da instrucção primaria e secundaria, haverá no municipio da Côrte 6 Inspectores de districto, com o ordenado annual de 2:400\$ e a gratificação de 1:200\$, e que serão nomeados d'entro as pessoas que com distincção houverem exercido o magisterio publico ou parti-cular por mais de 5 annos. Este vencimento limitar-se-ha a dous terços das quantias marcadas, no primeiro anno da execução deste decreto.

O Inspector geral da instrucção primaria e secundaria será nomeado d'entre as pessoas que, da mesma manei-ra e por igual espaço de tempo, houverem exercido o magisterio secundario ou superior, publico ou particular, e vencerá 3:200\$ de ordenado e 1:800\$ de gratificação.

Paragrapho unico. O exercicio de qualquer destes cargos é incompativel com o do magisterio.

Art. 14. O Conselho director da instrucção primaria e secundaria do municipio da Côrte será composto: do Ministro e Secretario de Estado dos Negocios do Imperio, como Presidente; do Inspector geral; dos Inspectores de districto; dos Reitores do Imperial Collegio de Pedro II; dos Directores das Escolas Normaes e profissionaes e dos estabelecimentos particulares de instrucção secundaria que gozarem das prerogativas dos officiaes; de dous representantes que d'entre si elegerem annualmente, um os Professores publicos do ensino primario e outro os do secundario; de dous cidadãos eleitos em cada anno pela Municipalidade; de dous Professores publicos e um particular de instrucção primaria ou secundaria que se houverem distinguido no magisterio; e de mais dous membros, que com estes serão nomeados annualmente pelo Governo.

No impedimento do Ministro do Imperio, presidirá as reuniões do Conselho director o Inspector geral, a quem compete executar e fazer cumprir as deliberações do mesmo conselho.

Art. 15. Para a inspecção dos estabelecimentos de instrucção primaria e secundaria creados ou subvencionados nas provincias pelo Governo geral, assim como para a dos que gozarem das prerogativas do art. 8º ns. 6, 7 e 8, haverá em cada municipio onde existirem taes estabelecimentos um Delegado do Governo, com o ordenado annual de 1:800\$ e a gratificação de 600\$, nomeado de preferencia d'entre os cidadãos que com distincção houverem exercido o magisterio official. Estes Delegados assistirão aos exames prestados nos estabelecimen-tos de que tratam os numeros citados e não poderão exercer o magisterio particular.

Art. 16. Terão preferencia para serem empregados nas officinas do Estado os individuos que ás mais condi-ções necessarias reunirem a instrucção primaria.

Art. 17. Aos Professores do ensino primario que contarem 10 annos de serviço effectivo e se distinguirem por publicações julgadas uteis pelo Conselho director ou em provas publicas prestadas perante a Escola Normal, para as quaes se abrirá annualmente uma inscripção no municipio da Côrte, concederá o Governo uma gratifi-cação adicional correspondente á quarta parte dos respectivos vencimentos.

Esta gratificação será elevada á terça parte e á metade dos mesmos vencimentos para os Professores que, contando 15 e 20 annos de serviço igualmente effectivo, se houverem distinguido pela mesma fórma.

Ficam substituidas pelas gratificações marcadas neste artigo as de que tratam os arts. 28 do Regulamento de 17 de Fevereiro de 1854 e 14 do de 18 de Janeiro de 1877.

Art. 18. Os Professores que houverem bem servido por 10 annos terão direito á admissoão gratuita de seus filhos nos estabelecimentos de instrucção secundaria creados ou subvencionados pelo Estado.

Art. 19. Fica limitada, no maximo, a 250\$000 por anno a quota com que deve concorrer para o aluguel da casa de escola o Professor publico que na mesma casa residir.

Art. 20. Nos estabelecimentos de instrucção superior dependentes do Ministerio do Imperio observar-se-hão as seguintes disposições:

§ 1º Mediante prévia inscripção, que se abrirá na Secretaria de cada Escola ou Faculdade nas épocas que forem marcadas em regulamento, serão admittidos a prestar exame, de qualquer numero de materias do respec-tivo curso; todos aquelles que o requererem, satisfazendo as seguintes condições:

1ª Apresentar certidões de exame das materias exigidas como preparatorios para a matricula na mesma Fa-culdade ou Escola, ou das que antecedem ás dos exames requeridos na ordem do programma official;

2ª Provar a identidade de pessoa;

3ª Pagar a importancia da matricula na proporção dos exames requeridos.

§ 2º A prova da identidade far-se-ha por meio de attestação escripta de algum dos Lentes da Escola ou Faculdade ou de duas pessoas conceituadas do logar.

§ 3º A falsidade da attestação de identidade sujeita aquelle que a assignou, assim como o individuo que com ella se tiver apresentado a exame, ás penas do art. 301 do Codigo Criminal.

§ 4º O candidato em nome de quem, e com cujo consentimento, algum outro individuo houver obtido ins-cripção ou feito exame, perderá este e todos os mais exames prestados até aquella data. Para este effeito o Di-rector da Escola ou Faculdade dará conhecimento do facto ao Governo e aos Directores de todos os outros estabelecimentos de ensino superior.

§ 5º E' nulla a inscripção de matricula ou de exames feita com documento falso assim como todos os actos que a ella se seguirem, e aquelle que por esse meio a pretender ou obtiver, além da perda da importancia das taxas pagas, fica sujeito á penalidade estabelecida no § 3º e inhibido, pelo tempo de dous annos, de se matri-cular ou prestar exame em qualquer dos estabelecimentos de instrucção superior.

Esta disposição é extensiva aos exames geraes de preparatorios.

§ 6º Não serão marcadas faltas aos alumnos nem serão elles chamados a lições e sabbatinas.

Os exames, tanto dos alumnos como dos que o não forem, serão prestados por materias e constarão de uma prova oral e outra escripta, as quaes durarão o tempo que fôr marcado nos estatutos de cada Escola ou Facul-dade.

§ 7º O individuo julgado não abilitado em qualquer materia, seja ou não alumno do curso, poderá prestar novo exame na época propria seguinte e repetil-o quantas vezes quizer, guardado sempre o intervallo de uma a outra época.

§ 8º Os exames livres de quaesquer materias ensinadas em alguma Escola ou Faculdade dão direito á matri-cula para o estudo das que se seguirem immediatamente na ordem do respectivo programma, e os de todas ao gráo conferido pela mesma Escola ou Faculdade com todas as prerogativas a elle inherentes.

Não é vedada a inscripção para esses exames aos alumnos, os quaes, além das materias que estudam na Esco-la ou Faculdade, poderão prestar exames de quaesquer outras do respectivo curso em que se julguem habilita-dos, satisfeitas as condições da mesma inscripção.

§ 9º A taxa da matricula para cada materia será de 30\$000, paga em duas prestações: uma antes da inscripção de matricula e outra antes da inscripção para o exame.

Os que requererem exames livres pagarão a taxa de uma só vez, antes da respectiva inscripção.

§ 10. As materias de cada curso serão divididas em series, e nenhum individuo será admittido a prestar exa-me de uma serie sem se mostrar approved em todas as materias que compoem a serie immediatamente inferior.

O Governo em regulamento determinará o numero das series em que serão divididas as materias de cada curso, segundo a ordem logica do respectivo estudo.

§ 11. Só serão considerados estudantes ou alumnos de uma Escola ou Faculdade os individuos que tiverem carta de inscripção de matricula em algum dos respectivos cursos.

Aos alumnos é garantida a precedencia nos exames e nos assentos das aulas, segundo a ordem numerica da matricula, a qual lhes dá direito igualmente a serem admittidos nos laboratorios, e encarregados dos estudos praticos, exercicios e pesquisas necessarias ao seu adiantamento e proveito.

§ 12. Os Directores dos estabelecimentos de instrucção superior terão exercicio por dous annos e serão no-meados pelo Governo d'entre as pessoas distinctas por merecimento litterario que possuam o gráo de doutor ou bacharel pela respectiva Escola ou Faculdade ou outra da mesma natureza.

§ 13. Incumbe ás Congregações prestar annualmente informações ao Governo sobre o aproveitamento e procedimento civil e moral dos alumnos que tiverem concluido o curso academico.

§ 14. São obrigados á jubilação os Lentes cathedra-ticos ou substitutos que contarem 30 annos de effectivo exercicio no magisterio, e terão direito a ella os que contarem 25. Os primeiros serão jubilados com todos os seus vencimentos e os segundos com o ordenado por inteiro.

O que antes desses prazos ficar physicamente impossibilitado de continuar no magisterio poderá ser jubila-do com ordenado proporcional ao tempo que tiver effectivamente servido, se este não fôr menor de 10 annos.

§ 15. Os Lentes e substitutos que forem escolhidos Senadores serão jubilados pelo Governo com ordenado proporcional ao tempo de serviço effectivo, caso este exceda de 10 annos e não atinja a 25; quando, porém, fôr inferior a 10 annos, se entenderá haverem renunciado o cargo.

§ 16. O Lente ou substituto que, com permissão do Governo, continuar a exercer o magisterio, vencidos os 25 annos da jubilação, perceberá mais um terço dos seus vencimentos.

§ 17. Os Lentes cathedraticos e substitutos que contarem 15 annos de effectivo exercicio terão um accresci-mo do ordenado correspondente á 5ª parte do total dos seus vencimentos, se houverem escripto algum tratado, compendio ou livro, que seja julgado pela respectiva Congregação de utilidade ao ensino.

§ 18. Os Lentes cathedraticos e substitutos gozarão das honras e privilegios de Desembargador e do trata-mento de senhoria.

Os cathedraticos que completarem 25 annos e tiverem no magisterio bem desempenhado os seus deveres terão direito ao titulo de conselho.

§ 19. Os logares de Lentes cathedraticos serão preenchidos por meio de concurso, para o qual poderão ins-crever-se não só os Lentes substitutos como quaesquer bachareis ou doutores pela respectiva Escola ou Facul-dade ou outra da mesma natureza.

Esta disposição não comprehende os actuaes substitutos, os quaes serão providos por antiguidade nas cadei-ras já existentes.

§ 20. Nos concursos para provimento, tanto das cadeiras como dos logares de substitutos, as provas oraes serão tomadas por tachigraphia e revistas pela Congregação.

O julgamento dos candidatos se fará por votação nominal.

§ 21. Serão igualmente preenchidos por concurso os logares de repetidores, prosectores e preparadores.

§ 22. Os preparadores, prosectores e repetidores terão direito á aposentadoria no fim de 25 annos de effectivo exercicio.

No caso de virem a occupar nos estabelecimentos o logar de Lente, ser-lhes-ha contado o tempo em que tiverem servido como preparadores e repetidores.

Esta disposição aproveitará, para sua aposentadoria, aos Lentes actuaes que tiverem exercido os logares de preparadores.

§ 23. Nenhum preparador ou repetidor poderá tomar conta do seu logar sem prestar uma fiança de dous con-tos de réis em dinheiro ou valores correspondentes.

§ 24. O Governo em regulamento estabelecerá as regras que se deverão observar nos concursos para provi-mento dos logares de Lentes, substitutos, preparadores, assistentes de clinica, repetidores e internos, assim como as obrigações e attribuições destes diversos funcçionarios, das Congregações, dos Directores e todos os mais empregados dos estabelecimentos de ensino superior.

§ 25. Quando as conveniencias do ensino o exigirem, o Governo poderá mandar contractar fóra do paiz pessoal idoneo para os logares de Lentes, preparadores e prosectores.

§ 26. O pessoal das bibliothecas constará de um Bibliothecario, que será bacharel ou doutor pela Escola ou Faculdade respectiva ou outra da mesma natureza, de um ajudante e de dous auxiliares.

§ 27. Ficam isentos do pagamento da taxa para a inscripção de matricula ou de exame os filhos de Professo-res das Faculdades e Escolas superiores do Estado, effectivos ou jubilados, e será ella restituída aos individuos que, provando ser pobres, obtiverem no exame a nota de - approved com distincção.

Art. 21. E' permittida a associação de particulares para a fundação de cursos onde se ensinem as materias que constituem o programma de qualquer curso official de ensino superior.

O Governo não intervirá na organização dessas associações.

§ 1º A's instituições deste genero que, funcçionando regularmente por espaço de 7 annos consecutivos, pro-varem que pelo menos 40 alumnos seus obtiveram o gráo academico do curso official correspondente, poderá o Governo conceder o titulo de Faculdade livre com todos os privilegios e garantias de que gozar a Faculdade ou Escola official.

Esta concessão ficará dependente da approvação do Poder Legislativo.

§ 2º As Faculdades livres terão o direito de conferir aos seus alumnos os grãos academicos que concedem as Escolas ou Faculdades do Estado, uma vez que elles tenham obtido as approvações exigidas pelos estatutos destas para a collação dos mesmos grãos.

§ 3º São extensivas ás Faculdades livres as disposições do artigo antecedente, §§ 1º, 2º, 3º, 4º e 5º.

Os exames nas mesmas Faculdades serão feitos de conformidade com as leis, decretos e instrucções que regu-larem os das Faculdades officiaes e valerão para a matricula nos cursos destas.

O Governo nomeará annualmente commissarios que assistam a esses exames a informem sobre a sua regula-ridade.

§ 4º Em cada Faculdade livre ensinar-se-hão pelo menos todas as materias que constituem o programma da Escola ou Faculdade official correspondente.

§ 5º Cada Faculdade livre terá a sua Congregação de Lentes com as attribuições que lhe forem dadas pelo respectivo regimento.

§ 6º A infracção das disposições do § 3º, 2ª parte, e do § 4º deste artigo sujeita a Congregação a uma censura particular ou publica do Governo, o qual, em caso de reincidencia, multará a associação em 500\$ a 1:000\$ e por ultimo poderá suspender a Faculdade por tempo não excedente de dous annos.

Em quanto durar a suspensão, não poderá a Faculdade conferir grãos academicos, sob pena de nullidade dos mesmos.

§ 7º Constando a pratica de abusos nas Faculdades livres quanto á identidade dos individuos nos exames e na collação dos grãos, cabe ao Governo o direito de mandar proceder a rigoroso inquerito para averiguação da verdade, e, se delle resultar a prova dos abusos arguidos, deverá immediatamente cassar á instituição o titulo de Faculdade livre com todas as prerogativas ao mesmo inherentes.

O Governo neste caso submetterá o seu acto á approvação do Poder Legislativo.

§ 8º A Faculdade livre que houver sido privada deste titulo não poderá recuperal-o sem provar que reconstituiu-se de maneira a offerer inteira garantia de que os abusos commettidos não se reproduzirão.

Art. 22. Nos edificios onde funcionarem as Escolas ou Faculdades do Estado poderão as respectivas Congregações conceder salas para cursos livres das materias ensinadas nos mesmos estabelecimentos.

§ 1º As pessoas que pretenderem abrir taes cursos deverão dirigir um requerimento á Escola ou Faculdade, acompanhado de seu titulo ou diploma scientifico, designando a materia que pretendem leccionar e o pro-gramma que se propoem a seguir.

§ 2º Submettido o requerimento á apreciação da Congregação, decidirá esta se deve ou não ser aceito o candidato e, no caso affirmativo, designará o local em que elle poderá fazer o seu curso.

§ 3º O candidato que não conformar-se com a decisão da Congregação poderá recorrer para o Governo, o qual exigirá desta as razões do seu acto e resolverá como entender acertado.

§ 4º Só podem ser admittidos a abrir cursos no recinto de alguma Escola ou Faculdade do Estado os doutores e bachareis pela mesma Escola ou Faculdade, ou outra de igual natureza, e os Professores de Faculdades es-trangeiras reconhecidas pelos respectivos Governos.

§ 5º As concessões para os mesmos cursos não deverão exceder de um anno, podendo ser prorogadas, se assim convier ao ensino.

§ 6º Os Professores particulares são responsaveis pelos damnos causados por si e por seus discipulos nos objectos da Escola ou Faculdade e nos que forem postos á sua disposição para o ensino.

§ 7º Na falta absoluta de substitutos, repetidores e preparadores, as Congregações chamarão de preferencia para exercer esses logares provisoriamente os Professores particulares que mais se tiverem distinguido durante dous annos, no minimo, entre os admittidos a leccionar no recinto do estabelecimento.

Art. 23. As Faculdades de Direito serão divididas em duas secções: a das sciencias juridicas e a das sociaes.

§ 1º A secção das sciencias juridicas comprehenderá o ensino dos seguintes materias:

Direito natural.

Direito romano.

Direito constitucional.

Direito ecclesiastico.

Direito civil.

Direito criminal.

Medicina legal.

Direito commercial.

Theoria do processo criminal, civil e commercial.

E uma aula pratica do mesmo processo.

§ 2º A secção das sciencias sociaes constará das materias seguintes:

Direito natural.

Direito publico universal.

Direito constitucional.

Direito ecclesiastico.

Direito das gentes.

Diplomacia e historia dos tratados.

Direito administrativo.

Sciencia da administração e hygiene publica.

Economia politica.

Sciencia das finanças e contabilidade do Estado.

§ 3º Para o ensino das materias que formam o programma das duas secções haverá as seguintes cadeiras:

Uma de direito natural.
 Uma de direito romano.
 Uma de direito ecclesiastico.
 Duas de direito civil.
 Duas de direito criminal.
 Uma de medicina legal.
 Duas de direito commercial.
 Uma de direito publico e constitucional.
 Uma de direito das gentes.
 Uma de diplomacia a historia dos tratados.
 Duas de direito administrativo e sciencia da administração.
 Uma de economia politica.
 Uma de sciencia das finanças e contabilidade do Estado.
 Uma de hygiene publica.
 Duas de theoria e pratica do processo criminal, civil e commercial.

§ 4º Nas materias que comprehendem duas cadeiras o ensino de uma será a continuação do da outra.

§ 5º O estudo do direito constitucional, criminal, civil, commercial e administrativo será sempre acompanhado da comparação da legislação patria com a dos povos cultos.

§ 6º Para a collação do gráo em qualquer das secções não se exigirá dos acatholicos o exame do direito ec-clesiastico.

§ 7º Para a substituição dos Lentes cathedraticos haverá os seguintes substitutos:

Um para direito natural, direito publico e direito constitucional.
 Um para direito romano e direito civil.
 Um para direito ecclesiastico.
 Um para direito criminal.
 Um para medicina legal e hygiene.
 Um para direito commercial.
 Um para direito das gentes, diplomacia e historia dos tratados.
 Um para direito administrativo e sciencia da administração.
 Um para economia politica, sciencia das finanças e contabilidade do Estado.
 Um para theoria e pratica do processo.

§ 8º O gráo de bacharel em sciencias sociaes habilita, independentemente de exame, para os logares de Ad-didos de Legações, bem como para os de Praticantes e Amanuenses das Secretarias de Estado e mais Repartições publicas.

§ 9º O gráo de bacharel em sciencias juridicas habilita para a advocacia e a magistratura.

§ 10. Além dos preparatorios actualmente exigidos, será necessario para a matricula nas Faculdades de Direi-to o exame das linguas allemã e italiana. Esta disposição só começará a vigorar em 1881.

Art. 24. A cada uma das Faculdades de Medicina ficam annexos - uma Escola de Pharmacia; um curso de obstretricia e gynecologia, e outro de cirurgia dentaria.

§ 1º Os cursos das mesmas Faculdades serão divididos em ordinarios e complementares.

§ 2º Os cursos ordinarios constarão das seguintes disciplinas ou cadeiras:

Physica medica.
 Chimica mineral com applicação á medicina.
 Botanica, especialmente com applicação á medicina.
 Anatomia descriptiva e mecanica da organização.
 Histologia theorica e pratica.
 Chimica organica.
 Physiologia theorica e experimental.
 Anatomia e physiologia pathologica.
 Pathologia geral.
 Pathologia medica.
 Pathologia cirurgica.
 Materia medica e therapeutica, especialmente brasileira.
 Obstetricia.
 Anatomia topographica e medicina operatoria experimental.
 Pharmacologia e arte de formular.

Clinica e policlinica medica (1ª)

Clinica e policlinica medica (2ª)

Clinica e policlinica cirurgica (1ª)

Clinica e policlinica cirurgica (2ª)

Clinica obstetrica e gynecologica.

Clinica psychiatrica.

Clinica ophthalmologica.

Medicina legal e toxicologia.

Hygiene publica e privada, e historia da medicina.

Cada uma dessas cadeiras será regida por um Lente.

§ 3º Os cursos complementares constarão do ensino das seguintes materias:

Pharmacia pratica.

Chimica biologica, acompanhada de analyse.

Mineralogia.

Zoologia e anatomia comparada.

Pathologia experimental.

Clinica das molestias syphiliticas e da pelle.

Cirurgia dentaria e prothese dentaria.

Apparelhos cirurgicos.

Cada uma destas materias ficará a cargo de um substituto.

§ 4º As materias dos cursos serão divididas nas seguintes secções:

1ª Sciencias physico-quimicas.

2ª Sciencias naturaes.

3ª Sciencias medicas.

4ª Sciencias cirurgicas.

A 1ª secção comprehenderá:

A cadeira de physica medica.

As de chimica organica e biologica.

As de chimica mineral e mineralogia.

As de toxicologia e medicina legal.

A de pharmacologia e arte de formular.

A 2ª secção comprehenderá.

A cadeira de botanica.

A de zoologia e anatomia comparada.

A de histologia theorica e pratica.

A de anatomia descriptiva e mecanica da organização.

A de physiologia theorica e experimental.

A 3ª secção comprehenderá:

A cadeira de pathologia geral.

A de materia medica e therapeutica.

As de pathologia medica e experimental.

As de clinica medica.

A de hygiene e historia da medicina.

A de clinica psychiarica.

A de clinica das molestias syphiliticas e da pelle.

A 4ª secção comprehenderá:

A cadeira de anatomia descriptiva e mecanica da organização.

A de anatomia e physiologia pathologica.

A de anatomia topographica e medicina operatoria experimental.

As de pathologia e clinica cirurgica.

A de clinica ophthalmologica.

A de cirurgia dentaria e prothese dentaria.

As de obstetricia, clinica obstretrica e gynecologica.

Cada uma destas secções terá dois Lentes substitutos e o numero de assistentes, prosectores e preparadores que serão adiante especificados.

§ 5º A Escola de pharmacia constará das seguintes cadeiras:

Physica.

Chimica mineral.
 Mineralogia.
 Chimica organica.
 Botanica.
 Zoologia.
 Materia medica e therapeutica.

Toxicologia.

Pharmacologia e pharmacia pratica.

§ 6º O curso obstretrico se comporá das materias seguintes:

Anatomia descriptiva.

Physica geral.

Chimica geral.

Physiologia.

Obstetricia.

Pharmacologia.

Clinica Obstretrica e gynecologica.

§ 7º O curso de odontologia constará das seguintes materias:

Physica elementar.

Chimica mineral elementar.

Anatomia descriptiva da cabeça.

Histologia dentaria.

Physiologia dentaria.

Pathologia dentaria.

Therapeutica dentaria

Medicina operatoria.

Cirurgia dentaria.

§ 8º Em cada uma das Faculdades serão fundados para o ensino pratico das materias dos cursos, tanto ordina-rios como complementares, tres institutos denominados:

Instituto de sciencias physico-chimicas.

Instituto biologico.

Instituto pathologico.

§ 9º O instituto de sciencias physico-chimicas se comporá dos seguintes laboratorios:

Um de physica.

Um de chimica mineral e mineralogia.

Um de chimica organica e biologica.

Um de pharmacia.

O Instituto biologico constará:

De um laboratorio anatomico e de amphitheatros para as disseccões.

De um laboratorio de physiologia e de medicina operatoria, com depositos de materia viva.

De um laboratorio de botanica e zoologia com um horto botanico.

De um laboratorio de medicina legal e toxicologia.

O instituto pathologico constará:

De um laboratorio de histologia normal e pathologica.

De um de operações e prothese dentaria.

§ 10. Cada instituto terá um museu, onde serão recolhidos e expostos os productos dos respectivos laborato-rios, bem como quaesquer outras peças relativas ao ensino pratico.

§ 11. Cada laboratorio terá um preparador ou prosector, um repetidor e os serventes que forem imprescindiveis.

§ 12. Cada clinica terá um assistente e dous internos.

Na clinica de partos, além do assistente, haverá sómente um interno e uma parteira.

§ 13. Os assistentes de clinica serão nomeados por decreto, mediante concurso, e a elles aproveitam, para a aposentadoria, as disposições concernentes aos preparadores e repetidores.

Os internos serão nomeados por portaria, mediante concurso, e servirão por dous annos no minimo, podendo continuar em quanto não tomarem qualquer dos grãos conferidos pela Faculdade.

A parteira será nomeada pela Congregação, mediante concurso.

§ 14. Haverá em cada Faculdade tres premios: um de 300 a 500\$; outro de 150 a 250\$; e outro de 100 a 150\$, que serão conferidos aos autores de preparações notaveis e de merecimento incontestavel

d'entre as que se apresentarem na exposição dos productos dos laboratorios, conforme será determinado em regulamento.

§ 15. De dous em dous annos haverá em cada Faculdade um concurso entre os internos, o qual deverá versar sobre questões importantes de pathologia medica ou cirurgica que se refiram especialmente ao nosso paiz.

Para os melhores trabalhos que se apresentarem no mesmo concurso haverá tres premios, que consistirão:

1º Em uma medalha de ouro no valor de 100\$000, com o nome do premiado em uma das faces, e na outra os sellos da Faculdade e a data em que fôr conferida;

2º Em uma medalha de prata do valor de 50\$000, com as mesmas inscripções;

3º Em uma medalha de bronze com as mesmas inscripções.

Estes premios serão conferidos pela Congregação em sessão solemne e publica.

§ 16. Para a inscripção de matricula ou de exame nas materias do curso geral exige-se:

1º Certidão ou titulo equivalente que prove idade maior de 16 annos.

2º Attestado de vaccina não anterior a 4 annos;

3º Attestado de approvação nas seguintes materias: portuguez, latim, francez, inglez, allemão. historia, geo-graphia, philosophia, arithmetica, geometria, algebra até equações do 1º gráo, e elementos de physica, chimi-ca, mineralogia, botanica e zoologia.

§ 17. Para a mesma inscripção nos cursos da Escola de pharmacia, os dous primeiros requisitos e approvação nas seguintes materias: portuguez, latim, francez, inglez, philosophia, aritmetica, algebra até equações do 1º gráo e geometria.

§ 18. Para a inscripção no curso obstetrico:

1º Idade maior de 18 annos, sendo homem, e de menos de 30 e mais de 18, sendo mulher;

2º Ser vaccinado dentro do prazo não maior de 4 annos;

3º Approvação nas materias seguintes: portuguez, francez, arithmetica, algebra e geometria.

§ 19. Para o curso de cirurgião dentista: certidão de ser maior de 18 annos, attestado de vaccina não anterior a 4, e de ter sido approved em: portuguez, francez, inglez, arithmetica, algebra e geometria.

§ 20. E' facultada inscripção de que tratam os §§ 16, 17, 18 e 19 aos individuos do sexo feminino, para os quaes haverá nas aulas logares separados.

As disposições dos mesmos paragraphos, na parte relativa aos novos preparatorios, só começarão a vigorar em 1881.

§ 21. Ao alumno que houver sido approved em todas as materias do curso geral será collado o gráo e pas-sada a carta de bacharel em medicina, assim como o que tiver concluido o curso pharmaceutico receberá o gráo e terá a carta de bacharel em pharmacia e em sciencias physicas e naturaes.

O que tiver sido approved no curso de cirurgia dentaria receberá o titulo de cirurgião dentista, e de parteiro ou de mestre em obstetricia o que fôr approved nos exames do curso obstetrico.

§ 22 Nenhum doutor ou bacharel em medicina ou cirurgia de instituições medica estrangeiras poderá assignar, annunciar ou dizer-se formado pelas Faculdades do Imperio sem que faça todos os exames exigidos aos estudantes graduados nas mesmas Faculdades.

§ 23. Os Lentes effectivos ou jubilados de instituições medicas estrangeiras, reconhecidas pelos respectivos Governos, poderão exercer as suas profissões independentemente de exame e pagamento de quaesquer direi-tos, justificando perante qualquer das Faculdades do Imperio aquella circumstancia por meio de certidões dos agentes diplomaticos e, na falta destes, dos Consules brasileiros do paiz em que tiverem leccionado.

§ 24. O alumno que tiver completado os estudos do curso medico e pharmaceutico e alcançado em seus exames até o doutoramento a nota de approvação distincta, e fôr classificado pela Congregação como o pri-meiro estudante entre os que com elle concluíram os estudos, terá direito de ir á Europa afim de applicar-se aos estudos praticos por que tiver predilecção ou forem designados pela Faculdade, dando-lhe o Governo a quan-tia que julgar sufficiente para a sua manutenção.

§ 25. De cinco em cinco annos cada Faculdade indicará ao Governo um Lente cathedratico ou substituto para ser encarregado de fazer investigações scientificas e observações medico-topographicas no Brazil, ou para estudar nos paizes estrangeiros os melhores methodos de ensino e molestias determinadas, completar os seus estudos e examinar os estabelecimentos e instituições medicas das nações mais adiantadas da Europa e Ameri-ca.

§ 26. Será creada nas Faculdades uma Revista sobre os cursos theoricos e praticos.

§ 27. Haverá em cada Faculdade um Porteiro, e o numero de bedeis e serventes que forem necessarios.

§ 28. A Secretaria de cada faculdade terá um Secretario, um Sub-Secretario, dous Amanuenses e um Conti-nuo.

§ 29. Ficam equiparados os vencimentos dos substitutos das Faculdades de Medicina aos que percebem os das Faculdades de Direito.

§ 30. Os vencimentos dos novos funcionarios serão os que constam da tabella annexa sob o n. 2.

§ 31. Os emolumentos devidos pelos diplomas passados nas Faculdades serão os especificados na tabella sob n. 3.

Art. 25. O juramento dos grãos academicos, dos Directores, dos Lentes e dos empregados das Escolas e Fa-culdades, assim como o dos Professores do ensino primario e secundario, será prestado conforme a religião de cada um, e substituido pela promessa de bem cumprir os deveres inherentes aos mesmos grãos e funções, no caso de pertencer o individuo a alguma seita que o prohiba.

Art. 26. De accôrdo com as disposições do presente decreto, o Governo reorganizará os regulamentos do ensino primario e secundario do municipio da Côrte e os estatutos dos Cursos superiores do Imperio, assim como dará regulamentos para os estabelecimentos de instrucção que fundar nas provincias.

Art. 27. Nos regulamentos que expedir, determinará o Governo os meios de cobrar e tornar effectivas as mul-tas impostas em virtude deste decreto.

Parapho unico. As multas de que trata o art. 21 § 6º serão recolhidas ao Thesouro na Côrte e ás Thesoura-rias nas provincias; todas as outras, no municipio da Côrte, ás respectivas caixas escolares.

O producto de todas as multas será applicado, conforme a sua procedencia, ás necessidades da instrucção publica na Côrte e nas provincias.

Art. 28. O presente decreto será posto provisoriamente em execução logo que forem expedidos os regula-mentos de que trata o art. 26. Poderá, porém, ser desde já executado na parte que não depender de regulamento e que o Governo julgar conveniente.

Art. 29. Ficam revogadas as disposições em contrario.

O Doutor Carlos Leoncio de Carvalho, do Meu Conselho, Ministro e Secretario de Estado dos Negocios do Imperio, assim o tenha entendido e faça executar. Palacio do Rio de janeiro em 19 de Abril de 1879, 58º da Independencia e do Imperio.

Com a rubrica de Sua Magestade o Imperador.

Carlos Leoncio de Carvalho.

TABELLA Nº 1

Dos vencimentos do corpo docente e mais empregados das Escolas Normaes, a que se refere o Decreto n. 7247 desta data.

EMPREGOS.	VENCIMENTOS ANNUAES		
	Ordenado.	Gratificação.	Total.
Director	2:600\$000	1:400\$000	4:000\$000
Professor	2:400\$000	1:200\$000	3:600\$000
Substituto	1:600\$000	800\$000	2:400\$000
Mestre	800\$000	400\$000	1:200\$000
Secretario	2:000\$000	1:000\$000	3:000\$000
Amanuense	1:200\$000	600\$000	1:800\$000
Porteiro	800\$000	400\$000	1:200\$000
Continuo	500\$000	300\$000	800\$000
Servente	...	45\$000	45\$000

Observação. - No primeiro anno da execução do decreto supra perceberão:

O Director	2:000\$ de ordenado e 1:000\$ de gratificação.
Os Professores	1:600\$»800\$»
Os substitutos	800\$»400\$»
Os Mestres	600\$»400\$»
O Secretario	1:400\$»600\$»
O Amanuense	800\$»400\$»
O Porteiro	600\$»400\$»

TABELLA N. 2.

Dos vencimentos dos novos funcionarios das Faculdades de Medicina, a que se referre o Decreto n. 7247 desta data.

EMPREGOS.	VENCIMENTOS ANNUAES		
	Ordenado.	Gratificação.	Total.
Repetidor	1:600\$000	800\$000	2:400\$000
Preparador	1:000\$000	600\$000	1:600\$000
Assistente	1:000\$000	600\$000	1:600\$000
Parteira	1:400\$000	600\$000	2:000\$000
Sub-Secretario	1:600\$000	800\$000	2:400\$000
Amanuense	1:200\$000	600\$000	1:800\$000

Observação. - Os repetidores, preparadores ou prosectores dos trabalhos anatomicos e anatomo-pathologicos vencerão uma gratificação adicional de 300\$000.

Palacio do Rio de Janeiro em 19 de abril de 1879. - Carlos Leoncio de Carvalho.

TABELLA N. 3.

Dos emolumentos devidos pelos diplomas conferidos nas Faculdades de Medicina, a que se refere o Decreto n. 7247 desta data.

Diploma de doutor	200\$000
» »medico	150\$000
» »bacharel em pharmacia	150\$000
» »mestre de obstetrícia	100\$000
» »cirurgião dentista	100\$000
Apostilla de medico estrangeiro	200\$000

Palacio do Rio de Janeiro em 19 de Abril de 1879. - Carlos Leoncio de Carvalho.

Fonte:

Coleção de Leis do Império do Brasil - 1879, Página 196 Vol. 1 pt. II (Publicação Original)

Câmara dos Deputados - Palácio do Congresso Nacional

Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-7247-19-abril-1879-547933-publicacaooriginal-62862-pe.html#:~:text=Reforma%20o%20ensino%20primario%20e,superior%20em%20todo%20o%20Imperio.&text=%20%20Professores%20e,de%20continuar%20com%20os%20estabelecimentos>

pe.html#:~:text=Reforma%20o%20ensino%20primario%20e,superior%20em%20todo%20o%20Imperio.&text=%20%20Professores%20e,de%20continuar%20com%20os%20estabelecimentos

ANEXO VIII - Decreto nº de 08 de janeiro de 1835 – Converte a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro em Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro

— 64 —

DECRETO de 8 de Maio de 1835.

Converte a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro em Academia, com o título de — Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro —; e da-lhe estatutos.

Tendo em consideração os serviços prestados não só á humanidade, mas também ao Estado pela Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro; e desejando animar, e promover tão importante estabelecimento :

A Regencia em Nome do Imperador o Senhor Dom Pedro Segundo Ha por bem converter a referida Sociedade em Academia, com a denominação de — Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro —, e approvar os estatutos, que com este baixao, assignados por Joaquim Vieira da Silva e Souza, Ministro e Secretário de Estado dos Negocios do Imperio, para terem a devida execução; ficando porem os arts. 40, 44 e 29 dependentes da approvação da Assembléa Geral Legislativa.

Palacio do Rio de Janeiro em oito de Maio de mil oitocentos trinta e cinco, decimo quarto da Independencia e do Imperio.

FRANCISCO DE LIMA E SILVA.

JOÃO BRAULIO MONIZ.

Joaquim Vieira da Silva e Souza.

Estatutos a que se refere o Decreto desta data, que eleva a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro a categoria de Academia.

Art. 1.º A Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro será dividida em tres secções. A 1.ª de Medicina, composta de 45 membros honorarios, 25 titulares, e 43 adjuntos: a 2.ª de Cirurgia, composta de 44 membros honorarios, 15 titulares, e 9 adjuntos: e a 3.ª de Pharmacia,

composta de 7 membros honorarios, 11 titulares, e 5 adjuntos. Cada uma destas secções terá mais um numero illimitado de membros correspondentes.

Art. 2.º Os membros honorarios serão escolhidos d'entre os sabios nacionaes e estrangeiros, por eleição da Academia com approvação do Governo, que poderá rejeitar os candidatos.

Exceptuão-se:

1.º Os membros titulares, que tiverem completado a idade de 60 annos, ou que estiverem na sua classe por espaço de 12 annos.

2.º Os que estiverem na classe de adjuntos por espaço de 16 annos.

3.º Os que estiverem na classe de correspondentes por espaço de 20 annos.

4.º Os Professores das Faculdades de Medicina, que tiverem 16 annos de magisterio.

As pessoas comprehendidas nestas excepções serão de direito membros honorarios.

Art. 3.º A eleição de todos os outros membros pertencerá exclusivamente á Academia, e se fará sempre pelas duas terças partes dos votos do numero total dos membros existentes, e por escrutinio secreto, precedendo a apresentação de memorias, ou dissertações feitas pelos candidatos, as quaes serão julgadas pela mesma Academia: se a eleição, porém, versar sobre um sabio conhecido, ou pessoa da profissão medica, que tenha prestado por longos annos os serviços da sua arte á humanidade, para entrar na classe de correspondente, poder-se-ha fazer por meio de acclamação.

Art. 4.º Se o candidato não obtiver no primeiro escrutinio a maioria de que trata o artigo antecedente, correr-se-ha segundo, e não o alcançando tambem neste, não poderá ser recebido, sem apresentar nova memoria ou dissertação.

Art. 5.º Os membros adjuntos serão sempre escolhidos d'entre as pessoas residentes no Rio de Janeiro; e os correspondentes d'entre os que residirem fóra d'elle. O membro adjunto, que se

mudar para fóra desta Provincia, passará á classe dos correspondentes; assim como o correspondente, que se mudar para dentro della, passará á dos adjuntos, havendo lugar vago.

Art. 6.º Os membros adjuntos, que contarem 6 annos nesta classe, passarão por ordem de antiguidade á de titulares, havendo vaga: achando-se porém mais de um desses membros em identidade de circumstancias, o lugar se dará áquelle que melhor memoria ou dissertação para esse fim apresentar.

Art. 7.º O lugar de membro da Academia é um titulo de recommendação para todas ás commissões ou empregos relativos ao exercicio da medicina; e a ella não poderão ser admittidos aquelles Medicos, Cirurgiões, e Pharmaceuticos, que tiverem affixado em lugares publicos, ou divulgado pela imprensa annuncios sobre curativos que fizerem ou sobre a distribuição e venda dos remedios secretos, que não tenham sido previamente submettidos ao exame e approvação da Academia, ou de qualquer das Faculdades de Medicina do Imperio. As suas memorias serão rejeitadas sem discussão.

Art. 8.º Os membros de todas as classes pertencerão á Academia, e não serão ligados a nenhuma secção em particular.

Art. 9.º A Academia terá uma Mesa composta de um Presidente honorario, que será sempre o Ministro e Secretario de Estado dos Negocios do Imperio; de um Presidente temporario; de um Secretario geral, de um Thesoureiro escolhido pela Academia inteira d'entre os membros titulares, seja qual fôr a secção a que pertença.

Art. 10. O Presidente temporario e o Thesoureiro servirão sómente por um anno, e o Secretario geral por tres annos, salvo se forem reeleitos. Este Secretario terá uma gratificação de 600\$000 annuaes.

Art. 11. Cada uma das secções da Academia terá a sua Mesa particular, que será composta de um Presidente, de um Vice-Presidente, e de um

Secretario, todos escolhidos d'entre os membros titulares da respectiva secção.

Art. 12. Os membros das Mesas das secções servirão por seis mezes, findos os quaes poderão ser reeleitos, o Presidente e o Vice-Presidente por mais seis mezes, e o Secretario successivamente, salvo se pedir a sua escusa, a qual só será admitida depois da primeira reeleição.

Art. 13. O Presidente temporario da Academia será substituido nos seus impedimentos pelo da Secção de Medicina; o Secretario geral por um dos Secretarios particulares; e estes pelos membros das suas secções mais modernos em idade.

Art. 14. O Presidente da Academia poderá accumular a Presidencia da secção a que pertencer; terá voto deliberativo com os outros membros, e além disso o de qualidade no caso de empate: marchará na frente da Academia e das suas deputações, e dirigirá a palavra em nome della.

Art. 15. A Academia de Medicina é especialmente instituida para responder ás perguntas do Governo sobre tudo quanto póde interessar á saude publica, e principalmente sobre as epidemias, as molestias particulares de certos paizes, as episootias, os differentes casos de Medicina legal, os quaes (menos os corpos de delicto por occasião de ferimento) no Rio de Janeiro não poderão ser resolvidos senão por ella, ou pelos Professores da Faculdade de Medicina; a propagação da vaccina, os remedios novos ou secretos, os quaes não poderão ser expostos ao publico sem o seu exame e approvação, ou da referida Faculdade; sobre as aguas mineraes assim naturaes como ficticias: occupando-se além disto de todos os objectos de estudo, e de indagação, que podem concorrer para o progresso dos differentes ramos da arte de curar.

Art. 16. A Academia se reunirá em corpo, ou por secções. As sessões da Academia serão privadas e terão lugar de tres em tres mezes; as das secções serão publicas, e terão lugar duas vezes por mez. Em umas e outras os adjuntos terão lugar separado.

Art. 17. As sessões geraes da Academia, de que trata o artigo antecedente, terão por objecto : 1.º a administração, e os interesses geraes da Academia ; 2.º a discussão de materias scientificas que exigirem o concurso de todas as sessões ; 3.º a eleição de membros.

Art. 18. As sessões das secções terão por objecto as materias de sciencia, e de estudo, de que cada uma se deve occupar. Quando haja materia que interesse ao mesmo tempo as duas secções, estas se reunirão, e as discutirão em commum.

Art. 19. Os membros honorarios, titulares, e os ajudantes de uma secção poderão assistir às sessões das outras, se quizerem, e terão voto deliberativo em materias de sciencia ; as nomeações, porém, e outros negocios da Academia, serão exclusivamente reservados aos titulares.

Art. 20. Quando o Governo precisar de ouvir a Academia sobre qualquer caso que não deva ser discutido por uma só das secções, o Conselho, de que abaixo se ha de tratar, as convocará para esse fim.

Art. 21. No anniversario da fundação da Sociedade de Medicina a Academia fará uma sessão publica, presidida pelo Presidente honorario, e na qual se dará conta dos trabalhos de cada secção ; fará conhecer por elogios ou noticias historicas os membros que cada secção tiver perdido ; annunciar-se-hão os objectos de premios, que a Academia propozer para o anno seguinte ; e se proclamarão os nomes dos que tiverem obtido os premios anteriormente propostos. Os membros honorarios e titulares não podem concorrer aos premios.

Art. 22. A Academia terá um Conselho de Administração, composto do Presidente da mesma Academia, do Thesoureiro, e dos Presidentes das secções. Este Conselho se reunirá duas vezer por mez, e será encarregado de administrar os negocios da Academia, de repartir entre as secções as materias de que cada uma se deve occupar,

e de convocar extraordinariamente a Academia, todas as vezes que fôr necessario.

Art. 23. Os membros titulares, que são julgados os membros activos da Academia, pagarão para as suas despezas uma mensalidade, cujo valor será arbitrado nos regulamentos.

Art. 24. Os membros que faltarem a qualquer sessão soffrerão uma multa, cujo valor se fixará tambem nos regulamentos, e não poderão ser della alliviados senão pelas respectivas secções, ou em recurso da deliberação destas, pela Academia, á vista das razões que produzirem.

Art. 25. Os membros, que por espaço de um anno não tiverem contribuido com as suas mensalidades, serão riscados do corpo da Academia, salvos os casos de ausencia ou de molestia, que dure metade deste tempo.

Art. 26. Na mesma pena do artigo antecedente incorrerão para sempre os membros que descerem da sua dignidade, passando attestações falsas, ou que fornecerem substancias, que occasionem aborto, ou derem conselho para tal fim, e os que tiverem uma conducta inteiramente depravada, ou immoral.

Art. 27. Os membros, que não cumprirem as funcções de que forem encarregados na conformidade dos regulamentos, serão inhibidos de occupar cargo algum da Academia por espaço de quatro annos, se não derem razões que convenção ás respectivas secções, ficando-lhes comtudo o direito de appellar do juizo dellas para o da Academia, que o poderá confirmar, modificar ou rejeitar.

Art. 28. A Academia fica autorisada para receber legados ou doações á beneficio do progresso das sciencias.

Art. 29 O Thesouro Publico supprirá annualmente a Academia com uma somma, por conta do Ministerio do Imperio, para sustentação de um periodico, onde se publiquem os actos da Academia, e os escriptos sobre a sciencia, ou estes sejam feitos por membros seus, ou por outros

facultativos, que os queirão dar a luz; para premio das memorias que forem coroadas; e para outras despezas: ficando a mesma Academia obrigada a apresentar todos os annos ao referido Ministerio uma conta corrente da sua receita e despeza, a fim de se conhecer a applicação dos seus fundos, e o estado das suas necessidades.

Art. 30. A Academia formará os seus regulamentos, que serão submettidos á approvação do Governo, depois da qual nenhuma alteração se poderá n'elles fazer, senão em virtude de lei.

Art. 31. A Academia terá um sello proprio, o qual consistirá nas Armas Imperiaes, collocadas no centro de um oval formado por uma faxa, em que esteja escripto o titulo da mesma Academia precedendo da parte inferior da referida faxa uma medalha tambem oval, com um busto de Minerva no centro.

Art. 32. Para organização da Academia o Governo nomeará o numero de membros que julgar conveniente para haver sessão, praticando-se todavia a respeito dos honorarios o que fica disposto no art. 2.º

Palacio do Rio de Janeiro em 8 de Maio de 1835.

Joaquim Vieira da Silva e Souza.

ANEXO IX - Decreto nº 14.343, de 7 de setembro de 1920 - Institue a Universidade do Rio de Janeiro

O Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brasil:

Considerando que é opportuno dar execução ao disposto no art. 6º do decreto n. 11.530, de 18 de março de 1915;

DECRETA:

Art. 1º Ficam reunidas, em «Universidade do Rio de Janeiro», a Escola Polytechnica do Rio de Janeiro, a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e a Faculdade de Direito do Rio de Janeiro, dispensada esta da fiscalização.

Art. 2º A direcção da Universidade será confiada ao presidente do Conselho Superior do Ensino, na qualidade de reitor, e ao Conselho Universitario, com as attribuições previstas no respectivo regulamento.

§ 1º O «Conselho Universitario» será constituído pelo reitor, com voto de qualidade, pelos directores da Escola Polytechnica e das Faculdades de Medicina e de Direito, e mais seis professores cathedaticos, sendo dous de cada congregação, eleitos em escrutinio secreto, por maioria absoluta de votos.

§ 2º O regulamento da Universidade será elaborado no prazo de trinta dias, por uma commissão composta do presidente do Conselho Superior do Ensino e dos directores da Escola Polytechnica e das Faculdades de Medicina e de Direito, seguindo-se a sua approvaçãõ, dentro do prazo de quinze dias, pelas tres congregações reunidas, para esse fim convocadas pelo dito presidente.

§ 3º O presidente do Conselho Superior do Ensino expedirá as necessarias instrucções para approvaçãõ do regulamento, que entrará em vigor depois do revisto e approvedo pelo Governo.

Art. 3º A' Escola Polytechnica do Rio de Janeiro, á Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e á de Direito do Rio de Janeiro será assegurada e autonomia didactica e administrativa, de accõrdo com o decreto n. 11.530, de 18 de março de 1915, devendo o regulamento da Universidade adaptar a sua organizaçãõ aos moldes do alludido decreto.

Art. 4º A Faculdade de Direito do Rio de Janeiro continuará a prover todas as suas despesas exclusivamente com as rendas do respectivo patrimonio, sem outro auxilio official ou vantagem para os professores além dos que lhes são outorgados pelos seus estatutos.

Art. 5º Revogam-se as disposições em contrario.

Rio de Janeiro, 7 de setembro de 1920, 99º da Independencia e 32º da Republica.

EPITACIO PESSÔA.

Alfredo Pinto Vieira de Mello.

Fonte:

Diário Oficial da União - Seção 1 - 10/9/1920, Página 15115 (Publicação Original)

Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14343-7-setembro-1920-570508-publicacaooriginal-93654-pe.html>

ANEXO X - Decreto nº 8.659, de 5 de abril de 1911 - Approva a lei Organica do Ensino Superior e do Fundamental na Republica

O Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil, usando da autorização concedida pelo art. 3º, n. II, da lei n. 2.356, de 31 de dezembro de 1910, resolve approvar, para os institutos de ensino creados pela União e actualmente dependentes do Ministerio da Justiça e Negocios Interiores, a Lei Organica do Ensino Superior e do Fundamental na Republica, que a este acompanha, assignada pelo ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores.

Rio de Janeiro, 5 de abril de 1911, 90º da Independencia e 23º da Republica.

HERMES R. DA FONSECA.

Rivadavia da Cunha Corrêa.

Lei Organica Superior e do Ensino Fundamental na Republica a que se refere o decreto n. 8.659, desta data Organização do ensino - Autonomia didactica e administrativa - Institutos de ensino superior e fundamental - O Conselho Superior do Ensino - O patrimonio, sua constituição e applicação.

Art. 1º A instrução superior e fundamental, diffundidas pelos institutos creados pela união, não gosarão de privilegio de qualquer especie.

Art. 2º Os institutos, até agora subordinados ao Ministerio do Interior, serão, de ora em diante, considerados corporações autonomas, tanto do ponto de vista didactico, como do administrativo.

Art. 3º Aos institutos federaes de ensino superior e fundamental é attribuida, como ás corporações de mão morta, personalidade juridica, para receberem doações, legados o outros bens e administrarem seus patrimonios, não podendo, comtudo, sem autorização do Governo, alienal-os.

Art. 4º Nas faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia será ministrada cultura medica; nas faculdades de direito de S. Paulo e de Pernambuco, a das letras juridicas; na Escola Polytechnica do Rio de Janeiro, a de mathematica superior e engenharia, com todas as suas modalidades; no Collegio Pedro II se ensinarão as disciplinas do curso fundamental, com o seu desenvolvimento litterario e scientifico.

Art. 5º O Conselho Superior do Ensino, creado pela presente lei, substituirá a funcção fiscal do Estado; estabelecerá as ligações necessarias e imprescindiveis no regimen de transição que vae da officialização completa do ensino, ora vigente, á sua total independencia futura, entre a União e os estabelecimentos de ensino.

Art. 6º Pela completa autonomia didactica que lhes é conferida, cabe aos institutos a organização dos programmas de seus cursos, devendo os do Collegio Pedro II revestir-se de character pratico e libertar-se da condição subalterna de meio preparatorio para as academias.

Art. 7º A personalidade juridica investe as corporações docentes da gerencia dos patrimonios respectivos, cuja constituição se obterá da seguinte fórmula:

- a) com os donativos e legados que lhes forem destinados;
- b) com as subvenções votadas pelo Congresso Federal;
- c) com os edificios de propriedade do Estado, nos quaes funcionarem os institutos;
- d) com o material de ensino existente nos institutos, laboratorios, bibliothecas e o que para elles for adquirido;
- e) com as taxas de matricula, de certidões, de bibliotheca, de certificados e das que, por força desta lei, venham a reverter para o dito patrimonio.

f) com as porcentagens das taxas de frequencia dos cursos, das inscrições em exames, etc., etc.

Art. 8º As doações e legados, destinados a deteminados fins, serão applicados segundo os designios dos doadores.

Art. 9º Os rendimentos do patrimonio de cada instituto são destinados ao custeio do ensino, ao melhoramento dos edificios, á constante reforma do material escolar, á distribuição de prêmios e outras obras de utilidade pedagogica.

Art. 10. O patrimonio de cada instituição será administrada pelo respectivo director, de accôrdo com as Congregações, e com o Conselho Superior de Ensino.

COMO SE CONSTITUE O CONSELHO SUPERIOR DO ENSINO - SUAS
ATTRIBUIÇÕES - FUNÇÕES E DEVERES DO PRESIDENTE DO
CONSELHO - DA SECRETARIA DO CONSELHO

Art. 11. Os institutos a que se refere esta lei ficarão sob a fiscalização de um Conselho deliberativo e consultivo, com sede na Capital da Republica e funcionando no edificio de um delles.

Art. 12. O Conselho Superior de Ensino compor-se-ha dos directores das faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, de direito de S. Paulo e de Pernambuco, da Escola Polytechnica do Rio de Janeiro, do director do Collegio Pedro II e de um docente de cada um dos estabelecimentos citados.

Parapho unico. O presidente do Conselho Superior será nomeado livremente pelo Governo. Os docentes serão indicados por eleição das Congregações e o mandato delles será biennal.

Art. 13. Ao Conselho Superior de Ensino compete:

- a) autorizar as despesas extraordinarias, não previstas no orçamento actual;
- b) tomar conhecimento e julgar em grau de recurso as resoluções das Congregações ou dos directores;
- c) providenciar acerca dos factos e occurrencias levados ao seu conhecimento por intermedio das directorias;
- d) suspender um ou mais cursos, desde que o exigirem a ordem e a disciplina;
- e) impôr as penas disciplinares de sua competencia, enumeradas no capitulo desta lei, concernente ao assumpto;
- f) informar ao Governo sobre a conveniencia da criação, transformação ou supressão de cadeiras;
- g) representar ao Governo sobre a conveniencia da demissão do presidente, quando este se mostrar incompativel com o exercicio de suas funções. Em tal caso, o seu substituto occupará a presidencia do Conselho, até que o Governo resolva o incidente;
- h) responder a todas as consultas e prestar todas as informações pedidas pelo Ministerio do Interior;
- i) determinar a inspecção sanitaria do docente que lhe pareça estar invalido para o serviço;
- j) promover a reforma e melhoramentos necessarios ao ensino, submettendo-os á approvação do Governo, desde que exijam augmento de despeza;
- k) resolver, finalmente, com plena autonomia, todas as questões de interesse para os institutos de ensino, nos casos não previstos pela presente lei.

Art. 14. As sessões ordinárias do Conselho se realizarão de 1 a 20 de fevereiro e de 1 a 10 de agosto; as extraordinarias, que serão convocadas sómente em caso do assumpto urgente, se realizarão com qualquer numero, ouvida a opinião, por escripto, dos membros ausentes.

Art. 15. O presidente do Conselho Superior de Ensino deverá ser pessoa de alto e reconhecido valor moral e scientifico, familiarizada com os problemas do ensino.

Art. 16. Quando a nomeação do presidente do Conselho recahir em professor de um dos institutos, ficará, dispensado do serviço dos exames e do comparecimento ás sessões de Congregação, sem prejuizo de seus vencimentos.

Art. 17. O presidente do Conselho tomará posse perante os membros do Conselho.

Art. 18. A elle incumbe;

- a) entender-se directamente com o Governo sobre as necessidades do ensino;
- b) enviar, com a devida antecedencia, o orçamento annual de cada instituto ao Governo Federal;
- c) apresentar, no fim de cada anno, um relatorio com a discriminação do emprego das subvenções;
- d) conceder, em caso de molestia ou motivo attendivel, licença, até tres mezes, aos docentes e funcionarios administrativos;
- e) visitar com assiduidade cada um dos institutos;
- f) impôr as penas disciplinares de sua competencia;
- g) convocar o Conselho ordinaria e extraordinariamente.

Art. 19. O substituto do presidente, em seus impedimentos, será o membro mais antigo do Conselho.

Art. 20. O expediente do Conselho será feito pela sua secretaria, que terá, como funcionarios, um secretario dous amanuenses e um continuo.

DIRECTORES - PROCESSO DE SUA ESCOLHA, SUAS ATTRIBUIÇÕES, SUAS
RELAÇÕES COM A CONGREGAÇÃO, SEUS DEVERES - DURAÇÃO DO SEU MANDATO

Art. 21. Cada instituto de ensino será dirigido por um director eleito pela Congregação para um periodo de dous annos.

Art. 22. Em seus impedimentos o director será substituído pelo vice-director, que será sempre o director do periodo anterior.

Paragrapho unico. No Collegio Pedro II, além do vice-director, que será como nos institutos de ensino superior, o director do ultimo biennio, cujas funções se limitarão a substituir o director nos impedimentos e faltas, haverá um chefe de disciplina para cada secção, de livre escolha e nomeação do director.

Art. 23. O substituto do vice-director será o professor mais antigo.

Art. 24. A eleição se realizará na ultima sessão da Congregação do segundo periodo lectivo do anno em que se tiver de prover o cargo, obedecendo ao seguinte processo:

- a) a eleição se fará por escrutinio, com cedula assignada ou não;
- b) cada um dos professores lançará a cedula em uma urna fechada, cuja abertura será feita depois pelo secretario, com a fiscalização do director em exercicio;
- c) retiradas as cédulas e contadas, si o numero dellas corresponder ao dos votantes, proceder-se-ha á leitura dos nomes nellas contidos;
- d) proclamado o computo dos votos, si não houver maioria absoluta no primeiro escrutinio, os tres nomes mais votados serão submettidos a novo escrutinio, sendo proclamado director o mais votado; no caso de empate, a sorte decidirá;
- e) si o eleito tiver razões para não acceitar o cargo, as manifestará á Congregação, que procederá a nova escolha.

Art. 25. Só são elegiveis para o cargo de director os professores ordinarios.

Paragrapho unico. O director do periodo immediatamente anterior é inelegivel.

Art. 26. O director eleito tomará posse de seu cargo no primeiro dia util de janeiro, passando-lhe o antecessor a administração do estabelecimento e os respectivos sellos.

Art. 27. A posse será dada ao novo director em sessão solemne da Congregação, especialmente convocada para tal fim pelo director em exercicio. Lida pelo secretario a acta da sessão da eleição, lavrar-se-ha o termo de posse, que será assignado pelo novo director e pelos membros presentes á sessão, enviando-se cópia do acto ao presidente do Conselho Superior do Ensino.

§ 1º Todos os professores, mestres e demais funcionarios se apresentarão ao novo director dentro de um prazo maximo de tres dias.

§ 2º Após a posse, o novo director examinará a contabilidade e tomará conhecimento do estado da caixa do estabelecimento em presença do thesoureiro, lavrando-se um termo do que for encontrado. Tres cópias serão tiradas desse termo; uma ficará em poder do thesoureiro e as outras duas serão entregues, respectivamente, ao director, cujo mandato termina, e áquelle que inicia a gestão.

Art. 28. Toda a parte administrativa ficará a cargo do director, havendo recurso das suas deliberações para o Conselho Superior de Ensino.

Paragrapho unico. Ficando a parte didactica entregue á competencia exclusiva das Congregações, o director poderá, entretanto, appellar de qualquer resolução, quando a julgar prejudicial ao ensino, para o Conselho Superior, que dirimirá o conflicto, mantendo a medida impugnada pelo director ou rejeitando-a.

Art. 29. Aos directores dos institutos compete:

- a) convocar as sessões das Congregações, ás quaes presidirão; adiar ou resolver, usando do voto de qualidade, as questões em caso de empate;
- b) administrar o patrimonio do instituto, de accôrdo com a Congregação e com o Conselho Superior de Ensino;
- c) velar pela exacta observancia das prescripções regulamentares concernentes á matricula, cursos, exames, etc.;
- d) conceder licença a docentes e funcionarios administrativos até 15 dias;
- e) impôr as penas disciplinares de sua competência e fiscalizar a execução das penas que forem infligidas a discentes e docentes pelas outras autoridades;
- f) designar, nas faculdades de direito e no Collegio Pedro II, um professor ordinario para as substituições temporarias;
- g) resolver as duvidas acerca de requerimentos e representações que, por seu intermedio, devam ser encaminhados;
- h) assignar e carimbar, com o sello do instituto, os certificados, certidões e attestados;
- i) propôr ao Governo a nomeação do secretario, sub-secretario, thesoureiro, almoxarife, bibliothecario, sub-bliothecario e amanuenses;
- j) nomear, licenciar e demittir, na fórmula da presente lei, todos os demais funcionarios do estabelecimento sob sua guarda;
- k) assignar os titulos expedidos aos livres docentes;

- l) visitar e fiscalizar aulas e laboratorios;
- m) pedir á Congregaçãõ licença para contractar profissioaes estrangeiros para o ensino e solicitar do Governo, por intermédio do presidente do Conselho, a respectiva autorizaçãõ;
- n) fixar e autorizar as despezas, fiscalizando as quantias pagas;
- o) receber dos cofres da Uniãõ, em notas bi-mensaes, as subvenções votadas para o custeio do estabelecimento que dirige.

Art. 30. No dia 31 de dezembro de cada anno, o director remetterá ao presidente do Conselho Superior do Ensino um relatorio circunstanciado referente ao anno, no qual se saliente a marcha do ensino.

CONSTITUIÇÃO DOS CORPOS DOCENTES - PROFESSORES ORDINARIOS,
EXTRAORDINARIOS, EFFECTIVOS E HONORARIOS, MESTRES, LIVRES DOCENTES
E AUXILIARES DO ENSINO - SEUS DIREITOS E DEVERES.

Art. 31. A corporaçãõ docente de cada instituto de ensino superior será composta:

- a) de professores ordinários;
- b) de professores extraordinarios effectivos;
- c) de professores extrardinarios honorarios;
- d) de mestres;
- e) de livres docentes.

Paragrapho unico. A do Collegio Pedro II será formada simplesmente pelos professores ordinários e pelos mestres.

Art. 32. Ao professor ordinario compete:

- a) a regencia da cadeira para a qual fôr nomeado;
- b) a organizaçãõ do programma do seu curso, que será submettido em cada periodo lectivo ao exame e approvaçãõ da Congregaçãõ;
- c) fazer parte das mesas examinadoras;
- d) auxiliar o director na manutençaõ da disciplina escolar;
- e) dirigir livremente, si assim o entender, qualquer curso que se prenda ao ensino ministrado pela faculdade;
- f) passar os attestados de frequencia aos discentes que acompanharem os seus cursos;
- g) indicar os seus assistentes, preparadores e demais auxiliares.

Art. 33. Aos professores extraordinarios compete:

- a) reger os cursos que lhes couberem; os que lhes forem designados pela Congregaçãõ, referentes ás matérias que professarem e os cursos complementares, obdecendo aos programmas approvados, na fórma da lei;
- b) substituir os professores ordinários nos seus impedimentos;
- c) dirigir livremente qualquer curso, nas condições da lettra c do artigo anterior;
- d) passar os attestado de frequencia

Art. 34. O titulo de professor extraordinario honorario será conferido pelas Congregações, si assim o julgarem, a homens de notorio saber e amor ao magisterio que, de um modo indirecto, possam contribuir para o desenvolvimento do ensino; os honorarios poderão professar na faculdade, em cursos livres, independente de qualquer prova.

Art. 35. Os professores ordinarios e extraordinarios effectivos serão vitalicios desde a posse.

Art. 36. Os professores extraordinarios effectivos serão nomeados pelo Governo, que os escolherá dentre os tres nomes propostos em votaçãõ uninominal, pela Congregaçãõ, mediante concurso de titulos e obras.

Paragrapho unico. A congregaçãõ póde, em casos especiaes, indicar um só nome; é necessario, porém, que o nome proposto reuna unanimidade de votos.

Art. 37. Os professores extraordinarios honorarios serão nomeados pelo Governo, sob proposta da Congregaçãõ.

Art. 38. A vaga de professor ordinario será preenchida coma a nomeaçãõ do professor extraordinario effectivo da cadeira ou da secção respectiva, e, na falta deste, por outro professor ordinario ou por um extraordinario ou por um livre docente, indicado na fórma do art. 36.

Paragrapho unico. No Collegio Pedro II a nomeaçãõ de professor ordinario se fará com a escolha, por parte do Governo, de um entre tres nomes que lhe forem apresentados pela Congregaçãõ, depois de uma eleiçãõ que se effectuará nos termos do regulamento especial.

Art. 39. Os auxiliares do ensino são os preparadores, os assistentes, as parteiras e os internos de clinica, cujas nomeações e deveres serão definidos nos regulamentos especiaes.

Art. 40. Os programmas dos cursos que se devam realizar em cada instituto serão apresentados na ultima sessão da Congregação do periodo lectivo anterior, afim de serem discutidos e aprovados.

Art. 41. Nenhum professor poderá encerrar os seus cursos antes da época fixada em lei.

Art. 42. Toda vez que um professor tiver de se ausentar por mais de três dias da séde da faculdade, ou estiver impedido, por força maior, de leccionar, deverá officiar ao director.

Paragrapho unico. O professor ordinário, impedido temporariamente, será substituído pelo assistente ou preparados por elle indicada. Quando o impedimento durar um periodo lectivo ou mais. Quando o impedimento durar um período lectivo ou mais, a substituição será feita pelo professor extraordinario effectivo, e, na falta deste, por um livre docente designado pelo director. Nas faculdades de direito e para as cadeiras que não tenham assistente ou preparador, as substituições serão sempre pelo professor extraordinario effectivo e, na falta deste, por um extranho nomeado pelo director.

Art. 43. O professor ordinario ou extraordinario effectivo que, contando mais de 10 annos de serviço, invalidar, terá direito á jubilação nos seguintes termos:

a) com ordenado proporcional ao tempo de serviço, o que contar menos de 25 annos de exercicio effectivo no magisterio;

b) com ordenado por inteiro, o que contar 25 annos de serviço effectivo no magisterio ou 30 de serviços geraes, sendo entre estes, 20, pelo menos, no magisterio;

c) com todos os vencimentos o que contar 30 annos de exercicio effectivo no magisterio, ou 40 de serviços geraes, sendo entre estes, no magisterio, não menos de 25.

LIVRE DOCENCIA - SUA HABILITAÇÃO - ELEMENTOS PARA O SEU MAGISTERIO

Art. 44. O candidato á livre docencia requererá á Congregação, um mez antes do inicio do periodo lectivo, a sua nomeação, instruindo o requerimento com os seguintes documentos:

a) tantos exemplares de trabalho original, especialmente elaborado para obter a habilitação, quantos forem os docentes da faculdade;

b) no caso de ter publicado outros trabalhos, um exemplar de cada um;

c) prova da sua idoneidade moral.

Art. 45. O trabalho, destinado á prova de habilitação, será confiado ao estudo de uma commissão de tres docentes eleitos pela Congregação por voto uninominal, a qual, dentro de 10 dias, apresentará um relatorio minucioso sobre o valor e originalidade do referido trabalho.

Art. 46. A Congregação, por maioria de votos, approvará ou rejeitará as conclusões do relatorio.

Paragrapho unico. No caso do voto da Congregação ser desfavoravel ao candidato, tem este recurso para o Conselho Superior.

Art. 47. Os livres docentes não serão estipendiados pelo Governo, mas receberão na thesouraria do instituto as taxas de frequencia dos allumnos matriculados nos seus cursos, deduzida a respectiva porcentagem para a faculdade.

Art. 48. Os livres docentes e os professores extraordinarios honorarios terão um representante commum na Congregação, com todas as regalias dos outros membros

Art. 49. Os livres docentes têm o direito de se utilizar, nos cursos feitos nos estabelecimentos, dos apparelhos nelles existentes, com a condição, porém, de se responsabilizarem pela sua conservação.

Paragrapho unico. Por conta dos livres docentes correrão as despesas feitas com o material empregado nas demonstrações e com o pessoal que os auxiliar.

DAS CONGREGAÇÕES - SUA COMPOSIÇÃO - SEUS FINS E ATTRIBUIÇÕES - NORMAS GERAES PARA AS SUAS SESSÕES

Art. 50. As Congregações se compõem:

a) dos professores ordinarios;

b) dos professores extraordinarios effectivos;

c) de um representantes dos extraordinarios honorários e livres docentes, eleito annualmente.

Paragrapho unico. Os mestres dos institutos superiores e do Collegio Pedro II só tomarão parte nas Congregações quando se tratar de assumpto que se refira aos seus cursos.

Art. 51. A Congregação não poderá exercer as suas funções sem a presença de mais de metade de seus membros em exercício, excepto nos casos das sessões solenes, que se effectuarão com qualquer numero.

Art. 52. Si, até meia hora depois da marcada, não se reunir a maioria dos membros convocados, o director fará lavrar uma acta que assignará com os presentes.

Art. 53. Aberta a sessão, o secretario procederá á leitura da ultima acta, que será assignada pelo director e pelos membros presentes. O director dará então um resumo do objecto da reunião e o porá em discussão, dando a palavra aos membros da Congregação na ordem em que a pedirem.

Art. 54. Finda a discussão de cada materia, o director a sujeitará á votação. A votação será nominal ou symbolica. Si a Congregação resolver, a requerimento de algum de seus membros, que a votação seja nominal, a chamada começará pelo mais moderno.

Paragrapho unico. Si se tratar de assumpto de interesse pessoal de qualquer membro, esse poderá tomar parte na discussão, mas não poderá votar, nem assistir á votação.

Art. 55. O docente que assistir á sessão da Congregação, não poderá deixar de votar, salvo si apresentar e justificar os motivos que tem para abster-se, motivos sobre cuja accetabilidade a Congregação decidirá.

Art. 56. Si a Congregação resolver que fiquem em segredo algumas das suas decisões, será lavrada acta especial, lacrada e carimbada com o sello do instituto. Sobre a capa o secretario fará a declaração de que o objecto é secreto, indicando o dia em que assim se deliberou.

Art. 57. Esgotado o objecto especial da sessão, ficará aos membros da Congregação o direito de proporem o que entenderem conveniente á boa execução do regulamento e ao aperfeiçoamento do ensino.

Art. 58. Si, por falta de tempo, não puder alguma das questões suscitadas ser decidida na mesma sessão, o director adiará a materia para outra sessão.

Art. 59. Da acta constarão por extenso as indicações propostas e o resultado das votações, e, por extracto, os requerimentos das partes e as deliberações tomadas.

Art. 60. A Congregação compete:

- a) eleger o director, na fórma do art. 24;
- b) approvar os programas de ensino;
- c) propor ao Conselho Superior, por intermedio do director, as medidas aconselhadas para o aperfeiçoamento do ensino;
- d) conferir os premios instituidos por particulares e os que julgar conveniente crear; resolver sobre commissões scientificas, livre docencia e outros assumptos mencionados nos artigos respectivos desta lei;
- e) organizar as mesas examinadoras;
- f) auxiliar o director na manutenção da disciplina escolar;
- g) eleger o representante da Congregação no Conselho Superior do Ensino;
- h) resolver sobre os casos em que for consultada pelo director e sobre a applicação das penas que caibam aos docentes por infracção da Lei Orgânica, quando ellas importarem na perda do cargo;
- i) lançar taxas;
- j) rever as disposições regulamentares.

Art. 61. A Congregação se corresponderá com o Conselho Superior de Ensino por intermédio do seu director.

DO REGIMEN ESCOLAR - PERIODOS LECTIVOS, FÉRIAS, MATRICULA E INSCRIPÇÃO NOS CURSOS DOS INSTITUTOS, NOS CURSOS LIVRES E NO COLLEGIO PEDRO II – FORMALIDADES A PREENCHER - TAXAS A PAGAR - ÉPOCAS DE EXAMES

Art. 62. O anno escolar será dividido em dous periodos, a saber:

1º periodo: de 1 de abril, abertura dos cursos, a 31 de julho, seguido de 15 dias de férias;

2º periodo: de 15 de agosto a 31 de dezembro, encerrando-se os cursos a 30 de novembro.

Paragrapho unico. Os exames se realizarão no ultimo mez do segundo periodo escolar, isto é, de 1 a 31 de dezembro, seguindo-se tres mezes de férias.

Art. 63. A matricula terá logar nos 15 dias que antecedem á abertura dos cursos.

Art. 64. Para requerer matricula nos institutos de ensino superior os candidatos deverão provar:

- a) idade minima de 16 annos;
- b) idoneidade moral.

Art. 65. Para concessão da matricula, o candidato passará por exame que habilite a um juizo de conjuncto sobre o seu desenvolvimento intellectual e capacidade para emprehender efficazmente o estudo das materias que constituem o ensino da faculdade.

§ I. O exame de admissão a que se refere este artigo constará de prova escripta em vernaculo, que revele a cultura mental que se quer verificar e de uma prova oral sobre línguas e sciencias;

§ II. A comissão examinadora será composta, a juízo da Congregaçãõ, de professores do proprio instituto ou de pessoas estranhas, escolhidas pela Congregaçãõ, sob a presidencia de um daquelles professores, com a fiscalizaçãõ, em ambos os casos, do director e de um representante do Conselho Superior;

§ III. O exame de admissão se realizará de 1 a 25 de março;

§ IV. Taxas especiaes de exame de admissão serão cobradas, sendo do seu producto pagas as diárias dos examinadores.

Art. 66. Logo após matriculado, o alumno receberá um cartão de identidade com as indicações e dizeres necessarios para que seja reconhecido como estudante.

Art. 67. No começo de cada periodo lectivo serão affixados, em logar apropriado, no recinto da faculdade, os programmas dos cursos de toda a corporaçãõ docente.

Art. 68. O docente depositará na secretaria tantas listas quantos os cursos por elle projectados, indicando a materia delles e a taxa de sua frequencia, para que nellas se inscrevam os alumnos que pretenderem frequental-os.

Art. 69. Para matricular-se, o alumno terá de contribuir com as seguintes taxas:

1ª, taxa de matricula;

2ª, taxa de frequencia dos cursos, por anno escolar.

Paragrapho unico. Os cursos privados serão remunerados, de accôrdo com as condições estabelecidas pelos professores e livres docentes.

Art. 70. No fim de cada periodo lectivo os alumnos apresentarão aos professores e livres docentes, a cujos cursos assistiram, suas cadernetas, para que nellas attestem a frequencia.

Art. 71. A qualquer alumno é permittido transferir, no fim de cada periodo lectivo, a matricula para qualquer faculdade do paiz, mediante requerimento ao director, que autorizar a transferência na respectiva caderneta.

Art. 72. O alumno deverá communicar á secretaria a sua residência e mudanças.

Art. 73. Para requerer matricula no Collegio Pedro II os Paes ou tutores dos menores provarão:

a) que o candidato tem 12 annos de idade, no mínimo, e, para a secção do Internato, 14 annos, no maximo;

b) que se acha habilitado a emprehender o estudo das materias do curso fundamental. Para isto o candidato se sujeitará a um exame de admissão, que constará de prova escripta em que revele conhecimento da lingua vernacula (dictado, analyses, lexicologica e syntactiva) e prova oral, que versará sobre leitura com interpretação do texto, rudimentos da lingua franceza, de chorographia e de historia do Brazil, e toda a parte pratica da arithmetica elemental.

§ I. Os candidatos pagarão taxa de matricula e taxa de curso, que serão fixadas no regulamento do Collegio.

§ II. O regulamento determinará o numero de alumnos gratuitos de cada secção do estabelecimento.

DISTRIBUIÇÃO DAS MATERIAS DOS CURSOS - PROCESSO DE EXAMES – NATUREZA DAS PROVAS - MESAS JULGADORAS - DOCUMENTOS NECESSARIOS

Art. 74. As materias dos institutos serão distribuidas e leccionadas por series, obedecendo a sua reunião e gradação ao nexo scientifico que ligarem, indo do mais simples ao mais complexo.

Art. 75. As materias serão professadas em conferencias, aulas theoricas e praticas, de accôrdo com as necessidades pedagógicas. As Congregações, na ultima sessão que preceder á abertura dos cursos, organizarão os horarios.

Art. 76. Para effeito dos exames, ellas serão grupadas de fôrma que o alumno só passe por tres provas: preliminar, basica e final.

Paragrapho unico. No Collegio Pedro II os alumnos passarão de uma serie para outra por simples promoçãõ e por exames finaes.

Art. 77. Nos institutos superiores as provas serão oraes e praticas, e no Collegio Pedro II, nos exames finaes, haverá, além dessas duas provas, a escripta.

Art. 78. As mesas examinadoras serão constituídas, nos institutos superiores, pelos professores ordinarios e extraordinarios effectivos e pelos livres docentes que leccionarem, sob a presidência do mais

antigo; no Collegio Pedro II as mesas dos exames finais, que se realizarão no Externato, serão formadas pelos dous professores da disciplina nas duas secções, sob a presidencia do director ou do vice-director ou de um professor; caso a disciplina só tenha um professor no estabelecimento, a Congregação designará um outro para completar a commissão julgadora.

Art. 79. Para requerer inscripção de exame, o candidato apresentará:

- a) caderneta de frequencia provando ter assistido a 30 lições por periodo lectivo, no minimo;
- b) taxa de exame.

Art. 80. No Collegio Pedro II não poderá fazer exames finais e ser promovido o estudante que tiver 20 faltas em cada periodo lectivo.

Paragrapho unico. As médias bimensaes de aproveitamento e as notas de conducta garantirão a promoção e concorrerão para o julgamento nos exames finais.

Art. 81. Os profissionaes estrangeiros que queiram obter certificados de curso nas faculdades brasileiras se sujeitarão ás disposições regulamentares.

DA POLICIA ACADEMIA - PENAS DISCIPLINARES CONCERNENTES Á CORPORACÃO DISCENTE E AO CORPO DOCENTE

Art. 82. A policia academica tem por fim manter no seio da corporação academica a ordem e a moral.

Art. 83. Ao director, á Congregação e ao Conselho Superior do Ensino caberá providenciar sobre a policia academica.

Art. 84. As penas disciplinares são as seguintes: a) advertencia particular, feita pelo director; b) advertencia publica, feita pelo director, em presenca de certo numero de docentes; c) suspensão por um ou mais periodos lectivos; d) expulsão da faculdade; e) exclusão dos estudos em todas as faculdades brasileiras.

§ I. As penas disciplinares indicadas em a e b serão da jurisdicção do director; as de c, d, e, da jurisdicção das Congregações, com recurso para o Conselho Superior do Ensino.

§ II. Estas penas não isentam os delinquentes das penas do Codigo Penal em que houverem incorrido.

Art. 85. Incorrerão nas penas comminadas pelo artigo anterior, alineas a e b:

- a) os alumnos que faltarem ao respeito que devem ao director ou a qualquer membro da corporação docente;
- b) por desobediencia ás prescripções feitas pelo director ou qualquer membro da corporação docente;
- c) por offensa á honra de seus collegas;
- d) por perturbação da ordem, procedimento deshonesto nas aulas ou no recinto da faculdade;
- e) por inscripção de qualquer especie nas paredes do edificio da faculdade ou destruição dos annuncios nellas affixados;
- f) por danos causados nos instrumentos, apparatus, modelos, mappas, livros, preparações e moveis, sendo que nestes casos o alumno, além da pena disciplinar, terá de indemnizar o damno ou restituir o objecto por elle prejudicado;
- g) os que dirigirem aos funcionarios injurias verbaes ou por escripto.

Art. 86. Incorrerão nas penas do art. 84, alineas c, d e e, conforme a gravidade do caso;

- a) os alumnos que reincidirem nos delictos especificados no artito anterior;
- b) os que praticarem actos immoraes dentro do estabelecimento;
- c) os que dirigirem injurias verbaes ou escriptas ao director ou a algum membro do corpo docente;
- d) os que aggredirem o director, ou qualquer membro da corporação docente, ou os funcionarios do ensino;
- e) os que commetterem delictos e crimes sujeitos ás penas do Codigo Penal.

Art. 87. Se o director julgar que o delicto merece as penas indicadas nas alineas c, d, e e do art. 84, mandará abrir inquerito, tomando por termo as razões allegadas pelo delinquente e os depoimentos das testemunhas do facto. Esse inquerito será communicado á Congregação e remetido ao Conselho Superior do Ensino.

Art. 88. A convocação para o inquerito disciplinar será feita pelo director, por escripto.

Art. 89. Durante o andamento do processo, não só o accusado não poderá ausentar-se da sede da faculdade, como ao director não será permittido transferil-o para outro instituto.

Art. 90. Nos casos em que a pena for imposta pela Congregação e confirmada pelo Conselho, será o julgamento communicado por escripto ao delinquente, com as razões em que tiver sido fundada.

Art. 91. Os professores, mestres, livres docentes e auxiliares do ensino ficarão sujeitos ás penalidades constituídas pela simples advertencia, suspensão e perda do exercicio do cargo.

Art. 92. Incurrerão em culpa e ficarão sujeitos áquellas penalidades os membros do magisterio:

- a) que não apresentarem os seus programmas em tempo opportuno;
- b) que faltarem ás sessões da Congregação, sem motivo justificado;
- c) que deixarem de comparecer, para desempenho de seus deveres, por espaço de oito dias, sem justificação;
- d) que faltarem com o respeito ao director, ás demais autoridades do ensino, aos seus collegas e á própria dignidade do corpo discente;
- e) que abandonarem as suas funções por mais de seis mezes, ou que dellas se afastarem, em exercicio de outros cargos estranhos ao magisterio, durante oito periodos lectivos.

Paragrapho unico. Os docentes que incorrerem nas culpas definidas nas letras a, b e c ficarão sujeitos, além de descontos em folha de pagamento, á advertência applicada pelo director; os que incorrerem na da letra d soffrerão a pena de suspensão, de oito a 30 dias, imposta pela Congregação; e os que incorrerem na culpa da letra e perderão o cargo, o que será reconhecido e declarado pelo Conselho Superior.

Art. 93. Das penas que forem applicadas pelo director e pela Congregação, o accusado terá recurso para o Conselho Superior do Ensino.

DO PESSOAL ADMINISTRATIVO

Art. 94. Nos estabelecimentos de ensino haverá os seguintes funcionarios:

- a) um secretario;
- b) um sub-secretario;
- c) um thesoureiro;
- d) um bibliothecario;
- e) um sub-bibliothecario;
- f) amanuenses;
- g) um porteiro;
- h) conservadores;
- i) bedéis;
- j) inspectores de alumnos;
- k) serventes e outros empregados inferiores.

Paragrapho unico. Os regulamentos especiaes de cada instituto fixarão o numero de empregados de cada uma das categorias especificadas no artigo precedente, deixando, no emtanto, aos directores respectivos a faculdade de admittirem tantos empregados inferiores quantos exigir o serviço e permittirem as verbas.

Art. 95. Compete ao secretario:

- a) organizar a escripturação do estabelecimento;
- b) superintender o serviço da secretaria, de que é o chefe natural, fazendo as distribuições do serviço pelos seus auxiliares;
- c) redigir e fazer expedir a correspondencia official da directoria, inclusive os convites para as sessões da Congregação;
- d) comparecer ás sessões da Congregação, cujas actas lavrará;
- e) lavrar os termos de posse do director e de todo o pessoal do instituto;
- f) passar as certidões, transferencias e outros documentos que devam ser assignados pelo director;
- g) informar, por escripto, todas as petições que tiverem de ser submettidas ao despacho do director ou da Congregação;
- h) prestar, nas sessões da Congregação, as informações que lhe forem exigidas, para o que o director lhe dará a palavra quando julgar conveniente.

Art. 96. Os actos do secretario ficarão sob a immediata inspecção do director.

Art. 97. Sob as ordens do secretario estarão os demais funcionarios da secretaria.

Paragrapho unico. Em falta ou ausencia do secretario, será elle substituido pelo sub-secretario, seu auxiliar na execução dos serviços da secretaria.

Art. 98. Ao thesoureiro compete:

- a) organizar a contabilidade do instituto, a qual deverá ter sempre em dia;
- b) receber dos alumnos e de quaesquer outras pessoas as quantias devidas e escriptural-as;
- c) descontar as porcentagens destinadas á administração;

d) entregar aos respectivos docentes, no começo do segundo mez de cada periodo lectivo, a importancia das taxas que lhes competir;

e) fazer a folha dos vencimentos de todo o pessoal docente e administrativo, apresentando-a ao director, no ultimo dia de cada mez, para ser por elle visada;

f) pagar as referidas folhas;

g) informar ao director, no ultimo dia de cada mez, sobre o estado da caixa do instituto e apresentar-lhe todas as contas a pagar, para que as confira e rubrique;

h) communicar-lhe a natureza e importancia de despezas necessárias, que só deverão ser feitas por autorização expressa do director.

Paragrapho unico. No Internato do Collegio Pedro II o thesoureiro terá um auxiliar, o almoxarife, cujas attribuições constarão do regulamento especial.

Art. 99. Nos casos de grande affluencia de serviço, o thesoureiro poderá pedir ao director um auxiliar.

Art. 100. O thesoureiro usará de um carimbo especial nos actos em que tiver de pôr a sua assignatura.

Art. 101. O thesoureiro só poderá ser empossado no cargo depois que houver prestado a fiança fixada no regulamento.

Art. 102. Ao bibliothecario compete:

a) conservar-se na bibliotheca, emquanto estiver ella aberta durante o dia;

b) cuidar da conservação das obras;

c) organizar os catálogos de cindo em cindo annos, segundo os processos mais aperfeiçoados e de accôrdo tambem com as instrucções que o director do instituto lhe transmittir;

d) apresentar o balancete mensal das despezas da bibliotheca;

e) propôr, por si ou por indicação dos docentes, a compra de obras e a assignatura de jornaes, dando preferênciam ás publicações periodicas que versarem sobre materia ensinada no instituto, e procurando sempre completar as colleções das obras existentes;

f) empregar o maior cuidado para que não haja duplicatas inuteis e se mantenha harmonia na encadernação dos tomos de uma mesma obra;

g) providenciar para que as obras sejam entregues aos consultantes sem perda de tempo;

h) fazer observar o maior silencio nas salas de leitura, providenciando para que se retirem as pessoas que perturbem a ordem, recorrendo ao director, quando não for attendido;

i) apresentar mensalmente ao director uma lista dos leitores da bibliotheca, das obras consultadas e das que deixarem de ser fornecidas por não existirem; outrossim, uma relação das obras que mensalmente entrarem para a bibliotheca, acompanhada de breve noticia sobre cada uma;

j) organizar e remetter annualmente ao director um relatorio dos trabalhos da bibliotheca, o estado das obras e dos moveis, indicando as modificações que julgar convenientes;

k) dar ao director noticia de todas as publicações novas feitas no paiz e no estrangeiro;

l) manter a ordem e a disciplina na bibliotheca, notando a hora da entrada e sahida dos funcionarios de sua jurisdicção;

m) o bibliothecario se encarregará de promover a troca dos trabalhos do respectivo instituto e as obras em duplicata com os estabelecimentos congeneres, nacionaes e estrangeiros.

Paragrapho unico. Em falta ou ausência do bibliothecario, será elle substituido pelo sub-bibliothecario, seu auxiliar na execução dos serviços da bibliotheca.

Art. 103. Aos amanuenses compete fazer todos os trabalhos de escripturação ordenados pelos seus superiores.

Art. 104. Compete ao porteiro, que terá residencia no edificio do instituto:

a) ter sob sua guarda as chaves do edificio e de todos os compartimentos;

b) cuidar do asseio interno da casa, fiscalizando os serventes encarregados desse serviço;

c) zelar pela conservação dos moveis e objectos que estiverem fóra da secretaria e da bibliotheca;

d) entregar ao secretario uma relação dos moveis e objectos confiados á sua guarda e cumprir quaesquer ordens, relativas ao serviço, que lhe forem dadas pelo director ou pelo secretario.

Art. 105. Aos conservadores compete:

a) ter sob sua guarda e responsabilidade o material technico e scientifico dos laboratorios e gabinetes e cuidar da conservação dos apparatus, instrumentos, drogas, etc.;

b) fiscalizar o trabalho dos serventes, fazendo observar o maior asseio no recinto, nos moveis e mais objectos;

- c) verificar se, findos os trabalhos, os laboratorios ou salas confiadas á sua guarda estão em necessarias condições de segurança;
- d) prevenir opportunamente ao chefe do laboratorio de tudo quanto faltar nelle;
- e) proceder, no fim do anno lectivo, a um inventario do material existente no laboratorio ou gabinete, apresentando esse inventario ao seu chefe, que o remetterá ao director;
- f) cumprir as ordens de seus chefes e dos assistentes dos laboratorios;
- g) dar pó si e a expensas suas pessoa idônea e da sua confiança, quando não puder comparecer á repartição, por motivo justo;
- h) responder pelos objectos que desaparecerem ou se deteriorarem por negligencia ou leviandade, assim como por todas as perdas e damnos occorridos no laboratorio ou gabinete, se não houver denunciado, em tempo, o autor delles.

Art. 106. Ao bedel compete auxiliar os serviços das aulas, entendendo-se com os professores e seus auxiliares, ficando sob sua guarda as cadernetas de ponto, listas e mais utensilios necessarios á docencia.

Art. 107. Aos inspectores de alumnos compete manter o silencio das aulas e nas visinhanças do local em que se estiver procedendo a algum acto escolar e auxiliar os conservadores e bedéis em suas funções.

Paragrapho unico. No Collegio Pedro II, sob a direcção do chefe de disciplina, os inspectores se encarregarão de manter a ordem interna.

LICENÇAS E FALTAS

Art. 108. As licenças de mais de tres mezes a um anno serão concedidas por portaria do ministro, em caso de moléstia provada ou por outro qualquer motivo attendivel, mediante requerimento convenientemente informado pelo director.

§ I. A licença concedida por motivo de moléstia dá direito á percepção do ordenado até seis mezes e de metade por mais de seis mezes até um anno; e por outro qualquer motivo obriga ao desconto da quarta parte do ordenado até tres mezes, da metade por mais de tres até seis, das tres quartas partes por mais de seis até nove, e de todo o ordenado dahi por diante.

§ II. A licença não dará direito em caso algum á gratificação do exercicio do cargo; não se poderá, porém, fazer qualquer desconto nos accrescimos de vencimentos obtidos por antiguidade.

Art. 109. O tempo de prorogação de licença concedida dentro de um anno será contado do dia em que terminou a primeira, afim de ser feito o desconto de que trata o § I do artigo anterior.

Art. 110. Esgotado o tempo maximo dentro do qual poderão ser concedidas as licenças com vencimentos, a nenhum funcionario é permittida nova licença com ordenado ou parte delle antes de decorrido o prazo de um ano, contado da data em que houver expirado o ultimo.

Art. 111. O membro do magisterio poderá gosar onde lhe aprover a licença que lhe for concedida; esta, porém, ficará sem effeito se della não se aproveitar dentro de um mez, contado da data da concessão.

Art. 112. Não poderá obter licença alguma o membro do magisterio que não tiver entrado em exercicio do logar em que haja sido provido.

Art. 113. Nos Estados o prazo da licença começará a correr do dia em que tiver o devido - Cumpra-se.

Art. 114. O membro do magistério licenciado poderá renunciar ao resto do tempo que tiver obtido, uma vez que entre immediatamente no exercicio do seu cargo; mas, se não tiver feito renuncia antes de começarem as férias, só depois de terminada a licença poderá apresentar-se.

Art. 115. As disposições dos artigos antecedentes applicam-se igualmente aos funcionarios que percebem simples gratificação.

Art. 116. Aos funcionarios contractados, que requererem licença, serão applicadas as disposições referentes aos effectivos, quando do assumpto não cogitarem os respectivos contractos.

Art. 117. A presença dos membros do corpo docente será verificadas pela sua assignatura nas cadernetas das aulas e nas actas da Congregação.

Paragrapho único. A presença dos empregados do serviço administrativo será verificada pela sua assignatura no livro do ponto, indicado a hora da entrada e a da sahida; a dos auxiliares do ensino se verificará na caderneta das aulas.

Art. 118. O thesoureiro, á vista das notas das cadernetas, das que haja tomado sobre quaesquer actos escolares, e do livro de ponto, organizará no fim de cada mez a lista completa das faltas e a apresentará ao director, que, attendendo aos motivos poderá considerar justificadas até três para os professores ou mestres que derem menos de cinco lições por semana, até o dobro para os demais e o pessoal administrativo.

Art. 119. As faltas devem ser justificadas até o ultimo dia do mez.

Art. 120. As faltas dos professores ás sessões da Congregação ou a quaesquer actos a que forem obrigados pelos regulamentos serão contadas como as que derem nas aulas.

Art. 121. Si, por motivo de força maior, coincidirem as horas de aula e da Congregação, o serviço desta terá preferência, importando em falta a ausência do professor ou mestre; não coincidindo, a ausência a qualquer dos serviços será também considerado como falta.

Art. 122. Terão direito só ao ordenado os professores ordinários e extraordinários effectivos e os auxiliares do ensino que faltarem por motivo justificado.

Art. 123. O director estará sujeito ás prescripções dos artigos supra.

DOS CERTIFICADOS CONFERIDOS PELOS INSTITUTOS

Art. 124. O estudante que terminar as provas escolares receberá, mediante o pagamento da taxa respectiva, o certificado que lhe competir, de accôrdo com os regulamentos especiaes.

DA INSTRUCÇÃO MILITAR

Art. 125. Continuam em vigor as instrucções expedidas pelo Ministerio do Interior para execução do disposto no art. 170 do regulamento annexo ao decreto n. 6.947, de 8 de maio de 1908.

DISPOSIÇÕES GERAES E TRANSITORIAS

Art. 126. Ao corpo docente e ao pessoal administrativo de cada um dos estabelecimentos que passam a ser emancipados, o Governo garantirá as regalias moraes e materiaes a que têm direito pelas leis até agora em vigor.

Paragrapho único. Das subvenções votadas pelo Congresso Nacional entregues aos institutos de ensino será deduzida a parte referente aos actuaes docentes e funcionarios que continuarão a receber os seus vencimentos no Thesouro Nacional.

Art. 127. Os docentes e funcionarios, nomeados na vigencia do regimen escolar creado pela presente lei, receberão os seus vencimentos na thesouraria do instituto a que pertencerem.

Paragrapho único. Para este effeito e demais despezas, o Governo entregará aos institutos de ensino, emquanto os patrimonios delles não bastarem á satisfação das necessidades materiaes e pedagogicas, e sob o titulo de subvenção, as quantias necessarias e votadas em lei.

Art. 128. Ficam abolidas as gratificações adicionaes sobre os ordenados pagos aos membros do corpo docente, resalvados os direitos do actuaes.

Paragrapho único. Os actuaes lentes, que passam a ser professores ordinarios e extraordinarios effectivos, só receberão as quotas correspondentes ás taxas de cursos geraes, se abrirem mão do direito á percepção das gratificações adicionaes.

Art. 129. Os professores do Collegio Pedro II, que poderão ter cursos particulares fóra do estabelecimento, não terão direito á parte das taxas dos cursos.

Art. 130. Os membros actuaes do magisterio contarão como tempo de serviço nelle, para os effeitos da jubilação:

- a) o tempo intercorrente de serviço gratuito e obrigatorio por lei;
- b) o de serviço publico em commissões scientificas;
- c) o de serviço de guerra;
- d) de serviço auxiliar de ensino, inclusive o de interno de clinica;
- e) o numero de faltas não excedentes de 20 por anno e motivadas por molestias;
- f) o tempo de suspensão judicial, quando o funcionario fôr julgado innocente;
- g) o tempo do exercicio de membro do Poder Legislativo federal ou estadual, o de agente diplomatico extraordinario, o de ministro da União e o de Presidente ou Vice-Presidente da Republica ou de Estado.

Art. 131. Os vencimentos do presidente, dos empregados da secretaria do Conselho Superior do Ensino e do thesoureiro dos institutos serão os consignados na tabella annexa.

Paragrapho único. Aos membros do Conselho Superior, além do transporte para aquelles que residirem fóra da séde, o Governo concederá um subsidio diario durante as sessões.

Art. 132. Os actuaes substitutos serão nomeados para os cargos de professores extraordinarios effectivos de uma das cadeiras de sua secção.

Art. 133. Os actuaes lentes e substitutos, que não forem aproveitados na organização do ensino instituída pela presente lei, serão considerados em disponibilidade com todos os seus vencimentos, vantagens, direitos e regalias, como se em exercício estivessem.

Art. 134. O disposto na Segunda parte da lettra e do art. 92 não se applica aos lentes cathedrauticos e substitutos e aos professores cuja nomeação procedeu á presente lei.

Art. 135. Os actuaes directores do Internato Bernardo de Vasconcellos e do Externato Pedro II serão conservados, no maximo, durante o primeiro biennio que se seguir á promulgação d'esta lei.

Art. 136. Além das taxas de exame de admissão, os alumnos pagarão taxas de matricula, de curso, de exame, de bibliotheca e de certificado.

Paragrapho único. As Congregações organizarão, na primeira sessão que se seguir à promulgação desta lei, a tabella das taxas supra e elegerão os directores.

Art. 137. As primeiras nomeações para os lugares dos corpos docentes e administrativos, creados em virtude desta lei, serão feitas por livre escolha do Governo.

Art. 138. A organização instituída pela presente lei, apesar de entrar em execução desde já, só se applica aos alumnos que se matricularam, em 1911, nas primeiras series dos respectivos cursos.

Art. 139. As Congregações dos institutos de ensino, por força da autonomia administrativa e didactica que lhes é garantida pela presente lei, ficam com a liberdade de modificar ou reformar as disposições regulamentares e as inherentes á intima economia delles.

Art. 140. Aquelle ou aquellos dos institutos comprehendidos no art. 4º que, dispondo de recursos proprios e sufficientes, prescindirem de subvenção do Governo, ficarão, por esse facto, isentos de toda e qualquer dependencia ou fiscalização official, mediata ou immediata.

Art. 110. Revogam-se as disposições em contrario.

Rio de Janeiro, 5 de abril de 1911. - Rivadavia da Cunha Corrêa.

Tabella de vencimentos que se refere o art. 131 da presente Lei Organica

Presidente do Conselho Superior do Ensino:		
Ordenado	13:333\$334	
Gratificação.....	6:666\$666	20:000\$000
Secretario do Conselho:		
Ordenado	6:400\$000	
Gratificação.....	3:200\$000	9:600\$000
Amanuense:		
Ordenado	2:400\$000	
Gratificação	1:200\$000	3:600\$000
Continuo:		
Ordenado	1:600\$000	
Gratificação	800:000	2:400\$000
Thesoureiro dos institutos:		
Ordenado	4:800\$000	
Gratificação	2:400\$000	7:200\$000

Rio de Janeiro, 5 de abril de 1911. - Rivadavia da Cunha Corrêa.

Fonte:

Diário Oficial da União - Seção 1 - 6/4/1911, Página 3983 (Publicação Original)

Coleção de Leis do Brasil - 1911, Página 492 Vol. 1 (Publicação Original)

Câmara dos Deputados - Palácio do Congresso Nacional

Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-8659-5-abril-1911-517247-publicacaooriginal-1-pe.html>

ANEXO XI – Cursos de medicina, ano de abertura, instituição, categoria administrativa e vagas autorizadas para a primeira oferta.

Nº	ANO	SIGLA	INSTITUIÇÃO	CAT.ADM.	VAGAS
1	1808	UFBA	Escola de Cirurgia da Bahia, incorporada pela Universidade Federal da Bahia - UFBA em 1946.	Federal	160
2	1808	UFRJ	Escola de Anatomia, Medicina e Cirurgia, incorporada pela Universidade do Rio de Janeiro em 1920 que, no ano de 1965, passou a se chamar Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ.	Federal	200
3	1898	UFRGS	Faculdade de Medicina, incorporada pela Universidade de Porto Alegre em 1934, e posterior pela Universidade do Rio Grande do Sul, em 1947.	Federal	140
4	1911	UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais - MG	Federal	320
5	1912	UFPR	Universidade Federal do Paraná - Curitiba - PR	Federal	190
6	1912	UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - RJ	Federal	160
7	1912	FMSP-USP	Universidade de São Paulo - Campus São Paulo -SP	Estadual	175
8	1919	UFPA	Universidade Federal do Pará - PA	Federal	150
9	1920	UFPE	Universidade Federal de Pernambuco - PE	Federal	140
10	1929	UFF	Universidade Federal Fluminense - Niteroi - RJ	Federal	160
11	1933	UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo - SP	Federal	121
12	1935	UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro - RJ	Estadual	94
13	1948	UFC	Universidade Federal do Ceará - CE	Federal	160
14	1950	UPE	Universidade de Pernambuco - Recife - PE	Estadual	150
15	1950	PUCSP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - Campus Sorocaba - SP	Privada	130
16	1951	UFAL	Universidade Federal de Alagoas - AL	Federal	80
17	1951	FCMMG	Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais - MG	Privada	342
18	1951	UFPB	Universidade Federal da Paraíba - J. Pessoa - PB	Federal	145
19	1952	FMRP-USP	Universidade de São Paulo - Campus Ribeirão Preto - SP	Estadual	100
20	1952	UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora - MG	Federal	180
21	1953	EBMSP	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - Salvador- BA	Privada	300
22	1954	UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - MG	Federal	95
23	1954	UFSM	Universidade Federal de Santa Maria - RS	Federal	120
24	1955	UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte - RN	Federal	100
25	1957	PUCPR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná - Curitiba - PR	Privada	180
26	1958	UFMA	Universidade Federal do Maranhão - São Luis - MA	Federal	100
27	1958	UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas - SP	Estadual	110
28	1960	UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina - SC	Federal	100
29	1960	UFG	Universidade Federal de Goiás - GO	Federal	110
30	1961	UFES	Universidade Federal do Espírito Santo - ES	Federal	80
31	1961	UFS	Universidade Federal de Sergipe - UFS	Federal	100
32	1961	UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - RS	Federal	100
33	1962	UnB	Universidade de Brasília - DF - UNB	Pública	76
34	1962	UNESP	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - Botucatu - SP	Estadual	90
35	1962	UCPEL	Universidade Católica de Pelotas - RS	Privada	180
36	1963	UFPeI	Universidade Federal de Pelotas - RS	Federal	98
37	1965	UFAM	Universidade Federal do Amazonas - AM	Federal	112
38	1965	UEL	Universidade Estadual de Londrina - PR	Estadual	80
39	1966	FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília - SP	Pública	80

40	1966	UFPI	Universidade Federal do Piauí - PI	Federal	80
41	1967	UNITAU	Universidade de Taubaté - SP	Municipal	120
42	1967	FURG	Universidade Federal do Rio Grande - RS	Federal	100
43	1967	UNILUS	Centro Universitário Lusíada- Santos - SP	Privada	100
44	1967	UNIFASE	Faculdade de Medicina de Petrópolis - RJ	Privada	150
45	1967	FMC	Faculdade de Medicina de Campos - RJ	Privada	126
46	1967	UCS	Universidade de Caxias do Sul - RS	Privada	100
47	1967	UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul- Campo Grande - MS	Federal	80
48	1968	FCMSCSP	Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - SP	Privada	120
49	1968	UMC	Universidade de Mogi das Cruzes - SP	Privada	90
50	1968	UFU	Universidade Federal de Uberlândia - MG	Federal	120
51	1968	FAMERP	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto -SP	Estadual	80
52	1968	EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - ES	Privada	140
53	1968	UNCISAL	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - Maceió - AL	Estadual	50
54	1968	FMIIt	Faculdade de Medicina de Itajubá - MG	Privada	87
55	1968	UniFOA	Centro Universitário de Volta Redonda - RJ	Privada	120
56	1968	UNIFAA	Centro Universitário de Valença - Valença - RJ	Privada	210
57	1968	UNIVAS	Universidade do Vale do Sapucaí - Pouso Alegre - MG	Privada	70
58	1968	FMJ	Faculdade de Medicina de Jundiá - SP	Municipal	120
59	1968	UNIVASSOU- RAS	Universidade de Vassouras - RJ	Privada	160
60	1969	FEMPAR	Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná - Curitiba - PR	Privada	120
61	1969	FMABC	Faculdade de Medicina do ABC	Privada	150
62	1969	UPF	Universidade de Passo Fundo - RS - UPF	Privada	100
63	1969	UNIFIPA	Centro Universitário Padre Albino - Catanduva - SP	Privada	100
64	1969	UERR	Universidade Estadual de Roraima - RR	Estadual	60
65	1970	EMSM	Escola de Medicina Souza Marques - Rio de Janeiro - RJ	Privada	192
66	1970	UNISA	Universidade de Santo Amaro - SP	Privada	304
67	1970	UNIFESO	Centro Universitário Serra dos Órgãos - Teresópolis - RJ	Privada	144
68	1970	PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul -RS	Privada	120
69	1970	UEPA	Universidade do Estado do Pará - Santarém - PA	Estadual	40
70	1971	FAME	Faculdade de Medicina de Barbacena - MG	Privada	120
71	1971	UEPA	Universidade do Estado do Pará - Belem - PA	Estadual	100
72	1971	USF	Universidade São Francisco - Bragança Paulista - SP	Privada	145
73	1974	UNIMONTES	Universidade Estadual de Montes Claros - MG	Estadual	80
74	1975	PUC-CAMPI- NAS	Pontifícia Universidade Católica de Campinas - SP	Privada	150
75	1976	UNIG	Universidade Iguazu - Nova Iguazu - RJ	Privada	200
76	1978	UFMT	Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT	Federal	80
77	1979	UFCG	Universidade Federal de Campina Grande - UFCG	Federal	90
78	1987	UNOESTE	Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - SP	Privada	220
79	1987	UEM	Universidade Estadual de Maringá - PR	Estadual	40
80	1988	UNIFENAS	Universidade José do Rosário Vellano - Alfenas - MG	Privada	160
81	1989	FURB	Universidade Regional de Blumenau - SC	Privada	80
82	1993	UFRR	Universidade Federal de Roraima - RR	Federal	80
83	1996	ULBRA	Universidade Luterana do Brasil - Canoas - RS	Privada	120

84	1996	UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná- Cascavel - PR	Pública	40
85	1997	UNIC	Universidade de Cuiabá - MT	Privada	71
86	1997	UNIMES	Universidade Metropolitana de Santos - SP	Privada	100
87	1997	UNESA	Universidade Estácio de Sá - RJ	Privada	240
88	1997	UNIGRANRIO	Universidade do Grande Rio Professor - Duque de Caxias - RJ	Privada	198
89	1997	UNIG	Universidade Iguaçú - Itaperuna - RJ	Privada	200
90	1997	UNIDERP	Universidade Anhanguera-Uniderp - MS	Privada	120
91	1997	UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto - SP	Privada	150
92	1997	UNIVALI	Universidade do Vale do Itajaí - SC	Privada	74
93	1997	UNIUBE	Universidade de Uberaba - MG	Privada	120
94	1998	UNISUL	Universidade do Sul de Santa Catarina - Palhoça - SC	Municipal	160
95	1998	UNISUL	Universidade do Sul de Santa Catarina- Campus Tubarão - SC	Privada	100
96	1998	UESPI	Universidade Estadual do Piauí - Teresina - PI	Estadual	50
97	1998	UNIVILLE	Universidade da Região de Joinville - SC	Privada	48
98	1998	UNIMAR	Universidade de Marília - SP	Privada	150
99	1998	UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense - Criciúma - SC	Privada	100
100	1998	IMES	Instituto Metropolitano de Ensino Superior - Ipatinga - MG	Privada	100
101	1999	UFBM	Centro Universitário Barão de Mauá- Ribeirão Preto - SP	Privada	110
102	1999	UNITPAC	Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos- TO	Privada	80
103	1999	UFGD	Universidade Federal da Grande Dourados - MS	Federal	80
104	2000	UFCA	Universidade Federal do Cariri - Campus de Barbalha - CE	Federal	80
105	2000	UFC	Universidade Federal do Ceará- Campus de Sobral - CE	Federal	80
106	2000	ESTÁCIOFMJ	Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte - CE	Privada	100
107	2000	UESC	Universidade Estadual de Santa Cruz- Ilheus - BA	Estadual	42
108	2001	UEA	Universidade do Estado do Amazonas -Manaus - AM	Estadual	130
109	2001	UNIFENAS	Universidade José do Rosário Vellano - Belo Horizonte - MG	Privada	260
110	2001	ESCS	Escola Superior de Ciências da Saúde - Brasília - DF	Estadual	80
111	2001	UNOESC	Universidade do Oeste de Santa Catarina - Joaçaba - SC	Privada	60
112	2001	UNINILTON-LINS	Universidade Nilton Lins - Manaus - AM	Privada	145
113	2001	UERN	Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - Mossoró - RN	Estadual	60
114	2001	UNEC	Centro Universitário de Caratinga -MG	Privada	40
115	2002	UNIR	Fundação Universidade Federal de Rondônia - RO	Federal	40
116	2002	UNICEPLAC	Centro Univ. do Planalto Central Aparecido dos Santos - Brasília - DF	Privada	120
117	2002	UEMA	Universidade Estadual do Maranhão - Caxias - MA	Estadual	30
118	2002	UFAC	Universidade Federal do Acre - UFAC	Federal	80
119	2002	UNIPAC	Universidade Presidente Antônio Carlos - Juiz de Fora - MG	Privada	94
120	2002	UNIRG	Centro Universitário Unirg - Gurupi - TO	Municipal	120
121	2002	UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana- BA	Estadual	30
122	2002	UECE	Universidade Estadual do Ceará - CE	Estadual	80
123	2002	UNINORTE	Centro Universitário Uninorte - Rio Branco - AC	Privada	81
124	2002	UEPG	Universidade Estadual de Ponta Grossa - PR	Estadual	40
125	2002	UNICID	Universidade Cidade de São Paulo - SP	Privada	176
126	2002	UP	Universidade Positivo- Curitiba - PR - UP	Privada	169
127	2002	UNICEUMA	Universidade do Ceuma-UNICEUMA	Privada	149

128	2003	UB	Universidade Brasil - Fernandópolis - SP	Privada	205
129	2003	FAMENE	Faculdade de Medicina Nova Esperança - J. Pessoa - PB	Privada	220
130	2003	FASEH	Faculdade da Saúde e Ecologia Humana - Vespasiano - MG	Privada	136
131	2003	UNIPLAC	Universidade do Planalto Catarinense - Lages - SC	Privada	40
132	2003	UNIVASF	Universidade Federal do Vale do São Francisco - Petrolina - PE	Federal	80
133	2003	UNINOVE	Universidade Nove de Julho - São Paulo - UNINOVE	Privada	480
134	2004	IMEPAC	Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos - IMEPAC Araguari - MG	Privada	120
135	2004	FAPAC	Faculdade Presidente Antonio Carlos - Porto Nacional - TO	Privada	42
136	2004	FIMCA	Faculdades Integradas Aparício Carvalho- Porto Velho - RO	Privada	80
137	2004	FCMPB	Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba - J. Pessoa - PB	Privada	100
138	2004	UNINOVAFAPI	Centro Universitário Uninovafapi - Piauí - PI	Privada	171
139	2004	UNESC	Centro Universitário do Espírito Santo- Colatina - ES	Privada	100
140	2004	UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-Vitória da Conquista - BA	Estadual	30
141	2004	FCMS-JF	Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - MG	Privada	120
142	2004	FTC	Faculdade de Tecnologia e Ciências - Salvador - BA	Privada	300
143	2004	FACID	Faculdade Integral Diferencial-Piauí - PI	Privada	110
144	2005	PUC-GO	Pontifícia Universidade Católica de Goiás - GO	Privada	124
145	2005	UniSL	Centro Universitário São Lucas - Porto Velho - RO	Privada	130
146	2005	ICS	Instituto de Ciências da Saúde - Montes Claros - MG	Privada	80
147	2005	MULTIVIX	Faculdade Brasileira - Vitória - ES	Privada	128
148	2005	UNOCHAPECO	Universidade Comunitária da Região de Chapecó - SC	Municipal	45
149	2005	FPS	Faculdade Pernambucana de Saúde - Recife - PE	Privada	192
150	2005	UNIARA	Centro Universitário de Araraquara - SP	Privada	150
151	2005	UFSCAR	Universidade Federal de São Carlos - SP	Federal	40
152	2005	UNIATENAS	Centro Universitário Atenas - Paracatu - MG	Privada	140
153	2005	UNIFACISA-FCM	Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande - PB	Privada	180
154	2006	UNICHRISTUS	Centro Universitário Unichristus - Fortaleza - CE	Privada	196
155	2006	UnP	Universidade Potiguar -RN	Privada	192
156	2006	UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul - RS	Privada	80
157	2006	UNIFOR	Universidade de Fortaleza - CE	Privada	200
158	2006	UVV	Universidade Vila Velha - ES	Privada	170
159	2006	FACIMED	Centro Universitário UNIFACIMED - Cacoal - RO	Privada	75
160	2006	CESUPA	Centro Universitário do Estado do Pará - PA	Privada	160
161	2006	UFOP	Universidade Federal de Ouro Preto - MG	Federal	80
162	2007	UFT	Universidade Federal do Tocantins - Palmas - TO	Federal	100
163	2007	UNI-BH	Centro Universitário de Belo Horizonte - MG	Privada	160
164	2007	UAM	Universidade Anhembi Morumbi - São Paulo - SP	Privada	195
165	2007	SAO CAMILO	Centro Universitário São Camilo - São Paulo - SP	Privada	180
166	2007	FAPAN	Faculdade Estácio do Pantanal - Cáceres - MT	Privada	50
167	2007	UFCG	Universidade Federal de Campina Grande - Cajazeiras - PB	Federal	30
168	2007	UNIGRANRIO	Universidade do Grande Rio - RJ	Privada	110
169	2007	UFSJ	Universidade Federal de São João Del Rei - Divinópolis - MG	Federal	60
170	2007	FIP-MOC	UNIFIPMoc - Centro Universitário FIPMoc - Montes Claros - MG	Privada	100
171	2007	UNIPAM	Centro Universitário de Patos de Minas - MG	Privada	60

172	2007	UIt	Universidade de Itaúna - Itaúna - MG	Privada	100
173	2007	FIMCA	Centro Universitário Aparício Carvalho - RO	Privada	0
174	2008	UniEVANGELICA	Centro Universitário de Anápolis - GO	Privada	160
175	2008	FAG	Faculdade Assis Gurgacz - Cascavel - PR	Privada	162
176	2008	UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro - Macaé - RJ	Federal	60
177	2008	UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- Jequié - BA	Estadual	27
178	2009	UNIT	Universidade Tiradentes - Aracaju - SE	Privada	160
179	2010	UFV	Fundação Universidade Federal de Viçosa - MG	Pública	50
180	2010	UNIFAP	Universidade Federal do Amapá - AP	Federal	60
181	2011	UniRV	Universidade de Rio Verde - UniRV - Rio Verde - GO	Municipal	120
182	2011	UNINGÁ	Centro Universitário Ingá -Maringá - PR	Privada	100
183	2011	UPE	Universidade de Pernambuco - Garanhuns - PE	Estadual	40
184	2011	UNEB	Universidade do Estado da Bahia - Cabula - Salvador - BA	Estadual	60
185	2011	FASM	Faculdade Santa Marcelina - São Paulo - SP	Privada	170
186	2011	FACISB	Faculdade de Ciências da Saúde de Barretos - SP	Privada	90
187	2011	UNICESUMAR	Universidade de Maringá - PR	Privada	298
188	2011	UNIFRAN	Universidade de Franca - SP	Privada	100
189	2011	UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Francisco Beltrão - PR	Pública	40
190	2012	UFS	Universidade Federal de Sergipe - Campus Lagarto - SE	Federal	60
191	2012	UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora - Governador Valadares - MG	Federal	100
192	2012	UNEMAT	Universidade do Estado de Mato Grosso - MT	Estadual	60
193	2012	UNILAGO	União das Faculdades dos Grandes Lagos - S. José do Rio Preto - SP	Privada	100
194	2012	UNIFACS	Universidade Salvador - BA - UNIFACS	Privada	240
195	2012	PUC MINAS	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - Betim - MG	Privada	120
196	2012	PUC PR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná - Londrina - PR	Privada	60
197	2012	UNINASSAU	Centro Universitário Mauricio de Nassau - PE	Privada	268
198	2012	FAMINAS	Faculdade de Minas BH - MG	Privada	180
199	2012	UNIFEV	Centro Universitário de Votuporanga - SP	Privada	60
200	2012	UPE	Universidade de Pernambuco - Serra Talhada - PE	Estadual	20
201	2012	FSM	Faculdade Santa Maria - Cajazeiras - PB	Privada	60
202	2012	UEPA	Universidade do Estado do Pará - Marabá - PA	Estadual	40
203	2012	UFPI	Universidade Federal do Piauí - campus DE PICOS -PI	Federal	60
204	2013	SLMANDIC	Faculdade São Leopoldo Mandic -Campinas - SP	Privada	200
205	2013	UNICEUB	Centro Universitário de Brasília - DF	Privada	100
206	2013	UNIVAG	Centro Universitário de Várzea Grande - MT	Privada	120
207	2013	UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul - Passo Fundo -RS	Federal	62
208	2013	UNIVATES	Centro Universitário Univates - Lajeado - RS	Privada	50
209	2013	FAMAZ	Faculdade Metropolitana da Amazônia - PA	Privada	140
210	2013	UFVJM	Univ. Fed. dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - Diamantina - MG	Federal	60
211	2013	UFSJ	Universidade Federal de São João Del Rei - São João Del Rei - MG	Federal	49
212	2013	UNIFAL	Universidade Federal de Alfenas - Alfenas - MG	Federal	60
213	2013	UFMA	Universidade Federal do Maranhão- UFMA-Imperatriz - MA	Federal	80
214	2013	UFMA	Universidade Federal do Maranhão - UFMA-Pinheiro - MA	Federal	80
215	2013	UFMT	Universidade Federal do Mato Grosso-UFMT- Rondonópolis - MT	Federal	40

216	2013	UFMT	Universidade Federal do Mato Grosso- UFMT-Sinop - MT	Federal	60
217	2013	UFRB	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - Sto Antônio de Jesus - BA	Federal	60
218	2013	UFPE	Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Caruaru (PE)	Federal	80
219	2013	USCS	Universidade Municipal de São Caetano do Sul, São Paulo - SP	Municipal	120
220	2013	USCS	Universidade de São Caetano do Sul - São Caetano do Sul - SP	Municipal	120
221	2014	UNIME	Unime Lauro de Freitas - Lauro de Freitas - BA	Privada	100
222	2014	INTA-UNINTA	Centro Universitário INTA-UNINTA - Sobral - CE	Privada	197
223	2014	UNI-FACEF	Centro Universitário Municipal de Franca - FRANCA - SP	Municipal	66
224	2014	FPP	Faculdades Pequeno Príncipe - Curitiba - PR	Privada	100
225	2014	CESMAC	Centro Universitário Cesmac - Maceió - AL	Privada	145
226	2014	ESTÁCIO	Universidade Estácio de Sá - Campus João Uchoa - RJ	Privada	68
227	2014	UNIFACIG	Centro Universitário de Manhuaçu - MG	Privada	36
228	2014	UNICAP	Universidade Católica de Pernambuco - PE	Privada	120
229	2014	UNIFAE	Centro Univ. das Faculdade Associadas de Ensino - S. J. da Boa Vista - SP	Municipal	60
230	2014	UniRV	Universidade de Rio Verde - Aparecida de Goiania - GO	Municipal	120
231	2014	UFG	Universidade Federal de Goiás - Jataí - GO	Federal	60
232	2014	UFVJM	Univ. Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - Teófilo Otoni - MG	Federal	60
233	2014	UFMS	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul - Três Lagoas - MS	Federal	60
234	2014	UFVSF	Fund. Universidade Federal do Vale do São Francisco - Paulo Afonso - BA	Federal	40
235	2014	UFP	Universidade Federal do Piauí - Parnaíba - PI	Federal	80
236	2014	UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Caicó - RN	Federal	40
237	2014	UFSBA	Universidade Federal do Sul da Bahia - Teixeira de Freitas - BA	Federal	80
238	2014	UFOB	Universidade Federal do Oeste da Bahia -Barreiras - BA	Federal	80
239	2014	UNILA	Univ. Federal da Integração Latino-Americana - Foz do Iguaçu - PR	Federal	60
240	2014	UNIFAGOC	Centro Universitário UNIFAGOC - UBÁ - MG	Privada	60
241	2014	UNIFIP	Centro Universitário de Patos - MG	Privada	60
242	2014	UNI-FAMINAS	Uni-Faminas Minas - FAMINAS - Muriaé - MG	Privada	83
243	2014	IMED	Faculdade Meridional - Passo Fundo - RS	Privada	42
244	2014	UNISEB	Centro Universitário Estácio de Ribeirão Preto - SP	Privada	76
245	2014	UNIPÊ	Centro Universitário de João Pessoa - PB	Privada	100
246	2014	FAM	Faculdade das Américas - São Paulo - SP	Privada	130
247	2014	UFN	Universidade Franciscana - Santa Maria - RS	Privada	80
248	2014	UNIT	Centro Universitário Tiradentes - Maceió - AL	Privada	140
249	2014	UFLA	Universidade Federal de Lavras - MG	Federal	60
250	2014	FASA	Faculdade de Saúde Santo Agostinho de Vitória da Conquista - BA	Privada	100
251	2015	UEMS	Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul - MS	Estadual	48
252	2015	UNIFAI	Centro Universitário de Adamantina - SP	Municipal	100
253	2015	UFPR	Universidade Federal do Paraná - campus de TOLEDO - PR	Federal	60
254	2015	FADIP	Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga- Ponte Nova - MG	Privada	61
255	2015	UNIFAN	Faculdade Alfredo Nasser - Aparecida de Goiania - GO	Privada	100
256	2015	UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul - Chapecó - SC	Federal	40
257	2015	UFT	Universidade Federal de Tocantins - Araguaina - TO	Federal	56
258	2015	UFA	Universidade Federal de Alagoas - Arapiraca - AL	Federal	80
259	2015	FAMP	Centro de Ensino Superior Morgana Potrich Eireli - Mineiros - GO	Privada	200
260	2015	UNIRENTOR	Centro Universitário Redentor - Itaperuna - RJ	Privada	112

261	2015	UNIPTAN	Centro Universitário Presidente Tancredo Neves - S. João del Rei - MG	Privada	49
262	2015	FICSAE	Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein - São Paulo - SP	Privada	120
263	2015	UnIRV	Universidade de Rio Verde - Goianésia - GO	Municipal	120
264	2015	UEMG	Universidade do Estado de Minas Gerais - PASSOS - MG	Estadual	40
265	2015	FEMA	Fundação Educacional do Município de Assis - SP	Privada	60
266	2015	FMO	Faculdade de Medicina de Olinda - PE	Privada	200
267	2015	UnifG	Centro Universitário UniFG- Guanambi - BA	Privada	50
268	2015	CAT	Universidade Federal da Bahia - Campus Anísio Teixeira - BA	Federal	80
269	2015	UFERSA	Universidade Federal Rural do Semi-Árido - campus de Mossoró - RN	Federal	80
270	2015	UNIPAMPA	Universidade Federal do Pampa - Uruguaiana - RS	Federal	60
271	2015	FAHESP - IES-VAP	Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí - PI	Privada	80
272	2016	USCS	Universidade Municipal de São Caetano do Sul - Campus Bela Vista - SP	Municipal	60
273	2016	UNIFIMES	Centro Universitário de Mineiros - GO	Municipal	60
274	2016	UNIVALE	Universidade Vale do Rio Doce - MG	Privada	58
275	2016	UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora - Governador Valadares - MG	Pública	50
276	2016	UNIFADRA	Faculdade Unifadra Dracena - SP	Municipal	66
277	2016	UNIFASB	Centro Universitário São Francisco de Barreiras - BA - UNIFASB	Privada	80
278	2016	Unidavi	Centro Univ.p - o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí - SC	Privada	30
279	2016	UFAM - Coari	Universidade Federal do Amazonas - campus Coari - AM	Privada	48
280	2016	FACERES	Faculdade de Medicina FACERES - São José do Rio Preto - SP	Privada	120
281	2017	UniAGES	Centro Universitário AGES - Paripiranga - BA	Privada	40
282	2017	UnC	Universidade do Contestado - Mafra - SC	Privada	0
283	2017	UNICEUMA	Universidade Ceuma - Imperatriz - MA	Privada	100
284	2017	FMMSCBJI	Faculdade Metropolitana São Carlos - Itabapoana-RJ	Privada	20
285	2017	Humanitas	Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos - SP	Privada	120
286	2017	USP	Universidade de São Paulo - USP	Estadual	60
287	2017	ITPAC	Instituto Presidente Antonio Carlos - Palmas - TO	Privada	120
288	2017	UNINOVE	Universidade Nove de Julho - Osasco - SP	Pública	170
289	2017	FSLM	Faculdade São Leopoldo Mandic - ARARAS - SP	Privada	153
290	2017	CUCM	Centro Universitário Integrado de Campo Mourão - PR	Privada	125
291	2017	UNINOVE	Universidade Nove de Julho - Guarulhos - SP	Privada	200
292	2017	UNINOVE	Universidade Nove de Julho- Mauá - SP	Privada	149
293	2017	FEEVALE	Universidade Feevale - Novo Hamburgo - RS	Privada	81
294	2017	UNIDEP	Universidade de Pato Branco - Pato Branco - PR	Privada	110
295	2017	CEUCLAR	Centro Universitário Claretianorc - Rio Claro - SP	Privada	55
296	2017	UNINOVE	Universidade Nove de Julho - São Bernardo do Campo - SP	Privada	199
297	2017	UNISINOS	Universidade do Vale do Rio dos Sinos - São Leopoldo - RS	Privada	65
298	2017	UNESA	Universidade Estácio de Sá - Angra dos Reis - RJ	Privada	55
299	2017	UAM	Universidade Anhembi-Morumbi - PIRACICABA.SP	Privada	75
300	2017	UAM	Universidade Anhembi-Morumbi - São José dos Campos - SP	Privada	100
301	2017	UFG	Universidade Federal de Goiás - Campus de Catalão - GO	Federal	50
302	2017	FAM	Faculdade AGES de Medicina - JACOBINA - BA	Privada	85
303	2017	UNISALESIANO	Centro Universitário Católico Salesiano - Araçatuba - SP	Privada	65
304	2017	URI ERECHIM	Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - ERECHIM - RS	Privada	55

305	2017	CAMPOREAL	Faculdade Campo Real - Guarapuava PR	Privada	55
306	2017	PUC	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais- Poços de Caldas - MG	Privada	50
307	2017	UNIPAR	Universidade Paranaense - Umuarama - UNIPAR - PR	Privada	110
308	2017	FAMETRO	Centro Universitário CEUNI-FAMETRO - Manaus-AM	Privada	150
309	2017	UNIARP	Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - CAÇADOR - SC	Privada	80
310	2017	UNINOVE	Universidade Nove de Julho - Bauru - SP	Privada	200
311	2018	Atenas	Faculdade Sete Lagoas - Atenas Sete Lagoas - MG	Privada	79
312	2018	UNICERRADO	Centro Universitário de Goiatuba - GO	Municipal	120
313	2018	FITS	Faculdade Integrada Tiradentes - Jaboatão dos Guararapes - PE	Privada	94
314	2018	ATENAS	Faculdade Atenas-Passos - MG	Privada	118
315	2018	Estácio	Faculdade Estácio de Jaraguá do Sul - Jaraguá do Sul -SC	Privada	50
316	2018	Estácio	Faculdade Estácio de Juazeiro - Juazeiro - BA	Privada	155
317	2018	Estácio	Faculdade Estácio de Alagoinhas - Alagoinhas - BA	Privada	65
318	2018	UNOESTE	Universidade do Oeste Paulista - JAÚ - SP	Privada	55
319	2018	UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina - Campus ARARANGUÁ - SC	Pública	60
320	2018	PUC	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais- PUC - CONTAGEM - MG	Privada	55
321	2018	Pitágoras	Faculdade de Medicina Pitágoras de Eunápolis - BA	Privada	55
322	2018	UNESC	Faculdade de Educação e Cultura de Vilhena - VILHENA - RO	Privada	50
323	2018	FASA	Faculdade de Medicina Santo Agostinho de Itabuna - BA	Privada	85
324	2018	UNICENTRO	Universidade Estadual do Centro Oeste - Guarapuava - PR	Estadual	40
325	2018	UEG	Universidade Estadual de Goiás - campus Itumbiara - GO	Estadual	24
326	2018	FUNEPE	Faculdade de Medicina de Penápolis - Penápolis, SP	Privada	66
327	2018	FCM	Suprema Faculdade de Ciências Médicas de Três Rios-RJ	Privada	50
328	2018	UNIFIMES	Centro Universitário de Mineiros - UNIFIMES-Trindade -GO	Municipal	60
329	2018	FIP Guanambi	Faculdades Integradas Padrão - Guanambi, BA	Privada	60
330	2018	UNIFUNEC	Centro Universitário de Santa Fé do Sul - SP	Privada	60
331	2018	FESAR	Faculdade de Ensino Superior da Amazônia Reunida- Redenção - PA	Privada	120
332	2018	UNIFEBE	Universidade de Brusque - SC	Privada	80
333	2018	USJT	Universidade São Judas Tadeu - São Paulo - SP	Privada	60
334	2018	UniMax	Centro Universitário de Indaiatuba - Grupo UniEduK- Indaiatuba - SP	Privada	80
335	2018	FACENE	Faculdade Nova Esperança de Mossoro - RN	Privada	113
336	2018	UFPR	Faculdade de Medicina de Toledo - PR	Federal	60
337	2018	UCB	Universidade Católica de Brasília - DF	Privada	60
338	2018	UNIJUI	Univ. Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ - RS	Privada	50
339	2018	MULTIVIX	Faculdade Multivix Cachoeiro de Itapemirim	Privada	100
340	2019	UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP - Campus Guarujá	Privada	60
341	2019	UNIRV	Universidade de Rio Verde -Formosa- Unirv -	Privada	60
342	2019	SCES-UNI-NEURO	Instituto Euro Americano de Educação Ciência Tecnologia - Taguatinga, DF	Privada	100
343	2019	UNDB	Centro Univ. Unidade de Ensino Superior Dom Bosco - São Luís - MA	Privada	84
344	2019	FATRA	Faculdade de Medicina - Uberlândia - MG	Privada	56
345	2019	FACIMPA	Faculdade de Ciências Médicas do Pará - PA	Privada	60
346	2019	Medicina	Faculdade de Medicina - Unoeste- Campus - Guarujá - SP	Privada	60
347	2019	FMPFM	Faculdade Municipal de Medicina Prof. Franco Montoro - Mogi Guaçu - SP	Municipal	60
348	2019	UNIVERTIIX	Faculdade Vértice - Matipó - MG	Privada	120

349	2020	UNIT	Universidade Tiradentes - Unit - Estância - SE	Privada	50
350	2020	UNIFAJ	Centro Universitário de Jaguariúna - Grupo UniEduK - SP	Privada	80
351	2020	FMS	Faculdade de Medicina do Sertão - PE	Privada	55
352	2020	ITPAC	ITPAC Cruzeiro do Sul - AC	Privada	0
353	2021	Unitins	Universidade Estadual do Tocantins -TO	Estadual	0
354	2021	FAP	Faculdade Paraíso Araripina - PE	Privada	50
355	2021	UNIRG	Universidade de Gurupi - Campus Paraíso - TO	Privada	60
356	2021	FITS	Faculdade Tiradentes de Goiana - GO	Pública	0
357	2021	Pitágoras	Faculdade Pitágoras - Codó - MA	Privada	0

Fonte: <https://escolasmedicas.com.br/escolas-medicinas-todas.php>. Alguns dados do site foram adaptados com base nos dados do DIREM (<https://direm.org/>).

ANEXO XII – Os cursos de medicina nos últimos 30 anos

ANO	REDE	CURSOS	VAGAS	INSCRITOS	INGRESSOS	MATRÍCULAS	CONCLUINTES
1991	Pública	46	4.640	107.595	4.404	28.387	4.614
	Privada	34	3.146	62.556	3.119	18.494	2.701
	Total	80	7.786	170.151	7.523	46.881	7.315
1992	Pública	48	4.876	127.658	4.706	30.346	4.455
	Privada	32	2.988	46.470	2.921	17.407	2.619
	Total	80	7.864	174.128	7.627	47.753	7.074
1993	Pública	48	4.822	129.667	4.708	29.942	4.507
	Privada	32	2.978	68.990	2.975	17.444	2.721
	Total	80	7.800	198.657	7.683	47.386	7.228
1994	Pública	49	4.871	139.411	4.723	30.270	4.670
	Privada	33	3.108	61.807	3.097	17.649	2.952
	Total	82	7.979	201.218	7.820	47.919	7.622
1995	Pública	53	4.849	165.629	4.510	29.544	4.531
	Privada	33	3.398	75.874	3.378	18.390	2.663
	Total	86	8.247	241.503	7.888	47.934	7.194
1996	Pública	51	4.769	173.279	4.699	29.639	4.578
	Privada	35	3.177	77.665	3.146	19.028	2.769
	Total	86	7.946	250.944	7.845	48.667	7.347
1997	Pública	50	4.903	173.973	4.892	28.815	4.807
	Privada	38	4.098	87.647	3.872	19.786	2.898
	Total	88	9.001	261.620	8.764	48.601	7.705
1998	Pública	52	4.957	186.213	4.919	29.261	4.717
	Privada	41	4.245	77.171	4.647	21.618	2.899
	Total	93	9.202	263.384	9.566	50.879	7.616
1999	Pública	52	5.000	187.378	5.053	30.042	4.281
	Privada	45	4.469	101.193	4.447	22.262	2.910
	Total	97	9.469	288.571	9.500	52.304	7.191
2000	Pública	51	4.896	209.110	4.926	29.928	4.666
	Privada	48	4.637	101.545	4.586	24.884	2.976
	Total	99	9.533	310.655	9.512	54.812	7.642
2001	Pública	55	5.312	200.135	5.541	30.961	4.828
	Privada	51	6.520	81.930	5.751	26.969	3.535
	Total	106	11.832	282.065	11.292	57.930	8.363
2002	Pública	60	5.566	231.143	5.822	31.630	4.938
	Privada	53	5.547	94.702	6.096	28.087	3.560
	Total	113	11.113	325.845	11.918	59.717	8.498
2003	Pública	65	5.964	221.769	6.348	32.341	5.065
	Privada	60	6.237	99.096	7.108	28.462	4.048
	Total	125	12.201	320.865	13.456	60.803	9.113
2004	Pública	68	6.086	238.952	6.506	33.864	5.081
	Privada	68	8.016	95.479	8.166	31.101	4.258

	Total	136	14.102	334.431	14.672	64.965	9.339
2005	Pública	68	6.084	215.990	6.481	34.848	5.131
	Privada	79	8.417	97.439	9.245	33.908	4.873
	Total	147	14.501	313.429	15.726	68.756	10.004
2006	Pública	70	6.240	208.499	6.593	35.870	5.305
	Privada	88	8.878	93.977	11.082	38.012	5.058
	Total	158	15.118	302.476	17.675	73.882	10.363
2007	Pública	73	6.370	249.745	6.706	36.679	5.469
	Privada	95	9.711	114.061	11.353	42.360	4.653
	Total	168	16.081	363.806	18.059	79.039	10.122
2008	Pública	73	5.749	244.566	5.788	37.752	5.658
	Privada	101	10.271	111.143	10.106	47.554	5.127
	Total	174	16.020	355.709	15.894	85.306	10.785
2009	Pública	76	6.356	248.145	6.599	39.076	5.678
	Privada	103	9.900	135.247	11.604	57.468	6.020
	Total	179	16.256	383.392	18.203	96.544	11.698
2010	Pública	78	6.657	363.012	7.370	41.054	6.176
	Privada	103	9.811	178.995	11.103	62.258	6.806
	Total	181	16.468	542.007	18.473	103.312	12.982
2011	Pública	79	6.773	439.567	7.085	41.846	6.062
	Privada	102	9.709	251.775	10.829	65.474	8.494
	Total	181	16.482	691.342	17.914	107.320	14.556
2012	Pública	88	7.424	537.551	8.004	44.162	6.685
	Privada	111	10.217	312.068	11.932	66.642	9.595
	Total	199	17.641	849.619	19.936	110.804	16.280
2013	Pública	94	8.186	626.328	8.190	44.959	6.529
	Privada	112	12.057	352.646	12.693	66.239	9.896
	Total	206	20.243	978.974	20.883	111.198	16.425
2014	Pública	111	9.782	633.794	9.524	45.976	6.227
	Privada	131	16.480	446.510	17.241	72.534	9.816
	Total	242	26.262	1.080.304	26.765	118.510	16.043
2015	Pública	114	10.140	681.905	9.920	47.774	6.374
	Privada	143	19.243	463.359	17.063	79.023	10.668
	Total	257	29.383	1.145.264	26.983	126.797	17.042
2016	Pública	122	11.122	667.807	10.852	50.909	6.001
	Privada	147	23.167	416.332	19.307	85.095	10.567
	Total	269	34.289	1.084.139	30.159	136.004	16.568
2017	Pública	123	11.044	657.879	10.756	54.671	6.442
	Privada	165	25.565	413.872	24.110	94.984	10.688
	Total	288	36.609	1.071.751	34.866	149.655	17.130
2018	Pública	131	11.516	714.850	11.121	58.637	7.344
	Privada	190	34.380	337.743	29.223	109.151	11.890
	Total	321	45.896	1.052.593	40.344	167.788	19.234
2019	Pública	138	12.282	774.108	11.949	61.998	7.681
	Privada	200	35.257	301.156	34.184	125.712	12.635

	Total	338	47.539	1.075.264	46.133	187.710	20.316
2020	Pública	137	12.597	782.020	11.805	61.719	8.961
	Privada	213	38.427	285.283	35.597	142.560	16.091
	Total	350	51.024	1.067.303	47.402	204.279	25.052
2021	Pública	142	12.695	709.729	12.013	66.131	8.131
	Privada	223	41.723	291.042	37.859	158.017	15.680
	Total	365	54.418	1.000.771	49.872	224.148	23.811

Fonte: Fonte: INEP, Microdados da Educação Superior, 1991-2021.

ANEXO XIII - Relação de instituições, quantidade de cursos de medicina, vagas, inscrições, ingressos e concluintes, por rede de ensino - Brasil 2021.

INSTITUIÇÕES	CURSOS	VAGAS	INSCR.	INGRES.	MATR.	CONCL.
INSTITUIÇÕES PÚBLICAS	142	12695	709729	12013	66131	8131
Centro Universitário das Fac. Associadas - Fae	1	63	350	59	385	32
Centro Universitário de Adamantina	1	126	229	127	599	116
Centro Universitário de Goiatuba	1	187	1878	184	469	0
Centro Universitário de Mineiros	2	228	1466	193	700	24
Centro Universitário de Santa Fé do Sul	1	64	296	53	162	0
Centro Universitário Municipal de Franca	1	78	452	77	379	55
Escola Superior de Ciências da Saúde	1	80	80	82	516	94
Faculdade de Medicina de Jundiá	1	127	3201	127	716	117
Faculdade de Medicina de Marília	1	91	14133	88	472	73
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto	1	80	80	79	477	0
Faculdade Municipal de Mogi Guaçu	1	80	159	58	104	0
Faculdades de Dracena	1	66	214	122	279	0
Fundação Universidade Federal da Grande Dourados	1	80	8577	62	498	80
Fundação Un. Fed. de Ciências da Saúde de P. Alegre	1	103	4883	105	547	52
Fundação Universidade Federal de Rondônia	1	40	4359	41	191	35
Fundação Universidade Federal do Pampa	1	63	2293	66	310	23
Fundação Universidade Federal do Tocantins	2	136	16711	54	552	70
Fundação Universidade Fed. do Vale do S. Francisco	2	120	7368	111	681	38
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis	1	95	141	115	480	55
Universidade de Brasília	1	100	12608	75	574	71
Universidade de Gurupi	2	243	6188	292	990	130
Universidade de Pernambuco	3	221	7036	218	1286	114
Universidade de Rio Verde	4	1133	1067	1069	3143	284
Universidade de São Paulo	3	338	38560	339	1920	269
Universidade de Taubaté	1	126	2675	126	825	182
Universidade do Estado da Bahia	1	0	0	0	261	0
Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT	1	60	5879	38	320	65
Universidade do Estado de Minas Gerais	1	50	5277	45	229	0
Universidade do Estado do Amazonas	1	144	7000	149	879	70
Universidade do Estado do Pará	3	182	9402	178	1051	148
Universidade do Estado do Rio de Janeiro	1	104	11329	105	618	102
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte	1	66	63	66	340	19
Universidade Estadual da Região Tocantina do Maranhão	1	40	4842	39	75	0
Universidade Estadual de Campinas	1	121	33920	120	728	114
Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas	1	55	3004	12	241	43
Universidade Estadual de Feira de Santana	1	35	5214	31	182	23
Universidade Estadual de Goiás	1	24	24	0	34	0
Universidade Estadual de Londrina	1	82	11684	84	508	89
Universidade Estadual de Maringá	1	41	5896	39	240	37
Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul	1	48	9150	50	273	47
Universidade Estadual de Montes Claros	1	67	6805	55	458	80
Universidade Estadual de Ponta Grossa	1	40	5389	24	270	43
Universidade Estadual de Roraima	1	31	1181	34	116	0
Universidade Estadual de Santa Cruz	1	13	13	16	162	33
Universidade Estadual do Ceará	1	40	5214	40	43	42
Universidade Estadual do Centro Oeste	1	40	4233	53	118	0
Universidade Estadual do Maranhão	1	35	4674	35	195	28
Universidade Estadual do Oeste do Paraná	2	88	11591	72	490	80
Universidade Estadual do Piauí	1	50	3535	50	303	32
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia	2	0	0	0	352	0
Universidade Estadual do Tocantins	1	40	7494	40	32	0
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho	1	90	90	90	530	82
Universidade Federal da Bahia	2	205	20770	218	1302	128
Universidade Federal da Fronteira Sul	2	102	11094	105	676	107
Universidade Federal da Integração Latino-Americana	1	71	5899	73	344	51
Universidade Federal da Paraíba	1	130	5762	131	665	87
Universidade Federal de Alagoas	2	161	13422	169	864	67
Universidade Federal de Alfenas	1	77	4572	65	328	59
Universidade Federal de Campina Grande	2	155	11076	154	717	65
Universidade Federal de Catalão	1	52	4151	54	136	0
Universidade Federal de Goiás	1	113	10496	111	672	111
Universidade Federal de Jataí	1	67	65	67	354	50

Universidade Federal de Juiz de Fora	2	281	12118	278	1784	169
Universidade Federal de Lavras	1	96	5864	93	373	33
Universidade Federal de Mato Grosso	2	157	6333	135	760	126
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul	2	164	6757	168	798	95
Universidade Federal de Minas Gerais	1	357	20615	330	2074	304
Universidade Federal de Ouro Preto	1	109	9258	86	487	46
Universidade Federal de Pelotas	1	106	8821	95	592	66
Universidade Federal de Pernambuco	2	220	8064	214	1343	198
Universidade Federal de Rondonópolis	1	45	2607	41	225	27
Universidade Federal de Roraima	1	82	5188	85	473	83
Universidade Federal de Santa Catarina	2	161	11674	121	837	95
Universidade Federal de Santa Maria	1	130	1600	118	736	120
Universidade Federal de São Carlos	1	42	2387	43	242	40
Universidade Federal de São João Del Rei	2	120	12779	107	591	59
Universidade Federal de São Paulo	1	121	17636	124	739	115
Universidade Federal de Sergipe	2	168	7997	157	980	155
Universidade Federal de Uberlândia	1	124	13097	130	711	101
Universidade Federal de Viçosa	1	50	2552	50	294	55
Universidade Federal do Acre	1	90	8107	86	455	59
Universidade Federal do Amapá	1	60	1866	56	404	61
Universidade Federal do Amazonas	2	112	4839	105	785	113
Universidade Federal do Cariri	1	80	6570	87	503	54
Universidade Federal do Ceará	2	240	240	239	1449	127
Universidade Federal do Delta do Parnaíba	1	80	4987	27	309	0
Universidade Federal do Espírito Santo	1	80	2729	87	512	88
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro	1	160	14165	149	914	123
Universidade Federal do Maranhão	3	288	16451	285	1426	169
Universidade Federal do Oeste da Bahia	1	45	2798	0	355	33
Universidade Federal do Pará	2	194	9537	198	1263	142
Universidade Federal do Paraná	2	253	13395	241	1557	52
Universidade Federal do Piauí	2	110	5356	40	625	140
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia	1	60	6323	1	345	61
Universidade Federal do Rio de Janeiro	2	264	24809	268	1616	204
Universidade Federal do Rio Grande	1	76	6748	77	405	64
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	2	149	7523	151	965	222
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	1	155	9655	134	897	129
Universidade Federal do Sul da Bahia	1	80	186	34	468	46
Universidade Federal do Triângulo Mineiro	1	115	4319	115	639	89
Universidade Fed. dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri	2	122	8660	123	724	31
Universidade Federal Fluminense	1	189	7275	173	1066	116
Universidade Federal Rural do Semi-Árido	1	48	47	0	165	0
Universidade Municipal de São Caetano do Sul	2	240	1786	345	1360	217
Universidade Regional de Blumenau	1	85	797	83	524	88
INSTITUIÇÕES PRIVADAS	223	41723	291042	37859	158017	15680
Centro Universitário Unifc Salvador	1	1460	6568	343	1725	110
Centro Universitário Alfredo Nasser	1	132	1082	211	818	88
Centro Universitário Aparício Carvalho	1	80	364	0	329	3
Centro Universitário Assis Gurgacz	1	231	1969	288	1226	142
Centro Universitário Atenas	1	140	700	221	934	112
Centro Universitário Barão de Mauá	1	140	920	140	784	71
Centro Universitário Campo Real	1	105	800	63	267	0
Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium	1	135	478	132	427	0
Centro Universitário Cesmac	1	168	1195	181	1053	120
Centro Universitário Ceuni - Fаметro	1	197	197	201	759	0
Centro Universitário Christus	1	221	2900	235	1317	146
Centro Universitário das Américas	1	286	833	254	779	106
Centro Universitário de Belo Horizonte	1	182	410	182	1161	84
Centro Universitário de Brasília	1	157	401	162	830	99
Centro Universitário de Brusque	1	124	930	123	279	0
Centro Universitário de Caratinga	1	78	115	66	298	68
Centro Universitário de Jaguariúna	1	147	311	129	150	0
Centro Universitário de João Pessoa	1	178	1193	176	896	111
Centro Universitário de Pato Branco	1	175	953	183	603	0
Centro Universitário de Patos	1	77	609	77	524	58
Centro Universitário de Patos de Minas	1	133	747	133	512	66
Centro Universitário de Valença	1	267	1490	264	1191	112
Centro Universitário de Várzea Grande	1	148	1610	147	839	170
Centro Universitário de Volta Redonda	1	120	2381	134	778	100

Centro Universitário de Votuporanga	1	81	353	72	437	58
Centro Universitário do Espírito Santo	1	200	961	194	934	99
Centro Universitário do Estado do Pará	1	179	1308	179	963	110
Centro Universitário do Norte de Minas	1	125	125	125	778	113
Centro Universitário do Planalto Central	1	189	1289	174	927	96
Centro Universitário Dom Pedro II	1	250	350	306	279	0
Centro Universitário Estácio de Ribeirão Preto	1	98	2962	120	574	110
Centro Universitário Estácio do Ceará	1	62	489	50	47	0
Centro Universitário Euro-Americano	1	135	860	135	330	0
Centro Universitário Facid Wyden	1	145	3226	174	774	135
Centro Universitário Facisa	1	258	1000	257	1591	74
Centro Universitário Faminas	1	106	439	99	602	38
Centro Universitário Fg	1	74	200	74	329	46
Centro Universitário Fip-Moc	1	170	1600	170	798	135
Centro Universitário Fmabc	1	150	150	121	774	141
Centro Universitário Governador Ozanam Coelho	1	103	246	101	429	82
Centro Universitário Imepac - Araguaí	1	155	1264	155	1040	153
Centro Universitário Ingá	1	117	164	156	667	110
Centro Universitário Inta	2	327	998	272	1074	66
Centro Universitário Integrado de Campo Mourão	1	187	1620	226	495	0
Centro Universitário Lusíada	1	114	114	114	657	99
Centro Universitário Maurício de Nassau	1	481	307	302	1605	146
Centro Universitário Max Planck	1	107	260	105	300	0
Centro Universitário Metropolitan da Amazônia	1	218	1352	218	872	76
Centro Universitário Multivix Vitória	1	130	1405	89	737	92
Centro Universitário Padre Albino	1	116	1156	115	600	63
Centro Universitário do Alto Vale do Itajaí	1	70	480	70	284	0
Centro Universitário Presidente Antônio Carlos	1	95	150	91	597	81
Centro Universitário Presidente Tancredo Neves	1	99	902	94	443	54
Centro Universitário Redentor	1	249	765	379	857	110
Centro Universitário São Camilo	1	217	3198	204	1040	104
Centro Universitário São Francisco de Barreiras	1	119	141	118	426	0
Centro Universitário São Lucas	1	207	1271	157	1226	139
Centro Universitário Serra Dos Órgãos	1	181	2585	191	1080	164
Centro Universitário Tiradentes	1	177	192	192	954	152
Centro Universitário Tocantinense Pres. Antônio Carlos	1	114	146	116	801	113
Centro Universitário Unifacig	1	52	149	55	263	3
Centro Universitário Unifacimed	1	176	99	94	561	55
Centro Universitário Unifas	1	441	1164	441	961	179
Centro Universitário Uninorte	1	146	128	128	561	61
Centro Universitário Uninovafapi	1	758	388	378	1540	166
Claretiano - Centro Universitário	1	65	183	65	222	0
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública	1	330	5350	324	1733	317
Escola de Medicina Souza Marques	1	199	319	181	1052	170
Escola Superior de Ciências da S. Casa de Miser. de Vitória	1	167	2303	175	964	190
Faculdade AGES de Medicina	1	133	355	133	415	0
Faculdade AGES de Medicina de Irecê	1	61	150	61	108	0
Faculdade Atenas Passos	1	118	534	170	501	0
Faculdade Atenas Sete Lagoas	1	79	325	118	352	0
Faculdade Atenas Valença	1	50	170	65	63	0
Faculdade Brasileira de Cachoeiro	1	200	550	97	410	0
Faculdade Ceres	1	120	385	98	752	114
Faculdade da Saúde e Ecologia Humana	1	159	410	159	629	62
Faculdade de Ciências da Saúde de Barretos Dr. Paulo Prata	1	105	1331	96	564	83
Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí	1	139	445	139	756	85
Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba	1	463	463	462	1155	208
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa São Paulo	1	181	6456	181	779	122
Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais	1	472	1884	461	1937	129
Faculdade de Ciências Médicas de São José Dos Campos	1	146	323	143	589	0
Faculdade de Ciências Médicas de Três Rios	1	94	166	81	200	0
Faculdade de Ciências Médicas do Pará	1	274	2433	312	442	0
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora	1	133	1530	133	868	122
Faculdade de Educação e Cultura de Vilhena	1	155	61	61	196	0
Faculdade Nova Esperança de Mossoró	1	181	434	126	382	0
Faculdade de Ensino Superior da Amazônia Reunida	1	311	1638	312	602	0
Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Penápolis	1	88	88	86	252	0
Faculdade de Medicina de Açailândia	1	50	55	55	49	0
Faculdade de Medicina de Barbacena	1	174	610	155	861	116

Faculdade de Medicina de Campos	1	150	514	151	781	71
Faculdade de Medicina de Itajubá	1	254	254	254	729	86
Faculdade de Medicina de Olinda	1	388	824	378	1465	143
Faculdade de Medicina de Petrópolis	1	279	869	209	962	123
Faculdade de Medicina do Sertão	1	61	1840	60	91	0
Faculdade de Medicina Estácio de Castanhal	1	55	62	55	45	0
Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte	1	143	3092	150	708	81
Faculdade de Medicina Nova Esperança	1	275	860	236	1361	177
Faculdade de Minas Bh	1	238	1167	213	1253	137
Faculdade S. Agostinho de Vitória da Conquista	1	230	879	243	949	79
Faculdade de Tecnologia de Teresina	1	100	384	105	100	0
Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga	1	83	125	66	331	56
Faculdade Estácio de Alagoinhas	1	135	1348	127	283	0
Faculdade Estácio de Canindé	1	68	3190	71	96	0
Faculdade Estácio de Jaraguá do Sul	1	479	1255	102	200	0
Faculdade Estácio de Juazeiro	1	250	3534	253	557	0
Faculdade Estácio do Pantanal	1	63	2927	65	96	0
Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná	1	141	1606	141	803	103
Faculdade Imepac de Itumbiara	1	254	1187	252	420	0
Faculdade Israelita Albert Einstein	1	129	10253	109	628	46
Faculdade Itpac Santa Ines	1	73	793	107	113	0
Faculdade Meridional	1	145	145	145	478	81
Faculdade Metropolitana	1	100	277	0	88	0
Faculdade Metropolitana São Carlos Bji	1	115	348	115	243	0
Faculdade Morgana Potrich	1	318	772	218	982	221
Faculdade Paraíso Araripina	1	55	291	64	55	0
Faculdade Pernambucana de Saúde	1	233	2597	223	1210	154
Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis	1	172	573	172	235	0
Faculdade Presidente Antônio Carlos	1	413	1120	415	1121	158
Faculdade Santa Marcelina	1	180	3548	198	994	123
Faculdade Santa Maria	1	87	867	77	438	68
Faculdade Santo Agostinho de Itabuna	1	175	175	161	404	0
Faculdade São Leopoldo Mandic	1	277	2016	253	1037	94
Faculdade São Leopoldo Mandic de Araras	1	189	2014	158	468	0
Faculdade Tiradentes de Goiana	1	50	54	54	42	0
Faculdade Tiradentes de Jaboatão Dos Guararapes	1	248	280	280	659	0
Faculdade Unicesumar de Corumbá	1	67	411	54	85	0
Faculdade Vértice	1	144	889	139	282	0
Faculdades Integradas do Extremo Sul da Bahia	1	100	1165	56	75	0
Faculdades Integradas Padrão	1	128	429	115	283	0
Faculdades Pequeno Príncipe	1	112	3411	103	606	59
Instituto Metropolitano de Ensino Superior	1	149	635	149	868	137
Instituto Tocantinense Presidente Antonio Carlos	1	188	1148	248	786	0
Itpac Cruzeiro do Sul	1	210	735	159	100	0
Pontifícia Universidade Católica de Campinas	1	129	1884	126	815	121
Pontifícia Universidade Católica de Goiás	1	209	1301	153	653	26
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais	3	339	3148	335	1358	97
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo	1	112	2214	112	617	107
Pontifícia Universidade Católica do Paraná	2	316	7131	307	1714	279
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul	1	163	3882	159	631	90
União das Faculdades Dos Grandes Lagos	1	200	580	210	917	183
Universidade Alto Vale do Rio do Peixe	1	167	166	166	384	0
Universidade Anhanguera	1	345	874	345	930	100
Universidade Anhembi Morumbi	3	471	1119	460	2186	154
Universidade Brasil	1	880	1410	643	1805	352
Universidade Católica de Brasília	1	101	151	17	564	69
Universidade Católica de Pelotas	1	195	2377	195	921	102
Universidade Católica de Pernambuco	1	134	1122	134	731	102
Universidade Cesumar	1	348	3378	348	1769	137
Universidade Ceuma	2	340	920	340	1593	65
Universidade Cidade de São Paulo	1	384	3540	372	1301	183
Universidade Comunitária da Região de Chapecó	1	53	777	53	278	39
Universidade da Região de Joinville	1	116	1193	106	611	88
Universidade de Araraquara	1	160	1139	160	848	93
Universidade de Caxias do Sul	1	107	1446	91	640	45
Universidade de Cuiabá	1	204	939	204	747	89
Universidade de Fortaleza	1	213	5392	202	1211	141
Universidade de Franca	1	145	916	144	676	113

Universidade de Itaúna	1	113	675	125	663	86
Universidade de Marília	1	229	1692	213	996	109
Universidade de Mogi das Cruzes	1	112	591	108	559	86
Universidade de Passo Fundo	1	106	3693	106	663	98
Universidade de Ribeirão Preto	2	356	1881	345	1391	128
Universidade de Santa Cruz do Sul	1	94	2495	94	535	76
Universidade de Uberaba	1	171	2002	149	828	63
Universidade de Vassouras	1	332	383	366	1458	190
Universidade do Contestado	1	120	548	120	303	0
Universidade do Extremo Sul Catarinense	1	126	2164	123	727	43
Universidade do Grande Rio	2	914	9945	528	2070	206
Universidade do Oeste de Santa Catarina	1	69	907	67	443	62
Universidade do Oeste Paulista	3	330	1877	521	2341	244
Universidade do Planalto Catarinense	1	54	529	54	316	48
Universidade do Sul de Santa Catarina	2	292	675	292	1938	174
Universidade do Vale do Itajaí	1	93	1134	76	506	79
Universidade do Vale do Rio Dos Sinos	1	100	1823	100	390	0
Universidade do Vale do Sapucaí	1	88	2396	85	471	89
Universidade do Vale do Taquari	1	92	1575	92	460	37
Universidade Estácio de Sá	3	911	9828	967	3147	325
Universidade Evangélica de Goiás	1	199	2248	196	1132	154
Universidade Feevale	1	121	1235	118	407	0
Universidade Franciscana	1	117	1431	112	501	42
Universidade Iguazu	2	539	1033	493	2397	366
Universidade José do Rosário Vellano	2	447	3600	235	2240	14
Universidade Luterana do Brasil	1	121	1639	120	800	129
Universidade Metropolitana de Santos	1	110	703	105	633	112
Universidade Nilton Lins	1	210	340	175	784	72
Universidade Nove de Julho	6	2059	10322	1769	5873	109
Universidade Paranaense	1	180	549	172	478	0
Universidade Positivo	1	250	2555	223	1028	115
Universidade Potiguar	1	234	530	234	1337	163
Universidade Reg. do Noroeste do Estado do Rio G. do Sul	1	64	1027	70	134	0
Universidade Reg. Integrada do Alto Uruguai e das Missões	1	62	62	62	224	0
Universidade Salvador	1	448	1195	448	1650	26
Universidade Santo Amaro	1	385	1310	356	1583	107
Universidade São Francisco	1	182	5313	181	871	143
Universidade São Judas Tadeu	1	82	210	82	221	0
Universidade Tiradentes	2	264	265	265	1097	59
Universidade Vale do Rio Doce	1	104	625	98	416	0
Universidade Vila Velha	1	203	6112	224	1077	47
Total Geral	365	54418	1000771	49872	224148	23811

Fonte: INEP, Microdados da Educação Superior, 2021.