Físicos, sectários e charlatões

a medicina em perspectiva histórico-comparada

Edmundo Campos Coelho

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

COELHO, E.C. Físicos, sectários e charlatões: a medicina em perspectiva histórico-comparada. In: MACHADO, M.H., org. *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995, pp. 35-62. ISBN: 978-85-7541-607-5. Available from: doi: [10.7476/9788575416075.003](https://doi.org/10.7476/9788575416075.003). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/t4ksj/epub/machado-9788575416075.epub>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Físicos, sectários e charlatães: a medicina em perspectiva histórico-comparada

Edmundo Campos Coelho

Toda profissão é uma conspiração contra o leigo.

BERNARD SHAW

Não é raro que a história da medicina seja escrita como um capítulo do desenvolvimento da Razão posta a serviço da humanidade, e com maior probabilidade se o historiador for ele próprio um médico. Freidson descreveu como isto ocorre: visitando o passado com a perspectiva da ciência moderna o historiador seleciona de várias épocas os elementos *válidos* do saber médico, dispondo-os numa cronologia de verdades que se somam para constituir a medicina científica contemporânea.¹ O que conta nesta história não é o opaco dia-a-dia dos milhares de praticantes anônimos, mas o fulgor desses eventos extraordinários e das celebrações que os produzem: as grandes descobertas médicas e os grandes inovadores.

Ao contrário, a história da medicina contada pelo sociólogo dificilmente produzirá qualquer sentimento de exaltação porque será tecida com outros materiais: conflitos em torno de hierarquias emergentes, acirradas disputas por mercado, luta por poder e prestígio, e até mesmo ignorância e má-fé. Nesta história, nem sempre o interesse humanitário — e, sobretudo, o interesse do paciente — é o valor mais relevante, embora sempre ocupe lugar de destaque no discurso ideológico da medicina. Esta versão tão pouco exemplar só pode ser produzida porque para o sociólogo a medicina não é o saber médico, mas uma atividade, e bastante mundana. A medicina é uma ocupação, um meio de ganhar a vida ven-

1 Freidson, E. *The Profession of medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York, Dodd, Mead & Company, 1973, p. 13.

dendo serviços (diagnóstico e tratamento) num mercado. Trata-se, todavia, de uma ocupação peculiar, com características que a distinguem das demais e que a colocam numa categoria particular, a das profissões. Entre outras coisas, o que define sociologicamente uma profissão é o fato de que ela controla um corpo de conhecimento (por exemplo, sua transmissão) e detém o monopólio da prestação de um serviço no mercado. O controle do conhecimento resulta na obtenção de autoridade cultural sobre um segmento da realidade (por exemplo, definição de *doença* ou de *loucura*); o monopólio resulta em privilégios ocupacionais e em vantagens materiais. Inúmeras ocupações, aspirando ao prestígio e aos privilégios de que desfrutam as profissões, reivindicam o controle de saberes e o monopólio de serviços, e o que distingue a medicina neste particular é que em quase todas as sociedades ocidentais ela foi particularmente bem-sucedida em suas reivindicações.

Contemporaneamente, o conhecimento médico é usualmente obtido em cursos universitários de longa duração e bastante dispendiosos: em alguns países eles devem ser aprovados ou credenciados por sociedades médicas. A admissão a estes cursos está geralmente condicionada à aprovação em exames de seleção dos mais exigentes. Em certos países, entre eles o Brasil, a obtenção do diploma ao final do curso é atestado suficiente de qualificação para o exercício profissional; em outros, como nos Estados Unidos, o diploma não é o bastante, e a entrada no mercado de trabalho fica dependendo ainda da aprovação do candidato em exame suplementar aplicado por uma junta médica (*state board of examination*). Algumas exigências burocráticas adicionais podem ser necessárias, tais como o registro do diploma em agências do Estado (no Brasil, o Ministério da Educação) e a inscrição do diplomado em conselho ou associação profissional. Em comparação com outras profissões, e tendo em vista a demanda praticamente ilimitada por serviços médicos, o número restrito de vagas nas escolas, os exames rigorosos de admissão e os cursos caros e de longa duração produzem uma escassez relativa de profissionais no mercado de trabalho e uma expressiva valorização dos seus serviços. Soma-se a isto o fato de que qualquer indivíduo que não tenha sido credenciado através dos procedimentos já referidos poderá ser processado criminalmente pelas associações, conselhos ou sociedades médicas caso seja surpreendido passando uma mera receita, ainda que ele seja, por exemplo, um farmacêutico diplomado e altamente qualificado. A prescrição de medicamentos é um dos aspectos mais salientes do monopólio da medicina.

O pressuposto por detrás destes critérios e procedimentos de controle é o de que: a) todo o corpo do conhecimento médico é abstrato e altamente complexo (para não dizer esotérico), e todo ele é igualmente indispensável à prática quotidiana da medicina; b) só uma longa seqüência de etapas de estudos formais e de exames acadêmicos é capaz de preparar para o exercício de todas as atividades da profissão; c) segue que todo o conhecimento médico está fora do alcance do leigo, o qual, conseqüentemente, não está equipado para opinar sobre a conveniência de quaisquer procedimentos médicos, nem para avaliar a qualidade do serviço prestado pelos profissionais, opinião e avaliação estas que cabem exclusivamente a outros médicos; d) tal autoridade e tais controles profissionais visam proteger a sociedade do *charlatanismo*.

Como profissão a medicina dispõe ainda de um conjunto de instituições e organizações cuja função é, geralmente, a de garantir um mínimo de auto-regulação ocupacional. Códigos de ética prescrevem, entre outras coisas, a forma de relacionamento entre os médicos, e entre estes e seus pacientes: sociedades médicas, ou comissões de especialistas por elas designadas ou aprovadas, definem o que constitui um conhecimento médico *válido*, divulgando-o através de revistas especializadas (e excluindo o que não se ajusta ao paradigma dominante): associações profissionais mantêm registro dos médicos em atividade para efeito de controle, e procuram estabelecer, com base em considerações *éticas*, as condições socioeconômicas gerais capazes de garantir a boa prática profissional (valor mínimo dos honorários, relações contratuais de emprego, pisos salariais, condições de trabalho etc.) com a finalidade de preservar a *dignidade* da profissão.

Isso posto, as questões que de uma perspectiva histórica interessam ao sociólogo dizem respeito em primeiro lugar a como a medicina tornou-se uma forma institucionalizada de ganhar a vida ou, alternativamente, como se constituiu um mercado para os serviços médicos e como em respostas às contingências deste mercado a medicina profissionalizou-se para controlá-lo. Entretanto, ao buscar resposta para estas questões é necessário levar em consideração a diversidade das condições históricas dentro das quais ocorreu a profissionalização da medicina nas diferentes sociedades, em particular as diferentes formas de intervenção do Estado. São estas diferenças as que explicam, por exemplo, o poder da American Medical Association e a fragilidade associativa da medicina francesa. Além disso, uma perspectiva histórico-comparativa permite destacar a variação das formas estruturais concretas de que se revestiu a ocupação

médica no seu processo de profissionalização em diferentes sociedades, mas também enfatizar a comunalidade das funções que estas estruturas desempenharam.

As seções seguintes deste capítulo procuram esboçar de maneira sucinta as trajetórias da medicina no séc. XIX em três países: Inglaterra, Estados Unidos e França. Um propósito especial será o de avaliar a influência do saber médico no processo de profissionalização, proporcionando uma revisão da versão exemplar da história da medicina.

Inglaterra: uma profissão de cavalheiros

O Medical Act de 1858 é geralmente considerado como o marco da unificação da medicina moderna na Inglaterra² Curiosamente, ele não extinguiu a organização tripartide das ordens médicas tradicionais: a dos físicos, a dos cirurgiões e a dos apotecários.

Os físicos estavam organizados desde 1518 no Royal College of Physicians. Egressos das universidades de Cambridge e de Oxford, onde adquiriam uma educação clássica, abrangente e dispendiosa, cultores das maneiras e do estilo de vida de sua clientela aristocrática, os físicos constituíam uma diminuta elite de *gentlemen*. Nesta condição os físicos eximiam-se de qualquer atividade que não fosse a da mente, pois a física era uma *profissão erudita* e seu exercício consistia exclusivamente em dar consultas e em prescrever tratamentos.

Desdenhados pelos físicos pela prática de um ofício manual, os cirurgiões haviam se separado da Companhia dos barbeiros desde 1745, e em 1800 organizaram-se no Royal College of Surgeons. Não apenas a cirurgia, mas também sangrias, purgas e a aplicação de linimentos, loções e emplastros (aplicações externas) fazia parte do trabalho dos cirurgiões.

2 Utilizei livremente as seguintes fontes sobre o desenvolvimento da medicina na Inglaterra: Berlant, J. L., *Profession and Monopoly: A Study of Medicine in the United States and Great Britain*. Berkeley, The University of California Press, 1975; Jewson, N. D., "Medical knowledge and the patronage system in 18th century England". *Sociology*, 8, 3, Sept. 1974, 369-385; Sadler, J. "Ideologies of 'art' and 'science' in medicine: the transition from medical care to the application of technique in the British medical profession". In: Wolfgang Kronh, Edwin T. L. Jr. e Peter W. (eds.). *The Dynamics of Science and Technology*. Dordrecht, D. Reidel Publishing Co., 1978, 177-215; Underhill, P. "Alternative views of science in intra-professional conflict: general practitioners and the medical and surgical elite, 1815-58". *The Journal of Historical Sociology*, 5, 3, Sept. 1992, 322-350; Holloway, S. W. F., "Medical Education in England, 1830-1858". *History*, 49, 1964, 299-324.

Durante todo o séc. XIX a elite dos cirurgiões reivindicou sem sucesso paridade com os físicos-cavalheiros, adotando inclusive o mesmo culto pelas maneiras e estilo de vida aristocráticos como recurso para ganhar prestígio social.

Os apotecários carregavam o estigma do *comércio*, pois sua atividade era originalmente a fabricação e a comercialização de medicamentos: em 1703 haviam adquirido o direito legal de dar consultas e de receitar em certas circunstâncias especiais, mas não podiam cobrar pelas primeiras (até 1811) e suas prescrições estavam sujeitas ao controle dos físicos. Os apotecários estavam organizados na Society of Apothecaries, criada em 1617.

Até a promulgação do Medical Act as três ordens médicas estavam organizadas numa hierarquia, com os físicos no topo e os apotecários na base. A lei garantia-lhes o monopólio das respectivas práticas: os cirurgiões não podiam dar consultas, prescrever ou fabricar medicamentos, e os apotecários não podiam fazer cirurgias (obviamente, estava abaixo da dignidade dos físicos fazer o trabalho dos apotecários ou dos cirurgiões). Competia exclusivamente aos Royal Colleges e à associação apotecária prover o *apprenticeship*, aplicar exames de qualificação e expedir licenças para o exercício das respectivas especialidades. Na prática, e particularmente nas províncias, desde meados do séc. XVIII a diferenciação de competências vinha se atenuando: poucos físicos conseguiam manter-se apenas com consultas, e um número crescente de cirurgiões obtinha a licença da Society of Apothecaries. Interessada em monopolizar apenas a clientela aristocrática, a elite do RCP deixara há muito de processar os que praticavam ilegalmente a física fora de Londres.³ Começou a surgir uma ampla camada de *general practitioners*, os quais se tornariam no séc. XIX os médicos da nascente burguesia industrial e dos emergentes setores médios. Fervorosos adeptos das novidades científicas que chegavam do continente, principalmente da França, constituíam o principal foco de insatisfação com a estrutura hierarquizada das ordens e o segmento mais interessado numa regulação profissional restritiva capaz de banir legalmente de um mercado estreito e crescentemente competitivo os vários tipos de *práticos* e charlatões aos quais recorria com frequência a população mais pobre⁴. Para encaminhar suas

3 Uma excelente exposição sobre a extinção gradativa das fronteiras entre as três ordens encontra-se em Holloway, *op. cit.*

4 Observe-se, todavia, que a competência para curar dos físicos, cirurgiões e apotecários era exatamente igual à dos “práticos” e charlatões. Vale dizer, nula.

reivindicações criaram em 1832 a Provincial Medical and Surgical Association, que em 1856 se tornaria a British Medical Association.

A medicina inglesa do séc. XIX nunca esteve no mesmo nível de suas principais congêneres no continente, faltando-lhe um sistema de ensino comparável ao da França, ou de pesquisa científica comparável ao da Alemanha. Numa sociedade aristocrática como a Inglaterra, o prestígio da educação obtida no sistema Oxbridge residia exatamente no pouco apreço pelos ramos utilitários do saber, inclusive pelo ensino profissional e pelas ciências experimentais. Do final do séc. XVIII ao primeiro quartel do seguinte, a educação formal dos físicos ingleses pouco mudou, consistindo basicamente na leitura dos autores clássicos. A instituição do *apprenticeship* respondia pelo treinamento prático, e era a única base da formação dos apotecários e cirurgiões, a despeito das várias escolas médicas provinciais que foram criadas para preparar candidatos aos exames do Royal College of Surgeons e aos da Society of Apothecaries.

O conhecimento médico era então formado de uma grande diversidade de doutrinas especulativas sobre a natureza das patologias, embora prevalecesse uma arbitrária adaptação da teoria dos humores, herdada de Hipócrates e de Galeno, a alguns princípios mal assimilados da física newtoniana.⁵ Os estados patológicos eram concebidos como disfunções sistêmicas, cuja causa deveria ser buscada no desequilíbrio entre certos elementos constitutivos da organização orgânica (os humores, na doutrina hipocrática), e sendo cada organismo uma entidade singular cabia ao físico descobrir o elemento único em desequilíbrio na constituição orgânica de cada paciente. Dados os obstáculos ao acesso ao corpo do paciente (não apenas por inexistência de instrumentos clínicos, mas também pelas interdições morais impostas pelas classes mais altas), os sintomas descritos por aquele eram metodicamente classificados como se fossem categorizações das próprias doenças, gerando sistemas nosológicos completamente arbitrários.

Note-se também que o prestígio social dos físicos, seu lugar na hierarquia *médica* e a manutenção dos privilégios de *status* dependia em

5 Sobre o estado do conhecimento médico na Inglaterra do séc. XVIII, ver Jewson, *op. cit.*; no séc. XIX, ver Holloway, *op. cit.* Jewson formula a interessante hipótese de que a autoridade do paciente aristocrático sobre o físico, que lhe era socialmente inferior, foi um dos obstáculos ao desenvolvimento do conhecimento médico. Excelente sob outros aspectos, o texto de Holloway exagera nas transformações pelas quais teria passado a educação médica na Inglaterra a partir de 1830. De fato, a medicina inglesa permaneceu muito conservadora até o final do século.

grande parte do seu sucesso em impedir que o conhecimento de base experimental, que ao longo do séc. XIX fazia avançar no continente as ciências biomédicas, penetrasse na clínica. Mesmo quando incorporavam inovações ao seu repertório prático, os físicos enfatizavam a primazia da *arte* clínica sobre os aportes científicos, a precedência do componente de indeterminação sobre o elemento técnico nos procedimentos terapêuticos. Os fenômenos clínicos seriam quase indefiníveis, susceptíveis de serem apreendidos apenas por uma cultivada *mens medica* (a dos físicos, obviamente) operando zelosamente ao lado da cama do paciente.⁶ Já no último quartel do séc. XIX insistiam eles na insuficiente compreensão dos fenômenos clínicos por parte de disciplinas como a fisiologia experimental, a física e a química e alertavam contra as terapias fundadas em inferências científicas. Tais concepções destacavam a dimensão carismática residente no papel do médico, e nas primeiras décadas do nosso século ainda seriam amplamente utilizadas para resistir ao processo de especialização do saber médico, considerado como degradação da *arte* clínica.⁷

Até pela natureza de sua atividade, os cirurgiões tinham uma concepção menos estreita sobre a importância das ciências experimentais.⁸ Ademais, por razões de prestígio social mais do que por interesse científico, aplicavam-se em demonstrar como as funções fisiológicas eram derivadas das estruturas anatômicas — sendo a anatomia a ciência, por excelência, dos cirurgiões — e como ambas, a fisiologia e a anatomia, eram relevantes para a patologia e para a terapêutica — isto é, para a *arte* dos físicos aos quais desejavam igualar-se socialmente. A posição dos *general practitioners* era, por seu turno, inteiramente diversa: dando consultas, fazendo pequenas cirurgias, fabricando e prescrevendo medicamentos eles recorriam ao conjunto do conhecimento médico, cirúrgico, farmacológico e obstétrico disponível e abriam-se às novidades científicas da época como, por exemplo, à frenologia na primeira metade do séc. XIX. Utilizando a revista *The Lancet* como porta-voz de suas aspirações reformistas não apenas denunciavam o preparo científico deficiente das elites da física e da cirurgia, mas opunham-se aos privilégios corporativos

6 Havia resistência não apenas ao conhecimento de base experimental, mas também à tecnologia de diagnóstico: ao uso do termômetro, do estetoscópio, do esfigmômetro e, mais tarde, ao raio-X. Ver Lawrence, C. “Incommunicable knowledge: science, technology and the clinical art in Britain, 1850-1914”. *Journal of Contemporary History*, 20, 1985, 503-520.

7 Neste ponto sigo Sadler, *op. cit.*

8 Sobre as divergências e disputas doutrinárias entre físicos, cirurgiões e apotecários ver Underhill, *op. cit.*

propondo a unificação dos exames de licenciamento, os quais deveriam obedecer a critérios mais rigorosos e meritocráticos.

Entre o conservantismo das elites dos Royal Colleges, aferradas aos seus privilégios, e o reformismo dos *general practitioners*, o Medical Act foi a solução de compromisso adotada pelo Estado, inclusive para satisfazer as correntes liberais que, de Adam Smith a Herbert Spencer, defendiam a total liberdade no exercício das atividades curativas.⁹ A lei efetivamente consagrou o princípio da *liberdade de curar*. Além disso, estabeleceu a igualdade de direitos entre as três ordens médicas, eliminando os privilégios dos físicos, mas conservou o sistema diferenciado de licenciamento pelos Royal Colleges e pela associação dos apotecários. Instituiu também um Medical Register do qual deveria constar o nome de todos os licenciados com suas respectivas qualificações. A administração do registro e o exame das licenças era incumbência de um General Medical Council composto de nove representantes das corporações médicas, oito das universidades, e de seis membros nomeados pela Coroa: a essa agência do Estado cabia fiscalizar a autenticidade das licenças, evitando as fraudes, verificar que as corporações observassem certos padrões mínimos de qualificação no licenciamento, remover sob certas circunstâncias (conduta não-profissional) do Medical Register profissionais licenciados. A premissa era a de que a publicação do Medical Register e sua administração por uma agência do governo eram a melhor garantia dos interesses da população, dispensando o Estado de intervir no mercado de serviços médicos através de regulação restritiva da *liberdade de curar*.

A organização da medicina inglesa mudou pouco com a entrada do séc. XX.¹⁰ Após o Medical Act físicos e cirurgiões estabeleceram um sistema comum de exames, tornando o da Society of Apothecaries algo redundante e reduzindo amplamente a importância desta associação. Por outro lado, o surgimento de especializações combinando a clínica geral e a cirurgia (por exemplo, oftalmologia) terminou por dissolver a antiga distinção entre físicos e cirurgiões: simultaneamente, o mercado incumbiu-se de fazer emergir e fixar a distinção atual entre *consultants* e *general practitioners*. Os Royal Colleges, entretanto, permaneceram como asso-

9 Sobre este ponto e sobre os efeitos do Medical Act no monopólio profissional, ver Berlant, *op. cit.*

10 Após uma ligeira reforma em 1880, o Medical Act só voltou a ser revisto em 1972 e reformulado em 1978.

ciações profissionais distintas e lugar da elite médica, principalmente através dos novos exames instituídos para concessão do *membership* (RCP) e do *fellowship* (RCS),¹¹ e do virtual monopólio sobre os postos de especialistas (*consultants*) na rede hospitalar, sobretudo a partir da criação do National Health Service.¹²

Estados Unidos: o direito ao charlatanismo

A organização da medicina inglesa refletia a natureza hierarquizada da sociedade, razão pela qual não encontrou condições para se reproduzir na colônia norte-americana.¹³ Tanto é assim que os apotecários e cirurgiões que aí aportaram (na falta de uma clientela aristocrática, a colônia não interessava aos físicos), e que constituíam nos séc. XVII e XVIII os elementos com algum treinamento nas atividades curativas, compartilhavam o título genérico de doutor com cléricos, parteiras, ajustadores de ossos (*bonesetters*, os ortopedistas da época) e outros tipos de *práticos*, perdendo o sentido as designações originais e as distinções de *status* que as acompanhava. Foi ao serviço destes apotecários e cirurgiões que alguns colonos empregaram-se como aprendizes: alguns deles iriam mais tarde para as universidades européias em busca de educação médica, de onde retornavam com a aspiração de estabelecer as bases da profissão no país.

11 Estes exames, de natureza “pós-graduada”, superpunham-se àqueles destinados à concessão da licença para registro no Medical Register. Apenas os que obtinham o *membership* ou o *fellowship* podiam ser eleitos para os cargos de direção do RCP e do RCS, respectivamente. Na prática, pois, estes exames definiam o pertencimento à elite médica. Ver Sadler, *op. cit.*, 192-3.

12 Entre outras vantagens deste monopólio, o National Health Service, instituído em 1946, provê quotas de “leitos privados” em hospitais públicos. Isto é: os médicos especialistas (*hospital-based consultants*) podem trazer seus clientes particulares para os hospitais, cobrar honorários destes pacientes e utilizar toda a infraestrutura hospitalar financiada pelo governo, sejam equipamentos (laboratórios, salas de cirurgia etc.) ou serviços (enfermagem etc.). O mais comum é que estes médicos sejam fellows do RCP ou do RCS; isto é, terão passado nos exames especiais que verificam a competência em áreas importantes para a clínica privada e garantem o acesso à elite. Estes exames penalizam todos os especialistas técnicos (radiologistas, anestesistas, patologistas), mas também os sanitaristas e os *general practitioners*. Ver Sadler, *op. cit.*

13 Utilizei livremente as seguintes fontes sobre o desenvolvimento da medicina nos Estados Unidos: Starr, P. *The Social Transformation of American Medicine*. New York, Basic Books, 1982. Berlant, J. L. *Profession and Monopoly: A Study of Medicine in the United States and Great Britain*. Berkeley, University of California Press, 1975.

Em geral, isto significava criar associações, escolas e, sobretudo, obter do estado legislação que excluísse do mercado os *irregulares*.¹⁴

Um historiador da medicina americana observava que três eram os direitos fundamentais consagradas no ideário popular: à vida, à liberdade e ao charlatanismo. Mais do que em outros países, a história da medicina nos Estados Unidos é a de uma incansável luta dos médicos *regulares* (egressos das inúmeras escolas que proliferaram após a Guerra da Independência) para excluir do mercado tanto os *práticos* quanto os inúmeros adeptos das diversas seitas curativas que surgiram durante o séc. XIX: homeopatas, ecléticos, osteopatas, quiropodistas, *cientistas cristãos*, hidroterapeutas etc. Muitos destes, por terem também uma formação profissional *regular* (caso dos homeopatas) eram tidos como heréticos, e o relacionamento profissional com eles veio a ser considerado um desvio ético. Todavia, a cultura democrática, o sentimento igualitário do homem do povo e as instituições políticas iriam dificultar enormemente a tarefa de depurar a profissão e de unificá-la. A massa da população, justamente cética sobre as vantagens relativa da medicina *regular* e pouco inclinada a admitir privilégios corporativos, via com suspeitas as campanhas contra a *liberdade de curar* e alguns estados resistiam em promulgar leis de licenciamento, até por reconhecerem que em termos de resultados práticos tanto fazia recorrer aos *regulares* ou aos *empíricos*: nenhuma das *medicinas* em disputa tinha qualquer eficácia terapêutica. Por sua vez, as seitas curativas apoiavam-se nesta cultura democrática para acusar os médicos *regulares* de propósitos monopolísticos, quando não voltavam contra eles o seu próprio argumento para acusá-los de sectarismo.

Na arquitetura política descentralizada do país, a adjudicação da disputa poderia caber aos estados, mas estes mantinham uma posição muito diferenciada. Em vários deles as leis de licenciamento não produzem efeitos, pois muitas vezes não estipulavam sanções mais rigorosas: em alguns estados (New York, Connecticut, Massachusetts), a única restrição a que a legislação submetia os *empíricos* era a de não poderem cobrar pelo serviço ou processar credores por serviços prestados: em outros, determinadas seitas (herbalista em New York, botânicos na Georgia), encontravam proteção na lei: por seu turno os tribunais, inclinados às convicções predominantes, não raro absolviam os que eventualmente eram denunciados por prática ilegal. Finalmente, na maioria dos

14 A primeira escola médica foi criada em 1765 no College of Philadelphia (hoje University of Pennsylvania); a primeira associação médica (provincial), em 1766 em New Jersey; a primeira lei de licenciamento (com exigência de exames), em 1760 na cidade de New York.

estados a posse de um diploma emitido por qualquer das inúmeras escolas médicas (muitas delas organizadas pelos próprios *regulares* como negócio lucrativo) equivalia a licenciamento legal para a prática da profissão. Seja como for, os estados que haviam promulgado leis de licenciamento começaram a revogá-las por volta de 1831, quando mais fortes se tornaram as suspeitas de tendências monopolistas por parte da medicina *regular*.¹⁵

A partir de 1870 observa-se um movimento inverso: retornam as leis de licenciamento, progressivamente mais restritivas, no bojo de um surto regulatório estimulado por interesses locais (estaduais) e que prenunciava um desconforto crescente com o *laissez faire*. Já então havia sido criada, em 1846, a American Medical Association.¹⁶ Por detrás de sua criação estava o propósito de controlar a desordenada proliferação de escolas médicas, quase todas elas com ligações tênues — quando não inexistentes — com as universidades, e ministrando um ensino muito precário, quando não simplesmente rudimentar. Temiam as sociedades médicas estaduais e locais os efeitos de uma oferta excessiva de profissionais, entre eles o acirramento da competição no mercado através de uma guerra de preços (com o aviltamento dos honorários, já em si bem modestos), propaganda de serviços, difamação de colegas e outros recursos que ameaçavam os esforços de unificar a profissão. O código de ética promulgado pela AMA em 1847¹⁷ reflete bastante estas preocupações ao ocupar-se detalhadamente dos procedimentos para fixação do valor dos honorários, e ao sugerir critérios de definição do profissional ético: uma educação médica regular, licença expedida por uma banca de exames com respeitabilidade reconhecida pela AMA, não-adesão a dogmas exclusivos. Este último critério visava sobretudo os homeopatas e

15 Não há acordo entre os estudiosos sobre os determinantes da vaga antimonopolista. Aparentemente, Starr adota o ponto de vista mais convencional segundo o qual as leis de licenciamento, privilegiando a posse do diploma, ofendiam a ideologia antiintelectualista dos democratas jacksonianos e reforçavam o seu repúdio a toda espécie de privilégios. Berlant, entretanto, rejeita este argumento em favor de uma explicação mais multifacetada. Ver Starr, *op. cit.*, p. 56-57; Berlant, *op. cit.*, p. 216-221.

16 É importante sublinhar que a autoridade da AMA foi constantemente contestada nas primeiras décadas de sua existência, e sua ascensão foi bastante lenta. Basta observar que em 1900 ela contava com apenas 8.000 associados: em 1910 este número subira para 70.000, e em 1920 ela congregava 60% de todos os médicos do país. Segundo Starr, apenas a partir desta última data pode-se falar de “medicina organizada” nos Estados Unidos.

17 Uma excelente comparação dos sucessivos códigos de ética promulgados pela AMA encontra-se em Berlant, *op. cit.*, p. 97-127. A argumentação deste autor é de que tais códigos serviram de vários modos aos propósitos monopolísticos da medicina.

ecléticos, principais concorrentes da medicina *regular*. O código proibia ao médico ético atender a quaisquer consultas que lhe fossem solicitadas por sectários, ainda quando elas se referissem ao tratamento de pacientes em estado crítico. A homeopatas e ecléticos a AMA declarou uma implacável guerra, e a trégua só ocorreu por considerações estratégicas relacionadas ao interesse no retorno da legislação de licenciamento.

Todavia, quanto mais a medicina *regular* combatia-os, mais os homeopatas e ecléticos ganhavam a simpatia popular pela natureza menos radical de seus procedimentos terapêuticos (em contraste com as sangrias e purgas dos médicos *regulares*), e menos inclinados mostravam-se os legisladores em restringir-lhes a prática. Ademais, algumas sociedades médicas e muitos profissionais *regulares* adotaram posição muito crítica quanto a política agressiva da AMA com relação aos sectários.¹⁸ O que levou-a, entretanto, a uma postura conciliatória foi a convicção de que sem uma acomodação temporária e estratégica fracassariam os esforços para obter dos estados uma legislação de licenciamento mais restritiva. Neste particular, os cuidados da AMA estavam voltados para as *state boards of examination*, uma novidade introduzida pelo estado do Texas em 1870, mas cujo modelo surgiu em 1877 quando o estado de Illinois autorizou uma comissão de médicos a rejeitar como equivalentes do licenciamento legal os diplomas emitidos por escolas de reputação duvidosa, e a submeter a exames os seus portadores. Os critérios aplicados pelas bancas de exame tornavam-se mais e mais rigorosos, e visto que em vários estados tanto homeopatas como ecléticos tinham suas próprias instituições de ensino, a prática mais freqüente foi a de compor estas bancas com profissionais das três modalidades médicas. Entretanto, e até por terem uma formação acadêmica, homeopatas e ecléticos foram paulatinamente absorvidos pela medicina *regular* e a profissão, finalmente, unificou-se.

Quanto ao aperfeiçoamento do ensino médico — uma das razões para a criação da AMA e uma de suas metas permanentes —, ele foi deflagrado por educadores de mentalidade reformista, inicialmente em Harvard e em seguida na Johns Hopkins University. A Medical School da Johns Hopkins, criada em 1893, foi provavelmente a primeira experiência bem-sucedida, no país, de combinação das ciências básicas com a medicina hospitalar, ou do treinamento clínico com a pesquisa científica. Como observou

18 Uma das razões mais importantes da crítica à AMA tinha caráter bastante prático, pois pelo código de ética os médicos não poderiam receber pacientes encaminhados por sectários, perdendo assim uma importante fonte de rendimentos. Ver Berlant, *op. cit.*

Starr,¹⁹ este casamento resgatou a medicina norte-americana do que poderia ter sido uma orientação predominantemente empírica. A partir da experiência da Johns Hopkins, a educação médica no país iria passar para as mãos dos cientistas e pesquisadores, e prevaleceriam na educação dos médicos os critérios e valores dos especialistas acadêmicos. O trabalho da AMA consistiu em pressionar as inúmeras escolas de medicina a adotarem padrões definidos de excelência (copiados da Johns Hopkins), com o resultado esperado (e desejado) de que muitas delas simplesmente fecharam suas portas. A vitória final ocorreu na primeira década deste século, à medida que o Council on Medical Education da AMA (mais tarde, Council on Medical Education and Hospitals) tornava-se uma agência autorizada de avaliação e credenciamento das instituições de ensino médico, levando as bancas estaduais de exame, compostas em sua maioria por associados da AMA, a rejeitarem candidatos egressos de escolas não credenciadas. Também os hospitais viram-se constrangidos a acomodar os padrões mínimos para o Internato definidos pela AMA.

A despeito de sua bem-sucedida trajetória institucional, a medicina norte-americana chegou ao nosso século num estágio ainda pré-paradigmático. A exemplo de outros países, a cirurgia fizera grandes progressos graças à introdução de novas técnicas, mas a medicina interna avançara pouco.²⁰ E tal como a inglesa, a medicina americana não obteve o monopólio *de jure* na prestação de serviços médicos. Alguns poucos estados deram proteção legal aos novos sectários (osteopatas, *cientistas cristãos*, quiropodistas etc.), mas eles já haviam deixado de constituir uma ameaça para a medicina *regular*.²¹

França: profissionalização *de cima para baixo*

Ao contrário do que ocorreu na Inglaterra, os médicos franceses do séc. XIX não tinham qualquer parentesco com os físicos, cirurgiões e

19 *Op. cit.*, p. 123. Uma das mais importantes inovações na John Hopkins consistiu em colocar os professores de clínica em regime de dedicação exclusiva, como já ocorria nas ciências básicas, permitindo que se dedicassem à pesquisa ao invés de dividirem seu tempo com a clínica privada, como era a norma na época.

20 A cirurgia, muito antes da medicina interna, aproveitou-se das descobertas de Pasteur aperfeiçoando as técnicas de assepsia nos procedimentos cirúrgicos.

21 Já por volta de 1920 seu número estava estimado em 36 mil, contra 150 mil médicos *regulares*. Números citados por Starr, *op. cit.*, p. 126.

barbeiros-cirurgiões do século anterior.²² Na França, a revolução de 1789 destruiu toda a organização existente no *ancien regime*, dissolvendo as corporações médicas, a Société Royal de Médecine e outras sociedades científicas, as faculdades (a criação de três escolas de medicina em 1795 — em Paris, Montpellier e Strasbourg — veio atender às demandas militares por médicos qualificados), expulsando dos hospitais as ordens religiosas que os administrava e parcialmente os mantinha com legados e donativos. Foi proclamada a irrestrita liberdade no exercício das atividades curativas (mediante o pagamento de uma taxa), e a *anarquia médica* durou até a edição da lei de Vêntose, em 1803.²³

Esta lei reorganizou a medicina criando duas categorias de profissionais: a dos *médecins*, egressos das três faculdades estatais e portadores do doutorado, e a dos *officiers de santé*, cujo título podia ser obtido através de treinamento prático (de cinco a seis anos) e aprovação em exames aplicados por uma junta médica, ou por meio de um curso especial de três anos ministrado por faculdade ou *école*. Foi abolida a antiga distinção entre físicos e cirurgiões (a cirurgia tornou-se um ramo especializado da medicina), e a criação do *officiat* veio suprir a carência de serviços de saúde nas áreas rurais. Os *officiers de santé* podiam praticar somente no *département* em que fossem examinados, e estavam autorizados a fazer certos tipos de cirurgia apenas sob a supervisão de um médico. A licença para o exercício profissional era concedida individualmente pelo Estado, sem intermediação de associações cuja criação, aliás, a legislação restringia. Divididos e mal organizados, por quase um século os *médecins* reivindicaram a extinção do *officiat de santé*: aspiração aten-

22 Usei livremente as seguintes fontes sobre a medicina na França: Jamous, H. e B. Peloille, "Changes in the French university-hospital system". Em J. A. Jackson (ed.) *Professions and Professionalization*. Cambridge, Cambridge University Press, 1970, 111-152; Waddington, I. "The role of the hospital in the development of modern medicine: a sociological analysis". *Sociology*, 7, 2, May 1973, 211-224; Steudler, François, "Hôpital, profession médicale et politique hospitalière". *Revue Française de Sociologie*, XIV, numéro spécial, 1973, 13-40; Sussman, George D. "The glut of doctors in mid-nineteenth-century France". *Comparative Studies in Society and History*, 19, 3, July 1977, 287-304. Gelfand, Toby, "A 'monarchical profession' in the Old Regime: surgeons, ordinary practitioners, and medical professionalization in eighteenth-century France". Em Gerald L. Geison (ed.), *Professions and the French State, 1700-1900*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1984, 149-180.

23 A expressão é de Matthew Ramsey, "The Politics of Professional Monopoly in Nineteenth-Century Medicine: The French Model and Its Rivals". Em Gerald L. Geison (ed.), *Professions and the French State, 1700-1900*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1984, 225-305.

dida em 1892, quando também foram legalizados os sindicatos médicos, com autoridade para processar praticantes não-licenciados. Ficava desde então estabelecido o monopólio médico.

Ao contrário da *bedside medicine* que prevalecia na Inglaterra, a medicina francesa desenvolveu-se com base numa estrutura hospitalar. Sabe-se hoje da importância dos hospitais parisienses do séc. XIX para o avanço do saber médico. Controlada pelo Estado e administrada centralizadamente, a rede de hospitais se expandiu e o tamanho dos estabelecimentos cresceu obedecendo, ao que tudo indica, a um plano para estender aos indigentes e aos pobres a assistência médica. A quantidade de pacientes²⁴ e a diversidade das patologias oferecia aos médicos franceses um campo inesgotável de estudos e registros estatísticos. A mera observação dos sintomas (na verdade, análise verbal das sensações e sentimentos subjetivos descritos pelos pacientes), foi substituída pelo exame físico, e a incorporação dos cirurgiões ao corpo médico e as facilidades para necropsias permitiram um desenvolvimento sem precedentes da anatomia patológica.²⁵ A associação de sintomas externos com a observação de lesões internas possibilitou a identificação das doenças como entidades objetivas. Entretanto, pouco se avançou no campo das terapias. Paradoxalmente, os progressos do saber médico geraram na França, difundindo-se para outros países, uma espécie de *niilismo terapêutico*, uma profunda descrença nas possibilidades da medicina clínica.

Um aspecto ao qual não se tem dado a devida ênfase refere-se ao quanto os avanços do saber médico produzidos pela medicina francesa deveram-se à radical mudança produzida pelos hospitais parisienses na relação médico-paciente. Na clínica privada, predominantemente exercida no domicílio do paciente e reservada aos mais abastados, o médico, via de regra, submetia-se às conveniências do cliente que lhe era socialmente superior, inclusive à sua versão moral de privacidade que impedia ou dificultava o acesso ao corpo para o exame físico. De certa forma, o cliente ditava as normas dos procedimentos médicos e o curso do trata-

24 Em 1807, o número de hospitalizados seria de 37.473; em 1817, 41.000; em 1827, 53.000 e 83.643 em 1843. Para se ter uma idéia da magnitude destes números: em 1851 havia 7.619 hospitalizados na Inglaterra. Estas estatísticas estão em Waddington, *op. cit.*

25 Quando o governo, por volta de 1840, tentou colocar limites à facilidade com que se dispunha para necrópsias dos corpos dos pacientes que faleciam, os médicos forçaram o recuo das autoridades. Muitos médicos ingleses deslocavam-se para Paris atraídos por tal liberalidade. Ver Waddington, *op. cit.*

mento. Todavia, nos hospitais parisienses, abrigo de uma multidão de pobres e indigentes, o paciente como caso singular desapareceu entre os números dos levantamentos estatísticos ou entre as categorias do sistema nosológico, ao mesmo tempo em que era envolvido numa nova relação de poder dentro da qual seu corpo tornou-se objeto da autoridade incontestável do médico. O pressuposto de que o código moral dos pobres e indigentes não comportava a pudicícia dos abastados, e o de que no âmbito dos hospitais públicos não prevalecia a ética privada da inviolabilidade do corpo, ambos os pressupostos abriam possibilidades ilimitadas à observação médica e aos procedimentos cirúrgicos os mais bárbaros (a anestesia é uma aquisição do último quartel do século). Encontra-se nesta moldura o sentido da tese de Jewson para quem o *indivíduo doente* desaparece da cosmologia médica da *hospital medicine* do séc. XIX para dar lugar à própria doença, num contraste marcante com a *bedside medicine* do século anterior²⁶.

Usualmente, os médicos dedicavam parte da manhã ao atendimento nos hospitais onde gozavam de considerável autonomia, e mantinham-se independentes perante a administração. A prática privada permaneceu como a fonte principal de rendimentos. Todavia, as estruturas hospitalares haviam adquirido um grande prestígio, e ocupar um espaço dentro desta estrutura — simultaneamente de atendimento à saúde, de pesquisa e de ensino — representava uma significativa contribuição à carreira e à reputação individual.

No modelo francês de medicina hospitalar, a autoridade dos clínicos estendeu-se às instituições de ensino. Claude Bernard foi reprovado no exame de *aggrégation* que dava acesso à docência na Faculté de Médecine de Paris, pois as provas eram elaboradas sob medida para os médicos que praticavam nos hospitais, não para os que dedicavam-se à pesquisa biomédica que, sintomaticamente, desenvolvia-se em laboratórios independentes ou em instituições não-universitárias. As contribuições da pesquisa nas ciências básicas — as de Claude Bernard no campo da fisiologia experimental, ou as de Pasteur em bacteriologia — eram recebidas com cautela entre os que associavam a produção do saber médico à exploração do *fundo inexaurível de material aquiescente de pesquisa* fornecido pelos

26 Jewson, N. D., "The disappearance of the sick-man from medical cosmology, 1770-1870". *Sociology*, 10, 2. May 1976, 225-244. Já Figlio observa que a relação médico-paciente evoluiu para uma "degradação da noção de um self que se estende num volume corpóreo singular e inviolável. Figlio, K. "The historiography of scientific medicine: an invitation to the human sciences". *Comparative Studies in Society and History*, 19, 3, July 1977, p. 262-286.

hospitais.²⁷ Não se tratava tanto de resistência à pesquisa básica, mas de atribuir-lhe um *status* subordinado de forma a não permitir que ameaçasse o domínio do método clínico na estrutura dominante da medicina hospitalar.²⁸

Esta divisão entre clínica, por um lado, e ciências básicas, por outro, permaneceu como uma característica peculiar da medicina francesa até o advento da chamada Reforma Debret, de 30 de dezembro de 1958. A Reforma fez pela medicina francesa o que, há mais de meio século, haviam feito pela medicina americana os reformadores de Harvard e de Johns Hopkins. Através dela as ciências básicas irromperam na estrutura hospitalar, o regime de tempo integral foi introduzido no corpo clínico dos hospitais, e a criação de centros hospitalares-universitários (combinando a pesquisa básica, a pesquisa clínica, o ensino e o atendimento médico) consolidou um novo modelo no qual as estruturas acadêmicas vieram a dominar sobre as estruturas hospitalares.

Urbanização, mercado e profissionalismo

As três seções anteriores narram em linhas gerais a evolução da medicina em três sociedades. São três histórias diferentes, sem pontos de contato, sem linhas de convergência a não ser pelo fato de que a medicina chega ao fim do séc. XIX com uma idêntica estrutura formal nos Estados Unidos, Inglaterra e França. Esta estrutura é formada por combinações diferentes dos mesmos elementos: associações profissionais, códigos de ética, sistemas formais de treinamento, mecanismos e instituições de credenciamento e licenciamento, base cognitiva. Entretanto, cada um desses componentes estruturais têm um desenvolvimento inteiramente diverso em cada uma daquelas sociedades, e sua contribuição para a constituição da medicina em cada uma delas é também diferente. O papel desempenhado pela American Medical Association na formação da medicina americana e sua posição na estrutura formal da profissão são bastante distintos do papel e da posição da British Medical Association na medicina inglesa. Da mesma forma, Oxford e a Faculté de Médecine de Paris ensinavam,

27 A expressão é de Jewson, "The disappearance of the sick-man...", p. 235.

28 Sobre esta disputa, a referência clássica é Jamous e Peloille, *op. cit.*

ambas, medicina em, digamos, 1810, mas *medicina* não era então a mesma coisa numa e noutra escola e nem o treinamento profissional tinha o mesmo significado social.

Vê-se, assim, que as três histórias narradas anteriormente apresentam uma grande variedade histórica sem qualquer significado mais abrangente que as una numa mesma estrutura narrativa. Para dar ao conjunto uma certa unidade é necessário reconstruir a narrativa sobre uma mesma base comum de processos e efeitos estruturais mais gerais. Trata-se, em última análise, de fornecer o pano de fundo das grandes transformações socioeconômicas que subvertem as sociedades ocidentais no séc. XIX. Melhor fazê-lo apresentando em rápidos *flashbacks* os cenários médicos ainda inalterados.

Em 1801 os Estados Unidos são ainda uma sociedade agrária com pouco mais de 5 milhões de habitantes dispersos por um grande território. Apenas 6% dos americanos viviam então em aglomerações urbanas de mais de 2.500 habitantes, e não havia uma única cidade com mais de 100 mil habitantes. Excetuadas algumas pequenas ilhas de relativa prosperidade no litoral nordeste, o padrão de vida da população era em geral baixo. Isolados nas comunidades rurais ou nos pequenos aglomerados urbanos do interior, ilhados pelas distâncias e pela falta de transporte, a grande maioria dos médicos *regulares* — licenciados por associações locais ou estaduais, ou diplomados em improvisadas escolas médicas rurais — dispunha de uma clientela escassa e bastante pobre para não poder remunerá-los adequadamente por seus serviços. Para agravar a situação, havia a crença popular de que os males físicos tratavam-se com bom senso e com os cuidados dispensados pelo núcleo familiar, tornando supérflua a complicada *ciência* dos doutores. Na necessidade de auxílio mais *especializado*, e considerando também os custos de acesso ao médico mais próximo, que estaria a milhas de distância, a população recorria às parteiras do povoado, ao pároco local ou aos *ajustadores de ossos*, aos abortadores e a tantos outros *práticos* itinerantes aos quais remunerava pouco e em espécie. Nestas condições, a medicina não podia ser exercida como ocupação regular e para sobreviver os médicos dependiam de outras atividades, geralmente do pequeno comércio e da agricultura. Existia nos núcleos urbanos maiores uma clientela mais afluyente, mas também rarefeita e já monopolizada por uma pequena elite de médicos nascida na classe proprietária, em parte educada nas universidades européias, e que não dependia da prática da medicina para sua sobrevivência.

A Inglaterra de meados do séc. XVIII é uma sociedade fortemente

estratificada. A despeito da crescente importância da burguesia comercial e financeira, a hegemonia social é ainda a da aristocracia. Origem social e *patronage* são os critérios de acesso às posições de prestígio, bloqueando a ascensão da classe média ao estrato superior das carreiras profissionais na medicina, no direito e no clero. Legalmente, a única profissão médica é a física, e o acesso ao título profissional e ao estreito mercado constituído pela clientela aristocrática é rigorosamente controlado pela exigência de uma educação clássica e dispendiosa em Cambridge ou Oxford, ou pelos exames do Royal College of Physicians. Este restrito monopólio garante a definição cultural da física como profissão exclusiva de *gentlemen*, e a definição do físico como um *especialista para a elite*. A profissão é exercida quase que exclusivamente em Londres. Abaixo nesta hierarquia, primeiro os cirurgiões e depois os modestos apotecários. Praticam seu ofício num mesmo mercado popular, mas por serem distintos seus serviços não competiam entre si.

Ora, um quadro semelhante reproduzia-se na França sob o *ancien régime* com suas corporações médicas fechadas. A revolução extingue-as juntamente com as escolas e academias de medicina em 1791, sobrevivendo a anarquia médica. A prática das atividades curativas torna-se livre, acessível a qualquer cidadão que se disponha a pagar uma taxa. Mas não é esta a liberdade nem a igualdade a que aspiram os candidatos às carreiras no serviço público, na engenharia ou na medicina. Ao revogar a velha ordem e seus valores aristocráticos a revolução prometera-lhes carreiras abertas ao talento, o mérito em lugar dos critérios tradicionais de acesso. Desejam, além disso, digerir os ganhos da revolução numa posição segura e sob um governo estável. Querem a garantia da proteção do Estado para as posições conquistadas. O Estado reorganiza a medicina, mas o acesso às posições de elite nas faculdades, academias e hospitais ainda obedece aos critérios tradicionais: a influência aristocrática sobrevive à aristocracia. E os remanescentes da velha classe ainda preferem, até por afinidades culturais, os serviços dos físicos formados na velha ordem. Ademais, o Estado não concede aos novos *médecins* nem o desejado monopólio dos serviços médicos nem a suficiente proteção contra a prática ilegal da medicina. Num mercado estreito, torna-se acirrada a competição por clientes, por posições no sistema hospitalar e nas universidades, e por cargos na administração pública.

Eis agora o que deflagra alterações nestes cenários: as revoluções industriais, primeiro na Inglaterra a partir da segunda metade do séc. XVIII (digamos, por volta de 1760), nos Estados Unidos e França por

volta de 1830. As conseqüências socioeconômicas destas revoluções do sistema produtivo são amplamente conhecidas, mas uma delas merece especial destaque porque permitirá unificar as nossas três histórias: a intensa urbanização. Melhor observá-la nos seus primeiros desdobramentos: Londres tinha em 1801 pouco mais de 900 mil habitantes, e em 1861 por volta de 2, 8 milhões; Paris, 650 mil em 1789 e mais de 1 milhão em 1845; Manchester e Liverpool, respectivamente 77 mil e 82 mil em 1801, e 358 mil e 440 mil em 1861; Marseille e Bourdeaux, respectivamente 90 mil e 84 mil em 1789, e 183 mil e 121 mil em 1845. Nos Estados Unidos a população total cresce em 28,1% entre 1829-1840, mas a urbana em 63,7% no mesmo período. Em 1829 havia 90 centros urbanos com 25 mil ou mais habitantes, dos quais 23 com mais de 10 mil e uma única cidade, New York, na classe de mais de 100 mil habitantes: em 1840, 131 centros com mais de 25 mil habitantes, dos quais 37 com mais de 10 mil, e três cidades na classe de mais de 100 mil habitantes. Detroit tem pouco mais de 1.400 habitantes em 1820, mas já abriga 21 mil apenas três décadas após: Chicago, 4.400 habitantes em 1840, mas 29 mil em 1850.

Por detrás destes maciços deslocamentos populacionais estavam as novas oportunidades de trabalho e de maiores ganhos abertas pelas manufaturas, e também os investimentos nos meios de transporte, sobretudo na expansão da malha ferroviária que progressivamente integrava as cidades em amplos mercados nacionais. Assim, também os médicos deslocam-se para os centros urbanos, e em maior velocidade do que a população como um todo: em 1845 Paris concentrava aproximadamente 3% da população total do país, mas nada menos do que 13% de todo o seu contingente de *médecins*. Mas junto com os médicos desembarcaram também toda espécie de *empíricos*, sectários e charlatães, multiplicando nos novos mercados urbanos o número das definições aceitáveis de *medicina*. Para complicar, o segmento mais lucrativo deste mercado experimentou inicialmente um crescimento muito modesto, consistindo na incorporação da emergente burguesia industrial e de uma nova classe média urbana. De qualquer maneira, como um todo o mercado urbano era potencialmente ilimitado, embora se mostrasse então instável e fragmentado por definições concorrentes e igualmente legítimas de *serviço médico*. Permanecendo fragmentado, produziria apenas competição acirrada: unificado, representaria um ativo de valor incalculável para quem viesse a controlá-lo.

A unificação do mercado de serviços médicos comportaria dois mo-

vimentos. Em primeiro lugar, era necessário desafiar os privilégios das elites médicas tradicionais, visando extinguir o monopólio que detinham sobre o título profissional e sobre os símbolos da distinção profissional. Em segundo lugar, era necessário reconstruir o monopólio em bases mais amplas, para incorporar as classes médias que buscavam *status* através do trabalho, mas também com critérios mais afinados com os valores e com a dinâmica do nascente capitalismo industrial.

Na Inglaterra, a unificação do mercado ocorreu no rastro da mobilização dos cirurgiões e apotecários contra o restrito monopólio dos físicos. Para se ter uma noção aproximada do seu contingente, o Royal College of Surgeons, criado em 1800, concedera até 1830 mais de 8 mil licenças para a prática da especialidade; os apotecários já eram mais de 12 mil em 1812. Por volta de 1830 cirurgiões e apotecários respondiam por aproximadamente 90% do atendimento médico. Na mesma época era de apenas 274 o número de licenciados pelo RCP, e de 113 o número de *fellows*. Apesar disso, permanecia com os físicos o controle sobre o título profissional e seus privilégios, um monopólio fundado numa concepção de medicina já anacrônica no segundo quartel do séc. XIX, mas ainda tão impermeável aos avanços das ciências experimentais quanto os físicos às novas práticas introduzidas na clínica por apotecários e cirurgiões. O *The Lancet* fez do atraso das elites médicas um permanente alvo de seus ataques, advogando a substituição dos critérios tradicionais de entrada na profissão pelo do mérito aferido por exames rigorosos de habilidades práticas. Neste aspecto, a mobilização contra o monopólio dos físicos fazia parte de um movimento mais amplo de desafio à ordem moral e social representada pela aristocracia. Sob seus protestos o Civil Service Commission, criado em 1855, introduziria na administração pública o sistema de recrutamento através de exames de qualificação. Seja como for, a estrutura legal que mantinha a organização tripartite e hierarquizada das *ordens* médicas já não refletia a realidade. A preferência da burguesia industrial e dos novos setores médios urbanos era pelas habilidades práticas de um médico generalista que lhes cobrasse honorários modestos, não pela cultura clássica em que vinham embalados os dispendiosos e ineficazes serviços dos físicos-cavalheiros ou pela cirurgia *pura* da elite do RCS. Tornara-se então comum que um número crescente de apotecários adquirisse através de exames o licenciamento do RCS e que muitos cirurgiões se submetessem aos da Society of Apothecaries, surgindo daí uma nova categoria de *general practitioners* que, por não caber na organização tripartite da medicina inglesa, organizou-se na Bri-

tish Medical Association.²⁹ Mesmo a rígida distinção entre física e cirurgia, tão cara à aristocracia dos *royal colleges*, esgarçava-se na medida em que físicos e cirurgiões da elite tornavam-se *general practitioners* para a clientela burguesa e *consultants* nos hospitais privados, nestes últimos menos pelos rendimentos (não eram remunerados, como regra) do que pela visibilidade junto a clientes mais ricos, entre os quais os próprios administradores leigos dos hospitais filantrópicos. Já se sabe que a reforma reivindicada pela massa dos generalistas veio em 1858: o Medical Act unifica a medicina ao extinguir o monopólio dos físicos, estendendo o título profissional e os respectivos direitos e privilégios aos licenciados pelo Royal College of Surgeons e pela Society of Apothecaries.

Não existindo nos Estados Unidos redutos monopólicos aristocráticos a serem assaltados, o argumento do mérito ganharia um significado exatamente oposto ao que tivera na Inglaterra. A conotação elitista e antidemocrática era inevitável numa sociedade que já nascera *burguesa* e com acentuada cultura igualitária. Para dificultar ainda mais a unificação da medicina, o período da decolagem industriale e do primeiro surto de urbanização coincidiu com o da chamada democracia jacksoniana, com sua fé quase religiosa nas virtudes progressistas do mercado. Os frágeis mecanismos regulatórios que a medicina *regular* viera conquistando desde a independência ruíram sob o *laissez faire*. Um após outro, os estados extinguiram os impedimentos ao livre exercício das atividades curativas, fazendo crescer desproporcionalmente em relação à modesta expansão da demanda por serviços médicos o número de praticantes em virtualmente todas as modalidades concorrentes de medicina. Para a medicina *regular* o problema, inicialmente, não era tanto a concorrência das várias seitas, amplamente minoritárias em todos os estados, mas o ensino médico. Na Inglaterra, o que um físico deveria saber ou estudar para ter acesso ao título era legislado pelo RCP e pelo sistema Oxbridge; na França, o Ministère de l'Instruction Publique deliberava sobre a formação dos *médecins*. Instituições nacionais semelhantes inexistiam nos Estados Unidos, com sua estrutura política descentralizada, o que dificultava fixar um padrão para a medicina *regular*. Cada uma produzindo um tipo diferente de médico *regular*, as escolas, que eram um negócio rentável dada

29 Sobre a formação desta categoria ver, além de Holloway, *op. cit.*, também Waddington, I. "General practitioners and consultants in early nineteenth-century England: the sociology of an intraprofessional conflict". In: John Woodward e David Richards (eds.) *Health Care and Popular Medicine in Nineteenth-Century England*. New York, Holmes & Meier, 1977, p. 164-188.

a demanda e o baixo nível de exigência, proliferavam jogando no mercado um número crescente de profissionais. Os certificados obtidos nestes cursos foram equiparados ao licenciamento pelas associações médicas locais e estaduais, estabelecendo-se entre estas e as escolas um incontornável conflito de interesses. Estas as razões determinantes da fundação da American Medical Association, o grande marco da história da medicina americana. A guerra aos sectários não constituía originalmente uma prioridade, mas logo a AMA percebeu seu valor ideológico e sua importância estratégica tanto para persuadir o mercado da superioridade da medicina *regular* quanto para criar um *esprit de corps* entre seus praticantes. Com este último propósito e também para disciplinar a exacerbada competição entre os *regulares* nos novos mercados urbanos, ela promulgou o código de ética de 1847 estabelecendo normas de cortesia profissional, de fixação de honorários, de relação com clientes etc. A unificação da base cognitiva teria início com as reformas em Harvard e na Johns Hopkins. Havia claramente um projeto de monopolização do mercado, mas para realizá-lo não bastavam os recursos organizacionais e institucionais já disponíveis. Faltavam ainda as condições políticas gerais para que a medicina *regular* vencesse o desafio.

Quanto a medicina francesa, já se sabe que ela foi unificada com a instituição do monopólio médico em 1892. Entretanto, extintos com a revolução os privilégios da elite médica do antigo regime, os protestos dos *médecins* contra a instituição do *officiat de santé* nunca tiveram o caráter de uma guerra santa contra *heresias* médicas concorrentes, a exemplo do que ocorreu nos Estados Unidos entre *regulares* e sectários. Na França, médicos e oficiais praticavam a mesma medicina, compartilhando a mesma base cognitiva qualquer que fosse ela à época. Mas ainda inseguros quanto ao seu *status* na nova ordem e desejando ascender socialmente, aos doutores desagradava serem confundidos, entre o povo e principalmente nas províncias, com os modestos *officiers*. No Congrès Médical de 1845 insistiram no argumento do excesso de profissionais, mas isto refletia com mais propriedade apenas a experiência dos profissionais parisienses.³⁰

30 A agenda de reivindicações do Congrès (principalmente a dissolução do *officiat*) e sua recepção pelo Estado é analisada em Weisz, G. "The politics of medical professionalization in France, 1845-1848". *Journal of Social History*, 12, 1978, p. 3-29.

Laissez faire e regulação: o papel do Estado

Aos movimentos de unificação da medicina subjaz um projeto monopolista de eliminação do mercado de definições “alternativas” de serviço médico. Incapazes de demonstrar a superioridade de seus procedimentos curativos sobre os dos concorrentes — os *regulares* americanos —, os doutores franceses e os generalistas ingleses voltar-se-iam para o Estado em busca de instrumentos legais para controle do mercado.

Nos Estados Unidos isto foi possível com o fim do *laissez faire*. A era jacksoniana deixara um rescaldo de insegurança que iria acentuar-se nas décadas seguintes. A dissolução das bases comunitárias da vida social, a competição exacerbada no mercado, o medo da anarquia social e do conflito entre as classes instigariam no cidadão a *procura da ordem* e da autoridade. Os interesses econômicos locais, ameaçados pelo avanço das corporações nacionais, buscariam proteção no Estado. As leis de licenciamento profissional promulgadas a partir de 1870 devem ser interpretadas neste contexto de crescente demanda pela ação regulatória do Estado. Não resultaram do poder ou da influência das associações e organizações profissionais, até porque outras ocupações sem qualquer prestígio foram também regulamentadas. No caso da medicina, a exigência do diploma e do exame de sua procedência pelas juntas estaduais de licenciamento permitiu à AMA estabelecer para escolas sectárias o *status* de inidôneas, obter nos tribunais a cassação da licença de profissionais diplomados por elas antes do advento da regulação, e reprimir com o estigma do charlatanismo as seitas que não dispunham de escolas ou outros sistemas de treinamento formal. Isto numa época em que a própria medicina *regular* não podia demonstrar superioridade sobre as concorrentes. O que ela podia fazer, e o fez com eficiência, era explorar ideologicamente o prestígio da ciência nesta fase “progressista” da sociedade americana, exibindo suas novas e estreitas vinculações institucionais com as ciências biomédicas nas universidades reformadas para persuadir a opinião pública, legisladores e tribunais de que às conquistas das disciplinas científicas correspondiam iguais progressos nos seus procedimentos terapêuticos, o que, obviamente, era falso.

Na Inglaterra não havia condições culturais, políticas e ideológicas para a instituição de um monopólio legal como desejavam os *general practitioners* e a British Medical Association. A burguesia, tendo obtido o suporte do Estado para assentar a base de sua hegemonia em termos estritamente capitalistas, via agora a intervenção do Estado como uma

força estranha da qual pouco se poderia esperar. Sua ação regulatória sobre o mercado deveria ser reduzida ao mínimo. Aparentemente o Medical Act obedece a esta lógica ao consagrar a liberdade de curar. Entretanto, o monopólio do título profissional pelos licenciados e a instituição do Medical Register eliminavam, na prática, qualquer vantagem comparativa de mercado que as medicinas *alternativas* pudessem obter com a liberdade de curar. Além disso, a representação do Estado no General Medical Council sinalizava claramente em que lado o cidadão encontraria alguma garantia do poder público com relação ao controle da qualidade dos serviços médicos. Recorde-se, finalmente, que o Medical Act excluía da admissão aos cargos públicos os praticantes sem licença ou sem registro, criando um mercado protegido para os registrados.

O papel do Estado parece ter sido subsidiário nos Estados Unidos ou inexistente na Inglaterra apenas quando comparado ao que ocorreu na França, isto é, o paradigma da profissionalização *de cima para baixo*. Na França, o Estado não apenas reorganizou inteiramente a profissão em 1803, criando e dando nome aos seus dois estratos, mas sua ação regulatória estendeu-se do ensino médico à organização hospitalar, ambos públicos, ao licenciamento e às formas de associação profissional. A lei Chapelier, de junho de 1791 mas mantida até 1892, proibia a criação de associações profissionais ou de outros *esquemas privados* que pudessem encorajar o renascimento das antigas corporações, e entidades como a Association Générale des Médecins de France, criada em 1858 mas não legalizada, tinham escassa importância. O Estado sempre teve a iniciativa na transformação das condições da prática médica, seja acionando diretamente suas agências administrativas (sobretudo o Ministère de l'Instruction Publique), seja elaborando e encaminhando projetos legislativos. Coincidindo com os do Estado, os interesses da medicina francesa encontravam nele um valioso aliado: divergindo, prevaleciam os do Estado. Foi assim em 1836, quando para induzir uma redução na oferta de médicos num mercado muito saturado e competitivo, o Ministère introduziu o bacharelado em letras como requisito para admissão aos cursos de medicina, e o de ciências no início do segundo ano de estudos: foi assim também em 1847 quando o mesmo ministério autorizou a criação de quadros assalariados de *médecins cantonaux* como forma de minorar o desemprego. Inversamente, e a despeito de ter sido uma permanente reivindicação dos médicos, só em 1892 o Estado extinguiu o *officiat de santé*, instituindo o monopólio da medicina, e legalizou os sindicatos que surgiram a partir de 1881. A lei estabelecia, entretanto, que estas agremiações não

podiam agir contra o Estado, contra os *départments* ou contra as *communes*. Individualmente, os médicos franceses obtiveram o melhor dos dois mundos: uma vez estabelecidos, não estavam sujeitos a controles internos de natureza associativa, nem o poder público interferia nas relações entre profissionais e clientes, assegurando-se os princípios da *médecine libérale*. Todavia, faltou à medicina francesa a dimensão corporativa e os mecanismos e instrumentos coletivos de auto-regulação. Ela permaneceria dentro de uma relação de dependência conflitiva ante o Estado.³¹

Peritos e charlatães: à guisa de conclusão

Do exposto anteriormente parece razoável concluir que a profissionalização da medicina e seu controle do mercado de serviços médicos ocorreram em larga medida independentemente do progresso do conhecimento médico durante o séc. XIX. Os elementos *válidos* deste saber ou raramente foram utilizados por falta de uma técnica subsidiária que os convertesse em observações clínicas e em aplicações terapêuticas eficazes, ou permaneceram isolados sob uma grossa camada de cosmologias médicas equivocadas e de práticas curativas inúteis, quando não francamente bárbaras e danosas à saúde dos pacientes, ou não foram incorporados à experiência clínica existente por força da resistência de interesses corporativos. Em última análise, poucos se dão conta de que a medicina só começou efetivamente a curar a partir da segunda década do nosso século quando avançaram as aplicações da bacteriologia. Assim, parece certo que a medicina tornou-se uma profissão quando ainda era uma das várias *superstições* oferecidas no mercado, embora uma superstição com o prestígio dos títulos acadêmicos e as vantagens e privilégios de um monopólio ou quase-monopólio obtido do Estado.

Obviamente, a medicina contemporânea não é uma superstição. O crédito social que ela acumulou ao longo do século tem o aval de resultados positivos no campo clínico e, sobretudo, de progressos espetaculares no domínio das ciências biomédicas. Se toda a história se resumisse nisso, não haveria razões para examinar a consistência das bases em que se assenta hoje a exclusividade cognitiva que ela reivindica e a jurisdição

31 Uma boa análise da evolução das relações da medicina francesa com o Estado encontra-se em Steffen, M. "The medical profession and the state in France". *Journal of Public Policy*, 7, 2, April-June 1987, p. 189-208.

exclusiva que ela reclama sobre um amplo e sensível segmento da realidade. Bastaria neste caso subscrever a versão oficial segundo a qual tais reivindicações se justificam pela comprovada superioridade da *expertise* médica sobre modalidades *alternativas* de práticas curativas. Entretanto, já sabemos que esta versão foi no passado um mero artifício ideológico. Contemporaneamente, seu *status* é suficientemente problemático para estimular um saudável ceticismo.

Examine-se, para começar, a natureza da *expertise* médica. A medicina não é uma profissão científica, médicos não são cientistas. E tal como em outras profissões práticas como a engenharia, o conteúdo científico da medicina é mais aparente do que real. Médicos encontram poucas oportunidades de aplicar o acervo de conhecimento das ciências básicas e, de fato, não utilizam de forma direta nem mesmo o conhecimento adquirido nas escolas e faculdades. Como observou corretamente Whitley, *diagnósticos e decisões de tratamento permanecem essencialmente como atividades artesanais governadas por convenções que são transmitidas por métodos tradicionais de aprendizagem, antes que por métodos formais*.³² Em outras palavras, a experiência e a tradição clínicas prevalecem sobre a educação formal e sobre as ciências básicas. Freidson aponta na mesma direção ao distinguir entre dois tipos de saber: o *conhecimento teórico, científico e sistemático* produzido pelas pesquisas nas ciências biomédicas, e o *conhecimento de como aplicar este conhecimento teórico* em pacientes concretos em situações sociais concretas.³³ Este segundo tipo, um componente da *arte* médica, está corporificado na tradição clínica, em práticas costumeiras da profissão e até mesmo nas preferências individuais do médico. Através dele o conhecimento teórico é organizado socialmente como prática, perdendo sua *pureza* técnica e científica. Todavia, o importante a ressaltar é que este conhecimento *operacionalizador* que se manifesta em procedimentos clínicos habituais ou na *administração do tratamento* não tem base científica, não está codificado, não é dedutível de qualquer corpo teórico reconhecível e nem está validado por qualquer tipo de teste empírico sistemático. Ele nada tem de esotérico ou complexo, não requer longos períodos de educação formal para ser assimilado, não é de forma alguma inacessível ao leigo. Em síntese, ele cons-

32 Apud Schwartzman, S. *Ciência, Profissões e a Questão da Autonomia*. Nupes/USP, documento de trabalho 6/89.

33 Freidson, *op. cit.*, p. 342-344.

titui uma base demasiadamente precária para sustentar as reivindicações monopolísticas da medicina.

Ainda que não fosse assim, ainda que a *expertise* médica correspondesse à versão oficial anteriormente mencionada restaria ainda persuadir o consumidor de que ele estaria melhor servido pela medicina oficial do que por modalidades terapêuticas *alternativas*. Mais do que qualquer alegada cientificidade de seus procedimentos, a preferência do consumidor constituiria a mais sólida base para as reivindicações monopolísticas da medicina oficial. Ora, estudos e pesquisas têm mostrado em primeiro lugar o desgaste do crédito social da medicina oficial: um crescente desconforto com suas práticas terapêuticas, insatisfação com seus resultados e descrença em suas promessas, para não falar dos custos dos serviços médicos.³⁴ Em segundo lugar, um significativo aumento da procura por modalidades *alternativas* de tratamento, indicando uma ativa resistência ao monopólio médico. Em terceiro lugar, o número crescente de médicos que adota, exclusiva ou complementarmente, as modalidades terapêuticas *alternativas*. Finalmente, a tolerância das associações e das autoridades médicas em geral com tais práticas dentro do seu próprio campo, acompanhada ou não de tentativas de *normalizar* as práticas *alternativas* acomodando-as de uma maneira ou outra dentro do paradigma biomédico.

Obviamente, estes procedimentos de medicalização de terapias *alternativas* visam preservar a autoridade cultural da medicina oficial. Este é, todavia, um jogo de alto risco, por duas razões. O consumidor percebe cada vez com maior clareza que o problema para a medicina oficial não é tanto a coexistência de práticas alternativas, mas a convivência com os praticos alternativos, estes *experts* que ela persiste em estigmatizar como charlatões por não estarem submetidos à sua autoridade cultural. Mas o consumidor percebe em seguida que com relação a estas práticas *alternativas*, são os médicos nelas iniciados os verdadeiros charlatões.

Seja como for, a medicalização das terapias *alternativas* provavelmente corrói mais do que protege a autoridade da medicina, agravando a crise de credibilidade. Mas quaisquer que venham a ser suas consequências, ela constitui no mínimo um apropriado desfecho irônico para uma história que, de resto, não tem nada de exemplar.

34 Bakx, K. "The eclipse of folk medicine in western society?". *Sociology of Health and Illness*, 13, 1, March 1991, 20-38; Launso, L. "Integrated medicine: a challenge to the health-care system". *Acta Sociologica*, 32, 3, 1989, p. 217-316; Wolpe, P. R. "The maintenance of professional authority: acupuncture and the American physician". *Social Problems*, 32, 5, June 1985, p. 409-424.